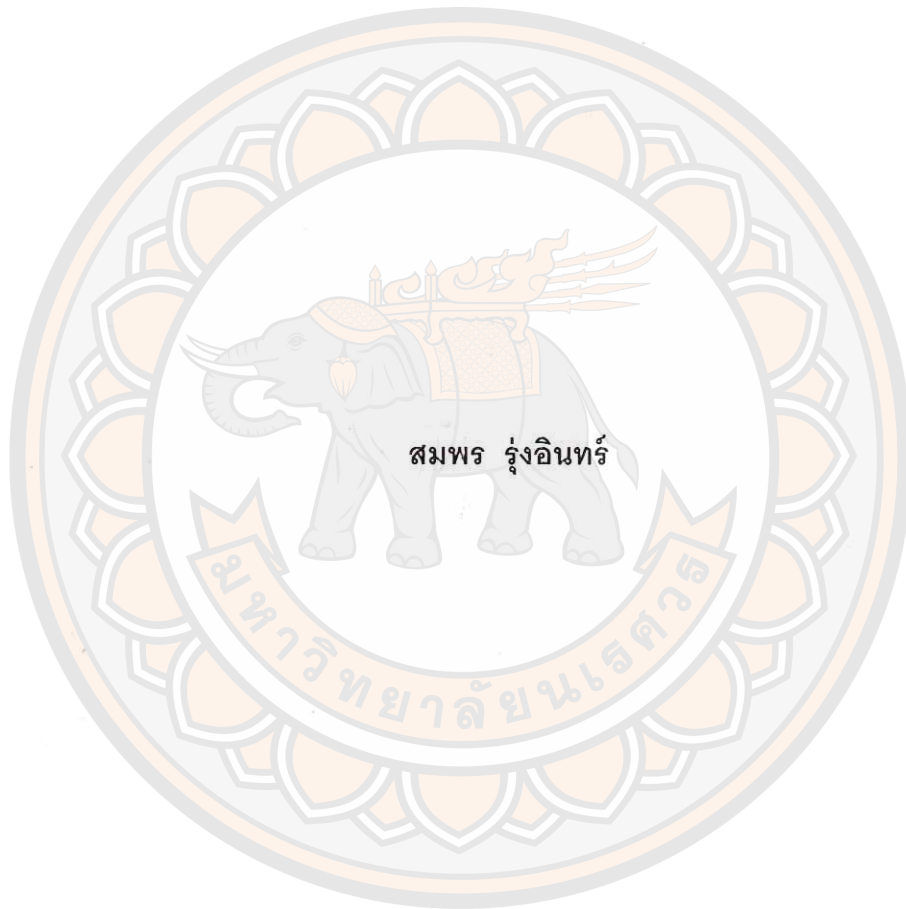


ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในชุมชนจังหวัดอุดรดิตถ์



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
เมษายน 2558
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร


วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
จังหวัดอุดรดิตถ์”

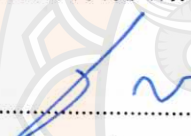
ของสมพร รุ่งอินทร์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ต่านยุทธศิลป์)


.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่นาค)


.....กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ)


.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ดร.สายชล จันทร์วิจิตร)

อนุมัติ



(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนะ บัวสนธ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

3 เมษายน 2558

ประกาศคุณูปการ

การวิจัยเล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่ภาค ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำปรึกษาหารือ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย มาโดยตลอดเวลาในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด้านยุทธศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ดร.สายชล จันทรวิจิตร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณมารดา พี่น้อง เพื่อน ๆ และครอบครัวของผู้วิจัยที่เป็นแรงสนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรดิตถ์ 1 และผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาระดับมหาบัณฑิต ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะดำเนินการวิจัยให้เสร็จสมบูรณ์ ที่สำคัญคือ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับและสาธารณสุขอำเภอลับแล และผู้ให้ข้อมูลทั้ง 15 ราย ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ด้วยความเต็มใจยิ่ง

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์ ตลอดระยะเวลา การศึกษา และขอขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้ความรัก ความห่วงใยมาโดยตลอด

คุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขออุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วิทยานิพนธ์เล่มนี้จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลด้านจิตสังคมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบนพื้นฐานวิถีชีวิตและความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

สมพร รุ่งอินทร์

ความคิดและพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติ
การพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



Title BELIEFS AND CARE TAKING BEHAVIORS AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH STROKE IN A COMMUNITY, UTTARADIT

Author Somporn Rungin

Advisor Assistant Professor Ratanachadawan Yunak, Ph.D.

Co - Advisor Associate Professor Chommanard Wannapornsiri, D.N.S.

Academic Paper Thesis M.N.S. in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, 2014

Keywords Beliefs, Caregivers' behaviors , Patients with stroke

ABSTRACT

This qualitative research was to explain belief, care taking behavior and factors influence the behavior among stroke patients' caregivers. The informants were 15 caregivers recruited by purposive sampling. During July 2013- April 2014, data were collected through in-depth interview, non-participant observation, and field note taking. Content analysis was used to analyze the data.

The research findings show caregivers' beliefs were repaying kindness, doing for duty, doing for merit, doing for praise, and doing for karma. Care taking behaviors for stroke patients included assisting to complete daily activities in which encompassed taking a bath, managing food and water, managing sleep pattern and assisting to perform daily ritual, assisting to complete medical regimen including managing prescribed medication and managing rehabilitation as well as applying wisdom of folk. The wisdom of folk, applied to promote patient's health status, were performing Buddhist ceremony, asking helps from spirit, complying with archaism, applying local wisdom. Factors influence care taking behaviors were health status of stroke patients and caregivers and supports derived from family, society, and health care personals. The research result illustrated how social values, and religious concepts underlined care givers' thought and behaviors. The result is beneficial to promote psycho-spiritual well-being for caregivers.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง.....	7
ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง.....	7
ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง.....	9
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง.....	10
ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย.....	14
กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล.....	22
ความหมาย.....	22
พฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	23
ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	31
ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	35
ความเชื่อและบริบทชุมชน.....	43
ความหมายความเชื่อ.....	43
ที่มาของความเชื่อ.....	44
การถ่ายทอดความเชื่อ.....	45
ประวัติความเป็นมาของชุมชน.....	46
วิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน.....	48

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	52
3 วิธีดำเนินการวิจัย	56
การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	57
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล	58
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	59
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของงานวิจัย	63
4 ผลการวิจัย	66
5 บทสรุป	99
สรุปผลการวิจัย	99
อภิปรายผล	99
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	110
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	111
บรรณานุกรม	112
ภาคผนวก	124
ประวัติผู้วิจัย	133

สารบัญตาราง

ตาราง

หน้า

- 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง..... 66



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง มักเกิดเนื่องจากหลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดสมองแตก ทำให้เซลล์สมองส่วนที่มีพยาธิสภาพได้รับเลือดและออกซิเจนลดลงจนอาจเกิดภาวะสมองตายหรือทำให้สมองส่วนนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้ (Gillen and Burkhardt, 1998) ซึ่งนับเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตประชากรและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตหรือเกิดความพิการเป็นระยะเวลาที่ยาวนานมาก (Caplan, 2000) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนมากจะมีความทุพพลภาพด้วยสมรรถนะทางร่างกาย มีความบกพร่องหรือสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตเป็นระยะเวลายาวนานจนกว่าจะสามารถช่วยเหลือตนเองและกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด (อรชัตร์ โตษยานนท์, 2539) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมตามมา อันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และการสูญเสียแรงงาน ดังเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2010 พบผู้ป่วยรายใหม่กว่า 795,000 รายต่อปี มีผู้ป่วยเสียชีวิตกว่า 137,000 ราย ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 73.7 พันล้านดอลลาร์ ซึ่งเป็นอัตราค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (National Stroke Association, 2010)

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2554, 2555 และ 2556 เท่ากับ 30.04, 31.69 และ 36.13 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลในปี 2554, 2555 และ 2556 เท่ากับ 176.00, 168.60 และ 166.85 ต่อแสนประชากร ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ต้องกลายเป็นคนพิการเพิ่มขึ้นปีละ 84,000 ราย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประมาณ 100,000 – 1,000,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นภาระของครอบครัว สังคม และประเทศชาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท ซึ่งเป็นอัตราค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2557) จังหวัดอุดรธานีพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2554, 2555 และ 2556 เท่ากับ 52.62, 43.37 และ 52.70 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนอัตรา

การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาพยาบาลโดยเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ในปี 2554, 2555 และ 2556 เท่ากับ 198.77, 179.98, และ 184.97 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2557)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ ความผิดปกติทางความคิด สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย เกิดความรู้สึกหมดหวังและรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่า ในตนเอง แยกตัวออกจากสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือรับผิดชอบตนเองได้ (กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; Caplan, 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ขาดความสามารถ ในการดูแลตนเองและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากสมาชิก ในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เพราะส่วนใหญ่มีความพิการจากการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เคลื่อนไหว ลำบาก สูญเสียการทรงตัว กลืนอาหารลำบาก พูดไม่ชัด มีความบกพร่องทางความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจอารมณ์ไม่ปกติ สูญเสียการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และเมื่อ เจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น แผลกดทับ การยึดติด ของข้อต่อต่าง ๆ กล้ามเนื้อเหนียวลีบ การติดเชื้อทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ จากความพิการ ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและต้องเป็นภาระของครอบครัว หมดความสามารถในการเดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและไม่สามารถดูแลตนเองได้ เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเองอย่างมาก (Miller, 1983 อ้างอิงใน นิมนวล ชูยิ่งสกุลทิพย์, 2549, หน้า 2) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินตนา สมนึก (2540) ศึกษาถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล จำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองในกิจกรรมขึ้นลงบันไดร้อยละ 82 การอาบน้ำร้อยละ 76 และการใช้ห้องสุขาร้อยละ 74 ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้เป็นภาระต่อสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายและเวลาในการดูแลรักษาโรคเป็นเวลาที่ยาวนาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแต่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติจะก่อให้เกิด ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากพ้นระยะวิกฤติแล้วผู้ป่วยยังคงมีพยาธิสภาพที่สมองหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยยังต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะฟื้นฟูสภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองและกลับไปดำเนินชีวิตได้ ตามปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลที่บ้านช่วยเหลือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และ จิตวิญญาณ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) เนื่องจากผลกระทบของโรคทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน วิตกกังวลต่อการสูญเสียหน้าที่ด้าน ร่างกาย (พัชรวิมล คุปต์นิรัตศัยกุล, 2543) ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ หรืออาจเกิด ความพิการที่มากขึ้น (ทิตยา ทิพย์สำเหนียก, 2543) หรือทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกอาย ที่ตนเองมีความพิการ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงแยกตัวไม่ยากพบปะคนอื่น ไม่อยากเข้าร่วม กิจกรรมกับครอบครัวและสังคมยิ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสุขในชีวิต (Hafsteindottir and Grypdonck, 1997) ซึ่งนอกจากความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลแล้ว สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยคือ ความรัก ความเอาใจใส่ ความมีน้ำใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือ การให้เกียรติซึ่งกันและกันก็มีความสำคัญต่อพฤติกรรมดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (Sullivan, 1993; พรชัย จุลเมตต์ 2540; เพียงใจ ตีรไพรวงศ์, 2540) ในขณะที่เดียวกันการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระที่หนักมากและภาระต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ประกอบกับระยะเวลา ที่ต้องดูแลผู้ป่วยยาวนานมีผลทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ผู้ดูแลจึงเกิดความกดดัน เครียด ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย และหมดกำลังใจ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบ ต่อภาวะ เศรษฐกิจ สังคม และแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิด ความยากลำบากในการดำรงชีวิต ทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง (ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2546) ดังการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่า ภาระงานที่ภรรยาต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วย เรื้อรัง ทำให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพที่มักจะเกิดกับผู้ดูแลได้แก่ เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดล้า ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไม่มีแรง เครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิด โกรธง่าย แยกตัวเอง ออกจากสังคมและเกิดความเหนื่อยหน่ายในที่สุด เนื่องจากรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก

อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลลับแลทั้งหมด 235 ราย พบผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 3 รองมาจากอำเภอเมือง และอำเภอพิชัยตามลำดับ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่สามารถดูแลปฏิบัติผู้ป่วยได้อย่าง ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่ามีรายงานพบภาวะเครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ของผู้ดูแลขณะดูแลผู้ป่วย (โรงพยาบาลลับแล, 2557) ซึ่งบริบทอำเภอลับแลเป็นชุมชนที่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบชนบท เกษตรกรรม มีความเชื่อ วัฒนธรรม และประเพณีพื้นบ้านเฉพาะถิ่นบนพื้นฐานของพุทธศาสนา

การดำเนินชีวิตประจำวันชาวเมืองลับแลจะตื่นแต่เช้ามีดเพื่อเตรียมอาหารใส่บาตรทำบุญ อาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นเมืองที่ได้จากท้องถิ่น เช่น ผักพื้นบ้านที่เก็บจากเรือกสวนไร่นา ข้าวแค้น ข้าวพัน สัตว์ที่เลี้ยงไว้สำหรับเป็นอาหาร หรือของป่าที่หาได้ ทำสวนทุเรียน ลางสาตบนภูเขา ไกลบ้าน ทำนา ทำหอมแดงตามฤดูกาล ตอนเย็นรับประทานอาหารเย็นพร้อมหน้ากันทั้งครอบครัว หรือญาติพี่น้อง ช่วงเวลานี้เป็นเวลา que ทุกคนในครอบครัว นำเรื่องราวต่าง ๆ มาพูดคุย ปรีกษาหารือ ร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน (ชม ห่องพ่วง, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 มกราคม 2556) และเมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ชาวเมืองลับแลได้นำความเชื่อ มาใช้ในวิถีชีวิตเช่น พิธีเรียกขวัญ พิธีดูเมี่ยงหรือพิธีแกว่งผ้า พิธีรดน้ำ พิธีไล่ผีโดยหมอมผี พิธีบนบาน ศาลกล่าว บวงสรวงบูชาและการสะเดาเคราะห์ พิธีเคาะพญูชาดวงวิญญาณบรรพบุรุษซึ่งเชื่อว่า จะปกป้อง ดูแล คุ่มครองสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้อยู่เย็นเป็นสุข ไม่เกิดการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ยังมีการนำองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานพิธีต่าง ๆ ตามความเชื่อในการรักษาโรค มีการนวดแผนไทยและความเชื่อพื้นบ้านในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เช่น นวดแผนไทยร่วมกับพิน้ำมนต์, ใช้ลูกประคบสมุนไพรที่ผ่านการเสกคาถาแล้ว, ใช้น้ำมันมนต์ ปลุกเสกนวดที่ฟื้นฟูสภาพคนป่วย ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลได้ใช้วิธีการเหล่านี้ เช่นเดียวกันเป็นวิธีดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับวิธีการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษา ในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น (คำ เมืองด่าน, ผู้ให้สัมภาษณ์, 10 ธันวาคม 2555)

และเนื่องจากความเชื่อ วิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณีพื้นบ้านดั้งเดิมเป็นตัวกำหนดและ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน (Alver, 1995) การศึกษาวิจัย ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ซึ่งเป็นการศึกษามุมมองของผู้มีประสบการณ์จริงเกี่ยวกับการเป็น ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทความเชื่อและวิถีชีวิตที่เฉพาะเจาะจง ของประชาชนในชุมชนที่มีรากฐานวัฒนธรรมจากโยนกเชียงแสนหรือล้านนา โดยใช้ กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญมาก สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติให้ได้ตระหนักถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการพยาบาลด้านจิตสังคมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง บนพื้นฐานวิถีชีวิตและความเชื่อในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างเหมาะสม อันเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติ

ในการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพแก่บุคคล และครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีความเสี่ยงต่อปัญหาสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน

คำถามการวิจัย

ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์เป็นอย่างไร

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่ออธิบายความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสังคมที่เฉพาะเจาะจงของผู้รับบริการ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2556 ถึงเดือนเมษายน 2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความเชื่อ หมายถึง ความคิดของบุคคลในการยอมรับหรือเชื่อถือในสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลบุคคลที่
ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไม่น้อยกว่า 3 เดือน และอาศัยอยู่ใน
เขตอำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอ
ลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อ
ต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.1 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย
 - 1.5 กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ความเชื่อและบริบทชุมชน
 - 3.1 ความหมายความเชื่อ
 - 3.2 ที่มาของความเชื่อ
 - 3.3 การถ่ายทอดความเชื่อ
 - 3.4 ประวัติความเป็นมาของชุมชน
 - 3.5 วิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

1. ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease/Stroke) เป็นกลุ่มอาการทางระบบ
ประสาทเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองทำให้เซลล์สมองบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ

ได้รับเลือดและออกซิเจนลดลงจนอาจเกิดภาวะสมองตายได้ (Gillen and Burkhardt, 1998) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization / WHO, 1995 อ้างอิงใน นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงอาการที่พบบ่อย คือ อาการแขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรง (Hemiplegia) เกิดการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาท (Mower, 1997) ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่ทำให้เกิดความพิการต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งพยาธิสภาพในสมอง ซึ่งเป็นผลมาจากการรบกวนการทำงานหน้าที่ของสมองเฉพาะบางส่วนหรือทั้งหมด กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง สามารถแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

1.1 โรคหลอดเลือดสมองจากการขาดเลือดหรือจากการอุดตัน (Ischemic stroke or occlusive stroke) พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยหลอดเลือดทั้งหมด สาเหตุแบ่งออกเป็น (Linton, 2000)

1.1.1 ลิ่มเลือดอุดตันที่ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral thrombosis) ซึ่งเกิดได้ทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ แม้แต่ในหลอดเลือดฝอยมักเกิดตรงบริเวณที่หลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) อยู่แล้วประมาณ 2 ใน 3 เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพราะทั้งสองโรคนี้ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง

1.1.2 การอุดตันในหลอดเลือดสมอง เกิดจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral embolism) ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการและผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดปกติ (Atrial fibrillation) ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอจึงเกิดเนื้อสมองตายเป็นหย่อม ๆ

1.2 โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) คือ การแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเองพบได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุแบ่งออกเป็น (Linton, 2000)

1.2.1 เลือดออกในเนื้อสมอง (Hemorrhagic hemorrhage) จากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หลอดเลือดแดงแข็งแล้วแตกหรือฉีกขาดเกิดขึ้นในทันทีทันใด ทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาท เซลล์สมองถูกทำลายบริเวณที่เลือดออกทำให้เนื้อสมองตายเป็นหย่อม ๆ (Hausman and Ignatavicius, 2002)

1.2.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) สาเหตุมาจากการแตกของหลอดเลือดสมองที่ผิดปกติ เช่น หลอดเลือดแดงโป่งพอง (Rupture aneurysm) หลอดเลือดพิการแต่กำเนิด หลอดเลือดที่ไม่มีหลอดเลือดฝอยกัน (Arteriovenous

malformation [AVM]) ทำให้เลือดแดงไหลปนกับเลือดดำ (Shunted into vein) จึงมีการขยายตัวของหลอดเลือดจนกระทั่งแตกออก (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547)

นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ 4 ลักษณะ คือ

1. สมอฆาตเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack [TIA]) หรือ Ministroke อาจมีสาเหตุมาจากการตีบของหลอดเลือด ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือดที่มาเลี้ยงสมอฆาในระยะแรกที่มีการตีบตันแต่ไม่มีการอุดรูของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์จะทำให้สมอฆาตเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ทำให้สมอฆาเสียหน้าที่เฉพาะแห่งชั่วคราวใน 1 - 2 ชั่วโมงและสามารถกลับสู่สภาพปกติได้ภายใน 24 ชั่วโมง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) อาการแสดงของสมอฆาตเลือดมาเลี้ยงชั่วคราวขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดในสมอฆา ส่วนมากมักพบร่วมกับการตีบของหลอดเลือดแดงคาโรติด (Carotid artery atherosclerosis) (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) โดยร้อยละ 4 - 8 ของบุคคลที่เคยมีภาวะสมอฆาตเสียหน้าที่เฉพาะแห่งจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอฆาภายใน 1 เดือน ร้อยละ 12 - 13 เกิดขึ้นภายในปีแรก และร้อยละ 24 - 29 เกิดขึ้นภายใน 5 ปีตามลำดับ (Gregory, 1999)

2. สมอฆาตเลือดชั่วคราวที่มีความพร่องทางประสาทนานเกิน 24 ชั่วโมง แต่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ (Reversible ischemic neurological deficit [RIND]) เนื่องจากสมอฆาตเลือดเป็นบริเวณเล็ก ๆ ในส่วนเนื้อสมองที่อยู่ลึกลงไปโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนภาวะนี้โอกาสเกิดเนื้อสมองตายมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; White and Duncan, 2002)

3. สโตรคที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (Progressive stroke) หรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยดังกล่าวจะมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ เป็นเวลา 24 ชั่วโมงขึ้นไป เกิดจากลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ขยายตัวอุดตันหรือสกัดกั้นการไหลเวียนของเลือดมากขึ้นเรื่อย ๆ มีผลทำให้สมอฆาบวม หมดสติ สมอฆาขยับเคลื่อนที่มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10 - 20 ใน 2 - 3 สัปดาห์แรก (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2547; โครงการสวัสดิการสถาบันพระบรมราชชนก, 2541)

4. สโตรคที่มีอาการคงที่แล้ว (Complete stroke) เป็นสโตรคที่ไม่มีอาการเพิ่มมากขึ้น ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงในช่วง 2 - 3 สัปดาห์ อาการของโรคอยู่ตัวแล้ว (Stable stroke) ไม่มีการบวมเพิ่มขึ้นของสมอฆารอบ ๆ รอยโรคนั้น (โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก, 2541)

2. ระยะของโรคหลอดเลือดสมอฆา

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอฆา แบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

ดังนี้

2.1 ระยะเวลาเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือถ้ารู้สึกตัว แต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจใช้เวลาประมาณ 1 - 14 วัน ส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในระยะนี้ได้ คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจและระบบหายใจผิดปกติ ในระยะนี้ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวน้อยจึงมีโอกาสในการรอดชีวิตต่ำด้วยเช่นกัน

2.2 ระยะเวลาหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงแรกหรือนานกว่านี้ โดยระดับความรู้สึกตัวจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงแยะลงไปมากกว่านี้ ส่วนระดับคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) ประเมินได้ตั้งแต่ 7 คะแนน ขึ้นไป ระดับความดันโลหิตโดยค่า Systolic ไม่ควรเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท ในระยะนี้ผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการกลืน การเคลื่อนไหว การพูด และอาจเกิดปัญหาปอดบวม ขาดสารอาหาร ขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน (Phipps, 1991)

2.3 ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Recovery stage) หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่แล้วการรักษาในระยะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเน้นศักยภาพการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวให้มีความสามารถใกล้เคียงปกติมากที่สุด เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการซ้ำ และให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด ในระยะนี้ผู้ป่วยจะใช้เวลาได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพอยู่ที่บ้าน ซึ่งในระยะนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะย่อย ๆ ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

2.3.1 ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพระยะแรก (Early recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำงานที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

2.3.2 ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (Later recovery) เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรกคือ หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือนขึ้นไป ระยะนี้ปัญหาต่าง ๆ จะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การพูด การเคลื่อนไหวร่างกาย การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งถ้าได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องเพียงพอและถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขหรือใกล้เคียงสภาวะเดิมมากที่สุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อย มีดังนี้

3.1 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 70 หรือ 6 เท่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบได้ทั้งชนิดหลอดเลือดสมองตีบตันและหลอดเลือดสมองแตก (Smith, 2000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 70 จะพบความดันโลหิตสูง

ร่วมด้วย ความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ 160/95 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิต Systolic เท่ากับหรือมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปเป็นตัวบ่งชี้ถึงอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าค่าความดันโลหิต Diastolic ที่สูงขึ้น (You, 1997) ผู้ที่บริโภคเกลือปริมาณมาก ๆ เป็นประจำจะส่งผลให้ความดันโลหิตค่อย ๆ สูงขึ้น และเมื่อความดันโลหิต Systolic สูงถึง 220 มิลลิเมตรปรอทอาจทำให้เสียชีวิตได้และทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้โดยไม่มีอาการผิดปกติของหัวใจหรือการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว เนื่องจากเกลือทำลายหน้าที่ของไต ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เส้นเลือดในสมองทำหน้าที่เสียไปได้ (Chen, 1997)

3.2 โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานถึง 11- 12 เท่า ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย มักจะพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic ซึ่งเชื่อว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อหลอดเลือดโดยมีการสะสมแผ่นเยื่อบาง ๆ ซึ่งเรียกว่า พลาคว (Plaque) ในหลอดเลือดแดงที่อักเสบซ้ำ ๆ จนกลายเป็นหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ให้ความดันโลหิตสูงซึ่งมีผลให้หลอดเลือดตีบตันหรือมีขนาดเล็กลงจนขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง (You, 1997)

3.3 โรคหัวใจ เป็นสาเหตุสำคัญโดยตรงอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหัวใจที่ทำให้มีการหลุดของลิ่มเลือด (Emboli) จากหัวใจไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้แก่ ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วแบบสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจพบได้ประมาณร้อยละ 7 ถึงร้อยละ 30 และมักพบในผู้สูงอายุ (Hock, 1999) พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ใน 3 มักจะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดประเภทไม่แสดงอาการ โดยเฉพาะโรคหัวใจที่มีการเต้นระริก (Atrial fibrillation) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตัน (Cerebral embolism) มากกว่าคนปกติ 6 เท่าและมากกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไป 2 - 3 เท่า โรคหัวใจที่มีรูรั่ว (Patent Foramen Ovale หรือ PFO) หากมีรูรั่วที่หัวใจโตมากเท่าใดยิ่งโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตัน (Cerebral embolism หรือ Embolic infarct) มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีลิ่มเลือดอุดตัน (embolic stroke) ที่พบได้บ่อย (You, 1997, 2551; Sen, 1998)

3.4 ไนมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ การมีระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) สูง ระดับแอลดีแอล (LDL) สูง และระดับเฮชดีแอล (HDL) ต่ำ มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดโรคหัวใจ แต่ยังไม่สามารถอธิบายได้แน่ชัดว่ามีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร ซึ่งพบว่า

ระดับ Cholesterol สูง ระดับ HDL ต่ำ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงและการหนาตัวเพิ่มขึ้นของผนังของหลอดเลือด Carotic บริเวณลำคอซึ่งเป็นหลอดเลือดใหญ่จากภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดใหญ่ ซึ่งปัจจุบันนี้คนไทยแต่ละพื้นมีพฤติกรรมการบริโภคแตกต่างกันไป คนภาคกลางและเมืองหลวงที่มีสภาวะทางเศรษฐกิจดีกว่า มีโอกาสได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมตะวันตกมากกว่ามีผลทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการรับประทานโปรตีน ไขมันมากขึ้น นิยมอาหารฟาสต์ฟู้ด บริโภคผักผลไม้ไม่บ่อยลง ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงดังกล่าวทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคหลายชนิดเช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วนและโรคอื่น ๆ มากกว่าภาคอื่น (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543)

3.5 การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุโดยตรงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบคนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยง 1.5 เท่าและคนที่สูบบุหรี่จัดมากกว่า 40 มวน/วันเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงมากกว่า 2 เท่าของผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวน/วัน การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งชนิดหลอดเลือดตีบตันและหลอดเลือดแตก และพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความหนืด (Viscosity) ของเลือดมีการเพิ่มโปรตีน (Fibrinogen) ส่งผลให้เพิ่มการจับกันของเกล็ดเลือด (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543) ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตัน (Ischemic stroke) มากเป็น 2 - 3 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่ (You, 1997)

3.6 การดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ไม่ก่อให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด แต่พบว่าผู้ดื่มแอลกอฮอล์ประจำจะเกิดภาวะความดันโลหิตสูงตามมา เพราะแอลกอฮอล์ทำให้เส้นเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมองชนิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคนอยด์ (Subarachnoid hemorrhage) ผู้ที่ดื่มสุราประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 15 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (You, 1997)

3.7 ความเครียด ความเครียดและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ความเครียดทำให้หลอดเลือดหดตัวส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและมีผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยลงจนหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้เลือดที่จะไปเลี้ยงสมองลดลงด้วยจึงเกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ ผู้ที่มีความเครียดสูงมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่มีความเครียด 1.7 เท่า (Schneck, 1997; Everson, 1998)

3.8 น้ำหนักตัว ภาวะน้ำหนักตัวมากเกินไปจนกลายเป็นโรคอ้วนทำให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคระบบกระดูกข้อต่อต่าง ๆ การเป็นโรคอ้วนนาน ๆ จะส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา

การบริโภคไขมันที่อิ่มตัวจะมีความสัมพันธ์ต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic ในเพศชายที่มีอายุระหว่าง 45-46 ปีลงได้ (Gillman, 1997) การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยป้องกันโรคต่าง ๆ ได้อย่างมาก มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index หรือ BMI) มากกว่า 30 จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic ได้มากกว่าผู้ที่มีค่า BMI ต่ำกว่า 20 การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง ๆ ละ 30 - 40 นาทีช่วยให้ร่างกายมีระบบการไหลเวียนโลหิตที่ดี ช่วยลดความเครียดได้ ช่วยทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานดีขึ้น ช่วยเผาผลาญไขมันที่เหลือในร่างกายลดลงช่วยป้องกันไขมันในเลือดสูง ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Feigin, 1998)

3.9 อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นในกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปพบได้มากเป็น 2 เท่าของคนอายุน้อย ยิ่งอายุใกล้ 70 ปีจะพบมากถึง 1 ใน 20 คน เพราะว่า เมื่ออายุมากขึ้นมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง มีการเผาผลาญในเซลล์สมอง การดูดซึมอาหารและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของสมองให้ลดลง (Liao, 1997)

3.10 เพศ มีรายงานว่า เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันมากกว่าเพศหญิงร้อยละ 30 ส่วนเพศหญิงพบว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกชนิดมีเลือดออกใต้เยื่ออะแรนดอยส์ (Subarachnoid hemorrhage) มากกว่าเพศชาย ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง เพราะเชื่อว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงมีผลช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองได้ (Liao, 1997)

3.11 กรรมพันธุ์ มีการศึกษาพบว่า ถ้าสมาชิกครอบครัวฝ่ายบิดาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองสมาชิกในครอบครัวนั้นมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครอบครัวปกติถึง 2 เท่า ถ้าพบสมาชิกครอบครัวฝ่ายมารดาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยงลดลงเหลือเพียง 1.4 เท่า (Liao, 1997)

สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้นเป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดสมองมิได้หลายปัจจัยรวมกัน ดังนั้นหากต้องการลดอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ สามารถทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงให้เหลือน้อยมากที่สุดจนไม่มีความเสี่ยงก็จะทำให้ไม่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการลดปัจจัยเสี่ยงสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค เช่น ลดอาหารประเภทไขมันสูง การควบคุมน้ำหนักตัว การเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นตามความเหมาะสมของอายุ

การหยุดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีเป็นวิธีการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้

4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันและรุนแรง ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมองจนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ แต่เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีมีการพัฒนาด้านการรักษาในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความพิการจากพยาธิที่หลงเหลืออยู่ ความพิการมีมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ผลจากการเกิดพยาธิสภาพที่สมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมายก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาวทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ดังนี้

4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบบ่อย ดังนี้

4.1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพส่วนของเมดัลลาสมองส่วนหน้า เปลือกสมองหรือสมองน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนไป อาการที่เกิดขึ้นนี้จะอยู่ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง ต่อมาจะเกิดอาการเกร็งโดยเกิดการงอของข้อมือ ข้อศอก นิ้วมือกำแน่น ข้อสะโพกกางออก ข้อเข่างอและนิ้วเท้างอเข้า (Kernich, 2001) ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองซีกซ้ายผิดปกติจะมีแขนขาซีกขวาอ่อนแรงหรือเกิดอัมพาต (Black and Matassarini - Jacobs, 1993) ในระยะแรกกล้ามเนื้อด้านที่เป็นอัมพาตอ่อนปวกเปียก เคลื่อนไหวลำบากหรืออาจเคลื่อนไหวไม่ได้เลย มีอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อทำให้แขนขาส่วนที่อ่อนแรงเกิดการบวม ผู้ป่วยจะรู้สึกแขนขาหนักขึ้น ถ้ามีอาการเกร็งโดยนิ้วมือกำแน่น แขนขาเหยียดลำบาก ยิ่งทำให้เคลื่อนไหวลำบากขึ้น หรือถ้าผู้ป่วยกลัวหรือเจ็บจะยิ่งทำให้เกร็งมากขึ้น อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ข้อติด (นิพนธ์ พวงรินทร์, 2544)

4.1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการพูดและภาษา เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายหรือซีกเด่น (Dominant hemisphere) พบถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ความผิดปกติที่พบบ่อย 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถพูดสื่อความหมายออกเสียงเป็นคำและพยางค์ได้ทั้งที่ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของภาษา (Expressive or motor aphasia) เพราะการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ลิ้น เพดานอ่อน แก้ม ขากรรไกร และสายเสียงมีความผิดปกติ เนื่องจากมีการทำลายบริเวณโบรคา (Broca's area) หรือผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และเข้าใจในภาษาพูด (Sensory aphasia) ทำให้ผู้ป่วยพูดจาเรื่อยเปื่อย เหลวไหล หรือคิดประดิษฐ์คำพูดขึ้นเองเนื่องจากมีการทำลายบริเวณเวอร์นิค (Wernicke's area) ซึ่งเป็นบริเวณที่เกี่ยวข้องกับ

การแปลผลจากการได้ยินและการมองเห็น ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทั้งการพูดลำบาก การฟัง การอ่าน หนังสือ การรับรู้และความเข้าใจคำพูดที่ได้ยิน ผู้ป่วยสามารถพูดได้เป็นคำ ๆ แต่จับใจความไม่ได้ (พัสมณท์ คุ่มทวีพร, ธิดาทิพย์ ชัยศรี และธัญลักษณ์ โอบอ้อม, 2541; กิ่งแก้ว ปาจารย์, 2547) ความผิดปกติของการสื่อสารมีได้ทั้งการพูดจะไม่สามารถพูดได้ (Aphasia) หรือพูดไม่ชัด (Dysarthria) อ่านและเขียนไม่ได้ (Mumma, 2000) นอกจากนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการพูดหรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าจะทำให้ผู้ป่วยพูดซ้ำมาก พูดไม่ชัด ซึ่งปัญหาการสื่อสารเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ ความคิดของตนเองได้ หรืออาจฟังคำพูดของผู้อื่น ไม่เข้าใจและรับรู้ได้ยาก (Linton, 2000)

4.1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เนื่องจากสาเหตุเกี่ยวกับการกลืน ซึ่งเป็นการทำงานของเส้นประสาทหลายเส้นประกอบกัน มักจะเกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5 ที่ควบคุมการเคี้ยว เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าขณะเคี้ยวอาหาร และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 12 ควบคุมเกี่ยวกับการกลืน การเคลื่อนไหวของลิ้นและรีเฟล็กซ์การขย้อน (Gag reflex) ความผิดปกติของเส้นประสาทเหล่านี้ยังทำให้ริมฝีปากเม้มปิดไม่สนิท จึงเกิดความผิดปกติในการเคี้ยวอาหาร ลิ้นไม่สามารถกวาดอาหารให้ไปในทิศทางต่าง ๆ ได้ กล้ามเนื้อช่องปากและคอหอยอ่อนแรง ไม่สามารถผลักอาหารเข้าหลอดอาหารได้ทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก (Moore, 1994; Mumma, 2000; Kernich, 2001) ยังมีการอ่อนแรงของเพดานอ่อนไม่สามารถเคลื่อนปิดผนังคอหอยได้สนิททำให้ผู้ป่วยสำลักขณะกลืนพบได้บ่อยถึงร้อยละ 50 (Phipps, 1991)

4.1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการความรู้สึกและการรับรู้ เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมอง parietal โดยเฉพาะในสมองซีกไม่เด่นความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่ (นิพนธ์ พวงรินทร์, 2544)

1) สูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บป่วย แรงกด ความร้อน และความเย็น ความผิดปกติอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่างรวมกันก็ได้ ผู้ป่วยจะบอกตำแหน่งจุดสัมผัสไม่ถูกหรือบอกไม่ได้ บอกตำแหน่งจุดสัมผัสพร้อมกันหลายจุดไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะด้านที่มีอาการ กว้างร่างกายจะรับรู้และมีปฏิกิริยาตอบโต้สิ่งที่อันตรายนั้นร่างกายผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายไปแล้ว

2) มีความบกพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อความสมดุลของร่างกาย โดยผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ลักษณะของตนเอง ข้อมูลของความสมดุลของร่างกายตนเองด้านที่มีพยาธิสภาพ ขาดความเอาใจใส่ต่อความพิการหรือความเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดขึ้น

เรียกว่า Anosognosia คือ ไม่รับรู้สภาพความผิดปกติของร่างกาย ปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง และละเลยร่างกายที่มีความพิการ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; Kernich, 2001) ทำให้ผู้ป่วยจำกัด การเคลื่อนไหวของตนเอง ไม่กล้า นั่ง ยืน และเดิน ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ได้ ซึ่งเป็น อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ที่ผิดไป ทำให้ ผู้ป่วยสับสนไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล หรือรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง มีผลทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมได้

4) ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้การมองเห็นที่พบบ่อย คือ ตาบอดครึ่งซีก โดยเสียข้างเดียว (Homonymous hemianopia) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นซีกที่เป็นอัมพาต จึงเกิดการละเลยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยบางราย เห็นภาพซ้อน เนื่องจากความบกพร่องของเส้นประสาทคู่ที่ 3, 4 และ 6 ทำให้การประสานงานของ กล้ามเนื้อตาทั้งสองข้างเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถกรอกตาไปในทิศทางที่สอดคล้องกันได้เหมือน ปกติ จึงเกิดภาพซ้อนซึ่งมีผลความสมดุลในการนั่ง การยืน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; Black and Mattassarini-Jacobs, 1993) จากความผิดปกติข้างต้นและการมองเห็นไม่ชัด หรือกะระยะ ไม่ได้ (Spatial - perceptual deficits) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและมีความต้องการพึ่งพา มากขึ้น (Mumma, 2000)

5) ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาที่พบบ่อย คือ การสูญเสียความทรงจำ อาจเป็นการสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองกลีบเทมโปรัล และเป็นการสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมาพบในผู้ป่วยที่มี พยาธิสภาพกระจายทั่ว ๆ ไปในสมองทั้งสองข้าง นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ไข ปัญหา ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ขาดความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผล และ จินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริง (Hickey and Hock, 2003) ไม่สามารถคิดในสิ่งที่เป็นนามธรรมเช่น แนวคิด ความคิดเชิงปรัชญาหรือสุภาษิตการตัดสินใจ ที่ลึกซึ้ง (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542, หน้า 35) ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ทั้งหมดจึงเป็นการ ยากที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมเดิม ๆ ซ้ำ ๆ จนไม่สามารถแก้ไขปัญหา ในชีวิตประจำวัน และไม่สามารถป้องกันหรือหลบหลีกอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดกับตนเอง

6) ความผิดปกติเกี่ยวกับการขยับถ่าย พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณ ก้านสมองหรือสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) (กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, 2547) จึงทำให้สูญเสีย การควบคุมกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถขยับถ่ายออกมาได้หมดหรือไม่สามารถขยับถ่ายปัสสาวะ

ได้เอง หรือในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้าบริเวณคอร์เทค จะเกิดปัญหาท้องผูก ถ่ายอุจจาระลำบาก (Linton, 2000) พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะแรก สิ่งที่พบคือ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่และพบความผิดปกติในการกลั้นปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยสัมพันธ์กับการฟื้นตัวภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Tilling, et. al., 2001) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายในช่วงแรก ๆ เนื่องจากยังไม่รู้สึกตัว (ฉัฐยา จิตประไพ และภาริส วงศ์แพทย์, 2542; Hinkle, 1998) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บางรายอาจมีปัสสาวะค้างค้างมาสามารถถ่ายออกได้หมด บางรายไม่สามารถปัสสาวะได้ บางรายอาจมีปัสสาวะค้างค้างไม่สามารถถ่ายอุจจาระนั้น ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาในเรื่องท้องผูกเกิดจากผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงเนื่องจากความพิการของร่างกายหรือเกิดจากการรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อยกว่าปกติ อีกทั้งกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนกำลังลงและไม่สามารถบอกให้ทราบได้ว่าต้องการถ่ายอุจจาระ

7) ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านนี้ประมาณร้อยละ 70 เนื่องมาจากสาเหตุทางร่างกายเช่น อาการเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัสสาวะกะปริดกะปรอย มีความผันผวนทางจิตใจ เกิดความกลัว วิดกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย และการไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง จึงส่งผลให้บทบาททางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามปกติ (อรฉัตร โดษยานนท์, 2539)

4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และการตอบสนอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิดกกังวล เครียด ก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน เฉยเมย หรือความไม่แน่ใจในการดำรงชีวิตอยู่ (ฉัฐยา จิตประไพ, 2543; ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์, 2547; Green, 2000) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาจะมีพฤติกรรมหงุดหงิดง่าย ใจร้อน มีความผิดปกติเกี่ยวกับการตัดสินใจ ส่วนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือบางครั้งแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม (Linton, 2000) จากการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้และการทำงานส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีความบกพร่องหรือสูญเสียหน้าที่ ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการสั่งการให้เดินหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง ทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดลงหรือปรับตัวได้ยาก ผู้ป่วยอาจหมดกำลังใจ ขาดแรงจูงใจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกหมดหนทาง การช่วยเหลือ ขาดความมั่นใจในการที่จะเผชิญกับความเครียด (Smith, et. al., 2004) หลังการป่วยมาก 1 สัปดาห์ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า สูญเสียความทรงจำ มีอาการที่แปรปรวนง่าย

ชีวิตไม่เป็นที่คาดหวังไว้ ทำให้ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปไม่ได้ (ฟารีดา อิบราฮิม, 2539) ไฟเบลและสปริงเกอร์ (Feibel and Springer, 1989 อ้างอิงใน พรชัย จุลเมตต์, 2540) ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 91 คน พบผู้ป่วย 24 คน คิดเป็นร้อยละ 26 มีอาการซึมเศร้าหลังจากป่วยเป็นเวลา 6 เดือน อาการซึมเศร้านี้เป็นผลมาจากความผิดปกติและความพิการทางร่างกาย รวมทั้งความบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ซึ่งตรงกับการศึกษาของแซนตัส และคณะ (Santas, et. al., 1987 อ้างอิงใน สุดศิริ นิรัญชุนหะ, 2541) ซึ่งพบว่า ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ภายหลังจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียด้านความคิด ระดับความสามารถในการทำงาน และความสามารถ ในการปรับตัวกับครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนแรก จะเกิดขึ้นเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย หลังจากนั้นภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนถึง 1 ปีเกิดขึ้นเนื่องจากความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสังคมของผู้ป่วย และมีผลการศึกษาของเจียมจิต โสภณสุขสถิต (2544) ได้ศึกษาภาวะด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลอยู่ที่บ้านจำนวน 44 ราย พบว่าหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ภาวะซึมเศร่าก่อนและ หลังจำหน่ายไม่แตกต่างกัน มีแนวโน้มลดลงหลังจำหน่าย ซึ่งภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early stage) แล้วอาการดีขึ้นในช่วงเวลา 1 ปี ผู้ป่วยจะมีการปรับตัวเมื่อเวลาผ่านไปภาวะซึมเศร่ามักจะเป็นมากในช่วง 2 ปีแรกหลังเกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน (นิจศรี ชาญณรงค์, 2543) นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านจิตใจอีกหลายประการ เช่น ความกลัว ได้แก่ กลัวพิการ กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง กลัวทุกข์ทรมาน กลัวการกลับเป็นโรคซ้ำ กลัวการถูกทอดทิ้ง และกลัวตาย ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลตามมา นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นแล้วมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจและความรู้สึกขัดแย้งในใจจากการที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (พรชัย จุลเมตต์, 2540)

4.3 ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย มีสภาพที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ การแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเกิดความห่างเหินกันไป มีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดผลต่อการกระทำบทบาทในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำบทบาทเป็นบิดาหรือมารดา บทบาทการเป็นสามีหรือภรรยา ไม่สามารถกระทำบทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัวที่ต้องทำมาหากินเลี้ยงครอบครัวได้ดังเดิม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถร่วมกิจกรรม

ทางสังคมหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ตลอดไป จึงทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธภาพทั้งภายในครอบครัวและสังคมรอบข้างผู้ป่วยเป็นไปแบบห่างเหินหรือเสื่อมลงจึงอาจที่จะเผชิญหน้ากับเพื่อนฝูงหรือเข้าสังคม (จรัญญา จิตประไพ, 2543; Hafsteindottir and Grypdonck, 1997) ซึ่งจะทำให้สังคมผู้ป่วยแคบลง จึงรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า รู้สึกคับข้องใจ ต้องพึ่งพาคนอื่น บทบาททางสังคมก็เปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถทำงาน เช่นที่เคยทำได้ หรือถ้าผู้ป่วยเคยเป็นกำลังหลักสำคัญในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ รายได้ตกต่ำ ทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตหากผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (พาริตา อิบราฮิม, 2539; โอบาส ธรรมวานิช, 2540) เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมและการงานที่เคยรับผิดชอบ เมื่อไม่สามารถรับผิดชอบในบทบาทเดิมได้ บางรายต้องออกจากงานหรือย้ายตำแหน่งหน้าที่การงานไปอยู่ในตำแหน่งที่ไม่มีความสำคัญอะไรเลย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมเป็นภาวะของครอบครัวที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้การรักษา และฟื้นฟูสภาพครอบครัวจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้าน ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวมีส่วนสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีหรือมั่นคงมักรับรู้ถึงภาวะการดูแลได้มากกว่าครอบครัวที่มีเศรษฐกิจไม่มั่นคง จากการศึกษาของ เอ็คเบิร์ก (Ekberg, 1992 อ้างอิงใน สุดศิริ นิรัญชุนหะ, 2541) ศึกษาภาวะความเปราะบางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า รายได้หรือภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดอาการเปราะบางในการดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งทำให้มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้มาก เช่นเดียวกับ จินตนา สมนึก (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำงานอยู่กับบ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ถึงแม้ในการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล แต่โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษานาน ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแล ผู้ดูแลบางรายต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาทางการเงินตามมาได้ถ้าครอบครัวไม่มีเงินออมเพื่อใช้ในการเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่ค่าใช้จ่ายและรายได้ของครอบครัวได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2535)

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวมากผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยต้องการพึ่งพาบุคคลอื่น แม้กระทั่งในระยะแรกฟื้นแล้วก็ยังคงมีความพิการหลงเหลือและต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน

ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ในการจัดการดูแลและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมให้เร็วมากที่สุด คงไว้ซึ่งระดับความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และคงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมของผู้ป่วย (Reinhard, 1994 อ้างอิงใน สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมเกี่ยวข้องกับผู้อื่นให้ได้มากที่สุด จะเป็นการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางด้านจิตใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ เกิดความกระตือรือร้นในชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สูงขึ้น (อรจักร โดษยานนท์, 2539) ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นญาติที่มีบทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญ ต้องสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อที่จะส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ และความมั่นคงของร่างกายได้ตามความต้องการของผู้ป่วย (Orem, 1995) ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องเรียนรู้ในการผสมผสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต จากการศึกษาของแกรนท์ (Grants, 1999) ผู้ดูแลอธิบายความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยว่า เป็นเรื่องที่คุกคามและก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่แน่นอนในบทบาทของการดูแล บางครั้งผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการเตรียมตัวที่ดีพอ ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาในการจัดการกับสุขภาพ การรับรู้และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ดังนั้นความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจึงเป็นภาระหนักที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบโดยมีผลมาจากสาเหตุคือการมีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางร่างกาย หรือ การทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกิดจากโรคหรือความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วยมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานหรือกิจกรรมขั้นสูง มีปัญหาความบกพร่องทางความคิดสติปัญญา หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2541 อ้างอิงใน ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) จากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทำการศึกษานักศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุจำนวน 20 รายในระยะเวลา 1 เดือน ร้อยละ 75 กล่าวว่า พวกเขามีความสุขเวลาที่ มีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วยใกล้ ๆ ร้อยละ 45 กล่าวว่า พวกเขารู้สึกเสียใจเมื่อบุคคลในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านทุกเช้าทำให้เกิดความเหินห่างต่อกัน ผู้ป่วยโรคนี้จะรู้สึกว่าตนเองหงอยเหงาและทรมาน เนื่องจากกิจกรรมทางสังคมของตนเองลดลง และในช่วงหลังการเจ็บป่วยนี้ผู้ป่วยก็ต้องการที่จะได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมบ้าง (Castellucci, 2004)

5 กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจุดมุ่งหมายให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การให้การดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตและมีความบกพร่องในการดูแลตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื้อที่บ้าน หากผู้ดูแลขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถทำกิจกรรมดูแลที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยอย่างดีพอจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ล้มเหลว ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแย่ลง ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถในการจัดกิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแล ต่อไปนี้ (Hayn and Fisher, 1997)

5.1 การคงไว้ซึ่งอากาศน้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และโครงสร้างของร่างกาย

5.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้านอาจเกิดปัญหาการขับถ่ายเช่น ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะไม่ออก มีอาการท้องผูก หรือควบคุมการขับถ่ายอุจจาระไม่ได้

5.3 การคงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้องกันการเกิดปัญหาทางผิวหนัง และคงไว้ซึ่งระดับอุณหภูมิร่างกายที่ปกติ การดูแลให้ร่างกายปราศจากการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

5.4 การคงไว้ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจจึงมีผลต่อการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วยด้วย

5.5 การพัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้มีความคงทนแข็งแรง ร่างกายสามารถทำงานสู่สภาพเดิมหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

5.6 การปราศจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ และมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยมักพยายามฝึกกลืน ยืน พยายามที่จะช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ซึ่งอาจมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บได้

5.7 การพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสาร ความคิด อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้ป่วยแต่ละคนอาจพบปัญหาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่เกิดกับสมองระดับความรุนแรงและระยะเวลาของการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง

5.8 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการพึ่งตนเองเพื่อให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตเช่นเดิม พึงพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

1 ความหมายของผู้ดูแล

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Give direct care) มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การช่วยแต่งตัว ช่วยป้อนอาหารหรือการให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล ที่มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การกระทำที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (Indirect care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่แทนได้ หรือ คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

การที่สมาชิกคนใดในครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลหรือเป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดต่อกันมา โดยที่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข โดยเฉพาะเพศหญิงที่ได้รับการหล่อหลอมทางสังคมให้เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ลูกต้องดูแลพ่อแม่ การละเลยเพิกเฉยหน้าที่ความรับผิดชอบจะถูกสังคมตำหนิได้

2. สัมพันธภาพในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี จะมีความเห็นใจ สงสาร และห่วงใยในตัวผู้ป่วยมากมักเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอง

3. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่

4. ศักยภาพของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วย และการดูแลรวมทั้งประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ

5. การยอมรับของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยหรือ มีแรงจูงใจในการดูแล เช่น พิจารณาว่าเป็นโอกาสได้ตอบแทนพระคุณ ได้ใกล้ชิดผู้ป่วย หรือได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น

6. การยอมรับของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะได้รับการดูแลจากสมาชิกบางคน ในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมักยินยอม โดยเฉพาะในกรณีที่มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตต่อไปอีกไม่นาน

7. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวที่ไม่มีงานประจำมักจะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว

ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลายประการตามข้อจำกัดของผู้ป่วย ทั้งความบกพร่องทางร่างกาย ความพร่องทางความคิด และสติปัญญา การจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และการจัดเตรียมสิ่งต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นสื่อกลางในการติดต่อกับบุคลากรทางสุขภาพตัดสินใจในการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาล เลือกวิธีการรักษา นอกจากนี้ยังต้องรับภาระงานอื่น ๆ เช่น การเงิน งานบ้าน การจัดทำนิติกรรมต่าง ๆ (วิมลรัตน์ ภูวราชูฉิมพานิช, 2537) ญาติผู้ดูแลมีบทบาทในการทำกิจกรรมแตกต่างกันไปตามสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล

2 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าบุคลากรในทีมสุขภาพ เนื่องจากความพิการที่หลงเหลืออยู่ของผู้ป่วย ทำให้มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลมีบทบาททั้งดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้คำแนะนำ หรือคำปรึกษา ประสานงานหรือจัดการเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย (Lubkin and Laxsen, 1998; Travis and Piercy, 2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 31

ต้องการความช่วยเหลือในด้านการเดินร้อยละ 20 และต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตทั้งหมดร้อยละ 16 (Carrozzella and Jauch, 2002) ดังนั้นผู้ดูแลมีบทบาทจะต้องปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล การดูแลมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลจะต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและคอยช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ รวมทั้งสนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังต้องช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการที่เกิดขึ้น ช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น เสริมสร้างหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ ความจำ ความคิดตลอดจนทักษะต่าง ๆ และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าไม่เป็นภาระต่อญาติมากนัก กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เจียมจิตแสงสุวรรณ และ อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544; ฟารีดา อิบราฮิม, 2539) มีดังต่อไปนี้

2.1.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักรับประทานอาหารเองได้แต่ไม่สะดวก บางรายอาจรับประทานได้แต่ช้ากว่าปกติ บางรายต้องให้อาหารทางสายยาง ผู้ดูแลจะต้องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เหมาะสม เช่น ชามก้นลึก แก้วน้ำที่มีหลอดดูด ช้อนที่ติดยึดกับมือ รวมทั้งอาหารที่จัดให้ควรอยู่ในลักษณะที่ง่ายต่อการดื่บประทานเอง เช่น อาหารชิ้นไม่ใหญ่เกินไป อาหารไม่ควรมีก้างหรือกระดูก ในการป้อนอาหารผู้ป่วยต้องทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นน้ำลายและความรู้สึกอยากอาหารควรดื่กอาหารคำเล็ก ๆ ป้อนให้ทางปากด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถป้อนอาหารได้เอง ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยให้การสนับสนุนในเรื่องการจัดเตรียมอาหารให้วางในตำแหน่งที่เหมาะสมตรงหน้าและอยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ควรใช้เวลาผู้ป่วยในการรับประทานอาหารไม่เร่งรีบรับประทานอาหาร นอกจากนี้ผู้ดูแลควรต้องดูแลรักษาความสะอาดของปากฟันก่อนและหลังการรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำลายและช่วยการรับรสให้ดีขึ้น สำหรับในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารและน้ำทางสายยางแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ความต้องการพลังงานจากสารอาหารในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวในแต่ละวันประมาณ 1,700 - 2,000 แคลอรีต่อวัน วันละ 4 - 6 มื้อ สำหรับผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยางถ้าสูตรอาหารที่ให้กับผู้ป่วยมีคุณค่าทางโภชนาการไม่ครบถ้วน จะมีผลทำให้ผู้ป่วยขาดสารอาหารได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านขาดพลังงาน วิตามินและ

เกลือแร่ ส่วนผู้ป่วยที่นอนเฉย ๆ โดยไม่ได้เคลื่อนไหวและเข้าสู่ระยะพักฟื้นแล้วอาจต้องปรับปริมาณแคลอรีให้ลดลง มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้นเกินไป ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางระบบประสาทอาจต้องจำกัดน้ำเพื่อป้องกันภาวะสมองบวม น้ำไม่ควรเกิน 2,000 ซีซีต่อวัน ถ้าผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามใด ๆ สามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ตามความต้องการของร่างกาย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

2.1.2 การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่แต่การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยตัวเองมากที่สุดจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ช่วยตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลจะต้องจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายตนเองได้สะดวกขึ้น เช่น แก้วสำหรับนั่งอาบน้ำ ฟองน้ำหรือแปรงด้ามยาวสำหรับถูตัว ผู้ดูแลช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำสะอาดหลังจากล้างสบู่ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม สำหรับผู้ป่วยที่สามารถช่วยตัวเองได้แต่ยังอาบน้ำไม่สะดวกจำเป็นจะต้องเช็ดตัวบนเตียง ผู้ดูแลควรจะช่วยเช็ดตัวเฉพาะส่วนที่เช็ดไม่ถึงเท่านั้น เช่น บริเวณแผ่นหลัง ไม่ควรช่วยเช็ดตัวให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เองแต่อาจใช้เวลานาน กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยให้กระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด สระผม ตัดเล็บด้วยตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถอาบน้ำได้ ผู้ดูแลควรเช็ดตัวให้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ทำความสะอาดปากและฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอนหรือหลังอาหารทุกครั้ง (เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544)

2.1.3 การแต่งกาย ผู้ป่วยในระยะพักฟื้นสามารถแต่งตัวเองได้ แต่ยังไม่สะดวกและทำได้ช้ากว่าปกติ ผู้ดูแลต้องเปิดโอกาสและคอยสนับสนุนผู้ป่วยได้กระทำด้วยตนเอง จัดหาเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดออกเองได้อย่างสะดวก เช่น เสื้อผ้าที่สวมใส่ทางศีรษะ ใช้ยางยืดแทนกระดุม หรือถ้ามีกระดุมควรใช้กระดุมเม็ดโต เสื้อผ้าที่จัดเตรียมให้ต้องสะอาดแห้งและระบายความร้อนได้ดีเนื่องจากเสื้อผ้าที่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังอับชื้นทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย (Bergstrom, et. al., 1998) ในรายที่แขนและมือข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนแรงมากต้องให้ผู้ป่วยสวมเสื้อโดยใส่ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดี ส่วนการถอดเสื้อจะต้องถอดข้างที่ดีก่อน ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่งตัวตนเองให้มากที่สุดเช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวด (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

2.1.4 การขยับถ่าย ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมการขยับถ่าย ผู้ดูแลจะต้องคอยช่วยเหลือ ในรายที่ไม่สามารถทำความสะอาดหลังขยับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เอง ผู้ป่วยที่ถ่ายปัสสาวะไม่ออกอาจต้องได้รับการสวนสายปัสสาวะคาไว้ในระยะแรกและมีแผนการฝึกการขยับถ่าย

ปัสสาวะด้วยตัวเอง ซึ่งในรายที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะต้องดูแลเป็นพิเศษโดยต่อให้สายสวนปัสสาวะลงระบบปิดที่ปลอดภัยไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับ ตรึงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งท่อทางเดินปัสสาวะหรือเคลื่อนเข้าออกพร้อมทั้งทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้มีปัสสาวะเล็ดอยู่ตลอดเวลาผู้ดูแลต้องคอยระมัดระวังไม่ให้เกิดความเปียกชื้น เนื่องจากความชื้นจะทำให้ผิวหนังเกิดการเปลี่ยนแปลง (Livesly, 1996) ดูแลผู้ป่วยไม่ให้ท้องผูกโดยกระตุ้นให้ถ่ายอุจจาระทุกวันให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายเพื่อให้ลำไส้ทำงานปกติ ดูแลและให้การช่วยเหลือในการขับถ่ายให้สะอาด ไม่เปียกชื้นเหงื่อไคล ปัสสาวะ หรืออุจจาระจึงจะสามารถป้องกันการแตกทำลายของผิวหนังทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ (Zejdilik, 1992) นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับน้ำในปริมาณ ที่พอเหมาะอย่างน้อยวันละ 2,000 – 2,500 มิลลิลิตร (Ignatavicius, Workman and Mishler, 1999)

2.1.5 การเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง โดยเฉพาะร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ เพื่อช่วยให้การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่พัฒนาดีขึ้น โดยช่วยจัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวให้ผู้ป่วย เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน เป็นต้น และควรให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ การออกกำลังกายข้อต่าง ๆ เพื่อป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป ช่วยเสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรงและทำงานให้ได้มากที่สุด และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง (อรชิตร์ โทษยานนท์, 2539) การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามขั้นตอนของการพัฒนาการเคลื่อนไหวโดยเริ่มจากศีรษะไปถึงเท้าและจากส่วนต้นไปส่วนปลายเช่น จากไหล่ไปแขนและมือ จากลำตัวไปสะโพก ขาและเท้า เป็นต้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) หลักของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเน้นฟื้นฟูสภาพส่วนที่เสียไปให้กลับคืนมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ให้มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลักษณะท่าทาง และการเคลื่อนไหวใกล้เคียงคนปกติทั่วไปมากที่สุด สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ร่างกายด้านที่เป็นอัมพาตในการทำหน้าที่ให้ได้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภูมิใจ และช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ (Passarella and Gee, 1987 อ้างอิงใน ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

2.1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีแบบแผนการนอนหลับที่เปลี่ยนไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะนอนไม่ค่อยหลับในเวลากลางคืน ควรให้ผู้ป่วยได้เข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลา แสงสว่างและอุณหภูมิของห้องพอเหมาะ ควรจัดเตรียมที่นอนให้สะอาด น่านอน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบลดสิ่งกระตุ้นที่อาจรบกวนการนอนหลับ หรือส่งเสริมการนอน

หลับของผู้ป่วยด้วยวิธีอื่นเช่น การฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบเบา ๆ การดื่มน้ำอุ่น ๆ ก่อนนอน การทำสมาธิ หรืออาจต้องใช้ยานอนหลับตามแผนการรักษา จัดท่านอนที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและส่งเสริมให้การไหลเวียนของโลหิตได้ดี โดยจัดแขนข้างที่เป็นอัมพาตให้ปลายมือสูงกว่าข้อศอกและให้ข้อศอกสูงกว่าไหล่ นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมช่วงกลางวันและสามารถหลับได้นานในเวลากลางคืน (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

2.2 การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

2.2.1 การประเมินสุขภาพผู้ป่วยและการบันทึกสุขภาพผู้ป่วย ทำให้สามารถสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ ผู้ดูแลควรทำการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ จุดบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก็จะสามารถประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ เพื่อประโยชน์ในการนำมาตัดสินใจในการให้การดูแลที่ถูกต้องกับผู้ป่วย

2.2.2 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ การที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหว อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากมาย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมักเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป หากผู้ดูแลไม่สนใจผลของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยได้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุ มีดังนี้

1) การป้องกันโรคผิวหนัง ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดผิวหนังดูแลไม่ให้ผิวหนังขึ้นหรือแห้งเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่มีพยาธิสภาพที่เกิดการอักเสบ เช่น ขาหนีบ รักแร้ ซอกนิ้วมือและนิ้วเท้า ทำให้เกิดโรคผิวหนังและเกิดแผลกดทับได้ง่าย

2) การป้องกันโรคปอดอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด (นิพนธ์ พวงรินทร์, 2544) สาเหตุมักมาจากการสำลักอาหารร่างกายได้รับความอบอุ่นไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้ดูแลต้องจัดอาหารให้ง่ายต่อการเคี้ยวและกลืน จัดให้ผู้ป่วยนั่งรับประทานอาหารและคอยดูแลให้ผู้ป่วยเคี้ยวอาหารให้หมดก่อนจึงดื่มน้ำตามเพื่อป้องกันการสำลัก จัดเตรียมเสื้อผ้าที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอย่างเพียงพอเนื่องจากรับรู้ความรู้สึกเสียไปผู้ป่วยจึงรับรู้ความรู้สึกเย็นได้น้อยลงทั้ง ๆ ที่อากาศเย็นจึงไม่สวมเสื้อผ้าที่อบอุ่นทำให้เป็นปอดอักเสบได้ง่ายขึ้น (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

3) การป้องกันอาการปวดและข้อติดแข็ง มักเกิดกับร่างกายข้างที่มีพยาธิสภาพ ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (Active range of motion) ทั้งข้อมือ ข้อศอก แขนและขา การบริหารในแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที

(Gillen and Burkhardt, 1998) ส่วนอาการปวดไหล่ที่พบได้บ่อยป้องกันโดยใช้ผ้าหรือวัสดุคล้องแขนข้างที่อ่อนแรงในขณะที่ยืนหรือเดิน ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่มากควรประคบ นวด หรือทายาแก้ปวดที่ไหล่ร่วมด้วย

4) การป้องกันภาวะกระดูกโป่งบาง มักเกิดกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเดินหรือลงน้ำหนักบนแขนและขาได้ การสูญเสียมวลของกระดูกจะเริ่มเกิดหลังจาก 30 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ถึง 30 - 36 ชั่วโมง ถ้าทิ้งไว้นานอาจทำให้กระดูกหักได้ โดยเฉพาะกระดูกสะโพกด้านที่พหยาธิสภาพ (Gillen and Burkhardt, 1998) ผู้ดูแลสามารถช่วยได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยยืนและเดินโดยใช้น้ำหนักตัวลงบนแขนและขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน หัดเกร็งกล้ามเนื้อของแขนและขา โดยเฉพาะด้านที่มีพหยาธิสภาพ

5) การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สาเหตุเกิดจากการถ่ายปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะออกไม่หมดหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือโดยทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์แล้วเช็ดให้แห้งหลังขับถ่ายอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นเวลา ในบางรายที่ปัสสาวะไม่ออกควรพาไปพบแพทย์เพื่อทำการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว ในรายที่ไม่มีข้อห้ามควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อย ๆ 2 - 3 ลิตรต่อวัน

6) การป้องกันปลายมือปลายเท้าบวม พบบ่อยในกรณีที่มีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ไม่ควรให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ เพราะจะขัดขวางการไหลเวียนโลหิตกลับเข้าสู่หัวใจ ควรใช้หมอนหรือวัสดุที่อ่อนนุ่มรองบริเวณปลายมือปลายเท้าให้สูงขึ้นเสมอ

7) การป้องกันการเหี่ยวลีบของแขนขา โดยเฉพาะด้านที่มีพหยาธิสภาพ ป้องกันได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายและเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองด้าน โดยเฉพาะด้านที่มีพหยาธิสภาพบ่อย ๆ การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ แต่ละท่าควรทำประมาณ 5 - 10 ครั้ง วันละ 1 - 2 ครั้ง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541) ฝึกให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขน ขา มือ โดยฝึกให้กำมือ เขี่ยขมี้มือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยการขยับพลิกตะแคงตัว ฝึกนั่งจากท่านอนตัวตรงไม่ให้เอียงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ฝึกยืนขึ้นและนั่งลง ฝึกยืนและเดินโดยช่วยพยุงหรือใช้เครื่องช่วยเช่น เครื่องตามไม้เท้า การใช้เก้าอี้เข็น เป็นต้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537)

3) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทำได้โดยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ติดตามผลของยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบชื่อ ขนาด เวลาที่รับประทาน การเก็บรักษาฤทธิ์ของยา

การสังเกต และการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ของยา นอกจากนี้ควรดูแลให้ได้รับอาหารให้เหมาะสมกับโรค เช่น อาหารประเภทโปรตีน ผัก และผลไม้ จำกัดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา ควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดศีรษะมากโดยเฉพาะบริเวณท้ายทอย ชาแขนและขา สับสน ซึมลง ต้องรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

4) การป้องกันอุบัติเหตุ จากการทรงตัวของผู้ป่วยไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยที่กระดูกโปร่งบางมีโอกาสกระดูกหักได้ง่าย การมองเห็นและการกระชาระทางผิดปกติ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบและปลอดภัยเช่น จัดทำราวช่วยให้อุปกรณ์เป็นระยะ ๆ และปรับระดับพื้นเพื่อป้องกันการหกล้ม

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติให้มากที่สุด ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคมตลอดไป ดูแลผู้ป่วยให้มีการออกกำลังกายต่าง ๆ ออกกำลังกาย กล้ามเนื้อ ผักลวกนึ่งจากเตียง ผักเคี้ยว กระตุ้นให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การแปรงฟัน การหวีผม เป็นต้น หลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยคือ เน้นการลงน้ำหนักบนส่วนของร่างกายทั้งสองด้านเท่า ๆ กัน พยายามฟื้นฟูสภาพส่วนที่เสียหรือมีพยาธิสภาพให้กลับคืนมาทำหน้าที่ได้ตามปกติมีความตั้งใจตัวของกล้ามเนื้อ ลักษณะท่าทาง และการเคลื่อนไหวอย่างคนปกติทั่วไป มีความสมมาตรของร่างกายทั้งสองด้าน การฟื้นฟูสภาพจะต้องกระทำไปพร้อม ๆ กับการกระตุ้นด้วยเสียงและการใช้สายตา เพราะตาจะมีการเคลื่อนไหวตามเสียงที่ได้ยิน และการมองเห็นถือว่าการกระตุ้นความรู้สึกของผู้ป่วยให้อยากจะทำรู้อัจจะจะทำให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูสภาพไปสู่ผลสำเร็จได้ด้วยดี

2.2.3 การดูแลเกี่ยวกับการปรับระดับประคองด้านจิตใจ

เนื่องจากความพิการของร่างกายที่คงหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น บทบาทหน้าที่ ฐานะเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ การดูแลด้านจิตใจนี้ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงให้มากที่สุด ให้กำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยโดยให้การดูแลปรับระดับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ และ อัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) มีดังต่อไปนี้

1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Parikh, et al., 1990; Anderson, 1992) ผู้ดูแลจึงต้องยอมรับพฤติกรรม

ที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การป้องกันอารมณ์ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแลควรควบคุมสิ่งแวดล้อมโดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ไม่ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ชอบ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย จัดหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วยให้สงบ

3) การป้องกันความเครียด สาเหตุมักมาจากทั้งด้านร่างกายได้แก่ ความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเช่น แสง เสียง อุณหภูมิ และด้านจิตใจเช่น การที่ต้องเผชิญหน้ากับบุคคลที่ตนไม่ชอบ ความคับข้องใจต่าง ๆ ดังนั้นผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนั้น ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพื่อประคับประคองจิตใจเกี่ยวกับความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยด้วย เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะรบกวนต่อความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย (Black and Mattassarini-Jacobs, 1993) ผู้ดูแลควรแสดงให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะไม่ถูกทอดทิ้งเช่น การไม่พูดขู่ผู้ป่วยว่าจะทิ้งไป ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวเป็นระยะเวลานาน ๆ การแสดงออกถึงการให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ สม่ำเสมอ

4) การป้องกันพฤติกรรมอันไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเช่น พูดคำหยาบไม่สุภาพ รับประทานอาหารมูมมามโดยที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ดูแลควรฝึกให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการมีพฤติกรรมอันเหมาะสมที่สังคมยอมรับเช่น การพูดกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่สุภาพสม่ำเสมอ แสดงถึงมารยาทในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย แสดงมารยาทในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การฝึกมารยาทนี้ใช้ระยะเวลาแต่สามารถแก้ไขพฤติกรรมอันไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ และควรให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลงได้

2.2.4 การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย

ผู้ดูแลจะมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับให้การดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย บางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมใหม่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย คอยติดตามและจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจากแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ตลอดจนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ค้นหาแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชนที่สามารถไปขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความยุ่งยากซับซ้อน แก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมากยิ่งไม่ว่าจะเป็นการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การดูแลด้านจิตใจ การสนับสนุนและจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย สำหรับผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ช่วยจากการรักษาร่วมด้วยเช่น ผู้ป่วยอาจมีปัญหาคารหายใจลำบากทำให้ต้องกลับบ้านในสภาพที่หายใจผ่านทางท่อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลทางเดินหายใจให้โล่งจากการที่ต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ หรือผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ต้องให้อาหารทางสายยางที่บ้าน ผู้ดูแลต้องทราบวิธีการเตรียมอาหารทางสายยางที่มีสารอาหารครบถ้วนสะอาด และสามารถให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยได้โดยไม่เกิดอันตราย เป็นต้น การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเหล่านี้จะยุ่งยากและซับซ้อนกว่าการดูแลในเรื่องอื่น ๆ และการดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ก็เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตด้วยตนเองภายใต้ข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยและดูแลให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตใหม่ในสังคมอย่างมีคุณภาพ ซึ่งบุคคลที่ถูกคาดหวังในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยนั่นเอง

3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นผู้ดูแลต้องใช้ความอดทน มีความพยายามอย่างมากในการทุ่มเททั้งแรงกาย แรงใจ และใช้เวลาที่ยาวนานในการประกอบกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้การดูแลยังเป็นความต่อเนื่องที่ไม่อาจคาดเวลาที่สิ้นสุดได้แน่นอน จึงส่งผลให้เกิดปัญหาแก่ผู้ดูแลทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิต ทำให้ความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลลดลง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทที่เปลี่ยนแปลงของภรรยาที่มีสามีป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของเอนเทอร์เลนและเคิร์น (Enterlante and Kern, 1995) พบว่า หลังจากสามีป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองภรรยาต้องปรับตัวกับบทบาทที่เพิ่มมากขึ้น ต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลสามีเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่า ความสุขในชีวิตสมรสลดลง การเข้าสังคมลดลงตามไปด้วย ดังนั้นความยากลำบากอันเกิดจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ มากมายต่อผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) ได้แก่

3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่มุ่งตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมากและเป็นเวลาต่อเนื่องจึงเป็นเหตุทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเมื่อยล้า อ่อนเพลีย อาจเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ (รุจา ภูโพนุญย์, 2535) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีอาการปวดเมื่อยแขน ขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อต่าง ๆ ที่ใช้ในการยก อุ้ม ประคองผู้ป่วยเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตนเอง และการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีอาการป่วยเป็นหวัดเนื่องจากพักผ่อนไม่เต็มที่และไม่เพียงพอ ในบางรายเป็นโรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากเกิดความเครียด และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองทรุดโทรมลงเรื่อย ๆ (นภภรณ์ แก้วภรณ์, 2533 อ้างอิงใน ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) จากการศึกษาของพีเรทและเอมี (Periad and Ames, 1993) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต รูปแบบการเผชิญของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยการรับประทานอาหารบางส่วนไม่ยอมรับประทานอาหารหรือรับประทานได้น้อยลง เนื่องจากเกิดความเหนื่อยหน่าย นอกจากนี้ยังไม่มีเวลาสำหรับออกกำลังกาย การศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่า ภาระงานที่ภรรยาต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยความเอาใจใส่ ทำให้ภรรยาละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง ถึงแม้จะมีปัญหาสุขภาพแต่ก็ไม่สนใจที่จะไปรักษาโดยให้เหตุผลว่าไม่อยากจะทิ้งผู้ป่วย และมักประเมินตนเองว่าเป็นความเจ็บป่วยที่พอทนได้ ปัญหาภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ที่มักเกิดกับผู้ดูแล ได้แก่ เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดล้า ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไม่มีแรง เครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิด โกรธง่าย แยกตัวออกจากสังคมและเกิดความเหนื่อยหน่ายในที่สุดเนื่องจากรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก

3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระที่หนักและภาระต่าง ๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ต้องเผชิญกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ประกอบกับระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยยาวนานมีผลทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ผู้ดูแลจึงเกิดความกดดัน เครียด ท้อแท้ หงุดหงิดง่าย และหมดกำลังใจ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552) ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายที่จะดูแลเป็นเหตุให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจึงล้มเหลว อาการผู้ป่วยจะทรุดลง ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล (จันทร์เพ็ญ แซ่หุุ่น, 2536) การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่าย มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกว่าชีวิตตนเองไร้ค่า

(Bramwell et al., 1996 อ้างอิงใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เนื่องจากต้องปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ดูแลต้องการออกจากบ้าน มีอาการซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และไม่มีใครเข้าใจตน รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว ผู้ดูแลบางรายมีความเครียดมากจนต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์ และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจแบบเรื้อรัง (Ekberg and Foxall, 1989 อ้างอิงใน จันทรเพ็ญ แซ่หุุ่น, 2536)

3.3 ผลกระทบทางด้านสังคม

จากการศึกษาพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกว่าแต่เดิม และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยยังมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทำให้การเข้าสังคมลดลงและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์ได้ (Ebrahim and Nouri, 1987 อ้างอิงใน ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) จากการศึกษาเชิงคุณภาพของวิลสัน (Wilson, 1992 อ้างอิงใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) พบว่า การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่บ้านตลอด 24 ชั่วโมงเป็นงานที่หนักมากกว่าการทำงานประจำเต็มเวลา และการดูแลผู้ป่วยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ในชีวิตมาก เช่น ไม่สามารถทำงาน ทำอาชีพ หรือพบปะสังสรรค์กับบุคคลนอกบ้านได้เลย เนื่องจากต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา อีกทั้งต้องทำงานบ้านเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องจำกัดกิจกรรมอยู่เฉพาะในบ้าน เวลาส่วนใหญ่จะหมดไปกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย จึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลสูญเสียบทบาททางสังคม ขาดการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น สูญเสียอิสระ ไม่สามารถออกไปมีกิจกรรมในสังคม และไม่ได้พักผ่อนหย่อนใจอย่างที่เคยทำ ส่วนการศึกษาของเฟตส์เจอร์ลด์ (Fitzgerald, 1989 อ้างอิงใน เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539) พบว่า ผลกระทบของการดูแลญาติที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ดูแลแบ่งได้เป็นสี่กลุ่มคือ การสูญเสียอิสรภาพ การสูญเสียการมีกิจกรรมร่วมในสังคม การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และใช้เวลาว่างลดลง จากการที่ผู้ดูแลต้องมารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล โดยไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องจะทำให้เกิดความคลุมเครือและไม่มั่นใจในการดูแล

3.4 ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

การดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเครื่องใช้จ่ายบางอย่างที่จำเป็น เช่น รถเข็น ไม้เท้า ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้หารายได้หลักมาเลี้ยงครอบครัวเองทั้งหมด จะทำให้ขาดรายได้ (จันทรเพ็ญ แซ่หุุ่น, 2536) นอกจากนี้การดูแลยังมีผลต่อหน้าที่การงานของผู้ดูแล ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะต้องใช้โทรศัพท์เรื่องส่วนตัวมากขึ้น ลางานบ่อย ใช้เวลาพักร้อนไปกับการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันเวลาที่ใช้พักในระหว่างการทำงานมากขึ้น กลับบ้านเร็ว

กว่าที่เคย รู้สึกเหนื่อยกว่าที่จะทำงานได้เต็มที่ จึงทำให้ความสามารถในการทำงานลดน้อยลง โอกาสที่จะก้าวหน้าในหน้าที่การงานลดลง ผู้ดูแลบางคนอาจต้องออกจากงานเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก็ จะยิ่งทำให้รายได้ของครอบครัวน้อยลงยิ่งขึ้น (Schalach, 1989 อ้างอิงใน เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) บางครั้งอาจเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ ถ้าการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่ดีพอเป็นเหตุทำให้เกิดปัญหาต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและ ค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิด ปัญหาไม่มีเวลาให้ครอบครัวของตนเองได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546)

3.5 ผลกระทบในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย

สิ่งที่ได้จากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้มีผู้สนใจศึกษาว่า ผู้ดูแลได้อะไรจาก การเป็นผู้ดูแลบ้าง คราเมอร์ (Kramer, 1993) ได้ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในเชิงบวกของการดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแล เนื่องจากความต้องการที่จะให้การดูแล การได้รับรางวัล ความเพลิดเพลิน ได้เรียนรู้ความหมายเพิ่มขึ้น ทำให้เบิกบานใจ ได้ผลประโยชน์และถึงแม้ว่าการดูแล ผู้ป่วยจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จากการศึกษาของสาสัตย์ (Sasat, 1998 อ้างอิงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546, หน้า 41) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ก็ยังยืนยันที่จะให้ การดูแลผู้ป่วยต่อไป เนื่องจากเหตุผลต่าง ๆ ดังนี้

3.5.1 ได้ทดแทนบุญคุณ การดูแลผู้ป่วยในบริบทของคนไทยได้รับอิทธิพลจาก ศาสนาพุทธ ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบว่า การดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยนั้นเป็นการทดแทนพระคุณ ที่เคยได้รับมา และมีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะให้การดูแลต่อไป

3.5.2 ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามี/ภรรยา ลูกหลาน เป็นเหตุผลที่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบกัน อย่างไรก็ตามการทำหน้าที่ที่พึงกระทำทำให้เกิดคำถามถึงคุณภาพ การดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ต้องการให้การดูแลแล้วแต่ด้วยหน้าที่และสังคมบังคับก็อาจเกิดปัญหา ในคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

3.5.3 ได้ตอบแทนคุณความดี ในประเด็นนี้มักพบในผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยา ซึ่งบางรายเกิดความเบื่อหน่ายจากภาวะเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยเคยดี กับตนมาก ๆ จึงไม่สามารถทอดทิ้งกันไปได้ หรือพบในรายที่ผู้ป่วยเป็นญาติที่เคยให้ความเมตตาแก่ ผู้ดูแลมาก่อนผู้ดูแล จึงยินดีที่ให้การดูแลเพื่อตอบแทนคุณความดีที่เคยได้รับมาก่อน

3.5.4 สัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลวลง แต่ก็มีผู้ดูแลบางรายยอมรับว่า การให้

การดูแลผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้น และผู้ป่วยก็ให้ความรักแก่ผู้ดูแลมากขึ้น

4 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และสามารถฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองหรือมีชีวิตอย่างผาสุกได้ภายใต้ข้อจำกัดมาจากความเจ็บป่วย และต้องให้การดูแลผู้ป่วยในการกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจทำให้กลับเป็นซ้ำอีก ซึ่งความสามารถของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่

4.1.1 ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีระดับการสูญเสียมากหรือสมองขาดเลือดไปเลี้ยงระยะเวลาานทำให้เกิดความพร่องทางระบบประสาทหรือมีรอยโรคหลงเหลือมาก ทำให้เกิดปัญหาสูญเสียความสามารถในการควบคุมหรือเคลื่อนไหวร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง สูญเสียความสามารถในการคิด ตัดสินใจ การพูด เป็นต้น ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย ผู้ดูแลต้องใช้เวลาฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานานและเป็นการยากที่จะคาดการณ์ได้ว่า ผู้ดูแลจะสามารถให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใดทำให้ผู้ดูแลอาจเกิดความไม่แน่ใจ ท้อแท้ หมัดกำลังใจที่จะแสวงหาวิธีการดูแล (สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541)

4.1.2 ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตสังคมของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อ การดูแลเช่นกัน ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถยอมรับและปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ จะทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาสภาพอารมณ์ที่ผันแปรง่ายโดยไม่มีเหตุผล และต้องการการดูแลตลอดเวลา (Farzan, 1991 อ้างอิงใน สุตศิริ หิรัญชอุณหะ, 2541) ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจผู้ป่วย มีความพยายามและอดทนอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้แกรนท์ (Grants, 1999) ได้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับมาพักพื้นที่บ้านพบว่า ปัญหาสำคัญของผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งซีกและมีการสูญเสียด้านความคิดและความจำร่วมด้วย จะเกิดปัญหาและยุ่งยากในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาอัมพาตครึ่งซีกเพียงอย่างเดียว

ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลเป็นอย่างมาก ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าคุณผู้ป่วยมีความพิการปรากฏให้เห็นชัดเจนจะต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างมาก ผู้ดูแลจึงไม่สามารถคาดการณ์การขอความช่วยเหลือและสถานการณ์ในการดูแลทำให้

เกิดความไม่แน่ใจ อาจรู้สึกท้อแท้ หหมดกำลังใจที่แสวงหาวิธีการดูแลได้แต่ในบางครั้งความพิการของผู้ป่วยที่พบเห็นผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยนั้นกลับเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลอยากทำจึงทำให้ผู้ป่วยหายหรือมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา และแหล่งที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (Egertson, et al., 1994 อ้างอิงใน สุวีริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) มาร์โฮนีและบาร์เทล (Mahoney and Barthel, 1965; as cited in Anderson, 1992) ได้ใช้แบบสัมภาษณ์การพึ่งพาทางสังคมจะความคล้ายคลึงกับการวัดการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองหรือความพิการที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ค่าที่ได้จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความพิการของผู้ป่วยซึ่งสามารถแบ่งระดับความพิการออกเป็น 5 ระดับคือ ระดับที่มีความพิการรุนแรงมาก(Very severe disability) ระดับที่มีความพิการรุนแรง (Severe disability) ระดับที่มีความพิการปานกลาง (Moderate disability) ระดับที่มีความพิการเล็กน้อย (Mild disability) และระดับปกติไม่มีความพิการ (Normal) ซึ่งทั้งระดับการพึ่งพาสังคม และระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น

4.2 ปัจจัยด้านการดูแล คุณลักษณะของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยมีอยู่หลายองค์ประกอบ ดังนี้

4.2.1 อายุของผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งประสบการณ์ในชีวิต บุคคลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย บุคคลอายุมากผ่านประสบการณ์ในชีวิตและปัญหาต่าง ๆ มามากกว่าบุคคลอายุน้อย (สุวีริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านประสบการณ์ชีวิตมากจะมีแรงสนับสนุนในด้านข้อมูลที่ดีก็จะทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจ เฉลียวกับปัญหาและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น แต่ผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะมีความเสื่อมตามวัยทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน จึงต้องการผู้ช่วยด้านแรงงานมากกว่าคนที่อายุน้อย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ผู้ดูแลที่มี อายุมากจะมีกิจกรรมในครอบครัวและสังคมก็ลดน้อยลง มีความคาดหวังต่อตนเองและผู้อื่นน้อยลงไปด้วย มีการยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและสามารถเผชิญปัญหาหรือภาวะเครียดในชีวิตได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537)

4.2.2 เพศของผู้ดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการดูแล เพศที่แตกต่างกันจะมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) และพบว่า เพศหญิงถูกอบรมเลี้ยงดู ปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน

จึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกในครอบครัว รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมักถูกรวมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัวเท่านั้น ดังนั้นสังคมจึงคาดหวังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลมากกว่าเพศชาย (รุจา ภูไพบูลย์, 2535; Lubkin and Laxsen, 1998) เป็นผลให้การทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยของเพศชายต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมาก และพบว่า ผู้ดูแลเพศชายจะมีกิจกรรมการดูแลมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากกิจกรรมทางการดูแลของเพศชายไม่สามารถนำมารวมเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันได้ ลักษณะการดูแลของเพศชายจะเป็นการให้การสนับสนุน จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารรวมทั้งการจัดการเรื่องการเงินที่ใช้ในการดูแล แต่เพศหญิงซึ่งมีหน้าที่ในการเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน สามารถนำกิจกรรมการดูแลและงานบ้านมารวมเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันได้ (Andrew and Boyle, 1999) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคล โดยที่เพศหญิงมีความเหนื่อยหน่ายอ่อนล้าทางอารมณ์และลดความเป็นบุคคลลงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากเพศหญิงเป็นเพศที่ไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่น และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องทำกิจกรรมหลายอย่าง บางครั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันเวลา เมื่อได้รับคำตำหนิจากผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระจึงให้ความสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วยลดลงรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดน้อยลง เกิดความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยตามมาได้

4.2.3 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหาและเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี อาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษาจากประสบการณ์ ในการดำเนินชีวิตมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดูแลอยู่ การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูลความรู้ต่าง ๆ สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี การศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและมีการปฏิบัติดูแลที่ถูกต้องกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำ ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) เชื่อว่าการศึกษเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล สามารถเรียนรู้ได้ถึงความต้องการดูแลของบุคคลที่ต้องการดูแลโดยทั่วไป และความต้องการการดูแลที่เป็นไปตามปัญหาสุขภาพได้ดี ระดับการศึกษามีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่ในสภาพจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในภาวะที่มีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยจะพบกับความยุ่งยาก

กับการดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการดูแลแต่ละครั้งเป็นเวลานาน และรับรู้ว่าการที่ตนเองต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องยุ่งยากและเป็นการเพิ่มภาระเป็นอันมาก

4.2.4 สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่มีคู่สมรสเจ็บป่วย ความเครียดในการดูแลขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส หากความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมานาน มีความรัก ความผูกพัน เอื้ออาทรต่อกันดี ผู้ดูแลจะมุ่งมั่น เต็มใจ กระตือรือร้นให้การดูแล หากสัมพันธ์ภาพไม่ดี ผู้ดูแลจะให้การดูแลต่อไปตามหน้าที่ความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ จึงเกิดความเครียดในการดูแล ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลลดลง ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ใช่คู่สมรสกัน การดูแลจึงเป็นภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นกว่าปกติจึงมีแนวโน้มเกิดความเครียดได้ง่าย จากการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่า ภรรยาที่มีความรัก ความผูกพันกับสามี เมื่อต้องดูแลรับผิดชอบสามีที่เจ็บป่วย ภรรยาจะประเมินการดูแลสามีว่า เป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่ตนรัก เป็นโอกาสดีที่ได้ตอบแทนคุณความดีของผู้ป่วยระหว่างใช้ชีวิตร่วมกันตลอดมา ทำให้ผู้ดูแลพยายามประเมินผลการดูแลเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยตลอดเวลา เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นและผู้ป่วยก็ให้ความรักแก่ผู้ดูแลมากขึ้น

4.2.5 ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีทักษะการดูแลที่เฉพาะเจาะจง เช่น ทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง การดูแลท่อทางเดินหายใจ การทำแผล การดูแลให้ยา เป็นต้น การให้การสนับสนุนในด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแลจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการดูแลผู้ป่วย และการระคับระคองทางอารมณ์ ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลและสามารถลดภาระของผู้ดูแลลงด้วย (พรชัย จุลเมตต์, 2540) จากการศึกษาของสุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลช่วยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการการดูแลผู้ป่วยได้ดี ทำได้โดยจากการสังเกต จากการสอนของพยาบาล และจากการสอนของแพทย์ พยาบาล และญาติผู้ป่วยคนอื่น ๆ

4.2.6 ผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง สามารถเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจะไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดที่เป็นภาระของผู้ดูแล (Mowat and Laschinger, 1987 อ้างอิงใน สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นบางอย่างสำเร็จ (Bandura, 1993) การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองจึงเป็นแรงจูงใจภายในที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังความสามารถที่เสริมอำนาจในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย (Orem, 1995)

4.2.7 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยแทบตลอดเวลา และมีกิจกรรมการดูแลทั้งวัน ต้องใช้พลังกำลังร่างกายอย่างมาก ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดเวลาที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่ได้นั้น ผู้ดูแลจะต้องกระทำ กิจกรรมที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันทดแทน ดูแลในกิจกรรมด้านรักษาพยาบาล เช่น ดูแลสุขภาพ การให้อาหารทางสายยาง และยังคงดูแลในกิจกรรมฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การนวด การฝึกเดิน การยกผู้ป่วย เป็นต้น รวมถึงการต้องพาผู้ป่วยไปรับ การฟื้นฟูสภาพจากสถานบริการต่าง ๆ ด้วย การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และตลอดเวลานี้จะมีผลต่อ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเช่นกัน ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ของผู้ดูแลย่อมมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่และความตั้งใจในการดูแล ผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแล ผู้ป่วยเป็นผลกระทบจากการดูแลที่มีผลต่อชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ดูแล (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) จากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียความเป็นส่วนตัว เกิดความขัดแย้งเกิดความรู้สึกเกิด ความโกรธจนเป็นปัญหาทางด้านจิตใจตามมาได้ (Rapp and Reynolds, 1999)

4.2.8 แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล มีอิทธิพลต่อเวลาและ การให้คุณค่าในการจัดการดูแลที่แตกต่างกัน เนื่องจากความจำเป็นของภาระหน้าที่เป็นประจำซึ่ง ต้องทำควบคู่ ไปกับการดูแลผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเร่งเร้าผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นผลให้ เกิดความเครียด เกิดความเบื่อหน่าย เนื่องจากการมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง เมื่อใดกิจกรรม ในการดูแลลดลงผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกมีชีวิตรู้อว (Black and Mattassarini-Jacobs, 1993)

4.2.9 ภาวะเศรษฐกิจของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วย ส่งเสริม การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีรายได้สูง สามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล วิธีการ ดูแลที่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้ ส่วนการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายจะทำให้เกิดอุปสรรคในการ ดูแล เช่น อุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยการพาผู้ป่วยไปฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้ถ้าผู้ดูแลได้รับการ ช่วยเหลือจุนเจือด้านการเงินจากสมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอุ่นใจมี กำลังใจในการดูแลไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งให้เผชิญปัญหาและรับภาระในการดูแลเพียงลำพัง (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิมานิช, 2537)

4.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลจะก่อให้เกิดความเข้าใจความเห็นใจ ความเอื้ออาทรและความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกนี้จะเป็แรงจูงใจที่จะทำให้ผู้ดูแล

มีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) จากการศึกษาของวอลเกอร์และคนอื่น ๆ (Walker, et al., 1988 อ้างอิงใน เพียงใจ ดิเรพรวงค์, 2540) พบว่า สัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างบุตรสาวกับมารดา มีผลต่อการดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความพึงใจมีความสุขในการดูแลมารดา ทำให้รู้สึกว่าการดูแลเป็นสิ่งที่น่าสนใจ การดูแลเป็นรางวัลที่ดีนำสิ่งที่ดีมาสู่ตน และคิดว่าการดูแลเป็นเรื่องง่าย ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในชีวิตผู้ป่วย ถ้าหากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความห่วงใยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่ามีศักดิ์ศรี มีกำลังใจ และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (กาญจนา ศิริวรราชย์, 2536) จากการศึกษาของซูซัน ชิวพูนผล (2541) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นในครอบครัว ญาติ พี่น้อง มโนทัศน์พื้นฐานเหล่านี้นำมาซึ่งการยอมรับซึ่งกันและกันของผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพที่ดีที่เกิดขึ้นจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ ถ้าหากสัมพันธภาพไม่ดีจะทำให้เกิดความโกรธ ความรู้สึกไม่ดีขึ้นส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดีไปด้วย สำหรับสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เพียงใจ ดิเรพรวงค์, 2540)

4.4 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลต้องการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และจิตใจอย่างเพียงพอจะรับรู้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยลดลงได้ (May, 1999) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงถึงการได้รับความรักให้กำลังใจปลอบใจความเอาใจใส่และการช่วยเหลือจากบุคคลเครือข่ายในสังคมของผู้ดูแล การได้รับความช่วยเหลือ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา ช่วยลดการตอบสนองด้านอารมณ์โดยให้โอกาสในการระบายความรู้สึก การปลอบใจ หรือแนะนำวิธีการผ่อนคลาย และช่วยให้ยอมรับกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยจะช่วยเหลือโดยมุ่งแก้ไขประเด็นปัญหาโดยตรงทำให้ปัญหาที่มีอยู่ให้เล็กน้อยลง ทำให้ผู้ดูแลเชื่อว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเองได้ อีกทั้งผู้ดูแลอาจได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งการเงินวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะลดปัญหาเศรษฐกิจของผู้ดูแลลงได้เกิดความสะดวกสบายในการปฏิบัติกรดูแลมากขึ้น และเครื่องมือบางอย่างลดงานการดูแลลดเวลาในการปฏิบัติกรดูแลได้ จึงลดลงความเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย

ด้านร่างกายที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยจึงลดลงด้วย ซึ่งจะทำให้การรับรู้ถึงความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยลดลงได้ (Montgomery, Stull and Borgatta, 1985)

สำหรับความต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น นอร์เบคและคณะ (Norbeck, et al., 1981 อ้างอิงใน เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) ศึกษาความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านการประเมิน และด้านบริการโดยเฉพาะด้านบริการนั้นผู้ดูแลต้องเกี่ยวข้องกับ แหล่งประโยชน์ในการรักษา การมีโอกาสละจากการดูแลผู้ป่วยบ้าง และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความต้องการทั้งสองกิจกรรมหลังสอดคล้องกับการศึกษาของแมคสันและคณะ (McLean, et al., 1991) ศึกษาความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยในเรื่อง การยกผู้ป่วย การขับถ่าย การอาบน้ำ และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีโอกาสละจากการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว นอกจากนี้ยังต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต และต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ด้วย ผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่จำเพาะกับปัญหาความต้องการของผู้ดูแลอย่างดีมีแนวโน้มที่จะรับรู้ภาวะของผู้ดูแลมากขึ้น (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เอื้อต่อการเสริมพลังอำนาจลดการสูญเสียพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลอีกด้วย การให้ข้อมูลความรู้กับผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง สามารถคิดและตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย (สุดศิริ นิรัญชุนหะ, 2541) ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยวิธีการดูแลผู้ป่วย และสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยอีกทั้งการได้รับการประคับประคองทางด้านอารมณ์ร่วมด้วยจึงทำให้ ภาวะของผู้ดูแลลดลงด้วย (พรชัย จุลเมตต์, 2540) ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลส่วนใหญ่ ได้แก่ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว บุตร คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในชีวิต บิดา มารดา เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน

4.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลที่มีผลต่อความชำนาญและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ ในการดูแลในระยะอันสั้น จะมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับการดูแล การปรับตัวตลอดจนความช่วยเหลือต่าง ๆ

เป็นอย่างมาก เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลมากขึ้นเคยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นความต้องการในสิ่งที่เคยต้องการทราบก็ไม่จำเป็นอีกต่อไปหรือต้องการน้อยลง นานวันถ้าผู้ป่วยยังมีสภาพอาการไม่ดีขึ้น และต้องดูแลเป็นระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย จากการศึกษาของสุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่า ในระยะแรกในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยกลับบ้านผู้ดูแลจะได้รับความสำคัญจากครอบครัวเมื่อนานวันเข้าครอบครัวมักจะทำให้ความช่วยเหลือเอาใจใส่น้อยลง และผลจากการดูแลให้เป็นหน้าที่ผู้ดูแลเพียงลำพังส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ เกิดความเครียดและมีปัญหาต่าง ๆ เกิดจากการดูแลผู้ป่วยหากผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนและมีเวลาส่วนตัวบ้างระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน โดยได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลก็มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ และการศึกษาของจันทร์เพ็ญ แซ่หุุ่น (2536) พบว่า ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสามด้านคือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดความเป็นบุคคล และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล นั่นคือ แม้ว่าบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานานจะมีประสบการณ์ ทักษะ และมีการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยแล้ว แต่การเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและอารมณ์ ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาที่มีส่วนในการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่ต่อเนื่องได้ อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดการรับรู้ถึงการดูแลว่าเป็นภาระได้ ทำให้ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพได้

4.6 สังคม ประเพณี และวัฒนธรรม

เป็นสิ่งกำหนดบทบาทของบุคคลในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยตามพื้นฐานและบริบทของสังคมไทยที่มีความเชื่อในความกตัญญู การทดแทน บุญคุณ การให้ความเคารพต่อบุพการีผู้มีพระคุณ ผู้อาวุโส (Kespichayawattana, 1999) ตามบริบทความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรมไทยผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีการแสวงหาวิถีทางแผนโบราณมาทดลองร่วมกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เช่น การนวด การใช้ยาต้ม ยาขง ยาลูกกลอนสมุนไพร การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การฝังเข็ม การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ตลอดจนการประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ เป็นต้น การใช้บริการทางเลือกเหล่านี้เกิดจากการบอกเล่าต่อ ๆ กันมาหรือการลองทำเพื่อจะมีโอกาสหาย (พัชรี คมจักรพันธ์, 2544; สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) วัฒนธรรมและสังคมทางตะวันตกส่วนใหญ่จะยึดถือในเรื่องความเป็นอิสระเสรีภาพ ถือว่าวัฒนธรรม มีการพึ่งพาเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลรักษาโรค มีองค์การ ตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้โดยง่าย ทำให้สามารถค้นคว้าหาแหล่งความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแล ตลอดจนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนในการดูแลได้ดีกว่า

เมื่อเปรียบเทียบกับคนในสังคมตะวันออกหรือสังคมไทยซึ่งยังต้องพึ่งพาตนเองในครอบครัวและญาติเป็นหลักสำคัญ ในกลุ่มชนอเมริกันเชื้อสายอัฟริกัน (African American) พบว่า มีความเชื่อในพระเจ้าอย่างเข้มแข็งความรักในพระเจ้าจะช่วยให้พวกเขาสามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยและสามารถเผชิญกับความตายและความสูญเสียได้ นอกจากนี้ศาสนาก็มีส่วนในการปลูกฝังความคิดและความเชื่อให้แก่บุคคล ซึ่งจะมีศาสนามีจุดมุ่งหวังที่จะสอนให้คนกระทำความดี เช่น ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาพุทธมักจะเชื่อว่าการดูแลเป็นเรื่องของกรรมเก่าที่ได้กระทำมาในอดีต เป็นเรื่องของบุญและบาป ถ้าได้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีถือว่าเป็นบุญกุศล แต่ถ้าให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดี ทอดทิ้งผู้ป่วยจะถูกมองว่าเป็นคนบาป ออกตัญญู ในผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดีช่วยให้ได้ขึ้นสวรรค์และได้ไปอยู่กับพระเจ้า (Subgranon, 1999) ซึ่งตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามทฤษฎีอิสลามได้ กล่าวว่า ญาติต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยถ้าไม่ดูแลจะถือว่าการกระทำที่สังคมรังเกียจ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535 อ้างอิงใน ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) ในขณะที่ผู้นับถือศาสนาคริสต์มีความเชื่อในพระเจ้า (God) เชื่อว่า มนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าสร้างจุดมุ่งหมายที่สำคัญในฐานะที่เป็นมนุษย์มี 3 ประการ คือ 1) ดำเนินชีวิตตามความประสงค์ของพระองค์ 2) การทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมอย่างดีที่สุด รักเพื่อนมนุษย์ เสียสละเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างดีที่สุด และ 3) การเตรียมความพร้อมสำหรับชีวิตนิรันดรหลังความตาย (สิวลี ศิริโล, 2537) การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่นับถือศาสนาคริสต์เป็นเพราะพระเจ้าได้กำหนดแนวทางไว้ให้แล้วว่า เป็นพระประสงค์ของพระเจ้าการดูแลผู้ป่วยเป็นความมีคุณค่าทางจิตวิญญาณการดูแลเป็นหน้าที่หลักของชาวคริสต์เียนเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ เพราะการดูแลเปรียบเสมือนของขวัญที่พระเจ้าให้มา (Peirce, 2001)

ความเชื่อและบริบทชุมชน

1 ความหมายของความเชื่อ

ความเชื่อ หมายถึง เห็นตามด้วย มั่นใจ ไว้ใจ(พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2539, หน้า 276) ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเป็นสิ่งที่มิได้มีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และส่งผลให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2530) กิ่งแก้ว อัดถากร กล่าวว่า ความเชื่อ หมายถึง เห็นจริงเห็นตามด้วยเห็นด้วยเช่นนั้นด้วยความรู้สึกหรือด้วยความไตร่ตรองด้วยเหตุผลก็ตาม (กิ่งแก้ว อัดถากร, 2519) มณี พยอมยงค์ กล่าวว่า ความเชื่อ หมายถึง ความตกลงใจในความมีหรือความเป็นของสิ่งหนึ่งสิ่งใด เช่น นรก สวรรค์ ภูตผี เทวดาว่า มีจริง และความตกลงใจ ความเป็นเหตุเป็นผลของ

สิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น เชื่อว่าถ้าเราทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้แก่ใครสิ่งนั้นย่อมตอบสนองเรา (มณี พยอมยงค์, 2529, หน้า 28) ซอบ เกื้อกิม อธิบายว่า ความเชื่อ หมายถึง การที่เรามีสติไปยึดถือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามความมั่นใจของเรา ความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบเชิงมนุษย์ (Human factors) อยู่ในกลุ่มทัศนคติหรือเจตคติ ซึ่งมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลในสังคม ซึ่งการกระทำหรือพฤติกรรมจะเป็นไปในทิศทางใดหรือเป็นเช่นใดนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อทั้งที่เป็นความเชื่อด้านศาสนาและความเชื่อด้านอื่น ๆ และความต้องการสัมฤทธิ์ผล (Need achievement) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงระเบียบแบบแผนของชีวิต (Life style) มนุษย์เราเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ขึ้น เป้าหมายเพื่อสู่ความเป็นอยู่ที่ดีหรือสูงขึ้น (ซอบ เกื้อกิม, หน้า 5,13)

ส่วนคำว่า ความเชื่อ ในภาษาอังกฤษตรงกับคำว่า Belief หมายถึง 1) ความรู้สึกที่บางสิ่งเป็นจริงหรือบางสิ่งมีอยู่จริง 2) ความรู้สึกที่บอกว่า บางคนหรือบางสิ่งบางอย่างดี หรือสามารถพึ่งได้ไว้วางใจหรือไว้ใจได้ 3) ความคิดที่เป็นความจริงที่น่าเชื่อถือ (Della, 1998, p.102)

สรุปได้ว่า ความเชื่อ หมายถึง การที่บุคคลเห็นด้วย ยอมรับ คล้อยตาม หรือเกรงกลัว โดยเกิดขึ้นภายในสภาวะทางจิตใจหรือจิตสำนึกของบุคคล กลุ่มบุคคลหรือสังคมหนึ่งเชื่อว่า สิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นความจริง ความดี ความงามที่จะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของชีวิต การจัดระเบียบทางสังคมในรูปแบบทฤษฎี ลัทธิ ศาสนาต่าง ๆ โดยไม่คำนึงว่าความเชื่อ นั้น ๆ จะมีเหตุผลที่สามารถพิสูจน์ได้หรือไม่

2 ที่มาของความเชื่อ

ความเชื่อมี 2 ระดับ คือ (เรณู อรรฐาเมศร์, 2533, หน้า 158)

2.1 ระดับความเชื่อในศาสนา เป็นความเชื่อที่มีเหตุผลตามแนววิทยาศาสตร์มากกว่าระดับความเชื่อพื้นบ้าน ได้แก่ ศาสนาพุทธ

2.2 ระดับความเชื่อพื้นบ้าน เป็นการผสมผสานกัน ได้แก่ ความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณของธรรมชาติ โดยเข้าใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างในธรรมชาติมีจิตวิญญาณหรือมีผู้บงการอยู่เบื้องหลังธรรมชาติจึงต้องปฏิบัติต่อธรรมชาติเสมือนว่าธรรมชาติมีชีวิต เช่น มีการบูชา อ้อนวอน ขอบคุน และเชื่อเรื่องวิญญาณ ได้แก่ เชื่อในผีสายตระกูล คือ ผีบรรพบุรุษ ผีปู่ย่า และเชื่อต่อผีอารักษ์ ซึ่งเป็นความเชื่อและความศรัทธาในลัทธิศาสนาที่ยิ่งใหญ่อย่างหนึ่ง

ความเชื่อมาจาก 3 แหล่ง ดังนี้ (มณี พยอมยงค์, 2529, หน้า 28)

1. ความเชื่อที่เกิดจากธรรมชาติหรือปรากฏการณ์ธรรมชาติ เช่น ฟ้าร้อง ฟ้าผ่า คนสมัยโบราณพิสูจน์ไม่ได้จึงจินตนาการว่าเป็นอำนาจสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นสิ่งลึกลับและมีอำนาจ

บันดาลให้เป็นไปจึงเกิดความเชื่อว่ามีสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือเทพเจ้าลงมาทำโทษตน ด้วยความกลัวต่อมรณภัยที่เกิดขึ้นจึงมีการกราบไหว้ บวงสรวงบูชาให้สิ่งนั้นหายโทษและบันดาลความสุขสวัสดิ์แก่ตน

2. ความเชื่อที่มากับศาสนา เกิดขึ้นจากความรู้ที่ตนได้รับเกี่ยวกับคำสอนและพิธีกรรมที่เจ้าของศาสนาบัญญัติหรือพระสาวกปฏิบัติจนเป็นแบบอย่างสืบต่อกันมา

3. ความเชื่อเกิดจากความคิดของมนุษย์ เห็นได้จากความคิด แนวปรัชญาทางจิตวิทยาและจิตนาการอื่น ๆ เช่น ทฤษฎีคำสอนของเจ้าลัทธิศาสนาที่กล่าวถึง นรก สวรรค์ เป็นต้น

3 การถ่ายทอดความเชื่อ

การสร้าง ความเชื่อของมนุษย์เกิดจากความไม่รู้ เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ทางธรรมชาติ เช่น ฟ้าร้อง ฟ้าผ่าคนตาย แผ่นดินถล่ม เป็นต้น ก็เกิดความคิดว่าต้องมีอะไรอยู่เบื้องหลังบังคับให้เป็นเช่นนั้น จึงพากันสร้างผี วิญญาณ เทพารักษ์ขึ้นเป็นการสมมุติว่า เป็นเทพเจ้าหรือผี จะมีรูปร่างตามจินตนาการของตนเองและทำพิธีกรรมต่าง ๆ บูชา สักการะ เช่น สรวง เพื่อให้ สิ่งที่ตนคิดว่ามีอยู่นั้นคลายความรุนแรงมีความเมตตากรุณา ไม่ทำร้ายตน และบันดาลความสุขมาให้ตน แรก ๆ เกิดเป็นความเชื่อ ปฏิบัติตามกันมาจนเป็นขนบธรรมเนียมจนภายหลังเกิดเป็นวัฒนธรรมขึ้น โดยเฉพาะวัฒนธรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นแนวการประพฤติการปฏิบัติตนตามศาสนา จนเกิดคัมภีร์ที่สำคัญขึ้นเช่น คัมภีร์พระเวทในศาสนาพราหมณ์ คัมภีร์ไบเบิลในศาสนาคริสต์ และคัมภีร์อัลกุรอานในศาสนาอิสลาม สำหรับพุทธศาสนาเกิดพระธรรมคำสอนเรื่องบุญบาปว่า คนดีมีบุญย่อมประสบความสุขสมบูรณ์ คนทำชั่วคือคนบาป จะได้รับความทุกข์ทรมาน คนที่เชื่อและศรัทธาในคำสอนก็ประพฤติปฏิบัติตามด้วยความหวังให้พบกับความสุขแก่ตน ความเชื่อทำให้เกิดความมั่นใจ เกิดพลังเกิดการสร้างสรรค์ เกิดความสามัคคี เกิดรูปธรรม เป็นพื้นฐานให้เกิดปัญญา ทำให้การนับถือศาสนาได้อย่างมั่นคง และทำให้เกิดฤทธิ์ทางใจ คนโบราณจึงสร้างศรัทธาให้เกิดแก่ลูกหลานเช่น ความเชื่อเรื่องภูตผีว่า มีอิทธิฤทธิ์ที่จะบันดาลความสุขสวัสดิ์มาให้ ถ้าหากทำให้ผีโกรธจะนำความทุกข์ยากลำบากมาให้ ต้องมีการพูด กราบไหว้ สักการะบอญ ๆ จากการปลูกฝังความเชื่อให้ลึกลงไปในสำนึกของแต่ละคนจนไม่สามารถถอดถอนได้ เมื่อมีความเชื่อเต็มที่แล้วจะทำในสิ่งที่ตนต้องการมากขึ้นกว่าเดิม ความเชื่อนับเป็นพื้นฐานแห่งการนับถือศรัทธาสังค์กัศัทธิและศาสนา จึงทำให้มีการประพฤติปฏิบัติตามสืบทอดต่อ ๆ กันมาจนถึงทุกวันนี้ (มณี พยอมยงค์, 2536)

จะเห็นได้ว่าความเชื่อของมนุษย์เราเกิดขึ้นมาจากความเกรงกลัวต่อธรรมชาติ ความไม่รู้ของสาเหตุต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จึงเกิดความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น ภูตผี วิญญาณต่าง ๆ และได้มีความพยายามวิงวอน บวงสรวง บูชา กราบไหว้ เพื่อขอความช่วยเหลือ ให้เกิดความมั่นใจ อบอุ่น

ใจ และเป็นสิ่งที่พึงพอใจได้ จนเกิดเป็นขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ประเพณีเป็นแนวประพฤติปฏิบัติ ตามสืบทอดต่อ ๆ กันมาจนถึงปัจจุบัน

4 ประวัติความเป็นมาของชุมชน

เมืองลับแลเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นเมืองที่มีบริบทเป็นสังคมพุทธศาสนา และเกษตรกรรม แต่เดิมเป็นเมืองที่การเดินทางไปมาไม่สะดวก เส้นทางคดเคี้ยวทำให้คนที่ไม่ชำนาญทางพลัดหลงได้ง่าย จนได้ชื่อว่าเมืองลับแลซึ่งแปลว่า มองไม่เห็น มีเรื่องเล่ากันว่า คนมีบุญเท่านั้นจึงจะได้เข้าไปถึงเมืองลับแล เป็นเมืองที่มีอายุยืนยาวตั้งแต่สมัยสุโขทัย พ.ศ. 1500 มีกลุ่มคนอพยพมาจากโยนกเชียงแสน (อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงรายในปัจจุบัน) โดยมีผู้นำคือ หนานคำลือและหนานคำแสน เนื่องจากต้องการหาที่อยู่ใหม่ที่ปลอดภัยจากโรคต่าง ๆ และเพื่อหนีการสู้รบกัน จึงได้ย้ายผู้คนตามมา 20 ครั้วเรือนมาตั้งบ้านเรือนอยู่ที่บ้านเชียงแสน อำเภอลับแลในปัจจุบัน หนานคำลือและหนานคำแสนเป็นหัวหน้าพาคน 20 ครั้วเรือน บรรทุกข้าวของใส่เกวียนมุ่งหน้าลงใต้โดยบอกว่า เจ้าปู่พญาแก้ววงเมือง (กษัตริย์องค์ที่ 17 โยนกนคร) เข้าฝันบอกทางจนมาถึงหุบเขาเมืองลับแลพบน้ำตกธารน้ำไหล ดินฟ้าอากาศชุ่มชื้น มีภูเขาเตี้ย ๆ อุดมด้วยนานาพันธุ์ไม้ เหมือนที่เจ้าปู่เข้าฝันก็เลือกเป็นที่ตั้งรกรากปักฐาน โดยหนานคำลือเป็นเจ้าแก้ววัน (กำนัน) หนานคำแสนเป็นเจ้าหลัก (ผู้ใหญ่) ทำมาหากินอยู่เย็นเป็นสุขสมบูรณ์ 7 ปีต่อมาก็ชักชวนชาวบ้าน 10 คนบรรทุกข้าวของเดินทางย้อนขึ้นไปเยี่ยมญาติและได้เข้าเฝ้าฯพระเจ้าเรืองธิราช (กษัตริย์องค์ที่ 21 โยนกนคร) กราบทูลถึงถิ่นฐานแห่งใหม่ พระเจ้าเรืองธิราชได้พระราชทานพระไตรปิฎก พระสงฆ์ 6 รูป และเครื่องใช้ไม้สอยเกี่ยวกับศาสนพิธีให้ไปสร้างวัดแก้วเจ้ามูลศรัทธา (วัดใหม่ ตำบลฝายหลวง ปัจจุบัน) ความสัมพันธ์ระหว่างเมืองลับแลกับโยนกนครแน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น เมื่อกษัตริย์โยนกนครของนางสุมาลี ธิดาเจ้าแก้ววันลับแลและนางสุมาลา ธิดาเจ้าหลักเมืองลับแลซึ่งมีฝีมือในด้านเย็บปักถักร้อยเป็นผู้ประดิษฐ์ขึ้นลายตีนจก พระองค์ให้เป็นชายาฝ่ายขวาและฝ่ายซ้ายของเจ้าฟ้าสามกุมาร ราชบุตรและโปรดให้ไปเป็นกษัตริย์เมืองลับแลเมื่อ พ.ศ. 1513 เจ้าฟ้าสามมีพระทัยฝักใฝ่ในพระพุทธศาสนาจึงได้เสด็จไปขอแบ่งพระบรมสารีริกธาตุจากคอยตุงมาบรรจุที่สถูปเจดีย์วัดป่าแก้วเรไร (วัดเจดีย์ ปัจจุบัน) ผู้เฒ่าเมืองลับแลเล่าให้ลูกหลานฟังว่า ถึงวันศีลวันธรรมจะมีดวงไฟสุกสว่าง (พระธาตุเสด็จ) ลอยเหนือเจดีย์อยู่เป็นประจำ ต่อมาได้เสด็จไปแบ่งพระบรมสารีริกธาตุ 32 องค์ จากโยนกนครมาบรรจุไว้ที่สถูปเจดีย์วัดม่อนธาตุ ต่อมาได้สร้างวัดชัยมงคล และวัดดอนชัย เมื่อเจ้าฟ้าสามทรงสวรรคต ราษฎรได้นำพระอัฐิไปบรรจุไว้ที่วัดม่อนอารักษ์ ตำบลฝายหลวง ให้ชาวลับแลได้สักการะจนถึงวันนี้ ต่อมา พ.ศ. 1800-1981 เมืองลับแลก็อยู่ในความดูแลของเมืองทุ่งยั้ง จนกระทั่งถึงสมัยอยุธยา เมืองลับแลย้ายมาขึ้นตรงกับเมืองพิชัย ในสมัยกรุงธนบุรี

พ.ศ.2310 - 2325 เมืองลับแลมีฐานะเป็นเมืองหน้าด่านของชุมชนเจ้าพระฝาง สมัยรัตนโกสินทร์ ตอนต้น เมืองลับแลเป็นเมืองขึ้นของเมืองพิชัย และในปี พ.ศ.2437 สมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ทรงเสด็จประพาสเมืองลับแลทำให้เมืองลับแลเป็นที่รู้จักของบุคคลภายนอก จนกระทั่ง ในปี พ.ศ.2463 เมืองลับแลได้เปลี่ยนเป็นอำเภอลับแล อยู่ในการปกครองของเมืองอุตรดิตถ์ต่อมา จนถึงปัจจุบัน และมีนายอำเภอปกครองเมืองลับแลคนแรกคือ พระศรีพนมมาศ ท่านได้พัฒนาอาชีพ ให้แก่คนลับแล โดยให้มีการทอผ้าเสริมรายได้ ซึ่งได้แก่ผ้าชิ้นตีนจกหลายต่าง ๆ มีการสอนการทำไม้กวาดจากดอกตองกงที่มีมากตามภูเขาทางตอนเหนือของเมืองลับแล และได้นำเมล็ดพันธุ์ลางสาด ทุเรียนมาจากการไปราชการทางใต้มาแจกให้ราษฎรนำไปปลูก และบังคับให้ชาวบ้านใช้คันกระสุน ยิงเมล็ดพันธุ์ลางสาด - ทุเรียนขึ้นไปบนภูเขา จึงทำให้เกิดสวนลางสาด สวนทุเรียนขึ้นตามภูเขา หลายลูกในปัจจุบัน (ยาใจ กอนวงษ์, 2540)

มีเรื่องเล่าประจําถิ่นของเมืองลับแลเกี่ยวกับความเชื่อในการยึดมั่นต่อคำสัตย์สาบานว่า ครั้งหนึ่งมีชายคนหนึ่งเข้าไปในป่า ได้เห็นหญิงสาวสวยหลายคนเดินออกมา ครั้นมาถึงชายป่า นางเหล่านั้นก็เอาใบไม้ที่ถือมาไปซ่อนไว้ในที่ต่างๆ แล้วก็เข้าไปในเมือง ด้วยความสงสัยชายหนุ่มจึงแอบ หยิบใบไม้มาเก็บไว้ใบหนึ่ง ตกบ่ายหญิงสาวเหล่านั้นกลับมาก็มาต่างก็หาใบไม้ที่ตนซ่อนไว้ ครั้นได้แล้ว ก็ถือใบไม้นั้นเดินหายลับไป มีหญิงสาวคนหนึ่งหาใบไม้ไม่พบเพราะชายหนุ่มแอบหยิบมา นางวิตก เดือดร้อนมาก ชายหนุ่มจึงปรากฏตัวให้เห็นและคืนใบไม้ให้ โดยมีข้อแลกเปลี่ยนคือขอติดตาม นางไปด้วยเพราะปรารถนาจะได้เห็นเมืองลับแล หญิงสาวก็ยินยอมนางจึงพา ชายหนุ่มเข้าไป ยังเมืองซึ่งชายหนุ่มสังเกตเห็นว่าทั้งเมืองมีแต่ผู้หญิง นางอธิบายว่า คนในหมู่บ้านนี้ล้วนมีศีลธรรม ถือวาจาสัตย์ ใครประพฤติผิดก็ต้องออกจากหมู่บ้านไป ผู้ชายส่วนมากมักไม่รักษาวาจาสัตย์จึงต้อง ออกจากหมู่บ้านกันไปหมด แล้วนางก็พาชายหนุ่มไปพบมารดาของนาง ชายหนุ่มเกิดความรักใคร่ ในตัวนางจึงขออาศัยอยู่ด้วย มารดาของหญิงสาวก็ยินยอมแต่ให้ชายหนุ่มสัญญาว่าจะต้องอยู่ใน ศีลธรรม ไม่พูดเท็จ ชายหนุ่มได้แต่งงานกับหญิงสาวชาวลับแลจนมีบุตรชายด้วยกัน 1 คน วันหนึ่ง ขณะที่ภรรยาไม่อยู่บ้าน ชายหนุ่มผู้พ่อเลี้ยงบุตรอยู่ บุตรน้อยเกิดร้องไห้หาแม่ไม่ยอมหยุด ผู้เป็นพ่อ จึงปลอบว่า แม่มาแล้ว ๆ มารดาของภรรยาได้ยินเข้าก็โกรธมากที่บุตรเขยพูดเท็จ เมื่อบุตรสาว กลับมาก็บอกให้รู้เรื่อง ฝ่ายภรรยาของชายหนุ่มเสียใจมากที่สามีไม่รักษาวาจาสัตย์ นางบอกให้เขา ออกจากหมู่บ้านไปเสีย แล้วนางก็จัดหாயามใส่เสปียงอาหารและของใช้ที่จำเป็นให้สามี พร้อมทั้งชุด หัวขมิ้นใส่ลงไปด้วยเป็นจำนวนมาก จากนั้นก็พาสามีไปยังชายป่าซึ่งทางให้แล้ว นางก็กลับไป เมืองลับแล ชายหนุ่มไม่รู้จะทำอย่างไรก็จำต้องเดินทางกลับบ้านตามที่ภรรยาชี้ทางให้ ระหว่างทาง ที่เดินไปนั้นเขารู้สึกว่าทุงยามที่ถือมาหนักขึ้นเรื่อย ๆ และหนทางก็ไกลมาก จึงหยิบเอาขมิ้นที่ภรรยา ใส่มาให้ทิ้งเสียจนเกือบหมด ครั้นเดินทางกลับไปถึงหมู่บ้านเดิมบรรดาญาติมิตรต่างก็ซักถามว่า

หายไปอยู่ที่ไหนมาเป็นเวลานาน ชายหนุ่มจึงเล่าให้ฟังโดยละเอียดรวมทั้งเรื่องไขมันที่ภรรยาใส่ยามมาให้แต่เขาทิ้งไปเกือบหมดเหลืออยู่เพียงแ่งเดียว พร้อมทั้งหยิบไขมันที่เหลืออยู่ออกมาปรากฏว่าไขมันนั้นกลับกลายเป็นทองคำทั้งแท่ง ชายหนุ่มรู้สึกแปลกใจและเสียดาย จึงพยายามย้อนไปเพื่อหาไขมันที่ทิ้งไว้ ปรากฏว่าไขมันเหล่านั้นได้ออกเป็นต้นไปหมดแล้ว และเมื่อขุดดูก็พบแต่แ่งไขมันธรรมดาที่มีสีเหลืองทองแต่ไม่ใช่ทองคำเหมือนแ่งที่เขาได้ไป เขาพยายามหาทางกลับไปเมืองลับแลแต่ก็หลงทางวกรวนไปไม่ถูกจนในที่สุดก็ต้องละความพยายามกลับไปอยู่หมู่บ้านของตนตามเดิม

5 วิธีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี

5.1 วิธีชีวิตและความเชื่อชาวเมืองลับแลเป็นแบบผสมผสานระหว่างวิถีชีวิตสมัยใหม่และยังคงไว้ซึ่งความเชื่อ วัฒนธรรม และประเพณีพื้นบ้านดั้งเดิมไว้ ดังเช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน ชาวเมืองลับแลตื่นแต่เช้ามีดเพื่อเตรียมอาหารใส่บาตรทำบุญพระเดินหน อาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นเมืองที่ได้จากท้องถิ่น เช่น ผักพื้นบ้านที่เก็บจากเรือกสวนไร่ นา ข้าวแคบ ข้าวพัน เบ็ด ไก่ ปลาที่เลี้ยงไว้สำหรับเป็นอาหาร หรือของป่าที่หาได้ เป็นต้น หลังจากนั้นเดินทางไปทำสวนทุเรียน ลงสาด บัญชาไถลบ้าน ทำนา ทำหอมแดงตามฤดูกาล และกลับบ้านตอนพลบค่ำ รับประทานอาหารเย็นพร้อมหน้ากันทั้งครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ช่วงเวลานี้เป็นเวลา que ทุกคนในครอบครัวนำเรื่องราวต่าง ๆ มาพูดคุย ปรีกษาหารือ ร่วมกันแก้ไขปัญหาค่าที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นสวดมนต์ และเข้านอนพักผ่อน (ชมห้องฟัง, 15 มกราคม 2556)

5.2 ความเชื่อที่ชาวเมืองลับแลนำมาใช้ในวิถีชีวิต ได้แก่ (คำ เมืองด่าน, 10 ธันวาคม 2555)

5.2.1 พิธีเรียกขวัญ ทำเมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วย ได้รับอุบัติเหตุ ตกใจ เสียใจ รุนแรงจนทำให้คนป่วยไม่สบาย ซึม 'ไม่กิน' 'ไม่นอน' แสดงว่าขวัญคนนั้นหนีไปไม่อยู่กับเนื้อกับตัวจึงทำให้เจ้าตัวเจ็บป่วย ทำพิธีโดยทำกระทงกาบกล้วย 4 มุม, 3 มุม ใส่เครื่องเช่นขวัญแล้วเชิญหมอเรียกขวัญหรือคนทรงประจำหมู่บ้านมาทำพิธีเรียกขวัญ เพื่อขวัญคนป่วยที่หนีไปหรือหลงทางกลับเข้ามาอยู่กับเนื้อกับตัวคนป่วย เชื่อว่าจะทำให้อาการเจ็บป่วยทุเลา เบาบาง และหายไปนที่สุด

5.2.2 พิธีดูเม็ยหรือพิธีแกว่งผ้า ทำเมื่อมีคนในครอบครัวมีอาการแปลกผิดปกติจากเดิม, เจ็บป่วยแล้วรักษาไม่ดีขึ้นหรือไม่หาย, เด็กเล็กร้องไห้ไม่หยุด ทำพิธีโดยเชิญคนทรงหรือยายท้าว(ผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้าน) นำเสื้อผ้าของคนป่วยวางบนผ้าสี่เหลี่ยมมัดรวมมุมสำหรับแกว่ง แล้วคนทรงหรือยายท้าวทำพิธีพูดตามทนายเรื่อย ๆ พร้อมกับแกว่งผ้าไปเรื่อย ๆ เช่น เป็นผืนนาใช่ไหมที่ทำให้คนนี้ป่วย ถ้าถูกต้องผ้าที่แกว่งอยู่จะหยุดเอง, อยากรได้เครื่องเช่นไห้เป็นไก่ใช่ไหม ถ้าถูกต้องผ้าที่แกว่งอยู่จะหยุดเอง, ถูกผีพ่อผีแม่ ผีปู่ผีย่า ผีพ่อขาผีแม่ขาจะเอาตุ้งเล็ก ตุ้งใหญ่ หรือจะเอาทองเท่าลูกฟักและจะกินข้าวสาปอก (สังฆทาน) ลูกหลานก็จัดทำบุญอุทิศสงไปให้ เป็นต้น หลังจากนั้น

ญาติก็จะให้เครื่องเซ่นไหว้ตามที่ดูเฒ่ามา เพื่อให้อาการคนป่วยดีขึ้น

5.2.3 พิธีรดน้ำ ทำเมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วย คนป่วยระยะพักฟื้น ได้รับอุบัติเหตุ ดวงไม่ดี ทำพิธีโดยเชิญหมอสวดดูว่าเกิดจากสาเหตุอะไร เช่น วิญญาณของพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ถึงแก่กรรมไปแล้วมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษ, ผีเจ้าที่, ผีเจ้าเรือน, ผีไร่นาไม่พอใจจึงมารบกวนให้คนที่ดวงอ่อนเกิดการเจ็บป่วย จึงต้องทำพิธีรดน้ำแก่คนนั้นเพื่อเสริมดวง เพื่อให้หายป่วย

5.2.4 พิธีอื่น ๆ เช่น พิธีไล่ผีโดยหมอสี้, พิธีบนบานศาลกล่าวศาลเจ้าฟ้าฮ่าม กุมาร พระศรีพนมมาศ ศาลเจ้าปู่ ศาลเจ้าพ่อ ตูบเจ้าที่, บวงสรวงบูชาและการสะเดาเคราะห์, พิธีเคารพบูชาดวงวิญญาณของพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ถึงแก่กรรมไปแล้วมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษ ถ้าพ่อแม่ถึงแก่กรรมไปแล้วจะต้องเชิญดวงวิญญาณขึ้นไปอยู่บนบ้านทำหิ้งให้อยู่เพื่อปกปักรักษาคุ้มครองลูกหลาน (ไม่นิยมเก็บอัฐิ) เมื่อถึงวันสงกรานต์ก็จัดเอาน้ำอบน้ำหอมมากราบไหว้บูชาตรงที่หิ้งบนบ้านนั้น

มีการผสมผสานพิธีต่าง ๆ ตามความเชื่อร่วมกับใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาโรค มีการนวดแผนไทยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เช่น นวดแผนไทยร่วมกับพ่นน้ำมันต์, ประคบสมุนไพรที่ผ่านการเสกคาถาแล้ว, ใช้น้ำมันมนต์ปลุกเสกนวดเพื่อฟื้นฟูสภาพคนป่วย เป็นต้น

5.3 ประเพณีแห่หน้าขึ้นโรง (นฤมล วัฒนพานิช, 2534)

5.3.1 ประเพณีแห่หน้าขึ้นโรง เป็นประเพณีที่ชาวเมืองลับแลจัดขึ้นเพื่อสักการบูชาและระลึกถึงพระคุณของเจ้าฟ้าฮ่ามกุมาร ที่พระองค์ทรงดำรงตนอยู่ใต้ทศพิธราชธรรม พระองค์มีจิตใจฝักใฝ่ในพระพุทธศาสนาเป็นยิ่งนัก ทรงปกครองราษฎรแบบบิดาปกครองบุตร ตัดสินคดีความด้วยพระเมตตา อบรมสั่งสอนราษฎรเป็นพลเมืองดี มีความขยันขันแข็ง ราษฎรทุกคนก็อยู่กันด้วยความร่มเย็นเป็นสุขตลอดมา ทำนุบำรุงบ้านเมืองจนเจริญก้าวหน้า ราษฎรอยู่กันด้วยความร่มเย็นเป็นสุข เมื่อพระองค์ถึงแก่ทิวงคตยังความโศกเศร้าอาลัยของอาณาประชาราษฎร์เป็นยิ่งนัก จึงพร้อมใจกันนำอัฐิของพระองค์มาบรรจุ ณ เจดีย์วัดม่อนอารักษ์ เพื่อให้เป็นที่สักการบูชาของประชาชนทั่วไป และสืบทอดมาจนปัจจุบันนี้ ประเพณีแห่หน้าขึ้นโรง จะจัดขึ้นในวันที่ 14 เมษายนของทุกปี ณ บริเวณเชิงดอยม่อนอารักษ์ในสมัยก่อนชาวบ้านจะจัดประเพณีแห่หน้าขึ้นโรงในวันขึ้น 13 ค่ำ เดือน 6 ของทุกปี เป็นการรดน้ำดำหัวให้แก่บรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้วด้วยการทำน้ำอบ-น้ำหอมไปสรงตามศาล ซึ่งเป็นที่นับถือของคนในหมู่บ้าน เช่น ศาลประจำหมู่บ้านเรียกว่าศาลปู่เจ้า (ตามด้วยชื่อของเจ้าประจำศาล) หรือเรียกศาลปู่เจ้าปู่เชื้อ เจ้าบ้านนั้น ๆ เป็นความเชื่อของชาวบ้านที่จะได้แสดงความเคารพนับถือบรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว เชื่อว่าจะทำให้ลับแลมีความอุดมสมบูรณ์ อยู่เย็นเป็นสุข ขอน้ำ ขอฟน ให้ตกต้องตามฤดูกาล มีประเพณีการแห่หน้าขึ้นโรงปัจจุบันมีส่วนราชการเข้าไปร่วมทำกิจกรรมโดยสร้างศาลเจ้าฟ้าฮ่ามกุมารเป็นจุดชุมนุมของคนมาร่วมพิธี เชื่อว่าเป็นที่สถิตของ

ดวงวิญญาณของเจ้าฟ้าฮ่ามกุมาร ปฐมผู้ครองเมืองลับแล ตลอดจนเทพารักษ์สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย และทั้งบรรพบุรุษชาวเมืองลับแลถือว่าเป็นสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ ที่พระองค์ได้สร้างบ้านแปงเมืองให้อยู่กันร่มเย็นเป็นสุขมาจนถึงปัจจุบัน ก่อนการจัดงานจะเรียกประชุมข้าราชการเทศบาลกำหนด ผู้ใหญ่บ้านตำบลต่าง ๆ และชาวบ้านผู้อาวุโสมาประชุมปรึกษากันเพื่อกำหนดพิธีการและความรับผิดชอบการจัดงานในแต่ละหน้าที่ รูปแบบการจัดงานประเพณีแห่งนี้ขึ้นโรง อาจปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม โดยอาจเลือกวัดใดวัดหนึ่ง หรือสถานที่ราชการ โรงเรียน เป็นจุดเริ่มต้นพิธีการจะประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ คณะพรหมณ์และเจ้าหน้าที่จะตั้งพิธีตักน้ำและอันเชิญน้ำจากบ่อศักดิ์สิทธิ์บริเวณเวียงเจ้าเงาะ ตำบลทุ่งยั้ง มาใช้และร่วมในขบวนพิธี ขบวนแห่จากตำบลต่าง ๆ หมู่บ้าน หน่วยงานราชการ และองค์กรต่างๆ แห่ออกจาก ที่ตั้งมายังจุดเริ่มต้นพิธีการ เคลื่อนขบวนโดยมีช่างนำหน้าเพื่ออันเชิญน้ำศักดิ์สิทธิ์ และเครื่องสักการะ ประกอบด้วย ข้าวปลาอาหาร คาวหวาน หมากพลู เหล้า ยา ผลไม้ และบายศรี ติดตามด้วยขบวนแห่ของกลุ่มต่าง ๆ เคลื่อนขบวนไปยังอนุสาวรีย์เจ้าฟ้าฮ่ามกุมารซึ่งตั้งอยู่ ณ บริเวณฝายน้ำล้น (ฝายหลวง) พรหมณ์ทำพิธีสักการะดวงวิญญาณเจ้าฟ้าฮ่ามกุมาร ถวายเครื่องสักการะ ประทานในพิธีทำการสวมพวงมาลัยสรองน้ำ และถวายผ้าคาดเอว หลังจากนั้นมีการแสดงถวายหน้าอนุสาวรีย์การจัดให้มีประเพณีแห่ขึ้นโรงของชาวบ้านลับแลสืบทอดต่อมาเป็นเวลาอันยาวนาน แม้จะพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนไปบ้างตามกาลสมัยก็ตามแต่ก็ยังคงรักษาคุณธรรมตามวิถีชีวิตดั้งเดิมด้วยการแสดงความเคารพนับถือผู้มีพระคุณที่ประกอบ คุณงามความดี แม้จะล่วงลับไปแล้วก็ตามนอกจากนี้ยังแสดงออกถึงความสามัคคีกลมเกลียวความขยันขันแข็ง ร่วมกันจัดกิจกรรมรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของชาวลับแลสืบต่อกันมา

5.3.2 ประเพณีตานค้ำบุญยา (นฤมล วัฒนพานิช, 2534)

ประเพณีตานค้ำบุญยานี้มีมาแต่โบราณซึ่งเป็นความศรัทธาและความเชื่อของผู้จะทานค้ำบุญยา เพื่ออุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้กับบรรพบุรุษที่ล่วงลับ ประเพณีการทานสลากชอลอมนี้เป็นประเพณีของชาวไทยยวน (ล้านนา) จะไม่มีสลากภัตแต่จะมีการทานสลากชอลอม (ถ้วยสลาก) แทน คำว่า ค้ำบุญยา ก็เหมือนกับต้นกล้วยที่มีของกินของใช้ ห้อยแขวนประดับให้ดูสวยงาม (สมัยก่อนจะเน้นประดับตกแต่งด้วยมวนบุหรี่จำนวนมากปัจจุบันลดปริมาณลงแล้วแต่ยังพอมองเห็นเพื่อความสมบูรณ์ของการทาน)ข้างล่างที่เป็นกระบะก็จะใส่ผลไม้ พืชสวนตามหาได้ เช่น ทุเรียน ลางสาด ลองกอง ส้ม กล้วย หมากผลไม้ พืชไร่ ก็ได้แก่ พัก พักทอง แต่ส่วนประกอบที่สำคัญที่ห้อยตามชั้นจะร้อยมวนบุหรือนั่นเอง ดังเช่นคำร้องกระเช้าเข้าเหยเด็กที่ร้องให้ว่า “ไปค้าหมองบได้หยังมา ได้แต่บุญยามาสองสามแก้ว บ่ปอบันพี บ่ปอบันน้อง” เป็นต้น นอกจากนี้จะมีบุหรี่ประดับแล้วยังประดับด้วยดอกไม้ที่ทำจากการพับกระดาษเป็นรูปดอกไม้ต่าง ๆ และตัดกระดาษแก้วหลากสีให้เป็น

ธงห้อยระย้าแบบต่าง ๆ ตามแบบโบราณดูสวยงาม เป็นการอวดฝีมือของเจ้าของค้ำอีกด้วย ส่วนเครื่องใช้ก็อาจจะเป็นไม้ขีดไฟ สมุด ดินสอ ปากกา ขนมห้าง ขนมปลา ฯลฯ ส่วนยอดก็จะประดับด้วยดอกไม้กระดาษและตัวหนังสือจากโบราณ คาบผ้าเช็ดหน้าหรือธนบัตรใบละ 100 บาท 500 บาท หรือ 1,000 บาท ห้อยไว้ที่ปากหงส์หรือเสียบไม้ไว้บนหลังหงส์ให้ดูสวยงามและแสดงถึงฐานะของเจ้าของค้ำบุยา ว่าร่ำรวยหรือมีศรัทธามากน้อยแค่ไหน ในการทำบุญตามประเพณีถวายทาน ค้ำบุญานี้ก็จะมีการทำขนมโบราณของล้านนาไว้นำไปแจกจ่ายแบ่งปันให้กับญาติพี่น้องในวงศ์ตระกูล (จึงเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเทศกาลทำขนมญาติพี่น้อง) ได้แก่ ข้าวต้มมัด ขนมหั้นบ ขนมหเทียน ขนมหักทอง และขนมแตง เป็นต้น สมัยโบราณจะมีค้ำกล่าวของคนแก่คนเฒ่าจะท่องจำเรียงลำดับไว้ เรื่องลำดับการจัดการงานตามค้ำบุยาของแต่ละวัดเพื่อกันลืมไว้ได้คล้องจองกันตามชื่อของวัดในตำบลแม่พูน อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ดังนี้ "เริ่มวัดพะตุม ยุ่มไปวัดฝักฮาก ลากมาวัดหัวดง ไก้ไปวัดดอนแก้ว แล้วมาวัดดอนคำ ลูกหล้าวัดศรีอุทุมพร"

5.3.3 ประเพณีอัฐมีบูชา (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, 2555) หรือพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพพระพุทธเจ้าจำลองและมีความเกี่ยวเนื่องกับวันสำคัญทางพุทธศาสนาถึง 2 วัน ได้แก่ วันวิสาขบูชา (ขึ้น 15 ค่ำเดือน 6) ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้เป็นวันสำคัญของโลกด้วยและวันอัฐมีบูชาหรือการบูชาในวันแรมแปดค่ำ (แรม 8 ค่ำเดือน 6) หากปีใดที่มีเดือน 8 จำนวน 2 หนจะกำหนดจัดขึ้นในเดือน 7 "อัฐมีบูชา" เป็นประเพณีท้องถิ่นที่สำคัญของชาวอุตรดิตถ์จัดขึ้นที่วัดพระบรมธาตุทุ่งยั้ง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นวัดหนึ่งซึ่งให้ความสำคัญกับงานนี้มาหลายชั่วอายุคนแล้ว เป็นงานที่จัดขึ้นมาทุกปีมีการจัดสืบสานต่อกันตลอดมา ซึ่งมีเพียงไม่กี่แห่งในประเทศไทยที่ยังมีการรักษาสืบทอดประเพณีนี้ไว้อันเป็นการน้อมจิตรำลึกถึงองค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าตลอดจนพระธรรมคำสั่งสอนของพระองค์ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญยิ่งต่อพุทธศาสนิกชนโดยทั่วไปและมีกิจกรรมที่แสดงถึงภูมิปัญญาการถ่ายทอดแนวคิดปรัชญาทางพุทธศาสนา ปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม และการสร้างความสามัคคีมีส่วนร่วมของชุมชน ถ่ายทอดเรื่องราววิถีชีวิตชาวบ้านในชุมชนผ่านกิจกรรมงานประเพณี กิจกรรมภายในงาน ประกอบด้วย พิธีสงฆ์พระราชาทานฯ การทำบุญตักบาตร ถวายภัตตาหารเช้าและเพลแด่พระภิกษุ-สามเณร พิธีเจริญพุทธมนต์ การแสดงพระธรรมเทศนา พิธีเวียนเทียนรอบพระบรมธาตุ เนื่องในวันวิสาขบูชา การสักการะพระพุทธรูปประจำล่องการบูชาพระอัสติ การประกวดเรียงความ ประกวดวาดภาพ ประกวดเล่านิทานธรรมและการประกวดจัดโต๊ะหมู่บูชา โดยในวันสุดท้ายของงาน วันอัฐมีบูชา มีพิธีที่สำคัญคือ การจำลองการถวายพระเพลิงพระบรมศพขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า มีการแสดงบทบาทสมมติเรื่องราวเกี่ยวกับพุทธประวัติ เมื่อครั้งสมัยพุทธกาล ตั้งแต่องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงประสูติ ตรัสรู้

และปรีณิพพาน แล้วนำมาสู่การถวายพระเพลิงพระบรมศพพระพุทธเจ้า โดยจัดในลักษณะการแสดง ประกอบแสง-เสียง ที่งดงามตระการตา มีการสร้างพระเมรุชั่วคราวขึ้นมาแล้วใช้แสง สี เสียง พร้อมทั้งมีตัวละครแสดงให้ดูเหตุการณ์สมจริงเพื่อสร้างจินตนาการถอยหลังกลับไปอีกครั้งพุทธกาล พุทธศาสนิกชนที่ไปร่วมงาน ณ วัดพระบรมธาตุทุ่งยั้ง หลายคนกล่าวว่าช่างเหมือนได้อยู่ในงาน เฝ้าพระศพพระพุทธองค์จริงที่เมืองกุสินารา ด้วยภายในงานผู้เฒ่าผู้แก่ไม่น้อยต่างร้องไห้ด้วยอาลัย การจากไปขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่น่าสนใจอีกมากมาย อาทิ การแสดงทางวัฒนธรรมท้องถิ่นลิเก มวย ภาพยนตร์ มหรสพ ฯลฯ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาเกี่ยวข้องกับความเชื่อและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีการศึกษาส่วนหนึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพบการศึกษาน้อยเกี่ยวกับความเชื่อ ภูมิปัญญา พื้นบ้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาความเจ็บป่วยซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกับบริบทล้านนาและพุทธศาสนา ดังนี้

จินตนา สมนึก (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้านพบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงว่า ถ้าผู้ป่วยมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้น้อย ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลจะมาก

วชิราภรณ์ โนราช (2553) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจได้แก่ การประคับประคองจิตใจและการให้กำลังใจเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านร่างกายได้แก่ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล และการใช้ยา สำหรับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือด้านสังคมคือ การประสานงานเพื่อนบ้าน และต้องการการดูแลด้านเศรษฐกิจด้วย

กฤษฎา ศรีธรรมมา, ศรีรินทร์ ทองธรรมชาติ และพิชญ์ เข็มพิลา (2552) ศึกษาการสืบค้นภูมิปัญญาแพทย์พื้นบ้านอีสานในคัมภีร์ยาโบราณในจังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ด แลกฟิสิษฐ์พบว่า คัมภีร์ยาโบราณอีสานบันทึกด้วยอักษรไทยน้อยและอักษรธรรมเป็นภาษาอีสานโบราณกล่าวถึงโรคและการรักษาโรคโดยใช้วิธีการรักษา 3 ลักษณะได้แก่ ลักษณะแรก วิธีการรักษาด้วยวิธีธรรมชาติ

บำบัดด้วยการใช้ยาที่ได้จากพืช สัตว์ และแร่ธาตุที่หาได้ในธรรมชาติ ลักษณะที่สอง วิธีการรักษาด้วยการนวดและการบริหารร่างกาย คนป่วยจะมีอาการปวดเมื่อย ไม่ค่อยมีแรง เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต หมอพื้นบ้านจะใช้การนวดและการบริหารร่างกายประกอบด้วย ลักษณะที่สาม วิธีการรักษาด้วยการใช้พิธีกรรมและคาถาประกอบการรักษาโรค คนไข้กลุ่มนี้ส่วนมากจะมีความกังวล ชาติที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ หมอพื้นบ้านใช้วิธีการรักษาด้วยพิธีกรรมและคาถา การรักษาโรคด้วยวิธีนี้นับเป็นอุปายในการบำบัดรักษาโรคให้แก่คนไข้เพื่อให้เกิดผลทางด้านกำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นให้คนไข้จึงทำให้คนไข้หายเร็วขึ้น

สิริพันธ์ รุ่งวิชานวิวัฒน์ (2552) ศึกษาการใช้ภูมิปัญญาไทยในชาวไทยมุสลิมชายแดนภาคใต้พบว่า ชาวมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาอาการด้วยการแพทย์แผนไทย สมุนไพร เวทมนต์ เช่น การรักษาอาการอัมพฤกษ์อัมพาตด้วยการนวด รักษานิ้วด้วยสมุนไพร รักษาอาการปวดฟันด้วยเวทมนต์ การรักษาอาการชักด้วยสมุนไพร การดูแลก่อนคลอด การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณหรือหมอดำแย เป็นต้น สำหรับผู้ให้การรักษาได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาจากบรรพบุรุษมายาวนาน หมอพื้นบ้านไม่ได้กำหนดค่ารักษาแต่เป็นลักษณะการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ภูมิปัญญาเหล่านี้จึงตกทอดมาถึงปัจจุบันซึ่งเป็นระบบการดูแลสุขภาพตนเองโดยหลักวิทยาศาสตร์และมิติทางวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่คู่กับชุมชนทุกเผ่าพันธุ์ ทำให้ชาวบ้านมีอิสระในการเลือกระบบการดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามศรัทธา ความเชื่อ และฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของตน เพื่อมุ่งการรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงครอบครัวหรือเครือญาติ เพราะการเจ็บป่วยของบุคคลผูกพันเชื่อมโยงไปถึงบุคคลรอบข้างด้วย

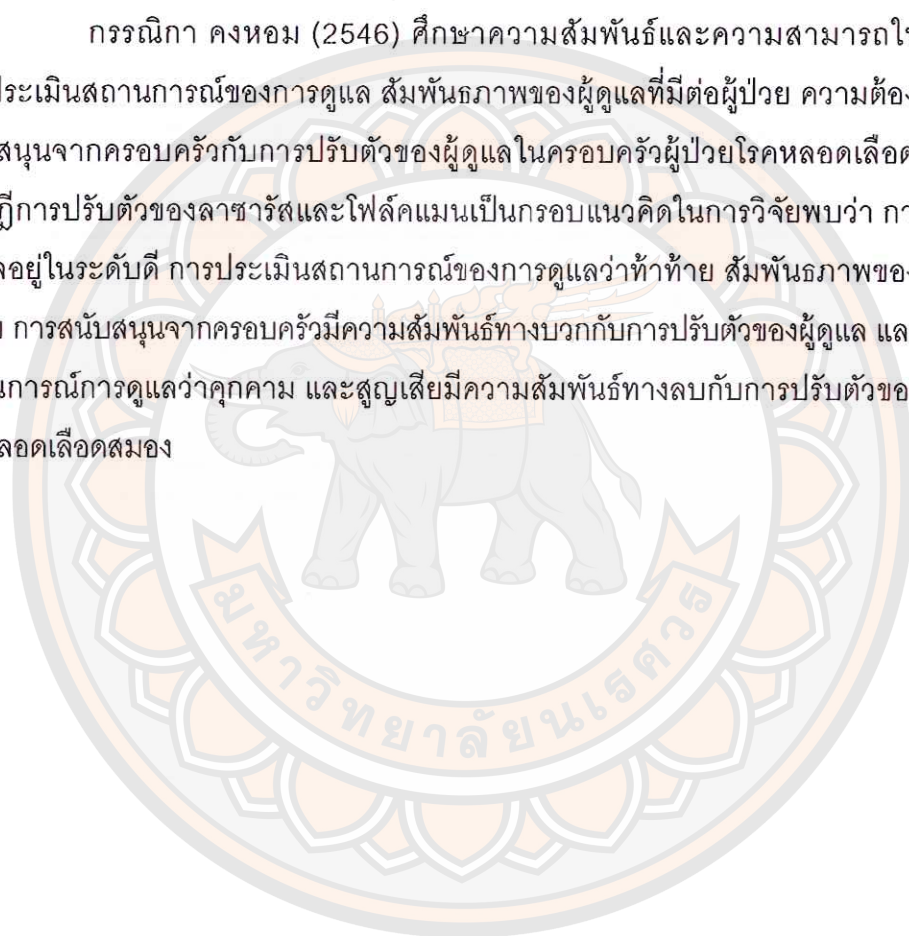
ขวัญเรือน สิงห์กว้าง (2551) ศึกษาประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล พบว่า เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการที่จะเผชิญและปรับตัวต่อภาวะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากที่บุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ได้แสวงหาความรู้เกี่ยวกับดูแลรักษาผู้ป่วยเกิดการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยก่อให้เกิดการจัดการเพื่อการสมดุลในการดูแล ปัจจัยที่ทำให้เกิดพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน คือ ปัจจัยภายในตนของผู้ดูแล ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งด้านจิตใจ จะสามารถคิดแก้ไขเหตุการณ์ ตั้งสติ เตรียมพร้อม ทำใจ ทำให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคความเหนื่อยล้าและความตึงเครียดจากภาระการดูแลผู้ป่วยได้ 2) ความรักความผูกพันของผู้ดูแลและผู้ป่วยจากใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมาเป็นเวลายาวนาน เป็นคู่ทุกข์คู่ยากร่วมสุขร่วมทุกข์ด้วยกันมา เป็นปัจจัยทางจิตใจที่ทำให้ผู้ดูแลมีพลังใจเต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยได้ 3) ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ครอบครัวไทยให้ความสำคัญของความกตัญญูตเวทีหรือ

การทดแทนคุณ ลูกมีหน้าที่ต้องดูแลพ่อแม่เมื่อยามแก่เฒ่าหรือเจ็บป่วย หาโอกาสทดแทนคุณพ่อแม่ที่เหนื่อยยากเลี้ยงดูตัวเองมา เป็นสามีภรรยาต้องดูแลซึ่งกันและกัน ต้องรับผิดชอบเมื่ออีกฝ่ายหนึ่งอยู่ในภาวะเจ็บป่วย มีหน้าที่ให้การดูแลกันตามที่สังคมกำหนด 4) ความรู้สึกสงสาร มีความตั้งใจและหวังดีของผู้ดูแลที่ต้องการอยากให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากอาการเจ็บป่วย 5) คุณค่าและความเชื่อที่เกี่ยวกับการได้ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ 6) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ดูแลมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่าตนเองได้ทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีที่สุดแล้วเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 7) ความหวังอยากให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเพื่อเป็นร่วมโพธิ์ร่วมไทรแม้ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือสื่อสารไม่ได้แค่นั้นนอนดูผู้ดูแลก็ยังมีดี สำหรับปัจจัยระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยได้แก่ ความดีของผู้ป่วย, สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และอาการของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ แรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว, ประสบการณ์การดูแลในอดีต, แรงสนับสนุนจากสังคม และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ สำหรับปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มีพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย, ความเครียดและความวิตกกังวล, ความเหนื่อยล้า และความเจ็บป่วยของตัวผู้ดูแลเอง

ศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) ศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านจะเกี่ยวข้องกับ การจัดการตนเองของผู้ดูแลและการจัดการในฐานะผู้ดูแล 3 ประเด็นคือ 1) การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยมีการจัดการเรื่องเวลาเป็นการผสมผสานการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต การปรับบทบาทให้เหมาะสม และการแสวงหาความรู้ด้านความเจ็บป่วย 2) การได้รับการช่วยเหลือ เกื้อกูลจากสังคมได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากครอบครัว การสนับสนุนจากภายนอกได้แก่ การได้รับความเอื้ออาทรจากเพื่อนบ้านและคนในชุมชน และการช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ 3) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวันได้แก่ การดูแลการรับประทานอาหาร การดูแลเรื่องการพักผ่อน การดูแลเรื่องการขับถ่าย และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ส่วนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้แก่ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การดูแลตามแผนการรักษาพยาบาล การผสมผสานการรักษาพื้นบ้าน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ และการดูแลระดับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งผู้ดูแลมีเหตุผลของการจัดการตนเองเพื่อดูแลผู้ป่วย สืบเนื่องมาจากความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งเป็นค่านิยมบรรทัดฐานของสังคมไทย ส่วนการจัดการในฐานะผู้ดูแลเกิดขึ้นจากผู้ดูแลเข้าใจธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองว่า ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือ ร่วมกับการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย

วารภรณ์ จิธานนท์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ก่อนและหลังการเจ็บป่วย รายได้รวมของครอบครัว จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตมี 5 ตัวแปรได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

กรรณิกา คงหอม (2546) ศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนาย การประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล สนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ ทฤษฎีการปรับตัวของลาซาร์สและเฟลด์แมนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยพบว่า การปรับตัวของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี การประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าทำห้าย สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแล และการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าคุกคาม และสูญเสียมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยใช้คำถามชนิดปลายเปิด (Open-ended question) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทัศนะของคนใน โดยมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไม่น้อยกว่า 3 เดือน จำนวน 15 ราย การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยไม่รับค่าตอบแทน
2. เป็นผู้มีรากฐานถิ่นกำเนิดและพักอาศัยอยู่ในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
3. มีความยินดี มีความพร้อม และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยโดยลงนามในแบบฟอร์ม (Informed consent form)
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยกลางหรือภาษาไทยพื้นเมืองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัยซึ่งมีภูมิลำเนาบ้านเกิดที่อำเภอบ้านโคกซึ่งติดกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้รับการเลี้ยงดูตามวิถีชาวไร่ สื่อสารด้วยภาษาลาวเวียงจันทร์ นับถือศาสนาพุทธ มีวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมคล้ายคลึงกับภาคอีสานตอนบนและเมืองเวียงจันทร์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว หลังสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จึงได้ปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลอยู่ที่สถานีนามัยในเขตอำเภอน้ำปาดเป็นระยะเวลา 9 ปี และปัจจุบันปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุตรดิตถ์ 1 ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมือง

จังหวัดอุดรดิตถ์ มีหน้าที่ให้บริการงานสุขภาพชุมชน ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพ และงานควบคุมป้องกันโรค ทั้งในเขตรับผิดชอบและเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ มาระยะเวลา 11 ปี รวมทั้งสิ้น 20 ปี ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยเรียนรู้วิชาวิจัย เชิงคุณภาพ และเข้ารับการอบรมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน แหล่งที่มาของรายได้ของครอบครัว รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สถิติการด้านการรักษาพยาบาล ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2 แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดจากการศึกษาเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยคำถาม 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ความเชื่อของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์ คืออะไร 2) พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์เป็นอย่างไร 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์มีอะไรบ้าง

2.3 แบบบันทึกการสังเกต ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.3.1 แบบบันทึกการสังเกต (Field note) บันทึกสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตเห็นขณะสัมภาษณ์หรือติดตามเยี่ยมบ้านผู้ให้ข้อมูลในแต่ละครั้ง ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ในขณะที่สัมภาษณ์ และประเด็นที่สังเกตพบ

2.3.2 แบบบันทึกของผู้วิจัยในระเบียบวิธีวิจัย บันทึกส่วนที่ผู้วิจัยแสดงความคิดเห็นประกอบด้วย ปัญหาที่พบในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปัญหาด้านผู้ให้ข้อมูล และปัญหาด้านผู้ทำการศึกษา

2.4 เครื่องบันทึกเสียง พร้อมอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อบันทึกข้อมูลขณะสัมภาษณ์ให้ครบถ้วน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากปัญหา วัตถุประสงค์ คำถามการวิจัย การทบทวนเอกสาร

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่านซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านปฏิบัติงานที่ศูนย์ Home Health Care โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางระบบประสาทปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 1 ท่าน จากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองเพื่อทดสอบความครอบคลุม ความชัดเจนเรื่องภาษาความเข้าใจของคำถาม ปฏิกริยาของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อคำถามและความต่อเนื่องของข้อคำถามในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ราย พบว่า ข้อคำถามจำเป็นต้องปรับปรุงในเรื่อง การใช้ภาษาให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าใจได้ชัดเจน และหลังจากปรับข้อคำถามแล้วจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย เลขที่ 68/2556 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 070/56 และผู้รับผิดชอบพื้นที่ที่ศึกษาคือ สาธารณสุขอำเภอลับแล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

2. เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนแล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ต้องการลงลายมือชื่อก็ให้อนุญาตด้วยการพิมพ์ลายนิ้วมือข้างขวา ซึ่งใบยินยอมนี้เป็นแบบที่แจ่มแจ้งและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล มีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการเก็บข้อมูล ลักษณะของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การขอฉบับที่ก ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และการนำข้อมูลไปใช้

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด อธิบายให้ทราบเกี่ยวกับประเด็นที่สัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก การบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการเก็บรักษาความลับด้วยการทำลายเทปในการสัมภาษณ์เมื่อสิ้นสุดการวิจัย

4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลว่า มีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลาและให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ และการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคล ที่เกี่ยวข้อง ในการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ให้ข้อมูลว่า ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงแต่ใช้นามแฝงแทนเพื่อป้องกันและปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล และทำการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทั้งก่อนและขณะทำการบันทึกเสียง หรือจดบันทึกข้อความใด ๆ พร้อมกับผู้ให้ข้อมูลสามารถลบทำลายข้อมูลได้เมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้อภิปรายหรือตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น

5. ไม่เกิดภาวะวิกฤตด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ให้ข้อมูลขณะทำการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง การเก็บข้อมูลประกอบด้วย การสังเกต โดยสังเกตสภาพแวดล้อมและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ให้ข้อมูล และการสัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi - structured interview) โดยใช้แนวคำถามหลักที่สร้างไว้ และใช้คำถามย่อยเจาะลึกข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลและปิดการสัมภาษณ์เมื่อไม่พบข้อมูลใหม่ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาโดยศึกษาความรู้เชิงวิชาการ ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นข้อคำถามให้ครอบคลุมมากที่สุด เตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมฝึกทักษะและเทคนิคต่าง ๆ ในการทำวิจัย ศึกษาเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม การบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งการเขียนรายงานการวิจัย ศึกษาบริบทสถานที่ที่จะศึกษา ผู้วิจัยสร้างความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้วิจัยเข้าไปในสนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นความจริงจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการสัมภาษณ์ ตระหนักในสิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้าสนาม ระหว่างการเก็บข้อมูลและหลังจากออกจากสนาม

1.2 สร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างแบบสัมภาษณ์และแนวคำถาม

โดยผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากปัญหา วัตถุประสงค์ คำถามการวิจัย การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่านซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านปฏิบัติงานที่ศูนย์ Home Health Care โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางระบบประสาทปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 1 ท่าน จากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปศึกษา โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์คือ แนะนำตัวผู้วิจัย ชักถามเรื่องทั่ว ๆ ไปและข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย โดยใช้ประเด็นคำถามกว้าง ๆ ในประเด็นที่สนใจศึกษาและคำถามแบบเจาะลึกในเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงในแต่ละประเด็น

1.3 ทดสอบการเป็นไปได้ของคำถาม โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 3 ราย เพื่อทดลองการใช้ข้อคำถาม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อฝึกทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและหาข้อบกพร่องจากประเด็นคำถาม จากนั้นได้ปรับปรุงข้อคำถามใหม่ให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งแนวคำถามสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาได้ให้คำแนะนำและดูแลอย่างใกล้ชิด

2. ขั้นตอนการ

2.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสาธารณสุขอำเภอลับแล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

2.2 การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้สำรวจข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ สอบถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ในฐานะนักวิจัยจึงขออนุญาตพบและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพื่อถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้เข้าไปเยี่ยมและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพร้อมกับผู้ให้ข้อมูลที่บ้านโดยอาศัยผู้นำ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ เชิญชวนเข้าร่วมวิจัย พร้อมกับให้อ่านแบบฟอร์มการให้ข้อมูลหรืออ่านให้ฟังในกรณีอ่านไม่ได้และเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาต ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็น

ไบยินยอมในการเป็นผู้ให้ข้อมูลในแบบฟอร์มการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการลงลายมือชื่อก็ให้อนุญาตด้วยลายพิมพ์นิ้วมือได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล ด้วยการปฏิบัติตามการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลเป็นเบื้องต้น และมีการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน โดยผู้วิจัยแสดงความสนใจ ความเป็นมิตร ความจริงใจ ทั้งคำพูด สีหน้า แววตา กิริยา และการแสดงออกอื่น ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ ประโยชน์และเป้าหมายร่วมกัน ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทราบถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากผลการวิจัยต่อส่วนรวม และอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทราบถึงความสำคัญและคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล คำนี้ถึงจริยธรรมในการวิจัย ผู้วิจัยปฏิบัติตามบนพื้นฐานมารยาทสุภาพชนของสังคมไทย มีความตรงต่อเวลานัดหมาย ซื่อสัตย์ เป็นนักฟังที่ดี ใฝ่ต่อความรู้สึกทั้งปฏิกิริยาทางอารมณ์และเนื้อหาของข้อมูล

3. วิธีการรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในการรวบรวมข้อมูล

3.1 การรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยเข้าไปในฐานะนักสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การป้อนอาหาร การช่วยเหลือการขับถ่ายและการทำกายภาพบำบัด ผู้วิจัยได้จดบันทึกสิ่งที่สังเกตพบ โดยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ตามความเป็นจริง บรรยายอย่างละเอียดถึงสิ่งแวดล้อม สถานที่ เหตุการณ์ คำพูดของบุคคลรวมทั้งบันทึกว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เมื่อไหร่ กับใคร ข้อมูลต่าง ๆ ข้อมูลในส่วนนี้ไม่มีการตีความใด ๆ ทั้งสิ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) วิธีการนี้ จะมีความยืดหยุ่นค่อนข้างสูงทำให้ผู้วิจัยสามารถซักถามและหารายละเอียดของประเด็นปัญหาที่ต้องการศึกษาได้อย่างลุ่มลึกรอบด้านมากขึ้น ซึ่งบรรยากาศการสัมภาษณ์ดำเนินไปในลักษณะที่ไม่เป็นทางการมากนัก โดยมีแนวทางในการสัมภาษณ์ ดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยมีการสนทนาอย่างมีเป้าหมายกับผู้ให้ข้อมูลตามแนวคำถาม การสนทนาในลักษณะที่เป็นธรรมชาติและมีจุดสนใจอยู่ที่ความคิดเห็น ความเชื่อ และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นแนวทางในการสนทนาและใช้คำถามกว้าง ๆ เพื่อเปิดประเด็นให้ผู้ให้ข้อมูลได้คิดก่อนที่จะถามในประเด็นที่เจาะลึกในประเด็นที่สนใจ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด หลีกเลี่ยงการใช้คำถามปลายปิดและการถามนำ ในระหว่างการสนทนาผู้วิจัยมีการทวนคำถามเพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย

3.2.2 ผู้วิจัยบันทึกเสียงการสนทนาระหว่างการสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จแต่ละครั้งผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องพร้อมทั้งนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยถอดเทปการสัมภาษณ์อย่างละเอียดแบบคำต่อคำประโยคต่อประโยค และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์และค้นหาความหมายที่ยังไม่ชัดเจนเพื่อนำไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง หรือข้อมูลที่ยังขาดเพื่อนำมาวางแผนและตั้งคำถามในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

3.2.3 เวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลักซึ่งเป็นบ้านของผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวนครั้งที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและความสมบูรณ์ของข้อมูล

3.2.4 การยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 ผู้วิจัยพบว่า ประเด็นหลักของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณ การกระทำเพราะเป็นหน้าที่ของตนเอง การกระทำแล้วได้บุญกุศล การกระทำแล้วได้รับคำชื่นชม และการกระทำเพราะเป็นกรรมะพฤติกรรมหลักในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การช่วยเหลือให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติคือ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่าย การจัดการอาหารและน้ำ การดูแลให้ได้พักผ่อน การดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา และการปฏิบัติตามความเชื่อพื้นบ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นและหายจากอาการของโรคโดยเร็วได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา พุทธ การบนบานศาลกล่าว การทำตามคำโบราณ และการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกของครอบครัว สังคม บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9 – 15 เพื่ออธิบายประเด็นหลักในเรื่องความเชื่อพฤติกรรมดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจนพบว่า ไม่พบข้อมูลใหม่เพิ่มในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15 จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผู้วิจัยได้เริ่มกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละวัน นำเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์มาถอดข้อความแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ตรวจสอบความถูกต้องของคำสัมภาษณ์โดยเปรียบเทียบ

กับเสียงที่บันทึกและข้อมูลที่จดบันทึกไว้เพื่อทบทวนเหตุการณ์และเติมข้อมูลที่ขาดหายไป การวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นหรือหัวข้อที่ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยกำหนดรหัส (Codes) และหมวดหมู่ (Categories) เพื่อสะท้อนข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ได้รับการจัดกลุ่ม และเชื่อมโยง โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้ (Morse and Field, 1996, p. 115)

1. ผู้วิจัยอ่านบทสัมภาษณ์ที่ละบรรทัดอย่างละเอียด จากนั้นจัดข้อมูลในบทสัมภาษณ์ ที่อาจอยู่ในรูปของประโยคยาว 2-3 บรรทัดหรืออาจเป็นย่อหน้าหนึ่งตามประเด็นแต่ละประเด็น ที่ศึกษา

2. ผู้วิจัยทำการกำหนดรหัส (Coding) จากการอ่านบทสัมภาษณ์แต่ละบท แต่ละคนที่ละบรรทัด โดยการกำหนดรหัสกระทำโดยผู้วิจัยค้นหาคำ วลีหรือประโยคซ้ำ ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูล สะท้อนประสบการณ์ของตนผ่านการสัมภาษณ์ (Morse and Field, 1996, p. 108)

3. ผู้วิจัยทำการจัดหมวดหมู่ (Categories) ซึ่งหมายถึงกลุ่มของรหัสที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยเริ่มจากการจัดเป็นหมวดหมู่กว้าง ๆ ประมาณ 10 - 15 หมวดหมู่ โดยแต่ละหมวดหมู่ มีคำอธิบายหมวดหมู่ที่สะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลครบถ้วน

4. ผู้วิจัยจำกัดจำนวนหมวดหมู่ให้น้อยลงโดยพิจารณาจัดกลุ่ม และเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ซึ่งหมวดหมู่หนึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของอีกหมวดหมู่หนึ่ง (Subcategories) จนกระทั่งสามารถกำหนดหมวดหมู่หลัก (Main category) ที่หมวดหมู่ย่อย เหล่านี้อธิบายซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกัน (Concurrence) เป็นสิ่งชักนำ (Antecedents) หรือเป็นสิ่งที่เกิดตามมา (Consequence)

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ความน่าเชื่อถือของ ลินคอล์นและกูปา (Lincoln and Guba, 1985 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2549, หน้า 132-136) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบ ดังนี้คือ

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นเกณฑ์ที่แสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งมีวิธีการดังนี้

1.1 ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตรงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้านไม่น้อยกว่า 3 เดือนที่อาศัยอยู่ในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อให้สิ่งที่สนใจศึกษามีความถูกต้องและได้ข้อมูลที่ชัดเจนตรงความเป็นจริงตามประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล

1.2 วางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนและกระบวนการ ตามระเบียบวิธีการวิจัย และให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนด วันเวลาในการให้สัมภาษณ์

1.3 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 รายตรวจสอบข้อสรุปที่ได้ (Member Checks) หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเขียนอธิบายและการตีความไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อยืนยันความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล ว่าเป็นความจริงและตรงกับความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดอุดรธานี

1.4 มีการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ประกอบด้วย การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม เพื่อประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

1.5 มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นผู้ตรวจสอบให้

2. เพื่อให้งานวิจัยสามารถมีคุณสมบัติเรื่อง ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) หมายถึง การที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ผู้วิจัยนำเสนอผลงานวิจัยโดยอธิบายลักษณะบริบทพื้นที่ที่ศึกษา การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก นำเสนอผลการวิจัยด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลัก (Vivo) และบริบทเรื่องราวที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนลับแล จังหวัดอุดรธานีได้

3. เพื่อให้งานวิจัยสามารถมีคุณสมบัติเรื่อง ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) สามารถตรวจสอบความถูกต้องของกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพและผลการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยที่วางแผนไว้ ลดอคติต่อข้อมูลวิจัยด้วยการตรวจสอบความพร้อมของตนเองในการลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้วิจัยต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแบบบันทึกของผู้วิจัยในระเบียบวิธีวิจัยขณะวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบผลการวิจัยย้อนกลับโดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Member Checks)

4. เพื่อให้งานวิจัยนี้มีคุณสมบัติเรื่อง ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิจัย

จากข้อมูลที่ปรากฏ คำพูดผู้ให้ข้อมูล บันทึกรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของผู้วิจัยต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแบบบันทึกของผู้วิจัยในระเบียบวิธีวิจัย และการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเคร่งครัดและมีตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่ออธิบายความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดอุดรดิตถ์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การจัดบันทึกภาคสนาม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผลการศึกษาของผู้วิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดอุดรดิตถ์ ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความเชื่อของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=15)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	13.33
หญิง	13	86.67
อายุ		
20 - 30 ปี	1	6.67
31 - 40 ปี	1	6.67
41 - 50 ปี	4	26.67
51 - 60 ปี	4	26.67
61 ปี ขึ้นไป	5	33.32

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	3	20.00
คู่	10	66.67
หม้าย	2	13.33
การศึกษา		
ประถมศึกษา	8	53.33
มัธยมศึกษา	6	40.00
ปริญญาตรี	1	6.67
ศาสนา		
นับถือศาสนาพุทธ	15	100
จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน		
1 - 3 คน	4	26.66
4 - 6 คน	10	66.67
7 - 10 คน	1	6.67
แหล่งที่มาของรายได้ของครอบครัว		
บุตรผู้ป่วย	8	53.33
พี่น้องผู้ป่วย	3	20.00
เงินสะสมของผู้ป่วยและครอบครัว	4	26.67
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
1,000 - 5,000 บาท	3	20.00
5,001 - 10,000 บาท	6	40.00
10,001 บาทขึ้นไป	6	40.00
สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล		
สมาชิกในครอบครัวมีครบทุกคน	15	100

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย		
มี	12	80.00
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	3	20.00
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย		
ผู้ดูแล	6	40.00
บุตรผู้ป่วย	9	60.00
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย		
< 1 ปี	2	13.33
1 - 2 ปี	6	40.00
2 - 3 ปี	3	20.00
3 - 4 ปี	4	26.67
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน		
8 - 12 ชั่วโมง	2	13.33
12 - 24 ชั่วโมง	13	86.67
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย		
มี (ผู้ป่วยอัมพาต)	3	20.00
ไม่มี	12	80.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
คู่สมรส	9	60.00
บุตรสาว	1	06.67
พี่น้องสายตรง	3	20.00
หลาน	2	13.33

จากตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีทั้งหมด 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุส่วนใหญ่

อยู่ในช่วง 41 – 61 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นคู่สมรส ร้อยละ 60 พี่น้อง สายตรง ร้อยละ 20 หลานร้อยละ 13.33 และเป็นบุตรสาว ร้อยละ 6.67 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.32 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา – มัธยมศึกษา ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีจำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้าน เดียวกัน 4 - 6 ราย รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,001 บาท ขึ้นไปซึ่งได้มาจากบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 53.33 สมาชิกในครอบครัวผู้ให้ข้อมูลมีสวัสดิการ ด้านการรักษาพยาบาลครบทุกราย ผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยคือ บุตร ของผู้ป่วย ร้อยละ 60 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นคนในครอบครัวและ ญาติใกล้ชิด ได้แก่ บุตร พี่ น้อง หลาน ช่วยเหลือในบางกิจกรรม เช่น ช่วยอุ้มหรือพยุงขึ้นรถ ช่วยอาบน้ำ ช่วยพาออกกำลังกาย ช่วยป้อนอาหาร ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 12 - 24 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 86.67 ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้ส่วนใหญ่ดูแลนาน 1 – 2 ปี ร้อยละ 40 ส่วนมาก ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน ร้อยละ 80 และเคยดูแลมารดาที่ป่วยเป็นอัมพาต อยู่นาน 10 ปี 1 ราย ดูแลบิดาที่ป่วยเป็นอัมพาตอยู่ 5 ปี 1 ราย และดูแลมารดาสามีที่ป่วยเป็น อัมพาตและเป็นวัณโรคอยู่ 3 ปี 1 ราย ก่อนมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายนี้จนถึงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ความเชื่อและพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความเชื่อของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณ กระทำเพราะเป็นหน้าที่ของตน กระทำแล้วได้บุญกุศล กระทำแล้วได้รับคำชื่นชม และกระทำเพราะเป็นกรรมะ ส่วนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การช่วยเหลือให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ คือ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่าย การจัดการอาหารและน้ำ การดูแล ให้ได้พักผ่อน การดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา และการปฏิบัติตามความเชื่อพื้นบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการของโรคโดยเร็ว ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาพุทธ การบนบาน ศาลกล่าว การทำตามคำโบราณ และการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกของครอบครัว สังคม และบุคลากรด้านสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเชื่อของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณต่อผู้ป่วยที่เคยทำดีกับตนมาก่อน เป็นการกระทำเพราะเป็นหน้าที่ของตน เป็นการกระทำแล้วได้สร้างบุญกุศลแก่ตนเอง เป็นการกระทำที่ได้รับการชื่นชมจากคนรอบข้าง และรับรู้ตามความเชื่อว่า ตนเองต้องมาดูแลผู้ป่วยนี้เป็นการกระทำเพราะเป็นกรรมะ

1.1 การกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณ

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อแสดงถึงความขอบคุณหรือชดเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยได้เคยกระทำต่อตนเช่นกันในอดีตได้แก่ การเลี้ยงดู อุปการะ ให้ความรัก ปฏิบัติดูแลผู้ให้ข้อมูลขณะเจ็บป่วย ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 60 ปีกล่าวถึงการตอบแทนบุญคุณสามีวัย 67 ปี ที่ป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี 6 เดือน ซึ่งมีสภาพร่างกายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากผู้ดูแลการรับรู้ที่ ผู้ป่วยได้เคยดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยและตอนคลอดบุตรซึ่งถือเป็นช่วงวิกฤติของชีวิต ผู้ดูแลจึงตอบแทนบุญคุณสามี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...เป็น(เขา)กะ(ก็)ดูแลเฮา(เรา)ดีเหมือนกัน(กัน)เนาะ เวลาเฮา(เรา)ไข้ เจ็บเป็น(เจ็บป่วย)เฮากะ(ก็)ฮักเฮา(รักษาเรา)ดี เฮากะ(ก็)ปฏิบัติเฮา(เรา)ดี เฮา(เรา)ไปออกลูกเฮากะทำให้อูกุอย่าง(ไปคลอดลูกเขาก็ทำให้ทุกอย่าง)เนาะ ซักผ้าอุ่น(ผ้าถุง)ให้อ(ให้) ซักผ้าที่ผ้าเยียวให้อ(ให้) ยะของกินให้อูกุอย่าง(ทำของกินให้ทุกอย่าง) เป็น(เขา)ดูแลเฮา(เรา) เฮา(เรา)กะ(ก็)ต้องดูแลเป็น(เขา)พ่อง(บ้าง) เฮา(เรา)กะ(ก็)ต้องยะ(ทำ)ดีกับเป็น(เขา)พ่อง(บ้าง) ตอบแทนกัน(กัน)เนาะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, 20 กรกฎาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 32 ปีกล่าวถึงการตอบแทนบุญคุณยายวัย 72 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี 9 เดือน ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ว่า ผู้ป่วยเคยเลี้ยงดูตนเองมาตั้งแต่เกิดขณะบิดามารดาต้องไปรับราชการต่างจังหวัด ยายเป็นเหมือนพ่อแม่ที่คอยดูแลทุกอย่างโดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วยจึงมีความรักใคร่ผูกพันกันและอยู่ด้วยกันตลอดมา การดูแลครั้งนี้ถือโอกาสได้แสดงความกตัญญูต่อยาย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ที่หนูดูแลยายอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะว่า ตอนเด็ก ๆ ยายเป็นคนเลี้ยงหนูตั้งแต่หนูเกิดมา ยายเลี้ยงหนูดีมากเรารักกันมาก ยายรัก เป็นห่วงหนูตลอด หนูกับยายไม่เคยห่าง

กันเลย ตอนเรียนมหาลัยหนูก็เลือกเรียนบ้านเรา หนูไม่อยากให้ยายเป็นห่วง ยายก็แก่
 มากแล้ว ต่อมาหนูทำงานก็ทำอยู่แถวบ้านเราเพราะยายเริ่มไม่ค่อยสบาย หนูเลยไม่ไป
 ไหนไกล จนยายป่วยหนักก็ออกจากงานมาดูยายเต็มที่ หนูเลยคิดว่านี่เป็นโอกาสที่หนู
 จะได้ทำความดี ได้ตอบแทนบุญคุณยาย เป็นโอกาสให้หนูได้กตัญญูยายเนาะ...หนูก็
 บอกยาย บอกแม่ บอกป้า ลุง น้า ว่า หนูจะดูแลยายให้ดีที่สุด...หนูจำได้ว่า ตั้งแต่เด็ก ๆ
 เวลาหนูไม่สบายยายจะเฝ้าดูแลหนูไม่ห่าง คอยเอายาให้กินตลอด นอนด้วยกันตลอด
 จนหนูโตเรียนมัธยม

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, 28 มีนาคม 2557)

1.2 การกระทำเพราะเป็นหน้าที่

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่พึงกระทำตาม
 บทบาททางสังคมของตนในการเป็นสามี ภรรยา พี่น้อง ลูก หลาน และเป็นการปฏิบัติตามสิ่งที่
 ครอบครัวและสังคมปลูกฝังให้คุณค่า เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย
 58 ปีดูแลพี่ชายวัย 71 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปี ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายสามารถ
 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ดูแลพี่ชายเนื่องจากทำตามคำสั่งเสียของพ่อแม่และผู้ป่วยไม่มีครอบครัว
 อาศัยอยู่ด้วยกันมาตั้งแต่เด็ก ๆ ถือเป็นโอกาสได้ทำหน้าที่ของตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...พ่อสั่งไว้ ถ้าพ่อแม่ตายหมดแล้วใครลำบากก็อย่าทิ้งกันนะ เราได้เลี้ยงดูพี่ชาย
 เราเองนี่ก็เหมือนได้ทำตามคำสั่งเสียของพ่อแม่และก็ได้ทำความดีกับพี่เรา...พวกเรา
 ดูแลกันมาแต่เด็ก แก่ก็เคยดูแลเราตอนเด็ก ๆ แก่รักเรา เราก็รักพี่ชาย พอแก่เจ็บป่วยไป
 เราก็ต้องดูแลเนาะ ก็ทำให้เราได้ทำหน้าที่ดูแลแก้มั่งนะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4, 12 กันยายน 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 58 ปีกล่าวถึงการทำหน้าที่ดูแลสามีวัย 65 ปีที่ใช้ชีวิตคู่
 ร่วมสุขร่วมทุกข์กันมา 42 ปี สามีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปี โดยผู้ดูแลยึดถือการทำ
 หน้าที่ภรรยาตามประเพณีไทย และมีความรัก ความผูกพันจากการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมานาน
 ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...เราต้องให้ความสำคัญเขาให้เต็มร้อย สำหรับผู้หญิงเราต้องดูแลสามีให้ดีมาก ดูแลเค้าให้ถึงที่สุด ให้ดีที่สุด เพื่อเค้าจะได้เป็นหัวหน้าครอบครัวของเราต่อไป ไซ่ใหม่ เราก็ให้เค้าเป็นหัวหน้าครอบครัว เราก็ต้องให้เค้ามีชีวิตอยู่เหมือนเดิมให้ได้ นี่แหละคือ ชีวิตที่ดูแลกันและกัน...จนกว่าจะตายจากกันนั่นแหละ คนเราอยู่ด้วยกันแล้วเนาะ มันก็ต้องมีความรักด้วยกัน ต่อกัน มีความซื่อสัตย์ต่อกัน แล้วก็มีการดูแลซึ่งกันและกัน เราต้องนึกถึงตอนเขาดี ๆ เขาก็เป็นกำลังให้ครอบครัว ไม่มีเขาเราก็อยู่ไม่ได้เหมือนกัน เราเลี้ยงลูกคนเดียวก็ไม่ได้นะ พอมาตอนนี้เขาป่วยเราก็ต้องดูแลเขาให้ดีที่สุด ก็นี่แหละ มันคือชีวิตครอบครัว

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, 11 มีนาคม 2557)

1.3 การกระทำแล้วได้บุญกุศล

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการได้ทำสิ่งที่เป็น ความดี เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และหวังว่าผลของกระทำนั้น ๆ จะส่งผลให้ตนเองประสบกับสิ่งที่ดี สิ่งที่ตนเองต้องการทั้งในปัจจุบันและอนาคตต่อไป ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 28 ปีกล่าวถึงการดูแล ยายวัย 68 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 8 เดือน ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจาก ผู้ดูแลต้องการช่วยบิดามารดาในวัยทำงานแบ่งเบาภาระในการดูแล ยาย ซึ่งถือว่าการดูแลยายนอกจากจะช่วยบิดามารดาแล้วทำแล้วได้บุญกุศลแก่ตนเอง ดังคำกล่าว ต่อไปนี้

...หนูก็อยากไปทำงานกับเพื่อน ๆ นะ แต่ว่าหนูอยากดูยายมากกว่า หนูสงสารเขา ถ้าหนูไปพ่อแม่หนูก็จะลำบาก แม่ก็ต้องหยุดทำงานมาอยู่ดูยาย นั่นหนูอยู่ดูยายดีกว่า หนูได้ดูยายด้วยช่วยพ่อแม่ทำงานบ้านด้วย หนูคิดอย่างนี้นะ ที่หนูทำอยู่ทุกวันนี้ อย่างน้อยที่สุดก็ถือว่าได้ทำความดี แม่หนูจะไม่มีเงินเยอะ หนูก็ได้บุญที่ได้อยู่ดูแลยาย ช่วยพ่อแม่ หนูหวังว่าบุญกุศลนี้จะเกิดกับหนูต่อไปเนาะ มันก็จะช่วยให้หนูดีขึ้น ๆ ...หนูสบายใจ ภูมิใจนะที่ได้ช่วยพ่อแม่ดูแลยายอย่างนี้...แม่พูดเรื่อย ๆ ว่า บุญคราวนี้ที่หนูทำ จะทำให้หนูมีอนาคตเจริญรุ่งเรืองต่อไปเนาะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14, 4 เมษายน 2557)

และผู้ให้ข้อมูลชายวัย 62 ปีกล่าวถึงการดูแลภรรยาวัย 60 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปี ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ใช้ชีวิตคู่ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมานาน 38 ปี เป็นโอกาสให้ได้สร้างบุญบารมี ถือเป็นการทำงานแล้วได้บุญกุศลแก่ตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...กะบ่อคืออะหยั่งนั้ก(ก็ไมคึดอะไรมาก) เฮา(เรา)ดูแลกัน(กัน)กะ(ก็)เหมือนกับว่า เฮา(เรา)เกิดมาเป็นคู่กัน(กัน)แล้วกะ(กัน)ต้องร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน(กัน) ดี(ที่)ลุงดูแลป้า มาตลอดนี้ลุงกะได้บุญโตยหนา(ก็ได้บุญด้วยนะ) เป็นการสร้างบุญบารมีหื้อ(ให้)กับเฮา (เรา)โตย เฮา(เรา)ต้องดูแลคนใกล้ชิดซะก่อน ครอบครัวยังยะ(ถึงจะ)มีความสุข ต้าเฮา เท่งเป็ลไปตอนเป็ลป่วยเฮากะยะบาป(ถ้าเราทิ้งเขาไปตอนเขาป่วยเราก็จะบาป)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15, 25 พฤศจิกายน 2556)

1.4 การกระทำแล้วได้รับคำชื่นชม

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการกระทำที่นำมาซึ่งความภูมิใจของตนเองเป็นโอกาสที่ได้แสดงความสามารถ ทำให้ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ครอบครัวยุติ และคนในสังคม ผู้ดูแลรู้สึกตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ รอบข้าง มีกำลังใจ และมีความพยายามในการดูแลผู้ป่วย ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 48 ปี อาชีพแม่บ้าน เลี้ยงหลานอายุ 1 ปี กล่าวถึงการดูแลพี่ชายวัย 51 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 5 เดือน สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากพี่สะใภ้(ภรรยาผู้ป่วย) และพี่คนอื่น ๆ ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งผู้ดูแลเคยทำงานอยู่หอผู้ป่วยจึงได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย โดยมีพี่ ๆ สนับสนุนช่วยเหลือ เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึก ว่า ทำแล้วได้รับคำชื่นชมจากญาติและสังคม ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...เพราะพี่ ๆ คนอื่น ๆ ก็ไม่มีใครเลี้ยงได้อย่างเรา เขาก็ทำไม่ได้หรอกนะ แต่ละคนเขาต้องทำมาหากินเลี้ยงครอบครัว เขาเห็นว่าพี่เลี้ยงหลานน้อยอยู่เลยให้พี่ดูแล... พี่ ๆ เขาว่า พี่ดูแลคนป่วยดี เขาทำไม่ได้อย่างพี่หรอก ขนาดคนแถวบ้านเรานี่เขาก็มาวะ มาหา ใครเขาก็บอกว่าพี่ดูแลพี่ชายดีมากเลยนะ คนป่วยสะอาดสะอาด สุขภาพคนป่วย ดูดีทุกอย่างเลย ไม่เคยเห็นใครดูคนป่วยดีอย่างพี่เลย พี่ก็มีกำลังใจนะมีแรงดูกันต่อไป

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, 8 ตุลาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 32 ปีกล่าวถึง ความตั้งใจที่ได้ดูแลยายวัย 72 ปีซึ่งป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี 4 เดือน สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำแล้วได้รับคำชื่นชมจากคนในครอบครัว ญาติ และสังคมรอบข้างว่า

...หนูดีใจภูมิใจมากแล้วที่ได้ดูแลยายทุกวันนี้ หนูไม่คิดจะไปไหนหรือ กูดูแลยาก ก่อนเรื่องอื่นค่อยคิด แม่ พ่อ ก็ให้กำลังใจหนู...ญาติพี่น้องคนอื่น ๆ อย่างป้า ลุง น้า ๆ หรือว่าคนแถวนี้เขาก็บอกว่า หนูเป็นคนดีมาก ๆ เป็นคนกตัญญูหายากนะที่ทำได้อย่างนี้ ดูแลตายาย ผู้เฒ่า ผู้แก่ คนมีความสามารถอย่างนี้เดี๋ยวนี้หาไม่ใช่มีเนาะ หนูก็มีกำลังใจมากขึ้นอีกนะ...หนูก็จะพยายามดูแลยายให้ดีที่สุดคะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13, 28 มีนาคม 2557)

1.5 การกระทำเพราะเป็นกรรมะ

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า ตนเองต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้เป็นเพราะผลของการกระทำสิ่งที่ไม่ดีในอดีตร่วมกันทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงส่งผลให้ต้องมาดูแลกันในปัจจุบัน ความบกพร่องทางร่างกายของผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือมีความพิการนั้นเกิดขึ้นจากผลของการกระทำสิ่งที่ไม่ดีที่ผู้ป่วยได้ทำมาในอดีตและสิ่งที่เป็นสิ่งหนุนนำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพราะ ในอดีตผู้ป่วยไม่ทำความดี (บุญ) ตามความเชื่อของศาสนาพุทธจึงทำให้ผู้ที่ผู้ป่วยได้เคยกระทำไม่ดีต่อกันในอดีต (เจ้ากรรมนายเวร) กลับมากระทำในสิ่งที่ทำให้เจ็บป่วยในปัจจุบัน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเชื่อว่า การทำผิด คำสาบานที่เคยให้คำมั่นสัญญาไว้ในอดีตมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยยาวนาน ไม่หายขาด ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 60 ปีกล่าวถึงการดูแลสามีวัย 67 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี สภาพร่างกายผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ เป็นเพราะผลของกรรม เนื่องจาก ครอบครัวผู้ดูแลได้ทำบุญที่วัดใกล้บ้านเป็นประจำและได้สนทนารธรรมกับพระที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยนับถือถึงเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนี้เป็นเพราะผลกรรมที่ทำมาในอดีตและเป็นผลกรรมที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยร่วมกระทำมาด้วยกัน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...เรื่องเวรกรรมนี้ต้องมีกะ(จริง) อย่างสูง...นี่เป็นจะอ้อ(อย่างนี้)มันกะ(ก็)เกี่ยวกับเวรกรรมเนาะ เฮากะ(เราก้)มีเวรกรรมร่วมกัน(กัน)ต้องมาคอยปฏิบัติกัน(กัน)อยู่อย่างเอี้ย(นี้)...อีกอย่างกะ(ก็)ว่าเป็นเวรเป็นกรรมของลุงโดยกำ(ด้วยมั่ง) มันกะ(ก็)เป็นเวรกรรมของป้าโดย(ด้วย)บ่ออันบ่อใดมาอยู่ด้วยกัน(ไม่อย่างนั้นไม่ได้มาอยู่ด้วยกัน)แหละ บ่อ(ไม่)มาปฏิบัติกัน(กัน)อยู่อ้อแหละ กะ(ก็)เขาเป็นแล้วเนาะ กะ(ก็)ต้องปฏิบัติเขา ใคร(ใคร)มันยะ(จะ)อยากหื้อ(ให้)มันเป็นละหมอ...เรื่องเวรกรรมนี้หนา(นะ)ทำมาแต่ก่อนแต่หลังจะโดกะบ่ออ้อ(อย่างไรก็ไม่รู้) มันกะ(ก็)เลยเติม(ตาม)มา ยะหื้อ(ทำให้)เป็น(ป่วย)ชาติประเดี้ยวนี่

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, 20 กรกฎาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 58 ปีกล่าวถึง สามีวัย 65 ปีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดินไม่ได้ในระยะแรก ๆ เป็นเพราะผลกรรมที่เคยทำในอดีต และที่ตนเองต้องดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปี เป็นเพราะผลของกรรมที่ทำร่วมกันมา ผู้ดูแลจึงดูแลให้ผู้ป่วยทำบุญแผ่เมตตาตามความเชื่อของศาสนาพุทธที่ตนนับถืออยู่เป็นประจำ เพื่อให้ผลกรรมนั้นหมดไปก็จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ที่แกเป็นอย่างนี้อาจจะเป็นเวรกรรม สมัยเป็นเด็ก ๆ แกเคยไปแก้งคนที่ขาเจ็บคนที่เค้าเดินไม่ได้แกไปแก้งเค้า หรืออาจจะเป็นเพราะไปทำร้ายสัตว์หรืออาจจะไปทำเขาเจ็บปวดแต่ชาติไหน ๆ ก็ไม่รู้เนาะ กรรมเลยมาสนองชาตินี้เนาะ ก็บอกแกว่าให้ทำบุญแผ่เมตตาให้เจ้ากรรมนายเวรมาก ๆ ...เราก้คงมีเวรมีกรรมซึ่งกันและกันละมั้ง ถึงได้มาปะคบปะหมกันทุกวันอย่างนี้เนาะ แต่ก้คงหมดเวรหมดกรรมละน้อ เพราะว่าอะไร ๆ กิตีขึ้นแล้ว สุขภาพแกก็ดีขึ้นแล้วเกือบเหมือนกับปกติแล้ว

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, 20 กุมภาพันธ์ 2557)

2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ช่วยเหลือให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา และปฏิบัติตามความเชื่อพื้นบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การช่วยเหลือให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ผู้ดูแลรับรู้ว่ ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้จึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันให้ได้ตามปกติ ซึ่งกิจวัตรประจำวันที่สำคัญและ

ต้องช่วยเหลือผู้ป่วย คือ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่าย การจัดการอาหารและน้ำ การดูแลให้ได้พักผ่อน และการปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน

การช่วยเหลือเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกายด้วยการช่วยเช็ดตัว การอาบน้ำ และการแต่งตัวให้ ในผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาทั้งหมด ผู้ดูแลต้องเช็ดตัว อาบน้ำ แต่งตัวให้บนเตียงทุกวัน ส่วนผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาบางส่วนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ผู้ดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นไม่ได้ ผู้ดูแลจะช่วยเตรียมอุปกรณ์อาบน้ำให้ ช่วยอาบในส่วนหลังที่ผู้ป่วยเอื้อมไม่ถึง ช่วยสวมกางเกงให้ คอยดูแลความปลอดภัยอยู่ใกล้ ๆ เตรียมเสื้อผ้าที่สวมใส่ง่าย ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 48 ปีกล่าวถึงการดูแลพี่ชายวัย 51 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 5 เดือน สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรง นอนติดเตียงต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด ผู้ดูแลช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายและการแต่งตัวให้แก่ผู้ป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...อาบน้ำให้ทุกวัน...ล้างหน้าแปรงฟันให้เช้า เย็นทุกวัน...กินเสร็จก็ต้องเตรียมน้ำให้แปรงฟันเอง ล้างปากเอง พี่ก็จะเตรียมของให้...อย่างอาบน้ำที่จะเตรียมของอาบบนเตียง... เวลาอาบก็เอาผ้าอย่างมารองบนผ้าปูที่นอนเลย...เอาผ้าชุบน้ำเช็ดทั่วตัว ถูสบู่ แล้วก็เอาผ้าขนหนูอีก 2 ผืนชุบน้ำเช็ดจนสะอาดเอี่ยม...ลุงแก่จะได้สะอาดสะอาดสบายตัว

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, 22 กันยายน 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 61 ปีกล่าวถึงการดูแลสามีวัย 66 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี 8 เดือน ในระยะแรก ๆ ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้าง พึ่งพาผู้ดูแลบางส่วนต้องช่วยเหลือทำความสะอาดร่างกายและการแต่งตัวให้แก่ผู้ป่วยว่า

...เจ้ามากะ(เข้ามา)ก็เตรียมของให้(ให้)แปรงฟัน ลุงกะ(ก็)ลุกขึ้นมาเองใช้(ใช้)ไม้สี ขาเดินเข้าห้องน้ำได้(ได้) เฮากะ(เรา)ก็คอยอยู่ใกล้ ๆ กลัวยะ(กลัวจะ)ล้ม จี๋ ถ้าเสร็จเขาใช้(ใช้)ผ้าบิดล้างได้(ได้)เอง แปรงฟันกะยะได้(ก็ทำได้)เอง ...บางอย่างเขากะ(ก็)ยะ(ทำ)เอง เฮา(เรา) กะ(ก็)จ่วย(ช่วย)แต่ตี(ที่)เขายะ(ทำ)ป้อได้(ไม่ได้)...เขากะ(ก็)สะอาดดี ป้อ(ไม่)เหม็น

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, 22 สิงหาคม 2556)

การช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลการขับถ่าย ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ อาจมีปัสสาวะรดที่นอน ผู้ดูแลจะช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย เปลี่ยนและทำความสะอาดผ้าปูที่นอนให้ เลือกที่นอนที่กันน้ำได้ เลือกผ้าปูที่นอนที่นุ่ม ชับน้ำได้ดี ในผู้ป่วยที่ไปห้องน้ำเองไม่ได้ผู้ดูแลจะให้ขับถ่ายบนเตียงและทำความสะอาดให้ ในผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือได้บ้างผู้ดูแลช่วยเหลือโดยพาไปห้องสุขา ให้ล้างทำความสะอาดด้วยตนเองถ้ายังไม่สะอาดผู้ดูแลจะช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่ายให้อีกครั้ง ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 67 ปีกล่าวถึงการดูแลสามีวัย 69 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เดินเข้าห้องสุขาเองได้ ผู้ดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการขับถ่ายของผู้ป่วยว่า

...อันไหนดีป้ากะ(ก็)หามาทำหื้อเป็น(ให้เขา) กั้วจะ(กั้วจะ)เป็นแผลกดทับเนาะ ...เวลาปวดถ่ายกะ(ก็)ไปห้องส้วมเองได้(ได้) เฮากะ(เราก้)ไปเติม(ด้วย) กั้วจะ(กั้วจะ) ล้ม เอาฝักบัวล้างกันเองกะได้ (ก็)ได้แต่เฮา(เรา)ต้องดูหม้ม(อีก)ว่าเอี่ยมก้อ(สะอาดไหม) ต้าบ่อเอี่ยมเฮากะ(ถ้าไม่สะอาดเราก้)ล้างหื้อ(ให้)อีก

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 30 กรกฎาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 48 ปีกล่าวถึงการดูแลพี่ชายวัย 51 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 5 เดือน สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องขับถ่ายบนเตียง ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือเกี่ยวกับการขับถ่ายของผู้ป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...แกกินได้เยอะ ฉีบอย ถ่ายเยอะ...ไม่จั้นแกกินอนแซ่ซี่แซ่เยี้ยว เดี่ยวจะเป็นแผลพอกถ่ายเสร็จพีกั้เช็ดทำความสะอาดให้เช็ดจนเอี่ยมสะอาด ไม่เหม็นแล้วกั้แต่งตัวให้เรียบร้อย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, 8 ตุลาคม 2556)

การช่วยเหลือในการจัดการอาหารและน้ำ ผู้ดูแลช่วยเหลือจัดเตรียมอาหารให้รับประทานได้ง่ายเช่น ทำข้าวต้ม ทำอาหารชิ้นเล็ก ๆ ตักง่าย เคี้ยวกลืนง่าย แกะก้างปลา ปอกเปลือกผลไม้ แกะเมล็ดดอก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตรงเวลา ประุงอาหารให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ปลอดภัย และเพียงพอ ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 73 ปีกล่าวถึงการดูแลสามีวัย 82 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี 2 เดือน ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายซูบผอมไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง

ได้ นอนติดเตียงผู้ดูแลต้องดูแลช่วยเหลือในการจัดการอาหารและน้ำให้แก่ผู้ป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ยายกะ(ก็)เป็นคนยะ(ทำ)กับข้าว ต้มข้าว แล้วกะ(ก็)เอามาป้อนตามเวลา...
 อย่างเป็นกับข้าวนี้ต้องยะ(ทำ)เป็นดิน(ขึ้น)น้อย ๆ ขนมกะ(ก็)สับเป็นดิน(ขึ้น)น้อย ๆ
 หื้อกิน(ให้กิน)ผลไม้กะ(ก็)ปอกแล้วกะเอาเมล็ดออกเอาเมล็ดบดเป็นดิน(ขึ้น)น้อย ๆ หื้อกิน
 (ให้กิน)จะได้(ได้)กลืนง่าย ๆ หื้อกินอะหยัง(ให้กินอะไร)กะ(ก็)ต้องกะหื้อ(ให้)เหมาะกัน
 (เหมาะสม)พอดี

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 2 สิงหาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 48 ปีกล่าวถึงการดูแลพี่ชายวัย 51 ปีที่ป่วยเป็นโรค
 หลอดเลือดสมองมา 5 เดือน แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรง ผู้ป่วยใช้มือขวาตักอาหารรับประทานเองได้
 ผู้ดูแลจึงดูแลช่วยเหลือในการจัดการอาหารและน้ำให้แก่ผู้ป่วยกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการเอง
 ได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

... อย่างอาหารถ้าเป็นปลาก็ต้องกะเอาก้างออกให้ แกะเองไม่ได้หรือ เรา
 กะเอาก้างออก...อาหารทุกอย่างต้องทำเป็นชิ้นเล็ก ๆ แกะจะได้ใช้ช้อนตักกินได้สะดวก
 กลืนง่าย ไม่ติดคอ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, 8 ตุลาคม 2556)

การดูแลให้ได้พักผ่อน ผู้ดูแลรับรู้ว่า ถ้าผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนเพียงพอจะทำให้
 ผู้ป่วยมีสุขภาพดี มีแรงออกกำลังกาย ทำให้หายป่วยเร็ว จึงจัดให้ผู้ป่วยนอนในที่สงบ ดูแลทำความสะอาด
 สะอาดเครื่องนอน กางมุ้งให้เมื่อถึงเวลานอน จัดท่านอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ดังผู้ให้ข้อมูลหญิง
 วัย 48 ปีกล่าวถึงการดูแลพี่ชายวัย 51 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 5 เดือน ผู้ป่วย
 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาศัยอยู่ในเขตชุมชนที่มีบ้านเรือนที่อยู่ใกล้ชิด เพื่อนบ้านเป็น
 ร้านเกมมักมีวัยรุ่นมาตั้งวงดื่มสุราประจำ ผู้ดูแลจึงจัดให้ผู้ป่วยนอนในบริเวณที่ไม่ติดกับร้านเกม
 และขอร้องเพื่อนบ้านไม่ให้เสียงดังตอนดึกตื่นเพราะจะรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย ดังผู้ดูแล
 กล่าวถึงการดูแลการพักผ่อนของผู้ป่วยว่า

...จัดให้แกนอนชั้นล่างทางด้านนี้จะได้เงียบ ๆ เพราะข้างบ้านทางนั้นเขากินเหล้ากันค้ำคีนดึกตื่นเสียงดัง เดี่ยวแกจะนอนไม่หลับ ฝ่าปูเตียง ปอกหมอนนี่เปลี่ยนทุกวัน อยู่แล้ว ชักทุกวันทำเหมือนอยู่โรงพยาบาลเลย เตรียมที่หลับที่นอนให้สะอาดแกจะได้นอนสบาย หลับสบาย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5, 22 กันยายน 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 60 ปีกล่าวถึงการดูแลการพักผ่อนของสามีวัย 62 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปี อาศัยอยู่ชั้นล่างของบ้าน บริเวณบ้านอยู่กลางสวนเงียบสงบ ผู้ดูแลจัดเตรียมที่นอนให้สะอาด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...เตรียมที่(ที่)หลับที่(ที่)นอนที่(ให้) ที่(ที่)หลับที่(ที่)นอนนี่จำเป็นหนา(นะ) ต้า(ถ้า)เป็น(เขา)หลับบ่อ(ไม่)ดี เป็นกะบ่อมีแสง(เขาก็ไม่มีแรง) เดินบ่อได้(ไม่ได้) ยะหยั่งกะบ่อได้ (ทำอะไรก็ไม่ได้) เฮากะ(เราก้)ต้องเตรียมที่(ที่)นอนที่(ให้)สะอาด ฝ่าปูที่(ที่)นอน ปลอกหมอน ฝ่าห่มกะ(ก็)ต้องเปลี่ยนทุก(ทุก)วันวันวัน อย่าที่(ให้)เหม็นเยียวเหม็นสาบ เป็นยะได้(เขาจะ)ได้(นอน)เพลิน หลับสบายยะได้(จะ)ได้(มี)แสง(แรง) ออกกำลังกาย ยะได้(จะ)ได้(หาย)ไว ๆ (เร็ว ๆ)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9, 19 พฤศจิกายน 2556)

การปฏิบัติศาสนกิจ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้สามารถปฏิบัติศาสนกิจที่ยึดถือตามวิถีชีวิตเดิมดังเช่นก่อนเจ็บป่วยถือเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจการช่วยเหลือดูแลประจำวันแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำบุญ ไส้บาตร สวดมนต์ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ มีกำลังใจ และหายจากอาการเจ็บป่วย ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 73 ปีดูแลสามีวัย 82 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี 2 เดือน ที่มีการรับรู้สติปกติ แต่ไม่สามารถพูดออกเสียงและไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ กล่าวถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามวิถีชีวิตเดิมก่อนเกิดการเจ็บป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ยายกะ(ก็)เอาข้าวหุงใส่ขันมาที่(ให้)ตาสากุ บอกที่(ให้)อธิฐานแล้วกะ(แล้ว)ก็เอาไปใส่บาตรพระเดินบิณฑบาตรหน้าบ้าน...ทำแล้วยายสบายใจ(ใจ)...สังเกตดูตาคะ(ก็)หน้าตาสดใสดูว่า(เหมือนว่า)เป็น(เขา)มีความสุขดีนะ สีหน้าเป็น(เขา)ดีขึ้น ยายกะ(ก็)

ถามว่า ตาได้ใส่บาตรดีก็อ(ดี)ไหม เป็นกะ(เขาก็)ยิ้มตะงกหน้าอับนานา(พยักหน้ารับ) ตะ
ก่อน(เมื่อก่อน)ดี ๆ เป็น(เขา) ใส่บาตรทุกวัน(ทุกวัน) เป็นสวดมนต์ทุกวัน(ทุกวัน)...พอมาน
ป่วยอุบ่ได้(พูดไม่ได้) ยายกะ(ก็)เลยพาเป็น(เขา)สวด ยายบอกว่า สวดออกเสียง
บ่อได้กะ(ก็)สวดในใจ(ใจ)เด้อ...เวลายายไปทำบุญดี(ที่) วัดมา ยายกะ(ก็)มาอุบ่เป็น
(พูดให้เขา)ฟัง ละกะ(แล้ว)ก็จับมือพนมขึ้นบอกหื้อ(ให้)เป็น(เขา)สาธุบุญโดยกัน(ด้วยกัน)
เด้อ...อธิษฐานเอาเน้อหื้อ(ให้)หายไว ๆ (ไว)... แล้วกะ(ก็)พากันแผ่บุญหื้อ(ให้)เจ้ากรรม
นายเวรเฮาโดย(เรา)ด้วย)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 17 สิงหาคม 2556)

ตั้งผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 60 ปี ดูแลสามีวัย 67 ปี ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา
2 ปี กล่าวถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามศาสนกิจตามวิถีชีวิตเดิมก่อนเกิดการเจ็บป่วยใน
ระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ตอนเป็น(เขา)ดี ๆ อยู่ เป็น(เขา)ใส่บาตรพระโดยกันทุกวัน(ด้วยกันทุกวัน)...
มาตอนป่วยอุบ่ได้(ไม่ได้) ยายกะ(ก็)เอาขันข้าวมาหื้อ(ให้)เป็น(เขา)สาธุก่อน
แล้วป่ากะ(แล้ว)ป่าก็เอาข้าวไปใส่บาตรพระหื้อ(ให้)...เป็น(เขา)ชอบใจ(ใจ)บอกว่า ยะแล้ว
(ทำแล้ว)สบายใจ(ใจ)มีกำลังใจ(ใจ)...เป็น(เขา)ว่า หื้อ(ให้)บุญรักษา(รักษา)หื้อ(ให้)ดี
หื้อ(ให้)หายไว ๆ (ไว ๆ)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, 20 สิงหาคม 2556)

2.2 การดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา

พฤติกรรมกรรมการดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การจัดการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
ผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การจัดการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรักษาด้วยยา ผู้ดูแลต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง
เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการแย่ลงกว่าเดิม ผู้ดูแลช่วยเหลือโดยจัดยาให้ ป้อนยาให้กรณีผู้ป่วย
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อให้ยาแล้วก็คอยสังเกตอาการข้างเคียงของยาหรืออาการ
แทรกซ้อนจากการใช้ยาที่อาจจะเกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถจัดยาเองและรับประทานยาได้เอง ผู้ดูแล

จะคอยติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ได้ครบทุกมื้อ พาไปตรวจตามนัด ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 45 ปีกล่าวถึงการดูแลน้องชายวัย 43 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 7 เดือน มีสภาพร่างกายผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยผู้ดูแลให้ความสำคัญมากในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่ง เมื่อแพทย์อนุญาตให้รับยากลับบ้านได้ ผู้ดูแลจึงพาผู้ป่วยรับยารักษาความดันโลหิตสูงต่อเรื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้าน และดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ยาหมอนี่สำคัญนะหมอนี่โงะ(ที่โรงพยาบาล)บาลเขาย้ำว่า ต้องกินยาตี(ตี)หมอนี่(ให้)มาอย่าขาดยานะ...ยาความดันนี่ฮับตี(รับที่)อนามัยบ้านเฮา(เรา)นี่แหละ เพิ่งไปฮับ(รับ)มาวันนี้เนี่ย ประเดี๋ยวนี้หมอนี่ฮักกิน(ให้กิน)หลังอาหารเจ้า(เข้า)เม็ดหนึ่ง ปากะ(ก็)จัดใส่ถ้วยไว้ให้(ให้)พอกิน(กิน)ข้าวเจ้า(เข้า)เสร็จกะกิน(ก็กิน)ยาตามเลย เขากิน(กิน)เองได้(ได้) มีกะว่าเฮา(มีแต่ว่าเรา)เตรียมให้ต่ออันไหนนะ(ให้เท่านั้นแหละ) พอถึงหมอนัดเฮากะ(เราก็)พาไปหาหมอน...เรื่องยานี่สำคัญป่าบอเกย(ไม่เคยให้)ขาดเลย ต้องกินทุก(กินทุก)เวลาตามหมอบอก บออันกั้ว(ไม่งั้นกั้ว) เขาเป็นหนักแหม(หนักอีก)...มันกะ(ก็)ยะ(จะ)เดินบ่อ(ได้)ไม่ได้(ได้) อากการยะ(จะ)ทรุดลงเรื่อย ๆ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8, 10 ตุลาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 45 ปีกล่าวถึงการดูแลบิดาวัย 78 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอนติดเตียง ผู้ดูแลไปพบแพทย์ด้วยตนเองทุกครั้งโดยนำสมุดบันทึกภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่บันทึกสัญญาณชีพ อาการผู้ป่วย และปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทีมสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...มียากระเพาะ(ให้)ก่อน(ให้)อาหารมื้อเจ้า(เข้า) ปีกะ(ก็)พิด(ให้)พิด(ให้)แกดอน 7 โมงเจ้า(เข้า) 8 โมงกะ(ก็)พิดอาหารเจ้า(เข้า) 300 ซีซี พอสัก 30 นาทีปีกะ(ก็)พิดยาความดัน มีอ(ให้)บ่อ(ไม่)มี มีหม่มกะ(มีอีกก็)มีอ(ให้)แดง(เย็น)ประมาณ 1 ทุ่มเป็นยาไขมัน...ยาตี(ตี)หมอนี่(ให้)มากิน(กิน)กะ(ก็)ดีตี ปี้(ที่)คอยพ่อง(ดู)ตลอด กินกะ

มีैया(กินก็ไม่มีैया) บ่อ(ไม่)มี้อการแทรกซ้อนอะหยั่ง(อะไร)เลย...ยานี้สำคัญบ่อกิน บ่อได้(ไม่กินไม่ได้)เลย บ่อกินกะบ่อ(ไม่กินก็)ไม่)หาย ยิ่งเป็นไปหนักแหม่ม(หนักอึก)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12, 26 มกราคม 2557)

การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย เป็นพฤติกรรมของผู้ดูแลในการทำให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยแข็งแรงขึ้นและหายจากการของโรคที่เป็นอยู่โดยเร็ว ผู้ดูแลจึงพาไปทำกายภาพที่โรงพยาบาลตามนัด นำความรู้ที่ได้เรียนรู้จากคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพมาช่วยทำกายภาพให้ผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและทำกายภาพด้วยตนเอง จัดทำจัดเตรียมอุปกรณ์ทำกายภาพโดยใช้อุปกรณ์ฝึกทำกายภาพที่ประดิษฐ์จากของที่หาได้ในท้องถิ่นและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยเน้นความปลอดภัยเป็นหลักเช่น รอกสำหรับดึงแขนดึงขา ราวจับสำหรับเดิน จักรยานปั่นอยู่กับที่ จัดหาไม้เท้าช่วยเดิน จัดหาหมอนวดมานวดให้ที่บ้านหรือพาไปนวดตามที่ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยหาย ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 67 ปีกล่าวถึงการดูแลสามีวัย 69 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี สภาพร่างกายผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ผู้ดูแลจะคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยมีลูกชายที่อยู่บ้านข้าง ๆ คอยพาเดิน คอยดูแลความปลอดภัยทุกวัน และทำอุปกรณ์ทำกายภาพให้ ส่วนผู้ดูแลจะคอยบอกให้ผู้ป่วยทำกายภาพตามที่ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหายเร็ว ๆ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...แล้วก็ดึงแขนออกกำลังกาย โยกแขน แล้วยกยกกัน 50 ครั้ง โยกขาสลับกัน ยกไปยกมาสลับกัน...หื้อได้(ให้ได้)กำลังทั้งสองข้างเลยคะ หื้อได้(ให้ได้)กำลังขา ต่อจากนั้นก็ลุกทำเข้า ยกขึ้นยกลง เสร็จแล้วดันตัวลุกจากเตียง(เตียง) เกาะหัวเตียง (เตียง)ยื่น พอเริ่มสว่างแจ่มดีแล้วลุกชายเขาจะ(จะ)มาพาบ่อ(พ่อ)เดิน ลุงเขากะ(ก็)เอาไม้เท้า(ไม้เท้า)ดันตัวลุกขึ้นยืน ค่อย ๆ เดินไปลุกชายเขาจะ(จะ)คอยเดินข้าง ๆ ระวัง กลัว(กลัว)ล้ม ลุงจะ(จะ)คอยมาชวนทุก(ทุก)วัน เขาอยากหื้อ(ให้)บ่อ(พ่อ)เขาหาย... เสร็จแล้วก็นั่งเล่น ลุงกะ(ก็)นั่งนับเลขดัง ๆ จะได้ออกเสียงชัด ๆ เสียงจะได้ดัง ๆ ... หมอเขาหื้อ(ให้)ว่า ออ อี อู หมอเขาบอกมาจ๊ะอัน(อย่างนั้น)เนาะ แก่กว่าตามหนา(นะ)... ทำตามตี(ที่)หมอเขาสอนมา เขาสั่งหื้อ(ให้)มาทำเองตี(ที่)บ้านเอง เขาบอกจะได(อย่างไร)กะ(ก็)ต้องทำหื้อ(ให้)ได้ครบ...ก็เพราะว่า อยากให้ปากให้ลิ้นแกหายไว ๆ (เร็ว ๆ)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 30 กรกฎาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 58 ปีได้กล่าวถึง การดูแลสามีวัย 65 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปี ช่วยเหลือให้ร่างกายผู้ป่วยกลับสู่สภาพปกติมากที่สุดโดยการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ การทรงตัว กระตุ้นประสาทสัมผัส การใช้กล้ามเนื้อนิ้วมือ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...พาทัดเดิน คือเราจะทำราวไม้ไผ่ไว้สองข้าง...เอาทรายมาเทรตหนึ่งเลย ถ้าเดินล้มไปก็ไม่เจ็บ เราก็พาทัดเดินทุกเช้าทุกเย็นเดินกลับไปกลับมาเป็น 20 - 30 รอบ... ตอนเช้าพอเขาตื่นจะเริ่มซักปรอกก็เป็นอันดับแรก ใช้น้ำในของรถมอเตอร์ไซด์มาฉีดให้แห้งไว้ได้ต้นมะม่วงแล้วก็ให้แกเหยียบข้างหนึ่งข้างที่เป็นนะเหยียบ เหยียบแดง เหยียบแดง เพื่อให้กำลังขากลับมา แล้วก็มือ มือก็ซัก เท้าก็เหยียบ ทำอย่างเนี้ยทุกวัน วันหนึ่งแรก ๆ ก็ทำสัก 100 - 200 ครั้ง 300 ครั้ง 400 ครั้ง เพิ่มไปเรื่อย ๆ ...เดินเหยียบกรวด เหยียบทราย เหยียบน้ำ ...ตอนเย็นประมาณสัก 4 - 5 โมงเย็นเราก็พาไปว่ายน้ำที่สระว่ายน้ำน้ำโรงเรียนลับแลศรี ต้องใช้วารีบำบัดด้วยมันจะช่วยได้มากเลย เพราะว่าการอยู่ในน้ำเขาจะไม่ล้ม...หาผักมาให้เด็ดเผื่อเขาจะได้กำอะไรได้บ้าง เพราะว่ามือมันกำไม่ได้ มันกำไม่สนิท เราก็ให้เขาฝึกหยิบผักจับบ่อย ๆ เริ่มจากของใหญ่ ๆ จนไปถึงของเล็ก ๆ บางครั้งก็แก้มเขาเอาชามมาให้เด็ดบ้าง เพราะชามมีหนามเขาจะได้ระวังว่า เออมันมีหนาม หนามมันจะตำมือ เขาก็ทำได้ ... ช่วยนวดปากมั้ง มือบ้าง เท้าบ้างจะทำอย่างเนี้ยทุกวัน...เปิดคาราโอเกะให้ร้องเพลง...หัดรำวงทุกวัน ...รำกันอยู่สองคนตายายในบ้าน เพราะเขาเค้าจะได้ขยับขาเค้าจะได้ทางสุดแขนเลย เล่นรำทำเพลงกันอยู่ในบ้านนี้แหละ ...หมอเขาสอนมาตอนไปทำกายภาพ ยายก็เอามาทำเองที่บ้าน บางอย่างก็แปลงเอาเนาะ มันสะดวกคนป่วย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, 20 กุมภาพันธ์ 2557)

จากการสังเกตพบว่า บริเวณบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีอุปกรณ์ฝึกทำกายภาพที่ประดิษฐ์จากของที่หาได้ในท้องถิ่นมาปรับปรุง สร้างสรรค์ และประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงอุปกรณ์เหล่านั้นไว้แม้ไม่ค่อยได้ใช้แล้วเพราะรู้สึกประทับใจและเก็บไว้เป็นที่ระลึก อุปกรณ์บางส่วนยังคงใช้อยู่ตลอดเพื่อบริหารร่างกาย ป้องกันเป็นซ้ำ เช่น บ้านผู้ป่วยรายที่ 3, 4, 8, 9 พบราวทำด้วยไม้ไผ่หรือท่อประปาเหล็กหรือราวไม้ขัดเรียบติดกับผนังข้างฝาบ้านหรือระหว่างเสาบ้านสำหรับผู้ป่วยเดินออกกำลังกาย บ้านผู้ป่วยรายที่ 1, 2, 3, 4, 8, 10

และ 11 พบรอกที่ทำด้วยเชือกป่านหรือเชือกไนรอนมีที่คล้องหุ้มด้วยผ้านุ่ม ๆ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บเวลาดึงรอก บ้านผู้ป่วยรายที่ 9 พบกะลามะพร้าวคว่ำมีราวเกาะเดินป้องกันล้ม บ้านผู้ป่วยรายที่ 10 พบกงปั่นด้ายมีมือหมุนสำหรับฝึกบริหารมือและแขน บ้านผู้ป่วยรายที่ 1, 3, 9, 10, 11 พบจักรยานเก่าประดิษฐ์ตั้งอยู่กับที่สำหรับฝึกปั่นบริหารขา

2.3 ปฏิบัติตามความเชื่อพื้นบ้าน

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การรักษานอกเหนือจากวิธีการรักษาทางการแพทย์สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่โดยเร็ว ผู้ดูแลจึงหาวิธีการรักษาตามที่บรรพบุรุษของตนในอดีตเชื่อและปฏิบัติสืบต่อกันมาได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาพุทธ การบนบานศาลกล่าว การทำตามคำโบราณ และการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาพุทธ

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาพุทธเป็นการกระทำตาม ศาสนพิธีของผู้นับถือศาสนาพุทธที่ยึดถือปฏิบัติสืบทอดต่อกันมาตั้งแต่สมัยพุทธกาลจนถึงปัจจุบัน โดยบริบทพื้นที่ที่ศึกษาเป็นเมืองที่มีอายุยืนยาวตั้งแต่สมัยสุโขทัยอพยพมาจากโยนก เชียงแสน ผู้คนในแถบนี้จึงมีวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมคล้ายคลึงกับชาวล้านนา มีการดำรงชีวิตตามวิถีพุทธทั้งในยามการดำรงชีวิตตามปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย มีพิธีกรรมทางศาสนาพุทธที่ถือปฏิบัติสืบต่อกันมาได้แก่ สวดมนต์ ฟังธรรม ทำสมาธิ ภาวนา แผ่บุญกุศล ถวายสังฆทาน ทำบุญตักบาตร เป็นต้น ผู้ดูแลประกอบพิธีกรรมทางศาสนาพุทธในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกว่าเดิม เกิดความสบายใจ มีกำลังใจแก่ตนเองและผู้ป่วย ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 61 ปี กล่าวถึงการทำพิธีกรรมทางศาสนาพุทธมาช่วยดูแลสามีวัย 66 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี 8 เดือนและมีการดำรงชีวิตตามวิถีพุทธศาสนาอยู่เป็นประจำว่า

...คนบ้านป่าทำบุญหมั่น(บ่อย)ตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ป้อชาแม่ซา(ตายาย) เมิน(นาน) มาละ...เฮา(เรา)สวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำบุญใส่บาตรทุก(ทุก)วัน มาตั้งแต่ลุงป่วยนี้เฮา(เรา) กะ(ก็)พากันสวดชินบัญชรทุก(ทุก)คืน เสร็จแล้วกะ(ก็)แผ่เมตตาหื้อ(ให้)เจ้ากรรมนายเวร เขา พอแผ่เมตตาเสร็จกะ(ก็)กราบอธิษฐานหื้อ(ให้)ลุงหายป่วย หื้อดี(ให้)เหมือนเดิม... กะ(ก็)มีไปถวายสังฆทานดี(ที่)วัดฟ่อง(บ้าง)เวลาเขามีงานบุญ เฮากะ(เราก็)แผ่บุญ

หื้อ(ให้)ป้อ(พ่อ)แม่พ่อง(บ้าง) เจ้ากรรมเสาพ่อง(เราบ้าง) ละกะหื้อตัวเฮาพ่อง(แล้วก็ให้ตัวเราบ้าง)...ทำอย่างอี่(นี้)เฮา(เรา)กะ(ก็)สบายใจ(ใจ)มีกำลังใจ(ใจ)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, 22 สิงหาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 58 ปี ได้กล่าวถึง การดูแลสามีวัย 65 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปี โดยนำพิธีกรรมทางศาสนาพุทธมาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ยังไม่ป่วยและเมื่อสามีป่วยได้ปฏิบัติมากขึ้น เพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ตนเองและผู้ป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ก่อนนอนทุกวันชวนเขาสวดมนต์ไหว้พระ ให้สวดมนต์ ทำสมาธิ ภาวนา แผ่เมตตาให้เจ้ากรรมนายเวร...พาไปวัด ตักบาตร ทำบุญ ถวายสังฆทาน...หมั่นเปิดธรรมะให้ฟัง ธรรมะช่วยให้อกำลังใจ ช่วยกล่อมเกลาคจิตใจทั้งคนป่วยและตัวเราเองด้วย

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, 20 มกราคม 2557)

2.3.2 การบนบานศาลกล่าว

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การบนบานศาลกล่าวเป็นการขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยเหลือ ปกป้อง คุ้มครอง และขอพรให้ได้ตามปรารถนาโดยเร็ว ผู้ดูแลบนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในท้องถิ่นที่ตนอาศัยอยู่เพื่อขอให้ผู้ป่วยอาการทุเลา สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เดินได้ และหายจากโรคที่เป็นอยู่โดยเร็ว สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ดูแลนิยมไปบนบานศาลกล่าวตามความเชื่อทางพุทธศาสนาและบุคคลสำคัญที่เคารพนับถือสืบต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษได้แก่ หลวงพ่อพุทธรังสี เป็นพระพุทธรูปปางมารวิชัย สร้างสมัยสุโขทัย ประดิษฐานพระประธานพระอุโบสถหลังใหม่ที่วัดพระแท่นศิลาอาสน์ ตำบลทุ่งยั้ง, หลวงพ่อเพชรที่เก่าแก่มาก ณ พระอุโบสถเก่าแก่ที่วัดไผ่ล้อม ตำบลไผ่ล้อม, หลวงพ่อแสนหลวงพ่อเอี่ยม ที่วัดสว่างอารมณ์ ตำบลไผ่ล้อม, ศรีระสังขารหลวงปู่ทองดำ วัดท่าทอง ตำบลวังกะพี้, อนุสาวรีย์เจ้าฟ้าฮ่าม ณ หน้าวัดม่อนอารักษ์ ตำบลฝายหลวง, อนุสาวรีย์พระยาพิชัยดาบหัก, เจ้าพ่อสร้อยสนเป็นศาลเจ้าที่ของวัดดิ่งด้า ตำบลชัยชุมพล นอกจากนี้ยังมีการบนบานเจ้าที่ เจ้าเรือน ผีไร่ผืนนา เป็นต้น เมื่อผู้ดูแลเห็นว่า ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามที่บนบานศาลกล่าวไว้ก็จะต้องแก้บนด้วยสิ่งของเช่น ไหว้ที่ตนได้บอกกล่าวไว้ ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 60 ปีที่อาศัยอยู่ ตำบลฝายหลวงซึ่งอยู่ใกล้อนุสาวรีย์เจ้าฟ้าฮ่าม ผู้คนแถบนี้เมื่อมีการเจ็บป่วย ต้องเดินทางไปต่างถิ่น สอบเข้าทำงาน มีความเดือดร้อน หรือเมื่อต้องการที่พึ่งทางจิตใจ

มักจะนิยมไปบนบานศาลกล่าวเจ้าฟ้าฮ่าม ผู้ดูแลรายนี้กล่าวถึงการดูแลสามีวัย 67 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี ได้บนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองและครอบครัวนับถือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยว่า

...ไปบนเจ้าฟ้าฮ่าม ท่านศักดิ์สิทธิ์หนา(นะ)ไปบนหื้อจ่วยกัน(ให้ช่วยกัน)เนาะ ไปบนว่า เจ้าฟ้าฮ่ามป้อ(พ่อ)มันเจ็บเป็นอยู่ เจ้าฟ้าฮ่ามขอหื้อ(ให้)ลงหายป่วยจ่วยกัน (ช่วยกัน)บัดเป่าเนื้อ ถ้าหายแล้ว(แล้ว)จะมาเอาหัวหมูมาแก้...เจ้าตี(ที่)เจ้าเฮือน(เรือน) ป่ากะ(ก็)ไหว้ป่ากะ(ก็)บนหื้อ(ให้)จ่วย(ช่วย)ปกป้อง คุ่มครอง ฮักษา(รักษา)
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, 20 สิงหาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 61 ปี กล่าวถึงการบนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ตนเองและครอบครัวนับถือคือ ศาลเจ้าที่อยู่ในบริเวณหน้าวัดใกล้บ้านซึ่งเป็นเจ้าที่ที่ผู้คนเคารพ นับถือในความศักดิ์สิทธิ์และปาฏิหาริย์มาช่วยดูแลสามีวัย 66 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มา 2 ปี 8 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่และให้เดินได้เหมือนเดิมว่า

...เจ้าพ่อสร้อยสนท่านเป็นเจ้าที่ของวัดบ้านเฮา(เรา)...บ้านนับถือท่านมาก คนบ้านเฮา(เรา)เวลามีเรื่องเดือดร้อนก็ยะ(จะ)ไปบนท่าน ไปขอพรท่านหื้อ(ให้)ดีหื้อ(ให้)หาย มีเรื่องหยั่ง(อะไร)ไปบนก็ยะได้หนา(จะได้ตามปรารถนา) แล้วกะ(แล้วก็)มาแก้บน ท่าน ป่ากะ(ก็)ไปบนท่านหื้อ(ให้)ลงเดินได้ หื้อ(ให้)หาย หื้อ(ให้)เหมือนเดิม
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, 22 สิงหาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 44 ปี ดูแลสามีวัย 48 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มา 2 ปีอาศัยอยู่กับมารดาสามีอายุ 72 ปีซึ่งมีความเชื่อถือการบนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ถือ ปฏิบัติกันมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษมากและมักจะบนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่ใกล้บ้าน เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือมีภาวะวิกฤติเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้ ดังผู้ดูแลได้กล่าวถึงการบนบาน ศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ครอบครัวของตนเองนับถือว่า

...บนหลวงพ่อบนหลวงพ่อบุญที่วัดสว่างอารมณ์ข้าง ๆ บ้านหนูนี้แหละ และก็บนหลวงปู่ทองคำไปบนตอหน้าสระรังษารทานที่วัดท่าทอง ถ้าหายก็จะทอดกฐินเป็นหมื่น บนอีกที่ก็ทำนพพระพิชัยที่วิหารใกล้วัดไผ่ล้อม...นี่หนูบนท่านเองหนูบนว่าถ้าพี่เขาเดินได้ หนูจะถวายเป็นถวายท่าน เขามีนักมวยอยู่แล้วเนาะก็เอามวยเด็กไปชกหน้าวิหารท่านพ่อเพราะหนูเคยไปเห็นเขาไปบนกันเยอะทั้งบนให้สบได้ ให้หายป่วยบนให้ได้ย้าย บนสารพัด เขาก็ได้ตามที่บนนะ เขาก็มาแก้บนกันทุกวัน พอพี่เขาเริ่มใช้ 4 ขาหัดเดินได้หนูก็ไปแก้บนถวายมวยชกสด ๆ หน้าวิหารท่าน หลังจากนั้นเขาก็เดินได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ นะคะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, 20 พฤศจิกายน 2556)

2.3.3 การทำตามคำโบราณ

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การทำตามคำโบราณของผู้ดูแลคือ การปฏิบัติตามคำบอกเล่าของผู้เฒ่าผู้แก่ที่ได้รับการสืบทอดต่อกันมาช้านานจากบรรพบุรุษ เป็นวิธีการปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมายาวนานตั้งแต่สมัยโบราณที่ทำตามแล้วเกิดผลดีตามคำบอกกล่าวต่อ ๆ กันมาจนปัจจุบันได้แก่ รดน้ำมนต์ สะเดาะเคราะห์ ต่อชะตา เขี่ยบนน้ำค้าง ตอนเช้า เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลกล่าวถึงการทำตามคำโบราณต้องควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายเจ็บป่วยโดยเร็ว ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 67 ปีได้กล่าวถึงการทำตามคำโบราณมาช่วยในการดูแลสามีวัย 69 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี โดยมีพี่ชายของผู้ดูแลซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านมาช่วยทำพิธีกรรมตามคำโบราณที่ปฏิบัติกันมานานให้แก่ผู้ป่วยว่า

...กะ(ก็)ผู้เฒ่าผู้แก่เป็น(เขา)พาเย่กัน(ทำกัน)มาเมินแล้ว(นานแล้ว) ตั้งแต่สมัยแต่ก่อนโบราณมา ป้าเกิดมากะเกยหันเป็นเย่กัน(ก็เคยเห็นเขาทำกัน)มา แล้วมันกะ(แล้วมันก็)ดูว่าดีขึ้นหนา(นะ) มันกะ(ก็)บ่อ(ไม่)เสียหายอะหยั่ง(อะไร)เนาะ เฮากะฮักขาตาง(เราก็รักษาทาง)หมอยาปัจจุบันพ่อง ฮักขาตาง(รักษาทาง)โบราณพ่อง(บ้าง)เย่ได้ช่วยกัน(จะได้ช่วยกัน) หมอยาปัจจุบันนี้เท่งบ่อได้(ทิ้งไม่ได้)เด็ดขาดเลยหนา(นะ) ต้องไปตามตี(ที่)หมอนัดทุก(ทุก)ครั้ง...ถ้ามีใครเป็นบ่อ(ใครเขาไม่)สบาย ใครดวงบ่อ(ไม่)ตีคนตี(ที่)ป่วย คนตี(ที่)รถล้ม รถชน เป็นเย่(เขาจะ)มาหื้อเย่(ให้ทำ)น้ำมนต์รดหื้อพ่อง

(ให้บ้าง) สะเดาะเคราะห์ ต่อชะตาหื้อฟ่อง(ให้บ้าง) เป็นเจ็อ(เขาเชื่อ) ว่า ยะแล้ว(ทำแล้ว) ช่วยยะได้(จะได้)หาย หายเจ็บหายป่วยไว(เร็ว)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 7 สิงหาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 60 ปีกล่าวถึงการทำตามคำโบราณมาช่วยในการดูแล สามีวัย 67 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี โดยให้ผู้ป่วยเดินเหยียบน้ำค้างบริเวณสนามหญ้าในโรงเรียนใกล้บ้าน เพื่อให้สุขภาพเท้าของผู้ป่วยแข็งแรงว่า

...คนโบราณเขาว่า คนเป็นเปลี้ย(เดินไม่ได้)เดินบ่อใครได้(ไม่ค่อยได้)หื้อ(ให้) ย่ำน้ำค้างเพราะว่า น้ำค้างจะซึมเข้าไปในอุ้งตีน(ตีน) ตีนยะได้บ่อ(ตีนจะได้ไม่)เจ็บ บ่อ(ไม่)แตก ตีนยะ(ตีนจะ)แข็งแรง เขาว่ากันจะอันหนา(กันอย่างนั้นนะ)ป่ากะบ่อฮู้(ไม่รู้) เหมือนกัน(กัน) ลูกบอกว่าเดินป่วนเดินถนนมันเจ็บตีน(ตีน) ตีน(ตีน) มันบางเวลาเดินไป กะฮ้อง(ร้อง)โอย ๆ เขาเดินบ่อได้(ไม่ได้)ตั้ง 2-3 ปี ตีน(ตีน) มันกะ(ก็)บาง พอเป็น(เขา) ลูกย่ำน้ำค้างตะเจ้า(ตอนเช้า)ตั้ง(ทุก)วัน ๆ เมิน ๆ (นาน ๆ) กะ(ก็)หายเจ็บตีน(ตีน)แล้วกะ (แล้วก็)เดินได้เก่งขึ้น

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, 20 สิงหาคม 2556)

และดังผู้ให้ข้อมูลชายวัย 72 ปีได้กล่าวถึงการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านมาช่วย ในการดูแลภรรยาวัย 68 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี 6 เดือน โดยวิธีการหาสาเหตุ ที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยนานด้วยการดูเมื่อยหรือพิธีแกว่งผ้า จะทำเมื่อมีคนในครอบครัวมีอาการแปลก ผิดปกติจากเดิม, เจ็บป่วยแล้วรักษาไม่ดีขึ้นหรือไม่หาย, เด็กเล็กร้องไห้ไม่หยุด ทำพิธีโดยเชิญ คนทรงหรือยายท้าว(ผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้าน) นำเสื้อผ้าของคนป่วยวางบนผ้าสี่เหลี่ยมมัดรวบมุ่ม สำหรับแกว่ง แล้วคนทรงหรือยายท้าวที่ทำพิธีพูดถามทายเรื่อย ๆ พร้อมกับแกว่งผ้าไปเรื่อย ๆ เช่น เป็นผืนนาไซ้ใหม่ที่ทำให้คนนี้ป่วย ถ้าถูกต้องผ้าที่แกว่งอยู่จะหยุดเอง, อยากได้เครื่องเช่นไห้วเป็นไก่ ไซ้ใหม่ ถ้าถูกต้องผ้าที่แกว่งอยู่จะหยุดเอง เมื่อผู้ดูแลรู้สาเหตุก็จะนำของเช่นไห้วไปถวาย เพื่อให้ ผู้ป่วยหายจากการป่วยเร็วขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...เฮากะปอฮู้(เราก็อไมฮู้)ว่า ตี(ตี)เป็นอยู่เนี่ยะ(จะ)มีเรื่องอย่างไรโดยก้อ(ด้วยมี)ย
 กะ(ก็)ไปหายาย... ยาย...นี่เป็น(เขา)เป็นคนทรงประจำบ้านเฮา(เรา) เป็น(เขา)ดูเมียเก่ง
 เฮากะ(เราก็อ)เอาเสื้อคนป่วยไปหื้อ(ให้)คนทรงทำหื้อ(ให้) เป็น(เขา)ยะ(ทำ)เอาเสื้อไปวาง
 บนผ้าสี่เหลี่ยมข้มหากัน(กัน)เสร็จแล้วกะ(แล้วก็)แกว่งไปแกว่งมา คนทรงกะยะ(ก็จะ)
 ถามว่า เป็นผีไฮใจก้อ(ผีไร่ไร่ใหม่) เป็นผีนางใจก้อ(ไร่ใหม่) กะ(ก็)ถามหาไปเรื่อย ๆ ว่าเป็น
 ผีอันนั้นเป็นผีอันนี้ใจก้อ(ไร่ใหม่) ถ้าทักใจ(ใจ)ผ้าตี(ตี)คนทรงแกว่งอยู่มันจะหยุด
 คนเดียว เสร็จแล้วเป็น(แล้วเขา)ยะ(จะ)ถามว่า อยากใครได้อะหยัง(อยากได้อะไร)
 อยากได่ตุงกะ(ตุงไร่ใหม่) อยากได่เหล้ากะ(เหล้าไร่ใหม่) อยากได่ไก่อ(ไก่ไร่ใหม่)
 อยากได่หมูกะ(หมูไร่ใหม่) อยากได่ทองกะ(ทองไร่ใหม่) ทองนี้เฮากะ(เราก็อ) เอาหมัก
 น้ำแก้ว(ผักทอง) กะ(ก็)ถามไปเรื่อย ๆ ถ้าถูกใจ(ใจ)ผ้าตี(ตี)แกว่งอยู่มันกะยะ(ก็จะ)
 หยุดเอง อย่างตี(ตี)ป่ายะ(ทำ)นี่เป็น(เขา)ว่า เป็นกะ(เพราะ)ผีนาง เฮากะ(เราก็อ)เอาของเช่น
 ไปถวายเป็น(ให้)นาเหี้ย(ชะ) แล้วกะ(แล้วก็)บอกว่า หื้อ(ให้)ลูกหื้อ(ให้)หลานดีวันดีคืน
 (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7, 2 ตุลาคม 2556)

จากการสังเกตพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละพื้นที่เรียกวิธีค้นหาสาเหตุการเจ็บป่วย
 ตามความเชื่อแตกต่างกันเช่น ดูดวง ดูเมีย ทรงเจ้า ล้วนมีจุดประสงค์เดียวกันคือ เพื่อต้องการ
 รู้สาเหตุและแก้ไขตามคำแนะนำของพระภิกษุ หมอดู เจ้าทรงที่ไปดูมา เพื่อหวังว่าเมื่อแก้ไขแล้ว
 จะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและหายจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่โดยเร็ว

2.3.4 การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน

ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านคือ การแสวงหาวิธีค้นหา
 สาเหตุ การเจ็บป่วย วิธีการใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นตามความเชื่อพื้นบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย
 หายจากของโรคที่เป็นอยู่โดยเร็ว ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ผู้ดูแลนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
 โรคหลอดเลือดสมองได้แก่ น้ำมันตสมุนไพรรู ลูกประคบสมุนไพรพื้นบ้าน น้ำมันมนต์ปลุกเสก
 พิธีดูเมียหรือ พิธีแกว่งผ้าโดยเชิญหมอดูสองดูว่าเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุอะไรเมื่อรู้แล้วก็แก้ไขตาม
 คำแนะนำของผู้ทำพิธีดูเมีย เป็นต้น ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 67 ปีได้กล่าวถึงการใช้ภูมิปัญญา
 พื้นบ้านมาช่วยในการดูแลสามีวัย 69 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี โดยมีพี่ชายของ
 ผู้ดูแลซึ่งเป็นหมอฟันบ้านมาช่วยเตรียมและสอนผู้ดูแลทำ สอนวิธีใช้ลูกประคบสมุนไพรที่หาได้ตาม
 บ้านเรือน ทำน้ำมันมนต์สมุนไพรปลุกเสกให้ผู้ดูแลใช้รักษาผู้ป่วยว่า

...กะ(ก็)หมอชาวบ้าน บ้านเฮา(เรา)นี่หละเขาสอนหื้อเฮา(ให้เรา)ทำลูกประคบ สมุนไพรมานเฮา(เรา) ถ้ายาหมดฤทธิ์ เฮากะ(เราก็)หามาทำเอง เขากะ(เขาก็)จดสูตร สมุนไพรมานหื้อ(ให้) เฮากะ(เราก็)มาเก็บเอาเอง แล้วกะ(แล้วก็)เอามาตำหื้อ(ตำให้)แหลก มาเก็บเอาเอง กะ(ก็)มันมีหลายอย่างอยู่นะบ้านเฮา(เรา)นี่ ปลุกเข้าไว้ อันตีจะหื้อกะ (ที่จะหื้อก็)มีการบูร พิมเสน จะหื้ออยู่ 2 อย่าง นอกนั้นเฮากะ(เราก็)เก็บเอาเอง กะ(ก็) มีไพล ขี้มัน(ขมิ้น) กระเทียม ส้มป่อย มีข่า ของบ้านเฮา(เรา)ทั้งนั้นหมดทุก(ทุก)อย่างเลย... ตี(ที่)ประคบแแสง ๆ(แรง ๆ) ก้อเฮา(เรา)อยากหื้อ(ให้)เขาหายไวย ๆ(เร็ว ๆ) ฮู้(รู้)สึกเร็ว ๆ เกวว่ามัวทำเบาเมื่อใดจะฮู้สึก(จะรู้สึก) ยี่แแสง ๆ(ทำแรง ๆ) เหมือนนวดไปโดย(ด้วย) ประคบไปบีบ ๆ ไปโดย(ด้วย) เอน้ำมันตีปี(ที่พี่ชาย)เขาหื้อ(ให้)มา เขาว่าเป็นน้ำมันมนต์ ปลุกเสกแล้ว ทาไปบีบนวดไป ถ้าประคบหลังกะ(ก็)ประคบตีก ๆ แสง ๆ (แรง ๆ)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 30 กรกฎาคม 2556)

จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสถานการณ์ที่ผู้ศึกษา สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ที่ศึกษา มีการผสมผสานการดูแลทั้งวิธีการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันและการรักษาตามวิถีความเชื่อ พื้นบ้านอย่างลงตาม มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาพยาบาลของบุคลากร ด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัดโดยไม่ละเลย พร้อมกันนี้ผู้ดูแลก็แสวงหาการรักษาตามวิถีชีวิตพื้นบ้าน แบบต่าง ๆ บนความเชื่อของศาสนาพุทธซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้คนในพื้นที่ที่ศึกษา

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

3.1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ผู้ดูแลรับรู้ว่ สุขภาพร่างกายของตนได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย อาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ความเครียด ความวิตกกังวล มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยไม่ไหว และการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลปวดเมื่อย เหนื่อยล้า เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย สาเหตุเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ อาการโรคประจำตัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลเป็นวัยสูงอายุ บางครั้งต้องดูแลผู้ป่วยโดยลำพัง แต่ผู้ดูแลก็ยังมีความตั้งใจจะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังผู้ให้ ข้อมูลหญิงวัย 73 ปีกล่าวถึงภาวะสุขภาพของตนเองที่มีผลกระทบต่อการดูแลสามีวัย 82 ปีที่ป่วย เป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี 2 เดือน ที่มีสภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจาก ผู้ดูแลเป็นโรคเข้าเสื่อมในผู้สูงอายุ ปกติลุก ยืน เดินลำบากอยู่แล้วยังต้องมาดูแลผู้ป่วย ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ก็ทำให้ผู้ดูแลมีอาการปวดเข่ามากขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ย้ายเป็นหัวเข่านี้ ปวดหัวเข่า เวลาลุกมาเดินเขยก ๆ บางครั้งมันกะ(ก็)ลั่น
ขา(ก็)คด เดี่ยว(เดิน)ไปเดี่ยว(เดิน)มาก(ก็)ปวดแข็งปวดขา ยืนเมินกะบ่อได้(นานก็
ไม่ได้) ปวดเมื่อยตึง(ทั้ง)วันเนาะ...ดูแลตานีย้ายเหนื่อยก็(นะ)...มันเหนื่อย อ่อนจิต
อ่อนใจ เครียด กะอิดกะอ่อน(ไม่มีแรงทำอะไรเลย) ยะสัปะ(ทำสารพัด)...อุ่มตา
กะบ่อไหว(ก็ไม่ไหว)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 2 สิงหาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 58 ปี ได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพของตนเองที่มีผลกระทบต่อ
การดูแลสามีวัย 65 ปี ตั้งแต่สามีป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปี ในช่วงแรกผู้ป่วยไม่สามารถ
ช่วยเหลือตัวเองได้และผู้ดูแลต้องดูแลสามีเพียงลำพังคนเดียวทำให้ผู้ดูแลเหน็ดเหนื่อยกับกิจกรรม
การดูแล พักผ่อนไม่เพียงพอ จนเกิดความเครียด มีอาการโรคกระเพาะทำให้ผู้ดูแลน้ำหนักลดมาก
จนสุขภาพร่างกายทรุดโทรม ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ตอนแรก ๆ เหนื่อยมาก ยอมรับว่าเหนื่อยมาก ท้อแท้มาก...เพราะว่าจะต้องดูแล
คนป่วยให้เค้าหลับเค้านอนก่อนเนาะ เราถึงจะได้พักผ่อน...ตัวเราก็เครียด เครียดมากเลย
บางครั้งเครียดจนเบื่อนายตัวเอง ก็ชีวิตประจำวันเราเคยปกติ เมื่ออยู่สบายๆ เราต้องมา
ดูแลคนป่วยอีก ที่แรกก็ไม่รู้จะดูกันอย่างไร ดีมีคนอื่นช่วยกันแนะนำ...แล้วตัวเราอีก
ช่วงหลังมาอายุก็ ทรุดเหมือนกันนะ เพราะว่าดูแลเค้ามานานเราก็เหนื่อย พักผ่อน
ไม่เพียงพอ เครียดด้วย สุขภาพก็เลยแย่น้ำหนักกายลดเป็น 10 กิโลเลยนะ...แต่ยายก็
พยายามดูแลทุกอย่างเหมือนเดิมนะ ก็ต้องตั้งใจดูแลกันต่อไปให้ดีเนาะ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, 20 มกราคม 2557)

3.2 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ผู้ดูแลรับรู้ว่า ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และความพิการที่เกิดขึ้นส่งผล
กระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความกลัว วิดกกังวล เครียด ก้าวร้าว บุคลิกภาพและ
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ใจร้อน ท้อแท้ หมดกำลังใจ เป็นสิ่ง
ขัดขวางการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ แต่ผู้ดูแลพยายามไม่ขัดใจผู้ป่วยหลีกเลี่ยง
การทำให้อายุผู้ป่วยไม่พอใจ แต่สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงน้อย
จะมีปัญหาสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเล็กน้อย ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้เกือบ

ปกติทั้งหมด ทำให้ผลการรักษาก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพรวดเร็วเป็นปัจจัยทำให้ ผู้ดูแลไม่เหนื่อยล้าในการดูแล และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 73 ปี กล่าวถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่ออาการดูแลสามีวัย 82 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด สมองมา 1 ปี 2 เดือน สภาพร่างกายผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลพยายามช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพโดยการออกกำลังกายแต่ผู้ป่วยไม่ยอมให้ความร่วมมือจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ททรุดลงกว่าเดิมมาก ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ยายคิดหนัก(คิดมาก)เครียดอยู่เรื่องเดียวว่า...คนป่วยจะ(จะ)หาย กะบ่อ (หรือไม่)หาย จะ(จะ)กินยาหยั่ง(อะไร)ดี เป็นเมินวันกะยิงบ่อดี(ป่วยนานยิ่งไม่ดี) ตานอน อย่างเดียวกะยิงบ่อได้(ทำอะไรก็ได้)เลยซักอย่าง ตาบ่อ(ไม่)ยอมจ่วย(ช่วย)เหลือ ตัวเก่า(ตัวเก่า)เลยสักน้อยเลย เฮายะหยั่งหื้อกะฮ้อง(เราทำอะไรให้ก็ร้อง)ไ้อัย ๆ เจ็บ ๆ เฮากะ(เราก็)เอ็นดู(สงสาร) เขา กลั้ว(กลั้ว)เขาเจ็บปวด เป็ลบ่อหื้อยะกะบ่อยะเหยีย (เขาไม่ยอมให้ทำอะไรก็ไม่ทำให้ชะ) มันกะ(ก็)แยลงตึง(ทุก)วัน ๆ กะ(ก็)เหมือนว่ารอเวลา ไปต่ออั้น(เท่านั้น)เนาะ คงบ่อคั้นเก่าได้หละเนาะ(คงดีเหมือนเดิมไม่ได้แล้ว)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 2 สิงหาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 44 ปีกล่าวถึงภาวะสุขภาพโดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้ป่วย ที่มีผลกระทบต่ออาการดูแลสามีวัย 48 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี ในช่วงแรกผู้ป่วย ไม่ยอมรับกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปทำให้เกิดความเครียด บุคลิกภาพและพฤติกรรม เปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย เอาแต่ใจตัวเอง ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการดูแล แต่หลังจากที่ผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยทุเลาลง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจขึ้นและไม่เหน็ดเหนื่อย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ช่วงเป็นใหม่ ๆ พี่เขาจะอารมณ์ไม่ดีมาก ๆ หงุดหงิด เอาแต่ใจตัวเอง ดื้อมาก บอกอะไรก็ไม่ทำตามอย่างเราจะเข็ดน้ำลายที่ย่อยมูกปากให้ก็ไม่พอใจ...ไม่ยอมให้ดูแล หรือ ทำให้ อยากรู้เอง ไม่อยากให้ช่วยมากเกินไปเหมือนเขาพิการทำอะไรเองไม่ได้...ที่แรก เถียงกัน ก็เครียด...มันคงเป็นเพราะเขาป่วยเนาะจิตใจเลยไม่ดี อารมณ์ไม่ดีไปด้วย... มาตอนนี้เขาดีขึ้นมาก เดินเองพอได้ กินข้าวเองได้...พอช่วยเหลือตัวเองได้เขาก็อารมณ์

ดีขึ้นเยอะกว่าเมื่อก่อน ร่างกายก็แข็งแรงขึ้นนะ เราเห็นพี่เขาดีขึ้นอย่างนี้เราก็สบายใจ...
เราก็ไม่เหนื่อยมากเหมือนเก่า

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10, 20 พฤศจิกายน 2556)

3.3 การได้รับความช่วยเหลือ

ผู้ดูแลรับรู้ว่าสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้สามารถดูแลผู้ป่วยคือ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือญาติมิตรจากสังคมคือ ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนเดียวกัน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นการช่วยเหลือในเรื่อง ช่วยทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลทำไม่ไหว ช่วยพาผู้ป่วยออกไปนอกบ้าน สนับสนุนค่าใช้จ่าย เยี่ยมเยียนได้ตามสุขทุกข์กัน ให้กำลังใจกัน อยู่เป็นเพื่อนกัน แนะนำการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์หรือพบเห็นมาก่อน ช่วยทำอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลมีธุระเร่งด่วน ทำอาหารมาเผื่อแผ่กัน สำหรับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพได้แก่ ติดตามเยี่ยมที่บ้าน สอนทำอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย สนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ และดูแลเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความช่วยเหลือจากสมาชิกของครอบครัวคือ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เครือญาติใกล้ชิดหรือญาติที่ผู้ดูแลไว้วางใจ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกของครอบครัวและเครือญาติใกล้ชิดมีความสำคัญมากในการช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ดูแล ช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ดูแลทำไม่ไหว ช่วยพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาหรือออกนอกบ้าน การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและมีความสุขมากขึ้น ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 67 ปีกล่าวถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกของครอบครัวและเครือญาติมาช่วยในการดูแลสามีวัย 69 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเชื่อที่บ้านคือ พี่ชายของผู้ดูแลซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านที่มีความชำนาญในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านและใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านรักษาผู้ป่วยประจำหมู่บ้านที่ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ก้อมีลุง(พี่ชาย)ของป้ามาบอกหื้อ(ให้)ต้มน้ำอุ่น ต้มน้ำใบเตยหอมหื้อ(ให้) ลุงกิน(กิน) เก็บยาสมุนไพรมาต้มหื้อ(ให้)ลุงกิน(กิน) มาทำลูกประคบสมุนไพรหื้อ(ให้) ทำน้ำมัน ตำน้ำมันท้าววดหื้อ(ให้) มัดแขนหื้อ(ให้)... ส่วนอาบน้ำมันมัดแขน ลุง(กิน)ยาต้ม ทายาสมุนไพรก้อลุง(พี่ชาย)ของป้ามาสอนหื้อ(ให้)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 30 กรกฎาคม 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 61 ปีกล่าวถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกของ ครอบครัวและเครือญาติใกล้เคียงมาช่วยในการดูแลสามีวัย 66 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มา 2 ปี 8 เดือน คือ บุตรสาวและบุตรเขยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันช่วยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นอย่างดี ซึ่งทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความสุข ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ได้ลูก ๆ ทั้งลูกสาว ลูกเขยต้องช่วย(ช่วย)พยุงขึ้นบ้าน ขึ้นลงบ้านได้ลูกเขย ขึ้นลงลูกสาวขึ้นรถไปหาหมอ ลูกสาวซื้อแอร์หื้อ(ให้)พ่อ)มันร้อน(ร้อน)หื้อ(ให้) พ่อ) ยะ(จะ)ได้สบาย มือเข้าก่อนจะไปทำงานเป็น(เขา)ก็มานวด เอาน้ำร้อน(ร้อน)มาแช่ตีน แล้วนวดเอาครีมมาทวนวดเสร็จแล้วเขาก็ไปทำงาน คนที่กำลังเจ็บป่วยนะ ได้กำลังใจ ดีกะ(ก็)หายป่วย หื้อ(ให้)กำลังใจดีคนในบ้านนี้ ใจดี ลูกเฝ้าดูแลเอาใจทุกอย่าง ถึงยอมรับว่า ถึงเขา(เรา)บ่อ(ไม่)รวยเขา(เรา) ก็เลี้ยงกันอย่างมีความสุขเนาะ หื้อ(ให้)เขายังมีความสุขขนาดหนัก(มาก)

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, 14 กันยายน 2556)

การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมคือ ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือ คนในชุมชนเดียวกัน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลในพื้นที่นั้น ๆ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการได้รับความช่วยเหลือจากสังคมโดยมีการเยี่ยมเยียนกันเวลาเจ็บป่วย มีการไต่ถามสุขภาพทุกข์กัน มีการให้กำลังใจกัน มาอยู่เป็นเพื่อน มีการแนะนำการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์หรือพบเห็นมาก่อน ช่วยทำอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลมีธุระเร่งด่วน ทำอาหารมาเผื่อแผ่กัน ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีกำลังใจ อบอุน ไม่รู้สึกท้อถอยหรือไม่ได้ รับการช่วยเหลือ อี้อาทรจากสังคม ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 67 ปีมีร้านขายของชำ กล่าวถึงการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและสังคมที่มาช่วยในการดูแลสามีวัย 69 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 1 ปี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...คนใกล้ ๆ กัน(กัน)นี่กะ(ก็)มีมาเยี่ยม มาอู่(พูด)มาคุย มาซื้อของหน้าบ้านนี่ เขากะ(ก็)ถามหาลุงเป็นจะไดฟอง(อย่างไรบ้าง) ดีขึ้นก็อ(ดีขึ้นใหม่) เพื่อนบ้านใกล้ ๆ นี่เขากะ(ก็)แวะมาอู่(พูด)มาคุยโดย(ด้วย) มาอู่(พูด)ให้กำลังใจกัน มานั่งเล่นเป็นเพื่อน (เพื่อน) ญาติ ๆ กันเขากะ(ก็)มาอยู่เพื่อน(เพื่อน) บางทีเขากะ(ก็)มาจ่วย(ช่วย)พาลุงลูกนั่ง ฟอง(บ้าง) กะ(ก็)มีคนมาหื้อกำลังใจ(ให้กำลังใจ) มาจ่วย(ช่วย)ดูแลกัน(กัน)เนาะมาจ่วย (ช่วย)ยะ(ทำ)ฮาว(ราว) ยะฮอก(ทำรอก)หื้อ(ให้)คนป่วย...ยายข้างบ้านนี่เขากะ(ก็) เอน้ำมันมนต์มาหื้อ(ให้)ทาหื้อ(ให้)ลุงฟอง(บ้าง) เอาตะกรุดตี(ตี)พระหื้อ(ให้)เขามาหื้อ (ให้)ลุง

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1, 27 มกราคม 2557)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 60 ปีกล่าวถึงการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและ สังคมมาช่วยในการดูแลสามีวัย 67 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...เพื่อนบ้านใกล้ ๆ นี่เขากะ(ก็)มาดูมาเยี่ยมกัน(กัน) มาหื้อ(ให้)กำลังใจกัน(กัน) อบต.เขากะ(ก็)มาดู มาเยี่ยม มาหื้อ(ให้)กำลังใจกัน(กัน) เอาของฝากมาเยี่ยม...เวลาเป็น (ป่วย) ใหม่ ๆ เขากะ(ก็)มาตั้ง(ตั้ง)วันหนา(นะ) เตียว(เที่ยว)มากัน(กัน)หมดทั้งหมู่บ้าน มาดูว่า เป็นหยัง(อะไร) เป็นจะได(อย่างไร) เขากะ(ก็)มาถามอย่างอี่(นี้)แหละ เขากะ(ก็) มาเยี่ยม

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3, 2 สิงหาคม 2556)

การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพคือ ความช่วยเหลือจาก บุคลากรด้านสุขภาพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ(สถานีอนามัย) และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลมีการรับรู้ ว่า บุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญมาก ในการให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การติดตามเยี่ยมที่บ้านอย่าง ต่อเนื่องช่วยสอนทำอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย สนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ไม้เท้า Walker รถนั่ง ตลอดจนการดูแลเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและตนเองมากขึ้น ดังผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 61 ปีได้กล่าวถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพมาช่วยในการดูแลสามีวัย 66 ปี ที่ป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองมา 2 ปี 8 เดือน โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมา

ช่วยตั้งแต่การใช้สิทธิในการรักษาผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาช่วยแนะนำในการทำอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และเข้าใจการรักษาตามความเชื่อของผู้ดูแล ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...หมอนามัยนี้ดีหมั่น(ที่ขยัน)มาช่วย(ช่วย)ตั้งแต่เรื่องบัตรรักษา(รักษา) มาช่วย(ช่วย)ทำกายภาพ มาดูทำรอก ทำฮาว(ราว)หัดเดิน มาวัดความดันหื้อ(ให้)ตลอด มาเยี่ยมอย่างหมั่น(บ่อย)เป็น(เขา)ดีแต่ ๆ...หื้อเป็น(พูดให้เขา)ฟังว่าเฮา(เรา)ไปบนเจ้าพ่อสร้อยสนหื้อจ๋วยกัน (ให้ช่วยกัน)หมอเป็น(เขา)กะ(ก็)ว่า ดี จ๋วยกัน(ช่วยกัน)จะได้หายเร็ว ๆ

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6, 14 กันยายน 2556)

และผู้ให้ข้อมูลหญิงวัย 58 ปีกล่าวถึงการได้รับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพมาช่วยในการดูแลสามีวัย 66 ปีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปี ผู้ดูแลให้ความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยมากจึงติดตามผู้ป่วยไปทำกายภาพทุกครั้ง และนำความรู้จากคำแนะนำและการเลียนแบบบุคลากรด้านสุขภาพมาดูผู้ป่วยให้ฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้นและผู้ดูแลประทับใจมากในการสนับสนุนความรู้ การติดตามเยี่ยมบ้าน และอุปกรณ์ช่วยผู้ป่วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

...ตอนอยู่ที่โรงพยาบาล หมอ พยาบาลเขาก็สอนวิธีดูแลปฏิบัติคนป่วยตั้งแต่นอนที่ตีก พอไปกิจกรรมบำบัดหรือฟื้นฟู ในช่วงนั้นเราก็จะเฝ้าคนไข้อยู่ตลอด เราก็จะต้องติดตามไปตลอด เราก็ดูว่า เออ คำทำยังไง กิจกรรมบำบัดเค้าสอนเรายังไง ฟื้นฟูเค้าสอนเรายังไงเราก็จำมา เราก็จำส่วนนั้นมาทำอยู่บ้าน...ไม่ว่าจะเป็นไม้เท้า สีขาวช่วยเดิน แม้กระทั่งรถนั่งหมอเขาก็ช่วยหาให้เรา...หมอทางโรงพยาบาลเขาก็มาเยี่ยมเราที่บ้าน เขามาติดตามคนไข้ว่าดีขึ้นมั๊ย แล้วก็มาสอนทำฟื้นฟู ทำออกกำลังกายอีกเยอะที่เหมาะสมกับคนไข้มาทำเองที่บ้าน...ดีใจมากเลยที่หมอเขามาเยี่ยม มาดูแลกันถึงบ้าน

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11, 20 มกราคม 2557)

โดยสรุปจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณต่อผู้ป่วยที่เคยทำดีกับตนมาก่อน เป็นการกระทำเพราะเป็นหน้าที่ของตน เป็นการกระทำแล้วได้สร้างบุญกุศลแก่ตนเอง เป็นการกระทำที่ได้รับการชื่นชมจากคนรอบข้าง และรับรู้ตามความเชื่อที่ว่า ตนเองต้องมาดูแลผู้ป่วยนี้เป็นเพราะผลการกระทำในอดีตชาติ สำหรับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย ช่วยเหลือให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติคือ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่าย การจัดการอาหารและน้ำ การดูแลให้ได้พักผ่อน และการปฏิบัติศาสนกิจ การดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษาซึ่งครอบคลุมในเรื่องการจัดการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ผู้ดูแลช่วยเหลือโดยจัดยาให้ ป้อนยาให้โดยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง คอยสังเกตอาการข้างเคียงของยาหรืออาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่อาจจะเกิดขึ้น พาไปตรวจตามนัด และการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยพาไปทำกายภาพที่โรงพยาบาล ช่วยทำกายภาพให้ผู้ป่วยที่บ้าน คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและทำกายภาพด้วยตนเอง จัดทำจัดเตรียมอุปกรณ์ทำกายภาพให้ผู้ป่วยเช่น รอกสำหรับดึงแขนดึงขา รววจับสำหรับเดิน จักรยานปั่นอยู่กับที่ จัดหาไม้เท้าช่วยเดิน จัดหาหมอนวดมานวดให้ที่บ้านหรือพาไปนวดตามที่ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลหาวิธีการรักษาตามที่บรรพบุรุษของตนในอดีตเชื่อและปฏิบัติสืบต่อกันมา ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาพุทธ การบมนานศาลกล้าว การทำตามคำโบราณ และการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเองได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย อาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยไม่ไหว และการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลปวดเมื่อย เหนื่อยล้า เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย สาเหตุเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ ผู้ดูแลเป็นวัยสูงอายุ บางครั้งต้องดูแลผู้ป่วยโดยลำพัง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล เครียด ก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดงายใจร้อน ท้อแท้ หมดกำลังใจ เป็นสิ่งขัดขวางการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ แต่ผู้ดูแลพยายามไม่ขัดใจผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ แต่สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงน้อยจะมีปัญหาสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเล็กน้อย ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้เกือบปกติทั้งหมด ทำให้ผลการรักษาก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพรวดเร็วเป็นปัจจัยทำให้ผู้ดูแลไม่เหนื่อยล้าในการดูแล สำหรับการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ดูแล

สามารถดูแลผู้ป่วยคือ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือญาติมิตร จากสังคม เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนเดียวกัน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ ช่วยทำ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลทำไม่ไหว ช่วยพาผู้ป่วยออกไปนอกบ้าน สนับสนุนค่าใช้จ่าย เยี่ยมเยียน ใต้ถามสุขทุกข์กัน ให้กำลังใจกัน อยู่เป็นเพื่อนกัน แนะนำการดูแลผู้ป่วยจาก ประสบการณ์หรือพบเห็นมาก่อน ช่วยทำอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ช่วยดูแล ผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลมีธุระเร่งด่วน ทำอาหารมาเผื่อแผ่กัน ส่วนความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ ติดตามเยี่ยมที่บ้าน สอนทำอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย สนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ และดูแลเรื่อง สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว



บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายความเชื่อ พฤติกรรมการดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2556 ถึงเดือนเมษายน 2557 โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Morse and Field (1996)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณ การกระทำเพราะเป็นหน้าที่ของตน การกระทำแล้วได้บุญกุศล การกระทำแล้วได้รับคำชื่นชม และการกระทำเพราะเป็นกรรมะส่วนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ การช่วยเหลือให้ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติคือ การทำความสะอาดร่างกาย, การดูแลการขับถ่าย, การจัดการอาหารและน้ำ, การดูแลให้ได้พักผ่อน และการปฏิบัติศาสนกิจ สำหรับการดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษาทั้งในเรื่องการจัดการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย และการปฏิบัติตามความเชื่อพื้นบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นและหายจากอาการของโรคโดยเร็ว ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาพุทธ การบนบานศาลกล่าว การทำตามคำโบราณ และการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกของครอบครัว สังคม และบุคลากรด้านสุขภาพ

อภิปรายผล

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ สามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. ความเชื่อของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นการกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณ การกระทำแล้วได้บุญกุศล และการกระทำเพราะเป็นกรรมะ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงวิถีชีวิตที่ยึดถือพุทธศาสนาเป็นหลัก และผู้ดูแลความเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการกระทำเพราะเป็นหน้าที่ของตน และการกระทำแล้วได้รับคำชื่นชมซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมของสังคมไทย (Thai social values) ที่เป็นพื้นฐานของการรับรู้และการแสดงพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณ ผู้ดูแลเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระทำความดีเพื่อตอบแทนบุญคุณต่อผู้ป่วยที่เคยทำดี มีบุญคุณกับตนมาก่อนตั้งแต่ผู้ป่วยยังไม่ป่วย เป็นโอกาสให้ผู้ดูแลได้ตอบแทนบุญคุณที่ผู้ป่วยได้เคยเลี้ยงดู อุปการะ ให้ความรักปฏิบัติดูแลผู้ให้ข้อมูลขณะที่ผู้ดูแลเจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลได้แสดงความกตัญญูทศเวทิต่อผู้มีบุญคุณต่อตนเอง ซึ่งการรับรู้ที่สะท้อนให้เห็นหลักคำสอนของพุทธศาสนาในเรื่องการตอบแทนบุญคุณ โดยเฉพาะบิดามารดาที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลโดยมีพระพุทธรูปนิพนธ์ภษิตที่กล่าวไว้ว่า "บุคคลโดย้อมเลี้ยงมารดาบิดาโดยธรรม เพราะการปฏิบัติบำรุงมารดาบิดานั้น บัณฑิตทั้งหลายย่อมสรรเสริญในโลกนี้ ครั้นละจากโลกนี้ไปแล้วย่อมบันเทิงในสุคติภพ" บุตรธิดาที่บำรุงเลี้ยงบิดามารดาผู้เป็นบุพการีของตน เป็นผู้ที่มีพระคุณแก่ตน เพื่อแสดงความกตัญญูทศเวทิตามวิสัยของบุตรธิดาที่ดีจะปฏิบัติ เพื่อตอบสนองของพระคุณและอุปการคุณผู้บังเกิดเกล้าของตนนั้นย่อมเป็นไปเพื่อผลที่น่าปรารถนาคือ การได้รับการส่งเสริมในปัจจุบันนี้ (พระเทพวิมลโมลี, 2528) สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน สิงห์กวาง (2551) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีลักษณะนิสัยที่ดีงามและในอดีตได้ทำความดีให้ผู้ดูแลเกิดความประทับใจ ซาบซึ้งใจเช่น เป็นพ่อแม่ได้ให้การเลี้ยงดูบุตรอย่างดี เหนื่อยยากลำบาก ส่งเสียบุตรให้ได้เล่าเรียนจนจบระดับปริญญา เป็นสามีภรรยาที่ให้ความรัก ความซื่อสัตย์ ซынทำมาหากิน เป็นคู่ทุกข์คู่ยากสร้างเนื้อสร้างตัวด้วยกันมา ทำให้ผู้ดูแลเกิดพลังแรงใจปฏิบัติดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการตอบแทนคุณความดีนั้น และในส่วนของความสัมพันธ์สามีภรรยานั้นสอดคล้องกับการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่า ภรรยาที่มีความรัก ความผูกพันกับสามี เมื่อต้องดูแลรับผิดชอบสามีที่เจ็บป่วย ภรรยาจะประเมินการดูแลสามีว่า เป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่ตนรัก เป็นโอกาสดีที่ได้ตอบแทนคุณความดีของผู้ป่วยระหว่างใช้ชีวิตร่วมกันตลอดมา ทำให้ผู้ดูแลพยายามประเมินผลการดูแลเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยตลอดเวลา เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้นและผู้ป่วยก็ให้ความรักแก่ผู้ดูแลมากขึ้น และสัมพันธ์กับการศึกษาของจรรยา ทับทิมประดิษฐ์ (2547) พบว่า การที่ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันนั้นจะมีการยอมรับ เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก มีความผูกพัน

และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยผู้ดูแลจะมีการรับรู้ว่าการได้ดูแลบิดามารดาในยามชราหรือเมื่อเจ็บป่วยมีผลในทางดีต่อตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสทดแทนบุญคุณต่อผู้มีพระคุณ ซึ่งสะท้อนถึงสิ่งที่กำหนดบทบาทของบุคคลในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยตามพื้นฐานและบริบทของสังคมไทยที่มีความเชื่อในความกตัญญู การทดแทน บุญคุณ การให้ความเคารพต่อบุพการีผู้มีพระคุณ ผู้อาวุโส (Kespichayawaiiana, 1999)

การกระทำแล้วได้บุญกุศล ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการได้ทำความดี ได้สร้างบุญ เป็นการแสดงถึงการได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคู่ชีวิตที่แท้จริง ถือเป็น การกระทำแล้วได้บุญกุศลแก่ตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคตต่อไป ถ้าทอดทิ้งผู้ป่วยไป จะถูกสังคมมองว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนบาป เห็นแก่ตัว ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของวารวรณ์ จิรานนท์ (2547) พบว่า การดูแลถือเป็นโอกาสในการทดแทนบุญคุณและความดีที่ได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา สามารถช่วยให้ชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น เป็นการสร้างกุศลผลบุญ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์กับผู้ป่วย เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ได้ทำในสิ่งที่ถูกต้อง และสัมพันธ์กับการศึกษาของ วิภาวรรณ ชุ่ม (2537) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วย มีความพยายามพัฒนาทักษะต่าง ๆ มีความรู้ ความเข้าใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีห่วงใย และมีความรักใคร่ผูกพันต่อกัน การได้ดูแลบิดามารดาในยามชราหรือเมื่อเจ็บป่วย ทำให้ได้มีโอกาสทดแทนบุญคุณ ได้บุญกุศล จึงเกิดการผ่อนคลายไม่ต้องให้ความพยายามอย่างมากในการเผชิญปัญหาในการดูแล จึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกจากการที่ได้ให้การดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของคอสเนอร์ (Klausner, 1998) ได้ศึกษาความเชื่อพุทธศาสนาพบว่าคนไทยมีความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม การทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่วตามคำสอนของศาสนาพุทธ จึงยอมรับและตระหนักว่าดูแลแห่งบุญและบาปเปลี่ยนแปลงได้โดยการกระทำดีในชีวิตนี้ ดังนั้นจึงมีการยอมรับและเต็มใจในการสั่งสมบุญโดย บวชเป็นพระ สร้างโบสถ์ สร้างโรงพยาบาล ดูแลผู้ป่วย ประพฤติปฏิบัติตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม มีความเมตตากรุณา มีความยินดีต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

การกระทำเพราะเป็นกรรมะ ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า ตนเองต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้เป็นเพราะผลของกรรมที่กระทำร่วมกันมาตั้งแต่ในอดีตทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงส่งผลมาในปัจจุบัน สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะความบกพร่องทางร่างกายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติหรือมีความพิการเกิดขึ้นเกิดมาจากผลของกรรมที่ผู้ป่วยได้ทำมาในอดีตส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ ทรมานจากผลของกรรมสิ่งที่เป็นสิ่งหนุนนำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพราะ ผู้ป่วยไม่ทำบุญ

สร้างบารมีตามความเชื่อของศาสนาพุทธจึงทำให้เจ้ากรรมนายเวรที่ผู้ป่วยทำไว้ตามมาสนองในปัจจุบัน และการทำผิดคำสาบานที่เคยให้คำมั่นสัญญาไว้ในอดีตก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยเป็นระยะยาวนาน ไม่หายขาด ความเชื่อของผู้ดูแลจึงแสดงถึงรากฐานหลักธรรมคำสอนทางศาสนาพุทธที่ผู้ดูแลใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของซึบกันนัท (Subgranon, 1999) พบว่า ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาพุทธเชื่อว่า การดูแลเป็นเรื่องของกรรมเก่าที่ได้กระทำมาในอดีต เป็นเรื่องของบุญและบาป ถ้าได้ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีถือว่าเป็นบุญกุศล แต่ถ้าให้การดูแลผู้ป่วยไม่ดี ทอดทิ้งผู้ป่วยจะถูกมองว่าเป็นคนบาป ออกตัญญู เช่นเดียวกับการศึกษาของคอสเนอร์ (Klausner, 1998) ได้ศึกษาความเชื่อพุทธศาสนาแบบชาวบ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ผู้ที่มีฐานะ มีอายุใส มียศถาบรรดาศักดิ์สูงกว่าผู้อื่นขึ้นย่อมเป็นผลจากกรรมที่ทำให้แตกต่างกัน อันเป็นผลจากบุญและบาปที่สะสมไว้ในชาติภพก่อน ๆ จนถึงปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้ในส่วนของสุขภาพผู้ป่วยผู้ดูแลเชื่อว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพราะ ผู้ป่วยไม่ทำบุญสร้างบารมี หรือกระทำผิดคำสาบานที่เคยให้คำมั่นสัญญาไว้ในอดีต ทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยยาวนาน ไม่หายขาด จึงทำให้ผู้ดูแลที่มีความเชื่อดังกล่าวพยายามแสวงหาสาเหตุการเจ็บป่วยโดยการดูดวง ดูเมี่ยง ทรงเจ้า เพื่อต้องการรู้สาเหตุและแก้ไขตามคำแนะนำของพระภิกษุ หมอดู เจ้าทรง เพื่อหวังว่าเมื่อแก้ไขแล้วจะทำให้ผู้ป่วยอาการทุเลาลงหายจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่โดยเร็ว สอดคล้องกันกับที่อัลเวอร์ (Alver, 1995) กล่าวว่า ในภาวะจิตของบุคคลเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและต้องการคำตอบหรือคำอธิบาย บุคคลจะใช้ความรู้ความเข้าใจที่สามารถพิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์เป็นคำตอบ แต่หากกรณีที่ไม่สามารถหาคำตอบหรืออธิบายได้ จึงจะใช้วิธีการที่บุคคลยึดมั่นเชื่อถือศรัทธาในการแสวงหาคำตอบ ถึงแม้วิธีการเหล่านั้นไม่สามารถพิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์

การกระทำเพราะเป็นหน้าที่ ผู้ดูแลเชื่อว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งที่พึงกระทำตามบทบาทของตนเองเช่น บทบาทการเป็นสามี ภรรยา พี่น้อง ลูก หลาน ผู้ดูแลตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อน้ำที่ของตนเองว่า เป็นลูกต้องหาโอกาสทดแทนคุณพ่อแม่ที่เหนี่ยวยากเลี้ยงดูตนเองมา เป็นสามีภรรยาต้องดูแลซึ่งกันและกัน การดูแลกันถือเป็นเรื่องหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบเมื่ออีกฝ่ายอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ผู้ดูแลมีหน้าที่ให้การดูแลกันตามที่สังคมกำหนด ซึ่งหน้าที่ตามบทบาทนี้เป็นสิ่งที่ถูกปลูกฝังจากครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะสังคมไทยที่ได้หล่อหลอมให้บุตรต้องดูแลบิดามารดา การละเลยเพิกเฉยต่อน้ำที่ความรับผิดชอบของตนเองจะถูกสังคมตำหนิได้ สมาชิกในครอบครัวสังคมไทยมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างใกล้ชิดจึงให้ความสำคัญของความกตัญญูตเวทีหรือการทดแทนคุณ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, ขวัญเรือน สิงห์กว้าง, 2551)

สัมพันธ์กับการศึกษาของจรรยา ทับทิมประดิษฐ์ (2547) ที่พบว่า การดูแลบิดามารดาบุพการี ยามชราหรือเมื่อเจ็บป่วยเป็นไปตามค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณีไทยที่บุตรจะต้องมีหน้าที่ รับผิดชอบดูแลบิดามารดาบุพการีของตนเองต่อไป การดูแลถือเป็นหน้าที่ของลูกทุกคน ลูกต้องมีความกตัญญูต่องานที่ต่อพ่อแม่ ดังในงานวิจัยนี้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้เป็นโอกาส ได้ทำหน้าที่ของตนให้ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตปกติสุขมากที่สุด โดยหวังว่าผู้ป่วยจะกลับมาใช้ชีวิต ร่วมกันเช่นเดิม จึงมีความตั้งใจ เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย จนทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ห่วงใย มีความรักใคร่ผูกพันต่อกันโดยเฉพาะคู่สามีภรรยาที่มีความรักใคร่ ต่อกันมานานจึงยิ่งเกิดความผูกพันแน่นแฟ้นมากขึ้น ซึ่งการที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเป็นหน้าที่ของตนตามที่สังคมคาดหวัง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงค่านิยมของสังคมมี ผลต่อพฤติกรรมของบุคคลรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพด้วย ดังมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าหญิงชาวอเมริกันอินเดียย่นตัดสินใจไม่รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมหรือเลื่อนการตรวจ ออกไปด้วยเหตุผลว่า หญิงเหล่านี้ให้คุณค่าของการดูแลครอบครัวตนเป็นสิ่งที่ตนพึงกระทำก่อน สิ่งใด ๆ และเป็นสิ่งที่ให้ความสำคัญกว่าสุขภาพตน (Hodge, 2009)

การกระทำแล้วได้รับคำชื่นชม ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การได้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองทำแล้วเกิดความภูมิใจ เป็นโอกาสได้แสดงความสามารถของตนเอง ทำให้ได้รับการยอมรับ จากญาติ ๆ จึงให้ดูแลผู้ป่วย และได้รับการชื่นชมจากคนในครอบครัว ญาติ และคนในสังคม ทำให้ ผู้ดูแลรู้สึกภูมิใจ มีกำลังใจ และมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ รอบข้าง จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลมีความพยายามในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของขวัญเรือน สิงห์ทวง (2551) พบว่า ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกภาคภูมิใจว่า ตนเองได้ทำหน้าที่ดูแล สามีหรือภรรยาของตนเองได้อย่างดีที่สุดและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเอง มีความสามารถเป็นที่ต้องการของคนอื่น และได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539) และสัมพันธ์กับการศึกษาของจอม สุวรรณโณ (2540) พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับ ความรัก ความห่วงใย การยกย่องชมเชยจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะญาติพี่น้องได้เห็น ความสำคัญ สิ่งเหล่านี้เป็นการเสริมแรงให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงสมรรถนะของตนเอง ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองนี้จะยิ่งทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองในส่วนของพฤติกรรมการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สามารถทำกิจวัตรประจำวันตามปกติและ การปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นพบว่ามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่ผู้ดูแล กระทำการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การจัดหา

อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การช่วยเหลือการขยับถ่าย การดูแลให้ได้พักผ่อนนอนหลับ การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ การประเมินบันทึกสุขภาพผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค และการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การบรรเทาจัดการอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง และความเครียดของผู้ป่วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544; ฟาริดา อิบราฮิม, 2539; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) หากแต่ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในส่วนของคุณมุ่งหมายของพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เป้าหมายการดูแลไม่ใช่เพียงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สามารถกระทำกิจกรรมตามวิถีชีวิตเดิมก่อนเจ็บป่วยได้มากที่สุด แต่ยังเพื่อตอบสนองความเชื่อ ความศรัทธาในหลักพุทธศาสนา ค่านิยมของสังคมที่ผู้ดูแลยึดถือ โดยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลมีการผนวกการปฏิบัติตามความเชื่อในหลักศาสนา ประเพณี วิถีปฏิบัติของบรรพบุรุษที่ถ่ายทอดสืบต่อกันมา เพื่อช่วยให้ความเจ็บป่วยทุเลาลงหรือหายจากโรค โดยเร็ว ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาพุทธ การบวชบวชบาลกล่าว การทำตามคำโบราณ และการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ควบคู่ไปกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์พยาบาล ดังเช่นที่พบว่า ผู้ดูแลรายหนึ่งดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำบุญ ไส้บาตรในตอนเช้าโดยนำขันข้าวมาให้ผู้ป่วยอธิฐานก่อนนำไปใส่บาตรให้ สวดมนต์ก่อนนอนโดยผู้ดูแลสวดมนต์ให้ผู้ป่วยฟัง เปิดเสียงธรรมะให้ฟัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำตามวิถีชีวิตเดิมของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนป่วย มีการการบวชบวชสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในตำบลที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยยอมรับนับถืออยู่ มีการบอกกล่าวบูชาผีพ่อแม่ เจ้าบ้านเจ้าเรือน เจ้าไร่เจ้านา มีการทำพิธีดูเม็ย ทรงเจ้า รดน้ำมนต์ สะเดาะเคราะห์ ต่อชะตา มีการใช้น้ำมนต์สมุนไพรรปลุกเสก ลูกประคบสมุนไพรรที่พี่ชายผู้ดูแลทำให้ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลเชื่อว่า สิ่งที่ทำไม่ได้ขัดกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันจึงทำควบคู่กันไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นกว่าเดิม เกิดความสบายใจและมีกำลังใจมากขึ้น

พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในงานวิจัยนี้ได้สะท้อนถึงการรับรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบนพื้นฐานความเชื่อ และวิถีชีวิตของชาวเมืองลับแลซึ่งเป็นชนพื้นเมืองที่มีรากฐานทางวัฒนธรรมจากฝั่งโยนกเชียงแสนหรือล้านนา ผู้คนในแถบนี้จึง มีดำรงชีวิตตามวิถีพุทธศาสนา ทั้งในยามการดำรงชีวิตตามปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย ทำให้พบเห็นการรักษาการเจ็บป่วยตาม วิถีชีวิตโดยการปฏิบัติตามความเชื่อพื้นบ้านแบบต่าง ๆ บนความเชื่อของศาสนาพุทธ ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาพุทธ เช่น สวดมนต์ ฟังธรรม ทำสมาธิ ภาวนา แผ่บุญกุศล ถวายสังฆทาน ทำบุญ ตักบาตร เพื่อให้ผู้ป่วย

หายป่วยเกิดความสบายใจ มีกำลังใจแก่ตนเองและผู้ป่วย การบนบานศาลกล่าวสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ผู้ดูแลยอมรับนับถือทั้งที่เป็นความยอมรับนับถือทางพุทธศาสนาและตามความเชื่อท้องถิ่น เกี่ยวกับบุคคลสำคัญที่เคารพนับถือสืบต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ดังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการบนบานศาลกล่าวกับ หลวงพ่อพุทธรังสี หลวงพ่อเพชร หลวงพ่อแสนหลวง หลวงพ่อเอี่ยม สรีระสังขารหลวงปู่ทองคำ อนุสาวรีย์เจ้าฟ้าฮ่าม อนุสาวรีย์พระยาพิชัยดาบหัก ศาลเจ้าพ่อสร้อยย่น นอกจากนี้ยังมีการบนบานเจ้าที่เจ้าทาง เจ้าเรือน ผีไร่ผีนา เป็นต้น เมื่อผู้ดูแล เห็นว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามที่บนบานศาลกล่าวไว้ก็จะกราบไหว้ บวงสรวงบูชา แก้วบด้วยสิ่งของ เช่น ไข่ที่ตนได้บอกกล่าวไว้เช่น กฐิน ผ้าป่า ดอกไม้ ผลไม้ หัวหมู ไก่ มวย ขนมหวาน เป็นต้น อีกทั้งการทำตามคำโบราณ หรือการปฏิบัติตามคำบอกเล่าของผู้เฒ่าผู้แก่ที่ได้รับการสืบทอดต่อกัน มาช้านานจากบรรพบุรุษ ที่ทำตามแล้วเกิดผลดีตามคำบอกกล่าวต่อ ๆ กันมาจนปัจจุบันได้แก่ รดน้ำมนต์ สะเดาะเคราะห์ ต่อชะตา เหยียบน้ำค้างตอนเช้า พิธีดูเม็ยหรือพิธีแกว่งผ้าโดยเชิญหมอ สอง(คนทรงเจ้า) เพื่อดูว่าเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุอะไรเมื่อรู้แล้วก็แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทำ พิธีดูเม็ย เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าการทำตามคำโบราณต้องควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์ แผนปัจจุบัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายเจ็บป่วยโดยเร็ว ซึ่งความเชื่อเรื่องเกี่ยวกับการสะเดาะเคราะห์นี้ ถือว่าเป็นคติประเพณีผสม เกิดจากความกลัวว่าจะได้รับอันตรายจากสิ่งชั่วร้ายต่าง ๆ จึงหาทาง ขจัดปัดเป่า ขอความคุ้มครองให้รอดพ้นจากสิ่งชั่วร้ายต่าง ๆ เหล่านั้น โดยทำพิธีบวงสรวงบูชา และการสะเดาะเคราะห์แก้เคราะห์ร้ายต่าง ๆ เพื่อให้เกิดกำลังใจและเกิดสวัสดิมงคล (จันทร์ศรี นิตยฤกษ์, 2524) สอดคล้องกับการศึกษาของคลอสเนอร์ (Klausner, 1998) ได้ศึกษาความเชื่อพุทธ ศาสนาพบว่า ชาวบ้านมีความเชื่อแบบพุทธศาสนา ศาสนาพราหมณ์ และลัทธิเชื่อวิญญาณหรือ 'ไสยศาสตร์' จึงนำความเชื่อนั้นมาผสมผสานรวมเข้าด้วยกันและรับเอาพิธีกรรมตามความเชื่อที่ สืบทอดติดต่อกันมาเป็นเวลานานมาปฏิบัติเพราะเชื่อว่า พิธีกรรมแต่ละอย่างนั้นมีหน้าที่และ ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการของตน แต่ละศาสนาแต่ละลัทธิต่างทำหน้าที่ของตน เฉพาะด้านไม่ขัดแย้งกัน หากยังส่งเสริมซึ่งกันและกันอีกด้วย ดังเช่นพิธีขอฝน ทำเพื่อปัดเป่าลาภ ร้ายและเพื่อรักษาโรค อีกทั้งจากการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลนับถือศาสนาพุทธ ดังนั้น ศาสนาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะคำสอนทางศาสนาเป็นแนวทางลัด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นและ เข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ประกอบกับคนส่วนใหญ่มีความเชื่อและศรัทธาในศาสนาเป็น เบื้องต้นอยู่แล้ว การนำคำสอนทางศาสนามาชี้แนะแนวทางการปฏิบัติและพัฒนาทางด้านจิต วิญญาณ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดหรือบรรเทาความทุกข์อันหนักหน่วงได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร, 2544) นอกจากนี้การบนบานศาลกล่าว ความพยายามวิงวอน

บวงสรวง บูชา กราบไหว้ ยังส่งผลให้บุคคลเกิดกำลังใจ บรรเทาความกลัววิตกกังวลอันตราย จากสิ่งชั่วร้ายต่าง ๆ หรือสิ่งที่ไม่คาดคิดคำตอบไม่ได้ (จันทร์ศรี นิตยฤกษ์, 2524; วีระวัชร ปิ่นเขียน, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญู ผลสวัสดิ์ (2536) ที่ศึกษาเรื่องพิธีกรรมการเลี้ยงผีบรรพบุรุษของชาวผู้ไทยตำบลคำชะอี อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ชาวผู้ไทยบวงสรวง บูชาและแก้บนผีบรรพบุรุษ เพื่อให้ปกป้องคุ้มครองลูกหลานให้อยู่เย็นเป็นสุข มีความสำเร็จในการประกอบอาชีพ คลาดแคล้วจากความเจ็บไข้ได้ป่วยและอุบัติเหตุหรือการเดินทาง ดลบันดาลให้ประสบความสำเร็จในการเรียน การสอบแข่งขัน และประสบความสำเร็จในทุก ๆ ด้าน

นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านคือ การแสวงหาวิธีค้นหาสาเหตุการเจ็บป่วย วิธีการใช้สมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นตามความเชื่อพื้นบ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วย อากาทรุเลาและหายจากของโรคที่เป็นอยู่โดยเร็ว ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ผู้ดูแลนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ น้ำมันตะสมุนไพร่ ลูกประคบสมุนไพรพื้นบ้าน น้ำมันมนต์ปลุกเสก สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว จะแสวงหาทางรักษาอื่น ๆ เพื่อเยียวยาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้หายจากอาการที่เป็นอยู่ เช่น การรักษาด้วยยาสมุนไพรทั้งชนิดยาหม้อ ยาต้ม ลูกกลอน ยานวด ยาประคบ นวดแผนโบราณ นวดจับเส้น ผิงเข็ม รักษาด้วยการทำพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ ดื่มน้ำมันต์ ตลอดจนพาไปรักษาตามสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่คิดว่าจะช่วยให้อาการผู้ป่วยหายจากโรคได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกนำมาใช้รักษาด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ โดยมุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติหรือเหลือความพิการให้น้อยที่สุด และเป็นการรักษาเสริมกันกับยาแผนปัจจุบัน สัมพันธ์กับการศึกษาของพัชรี คมจักรพันธ์ (2544) พบว่า การแสวงหาทางรักษาอื่น ๆ ที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเลือกใช้ได้แก่ การนวดเส้น นวดฝ่าเท้า ใช้สมุนไพรต้ม ยาลูกกลอนสมุนไพร อบสมุนไพร ประคบสมุนไพร อาบน้ำยาสมุนไพร ผิงเข็ม รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ และการประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ด้วยการบวงสรวง การทรงเจ้าเข้าทรง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวแสวงหาทางรักษาอื่น ๆ ด้วยเหตุผลที่ว่า เป็นสิ่งที่ควรลองทำดูเผื่อหาย เมื่อมีใครว่าอะไรดีก็ทำให้อะไรก็ได้ที่ช่วยให้อาการเป็นทางเลือกสายใหม่ แต่ผู้ป่วยและญาติ ก็ยังยึดการรักษาแผนปัจจุบันเป็นหลัก แต่เลือกความเชื่อในการรักษาทางอื่นด้วยจึงใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน ดังพบการศึกษาอื่นในภูมิภาคต่างๆที่แสดงถึงการผสมผสานระหว่างการปฏิบัติตามแผนการรักษาปัจจุบันและการรักษาทางเลือก ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การศึกษาของกฤษฎา ศรีธรรมมา, ศรีรินทร์ ทองธรรมชาติ และ พิษณุ เข้มพิลา (2552) พบว่า การบำบัดโรคของแพทย์พื้นบ้านอีสานโบราณที่ปรากฏในคัมภีร์ยาโบราณกล่าวถึงการรักษาด้วยคาถา พิธีกรรม การใช้ยาสมุนไพร และการนวด เพื่อรักษาผู้ป่วยทั้ง

ด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพันธ์ รุ่งวิชานิววัฒน์ (2552) พบว่าชาวมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาอาการด้วยการแพทย์แผนไทย สมุนไพร เวทมนต์ เช่น การรักษาอาการอัมพฤกษ์อัมพาตด้วยการนวดรักษาอาการปวดฟันด้วยเวทมนต์ การรักษาอาการชักด้วยสมุนไพร เป็นต้น

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ

3.1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ผู้ดูแลรับรู้ว่า สุขภาพร่างกายของตนได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย อาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ความเครียด ความวิตกกังวล มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยไม่ไหว และการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลปวดเมื่อย เหนื่อยล้า เครียด ท้อแท้ เบื่อหน่าย สาเหตุเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ อาการโรคประจำตัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลเป็นวัยสูงอายุ บางครั้งต้องดูแลผู้ป่วยโดยลำพัง แต่ผู้ดูแลก็ยังคงมีความตั้งใจจะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน สิงห์กวาง (2551) พบว่า ความเหนื่อยล้าจากการที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ความเข้มแข็งทางร่างกายของผู้ดูแลลดลง สมรรถภาพของร่างกายลดลง ผู้ดูแลบางรายมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หอบหืด เมื่ออาการกำเริบทำให้มีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงพลังอำนาจในการให้การดูแลผู้ป่วยจึงลดลง และสัมพันธ์กับการศึกษาของวราภรณ์ จิธานนท์ (2547) พบว่า ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีอาการปวดหลัง เครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิด โกรธง่าย รู้สึกว่าตนเองเหมือนถูกผูกมัดติดไว้กับผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ดูแลบางรายมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย กลัวว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักจะมีอาการทรุดลงจึงเกิด ความเครียดและวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความไม่สบายทางจิตใจ กระทบต่อความไม่สบายทางร่างกาย ทำให้ร่างกายอ่อนแอลง (Anderson, Linto and Stewart Wynne, 1995) จากการศึกษาครั้งนี้พบผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ยังไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลบางอย่างไม่เคยพบเห็นมาก่อนเพราะตอนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลผู้เฝ้าไข้เป็นบุตรที่ถูกสอนและแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน กิจกรรมการดูแลบางอย่างมีขั้นตอนซับซ้อนหรือทำแล้วเกิดปัญหาขึ้นทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจทำด้วยวิธีที่ผิด จึงเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้ เช่น การยกตัว การเปลี่ยนผ้าให้ผู้ป่วย แต่ถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะต้องทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจ และความสามารถในการดูแลจนมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลดังกล่าวแล้ว แต่ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงมีความตั้งใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

3.2 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ผู้ดูแลรับรู้ว่า ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความกลัว วิดกกังวล เครียด ก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ใจร้อน ท้อแท้ หดก่ำลงใจ เป็นสิ่งขัดขวางการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ แต่ผู้ดูแลพยายามไม่ขัดใจผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ แต่สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงน้อยจะมีปัญหาสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเล็กน้อย ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้เกือบปกติทั้งหมด ทำให้ผลการรักษาก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพรวดเร็วเป็นปัจจัยทำให้ผู้ดูแลไม่เหนื่อยล้าในการดูแล และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของปิยภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์ (2547) พบว่า ผลกระทบที่มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และการตอบสนองทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิดกกังวล เครียด ก้าวร้าว บุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์แปรปรวน เฉยเมย หรือความไม่แน่ใจในการดำรงชีวิตอยู่ซึ่งผู้ดูแลเชื่อว่าภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งขัดขวางการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลมากขึ้นและทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาอาการหรือสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เกิดความไม่แน่ใจ รู้สึกท้อแท้ หดก่ำลงใจได้ เบื่อหน่ายได้ แต่สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระดับความรุนแรงน้อยจะมีปัญหาสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเล็กน้อย ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้เกือบปกติทั้งหมด ทำให้ผลการรักษาก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพรวดเร็วเป็นปัจจัยทำให้ผู้ดูแลไม่เหนื่อยล้าในการดูแล และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป และสัมพันธ์กับการศึกษาของขวัญเรือน สิงห์ทรวง (2551) พบว่า อาการของผู้ป่วยที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเช่น สติปัญญาหรือความทรงจำดีขึ้นรับประทานอาหารได้ แขนขามีกำลังมากขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นอาการไม่รุนแรงทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกดีใจ สบายใจ ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

3.3 การได้รับความช่วยเหลือ

ความช่วยเหลือจากสมาชิกของครอบครัว เครือญาติใกล้ชิดหรือญาติที่ผู้ดูแลไว้วางใจ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกของครอบครัวและเครือญาติใกล้ชิดมีความสำคัญมากในการช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้ดูแล ช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ดูแลทำไม่ไหว ช่วยพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาหรือออกนอกบ้าน การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและมีความสุขมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรารภรณ์ จิรานนท์ (2547) พบว่าการมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย มีการแบ่งเบาภาระจากคนในครอบครัว มีผู้สับเปลี่ยนกันดูแล

ผู้ป่วยบ้างช่วยทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้พักผ่อน ได้ออกไปทำกิจกรรมหรือธุระนอกบ้าน ได้ระบายความรู้สึก ปลอดภัย ผ่อนคลายความเครียดจากภาระหน้าที่ในการดูแลได้อีกด้วย แต่สำหรับผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมักจะรับรู้ว่าการดูแลเป็นภาระที่หนักและถูกผูกมัดติดไว้กับผู้ป่วยตลอดเวลาจึงมีความเครียด รู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล ขาดกำลังใจ ท้อแท้และสิ้นหวัง และสัมพันธ์กับการศึกษาของขวัญเรือน สิงห์กว้าง (2551) พบว่า บุคคลในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีโอกาสส่งผลต่อกำลังใจที่ดีของผู้ดูแลว่าไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยวหรือการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลด้านเศรษฐกิจการเงิน ทำให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่าย ทำให้สามารถทุ่มเทเวลาให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ความรู้สึกดี ๆ ที่ผู้ป่วยและคนในครอบครัวมีให้ต่อกันยังเป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลอยากหายจึงก่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลรักษาทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมได้แก่ เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนเดียวกัน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลในพื้นที่นั้น ๆ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการได้รับความช่วยเหลือจากสังคมโดยมีการเยี่ยมเยียนกันเวลาเจ็บป่วย มีการได้ถามสุขภาพทุกข์กัน มีการให้กำลังใจกัน มาอยู่เป็นเพื่อน มีการแนะนำการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์หรือพบเห็นมาก่อน ช่วยทำอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลมีธุระเร่งด่วน ทำอาหารมาเผื่อแผ่กัน ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีกำลังใจ อบอุ่น ไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ เชื้ออาหารจากสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่า การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแลมีประโยชน์ในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ดีและสามารถคงอยู่ได้ในบทบาทของผู้ดูแลที่ดีต่อไป และสัมพันธ์กับการศึกษาของขวัญเรือน สิงห์กว้าง (2551) พบว่าการได้รับการช่วยเหลือจากคนในสังคมในบางโอกาสเช่น เพื่อนบ้านมาช่วยให้การดูแลในขณะที่ผู้ดูแลติดภารกิจ ญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำปรึกษา หรือเพื่อนร่วมงานเข้าใจและคอยให้กำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายมีกำลังใจในการให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

สำหรับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพตั้งแต่ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (สถานีอนามัย) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าคุณภาพด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญมากในการให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีความประทับใจบุคลากรด้านสุขภาพในการติดตามให้บริการเยี่ยมบ้าน ทั้งขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล การทำกายภาพ จนกระทั่งกลับมาอยู่บ้านก็มีบุคลากรด้านสุขภาพมาติดตามเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ช่วยสอนทำอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย สนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น ไม้เท้า Walker รถนั่ง ตลอดจนการดูแลเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล

ของผู้ป่วยและครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน สิงห์ทวง (2551) พบว่า การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย การมาเยี่ยมบ้านคอยให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ดูแลเกิดปัญหา หรือคอยอำนวยความสะดวกเมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจในการให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สัมพันธ์กับการศึกษาของวราภรณ์ จิรานนท์ (2547) พบว่า การได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรที่มสุขภาพทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า เกิดความเครียดต่อการดูแลลดน้อยลง เช่นเดียวกับการศึกษาของศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) พบว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ รวมทั้งกำลังใจที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพจะช่วยแบ่งเบาภาระและความเครียดในการดูแลสามารถดำรงบทบาทในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการบริการสุขภาพที่รวดเร็ว ทันใจ เข้าใจ ให้เวลารับฟังความรู้สึกและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทำให้ผู้ดูแลรู้สึกประทับใจ เกิดความสบายใจว่า ได้รับการดูแลที่ดี ช่วยให้มีความหวัง มีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และจากการศึกษาของจรรยา ทับทิมประดิษฐ์ (2547) พบว่า จากการติดตามเยี่ยมบ้านสอนและแนะนำเพิ่มเติมตามสถานการณ์จริงที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลได้ความมั่นใจ กำลังใจ อบอุ่นใจ ในการปฏิบัติที่ถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขในสิ่งที่บกพร่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและมีเจตนาที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำข้อมูลการรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลด้านจิตสังคมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบนพื้นฐานวิถีชีวิตและความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยพื้นที่ที่ศึกษา เช่น นำข้อมูลความเชื่อของผู้ดูแลมาปรับความเข้าใจของบุคลากรด้านสุขภาพและบูรณาการในการวางแผนการพยาบาลเพื่อสนับสนุนติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
2. นำข้อมูลการรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์การพยาบาลองค์รวมในบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น การศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล ที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแล โรคหลอดเลือดสมองในบริบทที่วิถีชีวิตและความเชื่อพื้นบ้านซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมของบุคคล

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในบริบทที่วิถีชีวิตและความเชื่อพื้นบ้านซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมของบุคคล





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์

บรรณานุกรม

- กรรณิกา คงหอม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล
สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุน
จากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์ พย.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ, (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพ. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ),
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 59-76). กรุงเทพฯ:
สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กาญจนา ศิริวราศัย. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับ
การปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพฯ.
- การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (2555). เที่ยวเมืองอุดรดิตถ์. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2556,
จาก <http://travel.thaiza.com/>
- กฤษฎา ศิริธรรมา, ศรินทร์ ทองธรรมชาติ และพิษณุ เข้มพิลา. (2552). การสืบค้นภูมิปัญญาแพทย์
พื้นบ้านอีสานในคัมภีร์ยาโบราณ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 3(2),
13-18.
- กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2547). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว อัดถากร. (2519). คติชนวิทยา. กรุงเทพฯ: หน่วยศึกษานิตเทศก์ กรมการฝึกหัดครู.
- ขวัญเรือน สิงห์กวาง. (2551). ประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร,
พิษณุโลก.
- โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. (2541). การพยาบาล
ผู้ใหญ่ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ยุทธวิธีนทร์การพิมพ์.
- จรรยา ทับทิมประดิษฐ์. (2547). ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระ พย.ม.,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- จรรยา สุวรรณทัต. (2530). ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (หน้า 815-823). กรุงเทพฯ: สหมิตร.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จันทร์ศรี นิตยฤกษ์. (2524). ความรู้เรื่องคติชนวิทยา. กรุงเทพฯ: ภาควิชาภาษาไทย คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วิทยาลัยครูธนบุรี.
- จารุวรรณ มานะสุกร. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา สมนึก. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จินตนา สมนึก. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 19(1), 28-39.
- จินนระรัตน์ ศรีภักธิภูโย. (2540). ผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จันทร์เพ็ญ แซ่หุุ่น. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยทางการแพทย์. ขอนแก่น: ศิริภักข์ออฟเซ็ท.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ และอัจฉรา หล่อวิจิตร. (2544). คู่มือการดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิต. (2544). ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- จรัสยา จิตประไพ. (2543). บทนำทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู. ใน วิศาล คันธรัตน์กุล และภาวิศ วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ), *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โอเอสดีคพับลิชซิง.
- จรัสยา จิตประไพ และภาวิศ วงศ์แพทย์. (2542). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ: รามาธิบดี*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ขอบ เกื้อกิม. (2527). *ศึกษาความเชื่อโชคลางทางไสยศาสตร์ของชาวเวียงสระ*. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยครูสุราษฎร์ธานี.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ พย.ด., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ณัฐชา ทานะมัย. (2551). *ผลของโปรแกรมการสอนการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. (2543). *ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นฤมล วัฒนพานิช. (2534). *ประวัติศาสตร์ท้องถิ่นอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์*. อุตรดิตถ์: วิทยาลัยครูอุตรดิตถ์.
- นิจศรี ชาญณรงค์. (2543). *โรคหลอดเลือดสมอง: ปัจจัยเสี่ยงและการรักษา*. ใน *วิทยา ศรีมาดา*. (บรรณาธิการ), *เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม* (หน้า 397-403). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง: Stroke* (ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นันทวรรณ ชูยิ่งสกุลทิพย์. (2549). *ผลของแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระยะของ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2547). ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หน้า 225-245). กรุงเทพฯ: สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พระเทพวิมลโมลี (บุญมา คุณสมปโน). (2528). โศกปฏิบัติคณัตถกถา. ใน กรมการศาสนา (บรรณาธิการ), ประมวลบทพระธรรมเทศนา ในอภิlakขิตสมัยสมโภชพระชนมายุครบ 5 รอบพระนักษัตร ของ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พ.ศ. 2530. กรุงเทพฯ: กรมศาสนา.
- พัชรวิมล คุปต์นิรติศัยกุล. (2543). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน วิชาล คันธรัตน์กุล และ ภาวิศ วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ), คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 181-191). กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.
- พัชรี คมจักรพันธ์. (2544). ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พัสมณท์ คุ้มทวีพร, ธิดาทิพย์ ชัยศรี และธัญลักษณ์ โอบอ้อม. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการสื่อสารเนื่องจากพยาธิสภาพทางสมอง. วารสารพยาบาล, 47(1), 9-15.
- เพียงใจ ตีรไพรวงศ์. (2540). สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาวะการดูแลของสมาชิก ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ฟาริดา อิบราฮิม (บรรณาธิการ). (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2542). ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส แอน กราฟฟิค.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- มณี พยอมยงค์. (2529). *วัฒนธรรมล้านนาไทย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- มณี พยอมยงค์. (2536). *วัฒนธรรมพื้นบ้าน: คติความเชื่อ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยาใจ กอนวงษ์. (2540). *เอกสารประกอบการสอนวิชา ส 072 ท้องถิ่นของเรา จังหวัดอุตรดิตถ์*. อุตรดิตถ์: สุรชัยการพิมพ์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 2(1), 84-93.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2526 (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- โรงพยาบาลลับแล. (2557). *รายงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2557*. อุตรดิตถ์: โรงพยาบาลลับแล.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). *ความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว*. *วารสารพยาบาล*, 41, 9-19.
- เรณู อรรธฐาเมศร์. (2533). *คติชนวิทยา*. เชียงใหม่: คณะวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏเชียงใหม่.
- วรภรณ์ จิฉานนท์. (2547). *สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ วท.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วชิราภรณ์ โนราช. (2553). *ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกาย จิต และสังคม จากทีมเยี่ยมโรงพยาบาลแม่อาว*. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิญญู ผลสวัสดิ์. (2536). *พิธีกรรมการเลี้ยงผีบรรพบุรุษของชาวไทยตำบลคำชะอี อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิภาวรรณ ชุ่ม. (2537). *ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดองพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). *การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(4), 33-38.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วีระวัชร ปิ่นเขียน. (2542). *คติชนวิทยา*. ราชบุรี: โปรรแกรมวิชาภาษาไทย คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). *ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2546). *แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 1(4), 15-24.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ พย.ด., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สิริพันธ์ รุ่งวิชานิวัฒน์. (2552). *การใช้ภูมิปัญญาไทยในชาวไทยมุสลิมชายแดนภาคใต้*. *วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 5(1), 150-155.
- สิวลี ศิริไธ. (2537). *จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สุรรัตน์ ช่างสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. (2557). *สรุปรายงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดอุดรดิตถ์ ปี 2557*. อุดรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2557). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2558, จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- อรฉัตร โตชยานนท์. (2539). *การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. ใน *เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู (เล่ม 2) (หน้า 537-570)*. กรุงเทพฯ: เทคนิค.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภาส ธรรมวานิช. (2540). *อัมพาต รักษาได้*. กรุงเทพฯ: อักษรวัฒนา.

- Alver, B.G. (1995). The bearing of folk belief on cure and healing. *Journal of Folklore Research*, 32, 1, 21-35.
- Anderson, C.S., Linto, J. and Stewart Wynne, E.G. (1995). A population-based assesment of the impact and burden of caregiving for for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26(5), 843 - 849.
- Anderson, R. (1992). *The aftermath of stroke: The experience of patients and their families*. Great Britain: Woolnough Bookbinding.
- Andrew, M. M. and Boyle, J. S. (1999). *Transcultural concepts in nursing care* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Bandura, A. (1993). Perceived self efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologies*, 28(2), 117-148.
- Bergstrom, N., Brenden, B., Kemp, M., Champagne N. and Ruby, E. (1998). Predicting pressure ulcer risk. *Nursing Research*, 47(5), 261-269.
- Black, J. M. and Mattassarini-Jacobs, E. (1993). *Luckmann and Sorensens medical surgical nursing: A psychophysiologic approach*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Caplan, L. R. (2000). *Caplan's stroke: A clinical approach* (3rd ed.). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Carrozzella, J. and Jauch, E. C. (2002). Emergency stroke management. *Emergency Nursing*, 37(1), 35-55.
- Castellucci, D. T. (2004). Perceptions of autonomy in poststroke elderly clients. *Rehabilitation Nursing*, 29, 24-29.
- Chen, J. (1997). The effect of dietary sodium on hypertension and stroke development in female stroke – prone spontaneously hypertensive rats. *American Journal of Epidemiology*, 64(3), 173-183.
- Della, S. (1998). *Longman dictionary of English Language and culture*. England: Westley Longman Limited.
- Egertson, J. (1994). *An exploration of the needs of family caregivers of older persons after a cerebral vascular accident*. Washington: San Jose.

- Enterlante, T. M. and Kern, J. M. (1995). Wives reported role changes following a husband has stroke: A pilot study. N.P.: n.p.
- Everson, S. A. (1998). Depressive symptoms and increased risk of stroke mortality over a 29 year period. *Arch Internation Medicine*, 158(10), 1133-1138.
- Feigin, V. L. (1998). Risk factor for ischemic stroke in a Russian community: A population-based case-control study. *Stroke*, 29, 34-39.
- Gillen, G. and Burkhardt, A. (1998). *Stroke rehabilitation: A function-based approach*. St. Louis: Mosby.
- Gillman, M. W. (1997). Inverse association of dietary fat with development of ischemic stroke in men. *JAMA*, 278(24), 24-31.
- Grants, J. S. (1999). Social problem-solving patternships with family caregiver. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 254-260.
- Green, J. (2000). *Neuropsychological evaluation of the older adult: A clinician's guide book*. San Diego: Academic press.
- Gregory, W. (1999). Guidelines for management of transient ischemic attacks, stroke council, american heart association. *Stroke*, 30, 2502-2511.
- Hafsteindottir, T. B. and Grypdonck, M. (1997). Being a stroke patient: A review of the litherature. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 580-588.
- Hausman, K. and Ignatavicius, D. D. (2002). *Clinical companion for medical-surgical nursing: Critical thinking for collaborative care* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Hayn, M. A. and Fisher, T. R. (1997). Stroke rehabilitation: Salvaging ability after stroke. *Nursing*, 97, 40-46.
- Hickey, J. V. and Hock, N. H. (2003). Stroke and other cerebrovascular diseases. In J.V. Hickey (Eds.), *The clinical practice of neurological and neurological nursing* (5th ed., pp.559-587). Philadelphia: Lippincott.
- Hinkle, J. L. (1998). Nursing management of adults with cerebrovascular disorder. In P. G. Beare and J. L. Myers (Eds.), *Adult Health nursing* (pp. 1000-1029). St. Louis: Mosby.

- Hock, N. H. (1999). Brain Attack the stroke continuum. In J. V. Hickey and M. S Minton (Eds.), *The clinics of north america* (pp.689-712). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hodge, F.S. (2009). Breast-cancer-screening behavior among rural California American Indian woman. *American Indian Culture and Research Journal*, 33(3), 35-42.
- Horowitz, A., (1985). Sons and daughters as caregivers to older person: Differences in role performance and consequences. *The Gerontologist*, 25(6), 612-617.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. I. and Mishler, M. A. (1999). *Medical-Surgical nursing across the health care continuum* (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kernich, C. A. (2001). Management of clients with stroke. In J. M. Blank, J. H. Hawks, and A. Keene (Eds.), *Medical-surgical nursing* (6th ed., pp 1953-1981). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Kespichayawattana, J. (1999). *Katanyu Katavedi and caregiver for frail elderly parents: The perspectives of Thai families in metropolitan Bangkok*. Doctoral dissertation, Ph.D., Oregon Health Sciences University School of Nursing, Oregon: Portland.
- Klausner, W. J. (1998). *Reflections on Thai culture* (4th ed.). Bangkok: The Siam Society.
- Krammer, B. J. (1993). Caregiving: Marital history and the prior relationship as predictors of positive and negative outcomes among wife caregivers. *Family Relation*, 42, 367-375.
- Liao, D. (1997). *Familial history of stroke and stroke risk. The family heart study*. London: Edward Arnold.
- Linton, A. D. (2000). *Introductory nursing care of adults*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Linvesly, B. (1996). Pressure sores: Aspects of their prevention and management. *Internal Medicine*, 12(4), 99-100.
- Lubkin, I. M. and Laxsen, P. D. (1998). *Chronic illness impact and intervention* (4th ed.). Massachusetts: Jones and Baztlett.
- May, B. J. (1999). *Home health and rehabilitation: concepts of care* (pp. 261-279). Philadelphia: F.A.Davis.

- McClean, J., Roper - Hall, M. P., Mayer, P. and Main, A. (1991). Service needs of stroke survivors and their informal carers: A pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 559-564.
- Montgomery, R. J. V., Stull, D. E. and Borgatta, E. F. (1985). Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging*, 7(1), 137-152.
- Moore, K. (1994). Stroke: The long road back. *Nursing Research*, 57(3), 50-54.
- Morse, J. M. and Field. P. A. (1996). *Nursing research: The application of qualitative research approaches*. (2nd ed.). London: Chapman & Hall.
- Mower, D. M. (1997). Brain attack. *Nursing*, 27(3), 34-39.
- Mumma, C. M. (2000). Perceived losses following stroke. *Rehabilitation Nursing*, 25(5), 192-195.
- National Stroke Association. (2010). *The coat of stroke to all Americans*. Retrieved April 20, 2010, from http://www.stroke.org/brain_stat.cfm
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. St.Louis: Mosby.
- Parikh, R. M., Robinson, R. G., Lippsey, J. R., Starkstein, S. E., Paul-Fedororoff, J. and Price, T. R. (1990). The impact of post stroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow up. *Archives of Neurology*, 47, 785-789.
- Periad, M. E. and Ames, B. D. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, 10, 252-256.
- Peirce, L. L. (2001). Caring and expression of spirituality by urban caregivers of people with stroke in African American families. *Qualitative Health Research*, 11(3), 339-352.
- Phipps, M. A. (1991). Assessment of neurologic deficits in stroke: Acute-care and rehabilitation implication. *Nursing clinics of North America*, 26(4), 957-970.

- Rapp, S. R. and Reynolds, D. L., (1999). Families social support and caregiver. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, W. H. Ettinger, J. B. Halter and J. G. Ouslander (Eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (4th ed., pp. 333-343). New York: Mcgraw-Hill.
- Schneck, M. J. (1997). Is psychological stress a risk factors for cercbrovascular disease?. *Neuroepidemiology*, 16(4), 174-179.
- Sen, S. (1998). Cardiac disorders and stroke. *Neurology*, 11, 51-56.
- Smith, M. H. (2000). Medical management of stroke. In R. Fawcus(Ed.). *Stroke rehabilitation: a collaborative approach* (pp. 28-37). London: Black well Science.
- Smith, L. N., Lawrence, M., Kerr, S. M., Langhorne, P. and Less, K. R. (2004). Informal carers' experience of caring for stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 235-244.
- Subgranon, R. (1999). *Caregiving process of Thai caregivers to elderly stroke relatives: A grounded theory approach*. Doctoral dissertation, Ph.D., The University of Utah: Utah.
- Sullivan, G. C. (1993). Towards clarification of convergent concepts: Sense of coherence will to meaning locus of control, I earned helplessness and hardiness. *Advanced in Nursing Science*, 18, 1772-1778.
- Tilling, K., Sterne, J. A. Rudd, A. G., Glass, T. A., Wityk, R. J. and Wolfe, C. D. (2001). A new method for predicting recovery after stroke. *Stroke*, 2001, 2867-2872.
- Travis, S. S. and Piercy, K. (2002) Family caregiver. In I. M. Lubkin, and P.D. Larsen (Eds.), *Chronic Illness* (5th ed., pp.233-259). Boston: Jones And Bartlett.
- White, L. and Duncan, G. (2002). *Medical-surgical nursing: An integrated approach* (2nd ed.). Australia: Delmar.
- You, R.X. (1997). Risk factors for stroke due to cerebral infarction in young adults. *Stroke*, 28(10), 13-16.
- Zejdilik, C. P. (1992). *Management of spinal cord injury* (2nd ed.). Boston: Jones & Barlet.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรัตนนคร

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การเริ่มต้นสนทนา

1. แนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์
2. เริ่มพูดคุยซักถามถึงเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล
3. ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลบันทึกเทปการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....นามสมมุติ/รหัส.....
วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....เวลา.....
ครั้งที่.....สถานที่.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส.....
4. การศึกษา.....
5. ศาสนา.....
6. จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน.....คน ประกอบด้วย.....
7. แหล่งที่มาของรายได้ของครอบครัว.....
8. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท () เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
9. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล () มี.....คน () ไม่มี
10. ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย.....
11. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย.....
12. ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน
13. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน.....ชั่วโมง
14. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
() มี ระยะเวลาที่ดูแล.....ปี ผู้ป่วยเป็นโรค.....
() ไม่มี
15. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....

แนวคำถามที่ใช้ในการวิจัย

การตั้งแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะใช้สิ่งที่ต้องการทราบมาสร้างเป็นแนวคำถามหลัก ถ้าคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะใช้คำถามรองในการสัมภาษณ์และพยายามสัมภาษณ์ในเชิงลึกมากขึ้น เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนมากขึ้น ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ มีดังนี้

1. ความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของท่านเป็นอย่างไร
 - 1.1 ท่านมีความเชื่อหรือยึดถือสิ่งใดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 อะไรทำให้ท่านมีความเชื่อหรือยึดถืออย่างนั้น
2. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างไร
 - 2.1 ท่านช่วยเหลือถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละวันทำอะไรบ้าง เพราะอะไรท่านจึงดูแลผู้ป่วยของท่านอย่างนั้น
 - 2.2 ท่านนำความเชื่อหรือสิ่งที่ท่านยึดถืออะไรบางอย่างมาช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพเช่นเดิมหรือใกล้เคียงสภาพเดิมมากที่สุดทำอย่างไร เพราะอะไรท่านจึงทำเช่นนั้น
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอะไรบ้าง
 - 3.1 อะไรบ้างเป็นสิ่งที่ช่วยให้ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยของท่านได้ดี สิ่งนั้นช่วยท่านอย่างไร เพราะอะไร
 - 3.2 มีอุปสรรคอะไรบ้างที่รบกวนการดูแลผู้ป่วยของท่านและทำให้ท่านรู้สึกลำบาก
 - 3.2.1 อุปสรรคที่เกิดขึ้นมีลักษณะอย่างไร
 - 3.2.2 ท่านจัดการกับอุปสรรคนั้นอย่างไร
 - 3.2.3 มีใครหรือสิ่งใดช่วยท่านจัดการกับอุปสรรคเหล่านั้น

แบบบันทึกการสังเกต (Field note)

รายชื่อ.....การเยี่ยมชมครั้งที่.....

เป้าหมายการเยี่ยมชม.....

วันที่เดือนพ.ศ. เวลารวมเวลา.....นาที

สถานที่.....

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....

.....

สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ในขณะที่สัมภาษณ์.....

.....

.....

ประเด็นที่สังเกตพบ.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ.....

.....

ลงชื่อ.....(ผู้บันทึก)

แบบบันทึกของผู้วิจัยในระเบียบวิธีวิจัย

วันที่ เดือน พ.ศ. เวลา

ปัญหาที่พบในการเก็บรวบรวมข้อมูล

.....

.....

.....

.....

ปัญหาด้านผู้ให้ข้อมูล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหาด้านผู้ทำการศึกษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


หมายเหตุ

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... (ผู้บันทึก)

 Naresuan University Institutional Review Board		AF-05-10/I.U วันที่ 29 มีนาคม 2556 เลขที่รับแจ้งขอรับ 070, 56 11 ANS6	AF 05-10/1.0
	หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)		

การวิจัยเรื่อง ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดอุดรธานี
 วันให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
 ที่อยู่..... ให้อ่านรายละเอียด
 จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอม
 เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
 เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
 ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือ
 จากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส
 เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น
 จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการศึกษาดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาล
 โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือบอกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง
 เหตุผล และการปฏิเสธหรือบอกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยนี้ข้าพเจ้าจะไม่เสียสิทธิใด ๆ ในการรับการ
 รักษาพยาบาลหรือการรักษาโรคที่เกิดขึ้นตามมาในอนาคตต่อไป ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ณ สถานพยาบาลหนึ่งหรือ
 สถานพยาบาลอื่น และไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ หรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอม
 จากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน
 คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะดำเนินการทำไปเพื่อ
 วัตถุประสงค์ที่ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้
 มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ
 ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นได้ว่าข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ
 ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน
 กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ
 การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์
 เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้
 ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม
 (.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
 วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

AF 05-10/1.0 วันที่ 29 มีนาคม 2556

2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยง
ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
ตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ



คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
หมายเลขโครงการ (ศส. No.) 070.56
วันที่รับเรื่อง 44 ๓๓ ๕๖

.....
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

.....
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนดังนี้ :

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าทั้ง
จนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้อธิบาย.....
(.....)
พยาน..... (ไม่ใช่ผู้อธิบาย)
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.

ประทับลายนิ้วมือขวา

COA No. 039/2013

IRB No. 070/56



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความเชื่อและทัศนคติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจังหวัดอุตรดิตถ์

ผู้วิจัยหลัก : นางสมพร รุ่งอินทร์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. แบบรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย (AF01-14) วันที่ 17 มิถุนายน 2557

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนาลัย / ศาสตราจารย์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 19 กรกฎาคม 2556

วันหมดอายุ : 19 กรกฎาคม 2557

วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 19 กรกฎาคม 2557

วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 19 กรกฎาคม 2558

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูคำสั่งของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง อนุมัติให้นิติระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย
ครั้งที่ ๒๔/๒๕๕๖

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นางสมพร รุ่งอินทร์ รหัสประจำตัว ๕๓๐๖๐๗๐๕ นิติระดับปริญญาโท
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดำเนินการทำวิจัย
ตามโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย “ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
จังหวัดอุดรธานี”
ภาษาอังกฤษ “BELIEFS AND CARE TAKING BEHAVIORS AMONG CARE GIVERS OF STROKE
PATIENTS IN A COMMUNITY, UTTARADIT”
โดยมี ดร. รัตนจกักรารณ อยู่เนาค เป็นประธานที่ปรึกษาวินิจฉัย

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นฤต บำรุงไทย)
รองคณบดีฝ่ายบริหาร รักษาราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร