

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพปัจจุบันนอกจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพจะเป็นบุคคลสำคัญแล้ว ผู้ดูแลที่บ้านเป็นกลุ่มคนที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่ง โดยที่การเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ค่านิยมและแบบแผนในการดำเนินชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มเปลี่ยนจากการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อกลายมาเป็นการเจ็บป่วยอันมีสาเหตุจากแบบแผนพฤติกรรม อีกทั้งความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ส่งผลให้ประชากรที่เจ็บป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ประชากรเหล่านี้มักมีภาวะเรื้อรังหรือความพิการร่วมด้วยซึ่งต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันและการดูแลเฉพาะโรค (Biegel, Sales and Schulz, 1991; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 1996; เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) นอกจากนี้โยบายการลดระยะเวลาการอยู่รักษาทำให้การรักษาผู้ป่วยเรื้อรังจะรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉพาะในระยะวิกฤตเท่านั้น

ผู้ป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้านและต้องการผู้ดูแลในระดับต่างๆ ตามภาวะของโรคและวัยของผู้ป่วย แต่สภาพปัจจุบันที่ทุกครัวเรือนต้องทำงานเพื่อหาเงินเข้าบ้าน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรืออีสาน ที่ประชากรส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำทำให้มีการอพยพแรงงานเพื่อการประกอบอาชีพ ผู้หญิงซึ่งแต่เดิมเป็นผู้รับบทบาทการดูแลบุคคลในครอบครัวจึงเข้าสู่ภาคแรงงานมากยิ่งขึ้น อีกทั้งขนาดของครอบครัวในปัจจุบันที่มีจำนวนสมาชิกน้อยคน เมื่อมีผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวจึงเกิดปัญหาขาดคนดูแลเกิดขึ้น หรือจะต้องให้มีคนดูแลแต่ละคนๆนั้นต้องมีการเพิ่มมากขึ้นทำให้มีความกดดันต่างๆบทบาทของผู้ดูแลที่บ้านจึงนับว่ามีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นผู้ดูแลที่บ้านจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ทีมสุขภาพควรต้องทำความเข้าใจและให้ความสำคัญ

ผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีที่บ้านนับว่าเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยสตรีเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอัตราการเกิดโรคและการรอดชีวิตสูงและมีจำนวนมาก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ 2543) แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องใช้ชีวิตอยู่กับความพิการที่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพที่เกิดจากสมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงซึ่งต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีที่บ้านจึงนับว่าเป็นแหล่งช่วยเหลือที่สำคัญในครอบครัว เป็นบุคคลที่สำคัญที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจและเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ประสบความสำเร็จ (Glass et al, 1993; Scholte et al, 1998; Carnwath et al, 1987)

หากมองในแง่ของการบริการ ถ้าไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน รัฐอาจต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยสตรีที่มีค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการเข้าอยู่รักษาสูงสุดในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543) การที่ต้องเป็นผู้ดูแลในระยะเวลาที่ยาวนานก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งที่ประมาณค่าได้และประมาณค่าไม่ได้ เนื่องจากผู้ดูแลที่บ้านต้องทำหลายบทบาทในครอบครัว อาจเสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลหรือเกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีแหล่งช่วยเหลือจำกัด ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วย เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสตรีโดยตรง (Anderson et al, 1995)

ผู้ดูแลที่บ้านถือว่าเป็นทั้งผู้รับบริการและหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพในฐานะผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีต้องเผชิญกับสิ่งท้าทายต่าง ๆ มากมายทั้งในฐานะที่ต้องดำรงชีวิตตัวผู้ดูแลเอง และในฐานะผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสตรีให้ดำรงชีวิตใหม่ การที่ต้องดำรงอยู่ในฐานะของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีที่บ้านนับว่าเป็นสถานการณ์ของความเครียดที่เรื้อรังและเป็นภาระกิจที่ยากลำบาก ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับผู้ป่วยสตรีที่มีความบกพร่องทั้งทางร่างกายสติปัญญาอารมณ์ และการสื่อสารรวมทั้งบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป (Williams, 1994)

จากการศึกษาสภาพผู้ป่วยสตรีก่อนออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจะมีสภาพความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งเป็นภาระของผู้ดูแลได้แก่ ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 90.9 มีกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแอ ร้อยละ 68.7 อีกทั้งยังมีปัญหาด้านการพูด การกลืน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (นกุล ตะบูนพงศ์, 2537) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสตรีมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 71.43 โดยพบว่ามีความซึมเศร้า ความวิตกกังวล กลัว (พวงน้อย, 2536)

จากปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพกายได้แก่ ความเหนื่อยล้า ภาวะสุขภาพเสื่อมลง ด้านสุขภาพจิตใจ ที่พบมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า (Han&Haley, 1990; Low, Payne and Roderick, 1999) และความตึงเครียดทางอารมณ์ ส่วนด้านสังคมนั้น เนื่องจากต้องใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วยมากทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียความเป็นอิสระ ไม่มีโอกาสเข้าสังคมทำให้รู้สึกว่าเครือข่ายทางสังคมลดลง ขาดการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสังคม ในด้านการทำหน้าที่ผู้ดูแล พบว่ามีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล มีความเครียดในการทำบทบาทผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียพบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ว่าตนเองสูญเสียความเป็นส่วนตัวในการทำกิจกรรมที่ไม่คุ้นเคย สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง (Grant&Devis, 1997) รวมทั้งรับรู้ว่าจะแบบแผนชีวิตและการเผชิญปัญหาเปลี่ยนแปลงและแตกต่างจากเดิม โดยสิ้นเชิง (Periard and Ames, 1993) และยังพบว่ามีปัญหาด้านการจัดการใน

ชีวิตประจำวัน การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ การได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Grant, 1996)

ในด้านครอบครัว พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัวจากการไม่เข้าใจกันและกัน ความรู้สึกทอดทิ้งกันในระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกครอบครัวและพบว่ามีปัญหาทางด้านรายได้ในกรณีที่ผู้ดูแลเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว (Anderson, Linto and Stewart -Wynne, 1995) อย่างไรก็ตามนอกจากผลกระทบเชิงลบแล้ว ผู้ดูแลยังรับรู้ถึงผลกระทบในเชิงบวกในฐานะผู้ดูแลด้วยคือ ความรู้สึกภูมิใจในความสำเร็จของตนต่อปัญหาที่ท้าทาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย รู้สึกมีความหมายในการเป็นผู้ดูแล รู้สึกอบอุ่น และ พึงพอใจ (Archbold, 1983; Molenko, 1988; Reese, Walz & Hageboeck, 1983 Cited in Kramer, 1997)

จากการวิเคราะห์การทบทวนวรรณกรรมที่ทำในต่างประเทศพบว่า ประเทศที่มีการทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสตรี่มากที่สุดจากการรายงานการวิจัยคือ ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ ประเด็นของการนำมาศึกษาได้แก่ ลักษณะของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยการแยกมองออกเป็นด้าน ภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิตโดยเฉพาะแนวคิดด้านความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะทางสังคม ความรู้สึกเป็นภาระในการเป็นผู้ดูแล การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล การศึกษาเกือบทั้งหมดตอบคำถามว่ามีอะไร จำนวนเท่าใด ตัวแปรต่างๆมีความสัมพันธ์กันในเชิงสถิติหรือไม่ ซึ่งวิธีการที่จะตอบคำถามนี้ได้คือวิธีการศึกษาภายใต้ปรัชญาปฏิฐานนิยม ซึ่งมีความเชื่อว่าความรู้ที่มีอยู่เป็นหนึ่งเดียวและเป็นสากล สามารถวัดได้เชิงประจักษ์

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยภายใต้แนวคิดดังกล่าวมีการชี้มาจากกรอบแนวคิดทฤษฎี นำไปสู่การสร้างเครื่องมือเพื่อนำไปใช้วัดตัวแปรที่ต้องการศึกษา กรอบทฤษฎีที่ใช้เป็นทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา เช่น ทฤษฎีความเครียด การเผชิญปัญหาและการปรับตัว แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล การศึกษามุ่งอธิบายตัวแปร และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ถึงแม้จะมีความสนใจตัวแปรทางด้านสังคมประชากร แต่ก็นำมาอธิบายความสัมพันธ์กับตัวแปรที่ละตัวแปร องค์ความรู้จากวิธีการศึกษาดังกล่าวมีประโยชน์ต่อการศึกษาเปรียบเทียบตัวแปรทางประชากรศาสตร์และนำไปสู่การจัดบริการสุขภาพของผู้ดูแลได้ในระดับหนึ่ง แต่เมื่อนำตัวแปรต่างๆไปศึกษาข้ามวัฒนธรรมพบว่าผลลัพธ์แตกต่างกันเนื่องจากไม่มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งในบริบทหรือเงื่อนไขในแต่ละสถานการณ์ และการศึกษาเหล่านี้ไม่ได้แยกแยะความแตกต่างเชิงวัฒนธรรม จากการวิเคราะห์งานวิจัยของผู้ศึกษากลุ่มนี้ยังให้ข้อเสนอแนะถึงความสำคัญที่จะต้องทำการศึกษาในเชิงความแตกต่างของกลุ่มชาติพันธุ์ วัฒนธรรม สถานะเพศ (gender) เพิ่มมากขึ้น (Low, Payne, Roderick, 1999; Han & Haley, 1999)

ข้อมูลจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้การดูแลย้อนหลัง 20 ปี ในประเด็นของเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ต่างๆ และวัฒนธรรมของการให้การดูแล พบว่าประสบการณ์ให้การดูแลและผลลัพธ์ของการดูแลมีความแปรผันตามเชื้อชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ ในประเด็นของการใช้การสนับสนุนทางสังคม การเกิดผลกระทบเชิงลบ การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล และการให้ความหมายของการให้การดูแล พบว่าผู้ดูแลในชนกลุ่มน้อย (ethnic minority caregivers) มีเครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคมแบบไม่เป็นทางการมากกว่าชนผิวขาว และให้ความหมายการดูแลว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตครอบครัว ในขณะที่ชนผิวขาวให้ความหมายว่าเป็นหน้าที่ของของสมาชิกครอบครัวและมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตตามเป้าหมายของบุคคล ผู้ดูแลต่างกลุ่มชาติพันธุ์ให้ความหมายของการเผชิญปัญหา ในเชิงศาสนาและจิตวิญญาณ และการประเมินความเครียดแตกต่างกัน นอกจากนี้พบว่าวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อประสบการณ์ให้การดูแล การให้ความหมายของความเจ็บป่วย การดูแลแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ จากการทบทวนงานวิจัยดังกล่าวให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการใช้แนวคิดหรือมุมมองที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม เช่นแนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ แนวคิดโครงสร้างทางสังคม และการศึกษาเชิงมนุษยวิทยาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับให้การดูแลเพื่อช่วยให้สามารถให้นิยามและให้ความหมายการให้การดูแลจากมุมมองเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาแนวคิดหรือสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลให้มีความเหมาะสมกับชาติพันธุ์ควรต้องมีการศึกษาในบริบทที่หลากหลายในเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานทางสังคม มากยิ่งขึ้น (Dilworth-Anderson, William, Gibson, 2002) เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสนับสนุนผู้ดูแล การส่งเสริมสุขภาพและการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคในประเทศไทยนับว่ายังอยู่ในระยะเริ่มต้น การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเพื่อแสดงภาพตัวแปรที่สนใจเช่น ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนออกจากโรงพยาบาล (จอม สุวรรณโณ, 2540) ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลักที่สนใจ เช่น ภาระในการดูแล ความเหนื่อยหน่าย ความพึงพอใจในฐานะผู้ดูแล กับตัวแปรที่เลือกสรร เช่น สัมพันธภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล กับการพึ่งพาของผู้ป่วย ความต้องการในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม (จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2539; เพียงใจ ดิรไพรวงศ์, 2540; เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539; จินตนา สมนึก, 2540; Thipsamniag, 2000) และการศึกษาในเรื่องการจัดกระทำตัวแปร ด้านความสามารถในการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีค (จินะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540; นภาพรณ แก้วกรรณ, 2533; พรชัย จุลเมตต์, 2540)

การศึกษาในประเทศไทยดังกล่าวข้างต้นมีฐานความเชื่อเกี่ยวกับความรู้เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ ได้ความรู้เกี่ยวกับตัวแปรที่เลือกสรรตามกรอบแนวคิดทฤษฎี และยืนยันผลการจัดกระทำที่ผู้วิจัยกำหนดต่อผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรค ทั้งระดับการบรรยายอธิบาย และระดับการควบคุม ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละเรื่อง แต่ไม่สามารถโยงใยให้ความหมายของแต่ละตัวแปรกับบริบทหรือเงื่อนไขที่ผู้ดูแลดำรงอยู่ และการศึกษาทั้งหมดเป็นการเก็บข้อมูลของผู้ดูแลที่แหล่งบริการสุขภาพ ทำให้ขาดข้อความรู้ของกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่สามารถติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล เครื่องมือที่รวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่มีอยู่ ดังนั้นทำให้ผู้วิจัยขาดโอกาสที่จะได้ค้นพบตัวแปรใหม่ ที่จะทำความเข้าใจชีวิตของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งในเรื่องนี้ต้องมีข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นเรื่องสังคม วัฒนธรรม ประสพการณ์การรับรู้ของเจ้าของประสบการณ์เป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ยังไม่มีในประเทศไทยซึ่งเป็นสังคมที่มีความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม ทำให้ไม่มีหลักฐานเชิงสังคมนวัตกรรมที่ชัดเจนพอที่จะสร้างระบบการพยาบาลที่สนับสนุนผู้ดูแลที่บ้านได้อย่างเต็มที่

จากความเชื่อว่ามนุษย์ต้องมีปฏิสัมพันธ์และอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมของสรรพสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น ครอบครัว ระบบวัฒนธรรม ระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ในขณะที่เดียวกันมนุษย์จะมีการรับรู้ให้ความหมายในสิ่งต่างๆ หรือมีการปฏิสัมพันธ์แตกต่างกันไปตามบริบทและเงื่อนไข ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคในบริบทที่บ้านย่อมมีการรับรู้และให้ความหมายต่อการดำรงฐานะที่เป็นผู้ดูแลที่บ้านแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่มีอยู่ การที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านสามารถทำบทบาทของตนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตได้นั้น จึงจำเป็นต้องค้นหาความจริงว่าบุคคลเหล่านี้ให้ความหมายกับประสบการณ์ชีวิตในการเป็นผู้ดูแลที่บ้านอย่างไร

มีการศึกษาที่ศึกษาในมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน เช่น Subgranon (2000) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่เป็นผู้สูงอายุที่บ้าน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่บ้าน สังเกต และบันทึกภาคสนาม ผลการศึกษาทำให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุที่เป็นสโตรค ในบริบทวัฒนธรรมภาคกลาง ได้ข้อค้นพบว่ากระบวนการดูแลมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของบริบทนั้นในประเทศไทย สุดศิริ (2541) ทำการศึกษาเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้ทำในบริบทวัฒนธรรมสังคมภาคใต้ มุ่งการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน โดยการให้เกิดความร่วมมือที่มีเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล การศึกษานี้ทำให้ได้องค์ความรู้ในรูปแบบตัวอย่างของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างมีส่วนร่วมตามการรับรู้ของผู้ป่วย และผู้ดูแลในบริบทภาคใต้ ข้อค้นพบของงานวิจัยเชิงคุณภาพสองชิ้นนี้แสดงความต่างจากการศึกษาในประเทศไทยที่กล่าวมาก่อนหน้านี้ โดย

แสดงถึงการเปลี่ยนแนวคิดของการให้บริการมาเป็นความเชื่อว่าการบริการที่ดีต้องมีความเข้าใจในบริบท และสภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแล และการช่วยเหลือที่เหมาะสมตามบริบทนั้นๆ

จากความเชื่อที่ว่าความจริงทั้งหลายในโลกนี้มีความหลากหลาย ชับซ้อนขึ้นอยู่กับการรับรู้ของมนุษย์แต่ละบุคคลซึ่งมีผลมาจากบริบทแวดล้อม ดังนั้นในบริบทที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกันไป มนุษย์ย่อมมีการรับรู้ และให้ความหมายในปรากฏการณ์เฉพาะแตกต่างกันออกไป การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคที่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลที่บ้านเป็นผู้ให้ข้อมูลตามทัศนะของตนเองในบริบทวัฒนธรรมอีสาน ยังไม่มีการศึกษามาก่อน ทั้งนี้อีสานมีลักษณะพิเศษต่างจากภาคอื่นกล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมผลักดันให้คนอีสานทั้งหญิงและชายอพยพย้ายแรงงานเพื่อการทำมาหากิน ทั้งชั่วคราวและถาวร (ทองทิพย์ สุนทรชัย, 2541) บทบาทผู้หญิงอีสานที่ถูกมองว่าเป็นผู้มีบทบาททั้งการดูแลครอบครัว เป็นผู้ผลิต เป็นแรงงาน เป็นผู้บริการ เป็นภาพของคนทำงานมากแต่ผลผลิตน้อย และถูกรับรู้ว่ามีสถานภาพเป็นพลเมืองชั้นสอง (ผาสุก พงษ์ไพจิตร, 2541) มีหลักการดำรงชีวิตตามอิตลิบสองคองลิบตี เป็นโครงสร้างทางความคิด ความเชื่อ และเป็นพลังในการหล่อหลอมและผูกพันให้คนอีสานมีสำนึกแน่นแฟ้นอยู่กับสังคมเครือญาติที่มีความเอื้อเฟื้อกันและกัน (อุดม มปป, เอกวิทย์ ณ ถกลาง, 2544) ลักษณะเหล่านี้น่าจะมีอิทธิพลต่อโลกทัศน์ของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคที่บ้านในบริบทอีสาน

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ทำการสอนและนิเทศงานการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนอีสาน และศึกษานำร่องเกี่ยวกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยสตรีคในชุมชนเมืองในจังหวัดขอนแก่นในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2544 พบว่าการมีชีวิตในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคที่บ้านมีความหลากหลายและเป็นไปตามเงื่อนไขและบริบทของผู้ดูแลนั้น แบบแผนของการดูแลหลากหลายเป็นไปตามการรับรู้และการให้ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีค สภาพการพึ่งพาของผู้ป่วย และลักษณะแหล่งช่วยเหลือและสัมพันธ์ภาพของครอบครัว การรับรู้ต่อการเป็นผู้ดูแลทั้งในเชิงบวก และเชิงลบที่เกิดขึ้นควบคู่กันไป ซึ่งความหลากหลายที่เกิดขึ้นนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ามีอิทธิพลมาจากบริบท ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานทางสังคมที่ผู้ดูแลใช้ชีวิตอยู่ ดังนั้นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคที่บ้านในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสานในมุมมองของผู้ดูแลเอง จึงมีความสำคัญและจำเป็นอันดับแรก เพราะทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยสตรีคที่บ้านเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคที่บ้านทำความเข้าใจในสิ่งที่ตนประสบอยู่ ก่อให้เกิดการสื่อสารที่มีความหมายตรงกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแลที่บ้านอันจะนำไปสู่การบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับธรรมชาติ และความต้องการของผู้ดูแล นอกจากนี้องค์ความรู้นี้จะชี้นำไปสู่การสร้างนโยบายในระดับท้องถิ่นที่สอดคล้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรครวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลตามบริบทสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในแต่ละพื้นที่

2. เป้าหมายการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่ในฐานะผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยสโตรคตามการรับรู้ของผู้ดูแล เพื่อชี้แนะการสังเคราะห์บริการสุขภาพที่สอดคล้องตรงตามความต้องการและปัญหาที่เฉพาะเจาะจงของผู้ดูแล อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสโตรค และคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วย และสมาชิกของครอบครัว

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านในชุมชนเมืองขอนแก่น

4. คำถามวิจัย

4.1 คำถามวิจัยหลัก

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านในชุมชนเมืองขอนแก่นภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมอีสานเป็นอย่างไร

4.2 คำถามวิจัยรอง

4.2.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านรับรู้และให้ความหมายการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านอย่างไร

4.2.2 สาระสำคัญของการมีชีวิตเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านเป็นอย่างไร

4.2.3 แบบแผนของการดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านเป็นอย่างไร

4.2.4 ผู้ดูแลรับรู้ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในฐานะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านอย่างไร

4.2.5 ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านเป็นอย่างไร

5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจและอธิบายประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านตามการรับรู้ของผู้ดูแลที่อาศัยในเขตชุมชนเมืองเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่นทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งจะสะท้อนถึงชีวิตที่เป็นอยู่ในฐานะผู้ดูแล ปัญหาอุปสรรค และความ

ต้องการในการดำเนินชีวิตภายใต้เงื่อนไขทางวัฒนธรรม บริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง โดยทำการศึกษาในช่วงเดือนสิงหาคม 2546 ถึง เดือนมีนาคม 2547

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

6.1 จากการศึกษาวิจัยในหัวข้อ “ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน” ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับการรับรู้ และให้ความหมายชีวิตของการเป็นผู้ดูแลทั้งในเชิงบวก และเชิงลบ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสโตรคของผู้ดูแลที่บ้าน ตลอดจนผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต และความต้องการในการสนับสนุน ที่เป็นองค์ความรู้จากภายในตัวเจ้าของประสบการณ์ซึ่งเป็นความรู้แบบส่วนบุคคล ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทั้งด้านทีมสุขภาพ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในสังคมมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้าน นับว่าเป็นแนวทางชี้แนะให้ผู้เกี่ยวข้องพัฒนาระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านได้อย่างเฉพาะเจาะจงสอดคล้องตามเงื่อนไข และปัญหาอย่างแท้จริงของผู้ดูแลในบริบทสังคม วัฒนธรรมอีสาน โดยเฉพาะการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามการรับรู้ของผู้ดูแล และสามารถทำบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านได้อย่างต่อเนื่องเหมาะสม รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสโตรค และครอบครัวด้วย

ข้อความรู้ที่ได้ สะท้อนให้เห็นปัญหาหรือความต้องการของผู้ดูแลอย่างเชื่อมโยงทุกมิติ และโดยรวมของผู้ดูแลแต่ละคนในแต่ละเงื่อนไข และสภาพแวดล้อม นำไปสู่การพัฒนากระบวนการในการให้การดูแลผู้ดูแลอย่างบูรณาการทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแล โดยคำนึงว่าผู้ดูแลแต่ละคนมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรู้ มีความคิด มีความเชื่อมั่น ศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ สิทธิเสรีภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตตามมุมมองของผู้ดูแลเอง

6.2 ในด้านการศึกษา ข้อความรู้ที่ได้ช่วยทำให้เกิดความชัดเจนในวิธีการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน โดยพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนให้มีความตระหนักถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการเป็นผู้ดูแล ทั้งทางด้านผู้ป่วย ตัวผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมวัฒนธรรมของผู้ดูแล วัตถุประสงค์เฉพาะของผู้ดูแลทั้งในเชิงความสัมพันธ์ในครอบครัว และเพศสภาพของผู้ดูแลในด้านการประเมินผู้ดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงข้อมูลรอบด้าน และโดยรวมที่เป็นอยู่จริง มาวางแผนการดูแล รวมทั้งพัฒนาทักษะผู้เรียนในการเข้าถึง ให้การสนับสนุน และเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

6.3 ข้อค้นพบที่ได้ถือว่าเป็นเสียงสะท้อนความจริงจากมุมมองของผู้ดูแล (Voice) โดยแท้จริง ซึ่งเป็นข้อความรู้ของผู้ดูแลที่ยังขาดหายไปในสังคมอีสาน สามารถนำไปสู่การพัฒนา นโยบายในระดับปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการครอบครัวผู้ป่วยสโตรคที่บ้านในระดับท้องถิ่นทั้งในเรื่องของการให้ความสำคัญของการสนับสนุนผู้ดูแลทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพ การปรับ ควบคุมจากครอบครัว การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือจากทางการ และชุมชนอย่างเป็นระบบที่ต่อเนื่อง และเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ดูแล