

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ดังเนื้อหาที่จะนำเสนอเป็นลำดับต่อไปนี้

แนวคิดญาติผู้ดูแล

1. นิยามความหมายญาติผู้ดูแล
2. ความรับผิดชอบในการดูแลของญาติผู้ดูแล
3. เจ็บใจการเข้าสู่บทบาทเป็นญาติผู้ดูแล
4. บทบาทและหน้าที่ญาติผู้ดูแล

แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

1. นิยามความหมายการเปลี่ยนแปลง
2. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Lewin's force-field theory)
3. การเปลี่ยนแปลงในชีวิตของญาติผู้ดูแลและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อรับบทบาท

เป็นญาติผู้ดูแล

4. การปรับสมดุลของญาติผู้ดูแลที่ใช้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล

5. ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับสมดุลของญาติผู้ดูแลที่ใช้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล

แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดญาติผู้ดูแล

1. นิยามความหมายญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแล (family caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (Davis, 1992, p. 2) ในลักษณะการดูแลแบบไม่เป็นทางการ (informal caregiver) (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 86) และไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นลักษณะการจ้าง

(Barer & Johnson, 1990, pp. 26-28) โดยอาจเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง หรือ บุคคลใกล้ชิดอื่นๆ ของผู้ป่วย เช่น เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย สามารถจำแนกตามลักษณะการดูแลได้ 2 ประเภท (Horowitz, 1985, p. 201) คือ

1.1 ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการให้การดูแล โดยตรงต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าญาติผู้ดูแลคนอื่นๆ ลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติ จะมุ่งเน้นที่การดูแลเพื่อสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น

1.2 ญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยในด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรือ จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหลัก

อนึ่ง ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย อาจมีทั้งญาติผู้ดูแลหลักและญาติผู้ดูแลรองช่วยกันทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ส่วนการที่จะกำหนดว่าใครคือญาติผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลรองนั้นจะพิจารณาถึงปัจจัยหลายๆ ด้านประกอบกัน เช่น ความพร้อมด้านเวลา ความสามารถในการดูแล ความสะดวกในการเดินทาง ภาระหน้าที่ในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล หรือความสามารถในการพิจารณาตัดสินใจ วางแผนให้คนใดคนหนึ่ง หรือหลายๆ คนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทน เป็นต้น

2. ความรับผิดชอบในการดูแลของญาติผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยจัดแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อต้องกลับไปดูแลที่บ้านเป็น 4 ลักษณะ (จอม สุวรรณโณ, 2541, หน้า 148-149) คือ

ลักษณะที่ 1 กรณีมีเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ดูแลต่อที่บ้าน โดยไม่มีผู้ช่วยเลย

ลักษณะที่ 2 มีญาติผู้ดูแลหลัก 1 คน และมีญาติผู้ดูแลรองหลายคน โดยญาติผู้ดูแลหลักจะทราบถึงความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยมากที่สุด และมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าคนอื่นๆ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ดูแลต่อที่บ้าน ส่วนญาติผู้ดูแลรองมีหน้าที่คอยช่วยเหลือญาติผู้ดูแลหลักในบางกิจกรรม หรือช่วยผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วยเป็นบางวัน

ลักษณะที่ 3 มีญาติผู้ดูแลหลัก 2 คน และไม่มีญาติผู้ดูแลรอง โดยญาติผู้ดูแลทั้งสองคนจะทราบถึงความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย และมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยได้เท่าๆ กัน อาจช่วยกันให้การดูแลผู้ป่วยหรืออาจผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลผู้ป่วยเป็นบางวัน

ลักษณะที่ 4 มีญาติผู้ดูแลหลัก 2 คน และมีญาติผู้ดูแลรองหลายคน โดยญาติผู้ดูแลหลักทั้งสองคนจะทราบถึงความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยและมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยได้เท่าๆ กัน โดยช่วยกันดูแลผู้ป่วย หรืออาจผลัดเปลี่ยนกันมา ส่วนญาติผู้ดูแลรองจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือญาติผู้ดูแลหลักทั้งสองคน

3. ปัจจัยเงื่อนไขการเข้าสู่บทบาทเป็นญาติผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ได้แก่

3.1 สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย และการยอมรับของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย กล่าวคือ สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดี ญาติผู้ดูแลที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ยอมรับผู้ป่วยได้ มักเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายเลือกที่จะได้รับการดูแลจากสมาชิกบางคนในครอบครัว ซึ่งบุคคลนั้นเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีความผูกพัน ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 84-93) การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้มีการจัดแบ่งบทบาทความรับผิดชอบกัน โดยอาจกำหนดญาติผู้ดูแลหลัก 1 คน ส่วนสมาชิกครอบครัวที่เหลือจะให้การช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลด้านอื่นๆ แต่ในกรณีสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการปฏิเสธและผลักภาระความรับผิดชอบให้แก่กัน (ชาลี เข้มวงษ์, 2530, หน้า 36)

เป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อมีการตกลงใจเกี่ยวกับการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ในขั้นแรกบุคคลอาจปฏิเสธ จากนั้นจึงจะเริ่มทบทวน ประมวล และประเมินสถานการณ์ตามบริบทที่เกี่ยวข้อง และตัดสินใจเข้ารับบทบาทเมื่อไม่มีทางเลือกเหลือ หรือไม่สามารถผลักภาระให้แก่ผู้อื่นได้ (จอมสุวรรณ์, 2541, หน้า 150)

3.2 ศักยภาพในการดูแลของญาติผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วย หรือการดูแล รวมทั้งมีประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยมักมีแนวโน้มเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 59)

3.3 แรงจูงใจ (motivation) บีเกล, เซล, และซูลส์ (Biegel, Sales, & Schulz, 1991, pp. 31-32) พบว่า แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลญาติที่เจ็บป่วย จำแนกได้ 2 ประเภท ได้แก่

3.3.1 แรงจูงใจที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง (egoistic motivation) เป็นแรงจูงใจที่ทำให้เข้ารับการบำบัดเป็นญาติผู้ดูแลเนื่องจากคาดว่าจะได้รับรางวัลตอบแทนจากการดูแล ซึ่งอาจเป็นค่าจ้าง การยอมรับของสังคม คำชมว่าเป็นคนดี หรือคาดว่าจะเกิดสิ่งไม่ดีกับตนเองถ้าไม่ดูแล เช่น ทำไปเพื่อป้องกันคำครหาหรือความรู้สึกผิดถ้าไม่ดูแล เป็นต้น

3.3.2 แรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ (altruistic motivation) แรงจูงใจประเภทนี้มุ่งประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ที่ได้รับการดูแล โดยมักจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น พื้นฐานของความเป็นญาติ ความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ ความสัมพันธ์ในอดีตระหว่างผู้ให้และผู้รับความดูแล หรืออาจเป็นผลรวมของปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว

ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของญาติผู้ดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลอาจมีทั้งแรงจูงใจที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองและแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ กล่าวคือ ในระยะแรกเริ่มของการเป็นญาติผู้ดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลอาจให้การดูแลเพราะความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ แต่เมื่อให้การดูแลไปนานๆ ก็อาจทำไปเพราะป้องกันคำครหา หรือต้องการสิ่งตอบแทน หรือในกรณีตรงข้ามกัน ในระยะแรกญาติผู้ดูแลอาจรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลด้วยความจำใจหรือถูกบังคับ แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป ความรู้สึกเหล่านั้นอาจเปลี่ยนเป็นความเห็นใจ ความผูกพันก็เป็นได้

อย่างไรก็ตาม ญาติผู้ดูแลอาจรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลด้วยแรงจูงใจทั้งสองประเภท สลับสับเปลี่ยนไปในระยะของการให้การดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากผลลัพธ์การดูแลในแต่ละสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน อาจทำให้แรงจูงใจของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง และอาจส่งผลต่อการเข้ารับการบำบัดที่แตกต่างไปจากเดิม

3.4 วัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมาในครอบครัว พื้นฐานความเชื่อทางสังคมและการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรม ส่วนใหญ่ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดทางสายเลือดกับผู้ป่วย เป็นการดูแลตามลำดับรุ่นและพัฒนาการของสมาชิกที่เป็นระบบย่อยของครอบครัว (จอม สุวรรณโณ, 2541, หน้า 149-151)

3.5 เวลา ความสะดวก และความจำเป็นทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ เวลาและความสะดวกของญาติผู้ดูแลอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส หรืองานประจำที่ทำอยู่ ส่วนความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกที่ไม่มีรายได้จากงานประจำมักเป็นผู้มีบทบาทในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจะเกิดผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวน้อยที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเข้ารับการบำบัดเป็นญาติผู้ดูแลนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ แต่ละปัจจัยอาจมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อ

การเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ภายใต้บริบทความเชื่อ ค่านิยมของสังคม ตลอดจนขนบธรรมเนียม ประเพณีที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา

4. บทบาทและหน้าที่ญาติผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมของฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985, pp. 202-207) พบว่าญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย 6 ด้าน คือ 1) ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง 2) ช่วยเหลือประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล บำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ หรือสวัสดิการทางสังคมอื่นๆ 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน และ 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของเครชและบรูคส์ (Krach & Brooks, 1995, pp. 41-50) พบว่ากิจกรรมการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ลักษณะ คือ 1) จัดการให้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือติดต่อกับสถานบริการสุขภาพ จัดหาซื้อยาจากโรงพยาบาล ร้านขายยา หรือยากลางบ้าน รวมทั้งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยา 2) ให้การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พยุงเข้าห้องน้ำ ดูแลปิดกวดที่นอน เตรียมอาหาร เป็นต้น 3) การดูแลพิเศษ เช่น ทำแผล 4) ช่วยดูแลด้านจิตใจ โดยอยู่เป็นเพื่อนคุยหรือนอนเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ๆ และ 5) ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความเชื่อด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรม เช่น ใช้หลักธรรมในการเยียวยา การเซ่นไหว้วิญญาณของบรรพบุรุษ เป็นต้น

นอกจากนี้บทบาทและหน้าที่ของญาติผู้ดูแลที่กล่าวมาข้างต้นยังคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย 4 ประการ ได้แก่ 1) การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น 2) ให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น อยู่เป็นเพื่อนคุยหรือนอนเป็นเพื่อนอยู่ใกล้ๆ ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลง เป็นต้น 3) เป็นคนกลางในการติดต่อเจรจาหรือติดต่อกับบุคลากร หรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย และ 4) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงินเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้านในลักษณะการดูแลแบบไม่เป็นทางการและไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นลักษณะการจ้าง ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย อาจมีทั้งญาติผู้ดูแลหลักและญาติผู้ดูแลรองช่วยกันทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ส่วนการที่จะกำหนดว่าใครคือญาติผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแลรองนั้นจะพิจารณาจากปัจจัยหลายๆ ด้านประกอบกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยส่งผลต่อการเข้าสู่บทบาทการเป็นญาติผู้ดูแล

แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

1. นิยามความหมายของการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลง หมายถึง การผันแปร โดยผ่านการเปลี่ยนสภาพ การปรับเปลี่ยน หรือ การสับเปลี่ยน (Webster's 10th Collegiate Dictionary, 1993 cited in Hamric, Spross, & Hanson, 1996, p. 252) ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในลักษณะที่ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ โดยอาจเป็นการผันแปรไปจากเดิมของตัวบุคคล และ/หรือของสถานการณ์ (Lippitt, 1973 cited in Lubkin & Larsen, 1998, p. 327)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สามารถจำแนกการเปลี่ยนแปลงได้ 5 ด้าน คือ

1. ขอบเขตของการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้ทั่วไป (Hamric et al., 1996, pp. 252-253)
2. ระดับของการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องที่ซับซ้อน อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยหรืออาจเป็นการเปลี่ยนแปลงไปมาก (Hamric et al., 1996, pp. 252-253)
3. ระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงอาจใช้ระยะเวลาน้อย หรืออาจต้องใช้ระยะเวลานาน (Hamric et al., 1996, pp. 252-253)
4. ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอาจส่งผลในด้านดี หรือด้านไม่ดี (Hamric et al., 1996, pp. 252-253)
5. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่บุคคลต้องเผชิญทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ การเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการที่อาจก่อให้เกิดความเครียด (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537, หน้า 210) บุคคลส่วนใหญ่มักกลัวการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากบางครั้งการเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อจิตใจ อาจทำให้เกิดความโกรธ ความวิตกกังวล หรือทำให้เกิดการสูญเสียการควบคุม สถานการณ์ ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการที่จะยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง (Hamric et al., 1996, pp. 252-253)

นอกจากนี้ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงไม่เพียงส่งผลกระทบต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้นแต่ยังมีผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในกลุ่ม ครอบครัว การเปลี่ยนแปลงนั้นจะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ และครอบครัวทั้งระบบ (รุจา ภูไพบูลย์, 2537, หน้า 124-128)

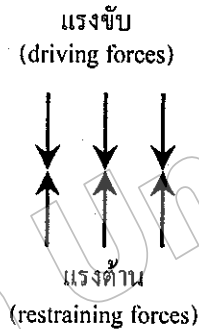
เป็นที่น่าสังเกตว่า ดัชนีบ่งชี้ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง คือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น สิ่งที่จะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลประสบความสำเร็จในกระบวนการเปลี่ยนแปลงคือ เมื่อบุคคลสามารถผสมผสานการเปลี่ยนแปลงเข้ากับชีวิตประจำวันของเขาได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537, หน้า 177-179)

2. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Lewin's force-field theory) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมีรากฐานการพัฒนามาจากทฤษฎีสถาน (field theory) (Lewin, 1951 cited in Lubkin & Larsen, 1998, pp. 328-329) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์แรงภายในสนาม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แรงภายในสนามสามารถจำแนกได้ 2 ทิศทาง (Lewin, 1951 cited in Lubkin & Larsen, 1998, pp. 328-329) คือ ทิศทางบวก เรียกว่า แรงบวกหรือแรงขับ (positive or driving forces) เป็นแรงที่แสดงให้เห็นถึงระบบของการเคลื่อนที่ที่จะต้องดำเนินต่อไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนา และทิศทางลบ เรียกว่า แรงลบหรือแรงต้าน (negative or restraining forces) เป็นแรงที่เป็นอุปสรรคขัดขวางระบบการเคลื่อนที่ไม่ให้บรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนา

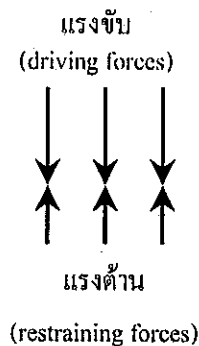
หนึ่ง รูปแบบของแรงภายในสนามสามารถอธิบายได้ 3 ลักษณะ (Lubkin & Larsen, 1998, p. 329) ดังต่อไปนี้

1. ความสมดุลของแรงภายในสนาม (equilibrium) เกิดขึ้นเมื่อผลรวมของแรงขับเท่ากับผลรวมของแรงต้าน ดังภาพที่ 1



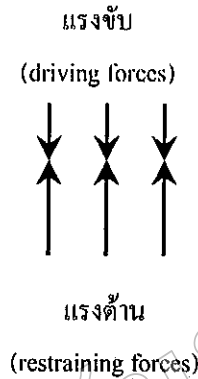
ภาพที่ 1 ความสมดุลของแรงภายในสนาม

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทิศทางที่พึงปรารถนา (desired change) เกิดขึ้นเมื่อผลรวมของแรงขับมากกว่าผลรวมของแรงต้าน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของแรงภายในสนามในทิศทางที่พึงปรารถนา

3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทิศทางที่ไม่พึงปรารถนาหรือไม่บรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนา (undesired change) เกิดขึ้นเมื่อผลรวมของแรงขับเคลื่อนน้อยกว่าผลรวมของแรงต้าน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การเปลี่ยนแปลงของแรงภายในสนามในทิศทางที่ไม่พึงปรารถนา

กระบวนการเปลี่ยนแปลง จำแนกได้ 3 ขั้นตอน (Lubkin & Larsen, 1998, pp. 328-329; Sheeny & McCarthy, 1998, pp. 98-100) ได้แก่

1. ขั้นปรารถนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง (unfreezing) เกิดขึ้นเมื่อความเชื่อและการรับรู้ของบุคคลได้ถูกกระตุ้นจากสถานการณ์หนึ่งหรือจากตัวของบุคคลเองหรือถูกกระตุ้นโดยผู้อื่น โดยบุคคลจะเริ่มตระหนักถึงปัญหาและเริ่มที่จะมองเห็นถึงการกระทำในสิ่งที่จะทำให้เกิดความแตกต่างหรือเปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะแก้ปัญหาหรือเพื่อที่จะเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ

อนึ่ง ในระยะของความปรารถนาการเปลี่ยนแปลง บุคคลแต่ละคนจะตอบสนองต่อการกระตุ้นเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้หลายรูปแบบ เช่น เมื่อบุคคลมีความรู้สึกไม่พอใจเกิดขึ้น ความรู้สึกไม่พอใจจะกลายเป็นแรงจูงใจหรือแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือปรารถนาให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น เพื่อที่ตนเองจะได้ลดความรู้สึกไม่พอใจลงหรือไม่ต้องประสบกับมันเลยทันทีที่บุคคลเริ่มคิด หรือรับรู้ต่อความรู้สึกเช่นนั้นคล้ายกับว่าบุคคลได้เปิดเผยตนเองที่จะยอมรับและมองสถานการณ์ของตนเองแบบใหม่ นั่นคือในระยะนี้บุคคลจะก้าวสู่ขั้นตอนที่สองของกระบวนการเปลี่ยนแปลง

2. ขั้นกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลง (moving) เป็นระยะลงมือกระทำเพื่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ มุมมอง การกระทำ และค่านิยมของบุคคลที่แตกต่างไปจากเดิม ในระยะนี้บุคคลจะให้ความหมายใหม่แก่สถานการณ์ และเริ่มที่จะผสมผสานพฤติกรรมใหม่เข้ากับสถานการณ์ของตนเอง

3. ขั้นสร้างพฤติกรรมใหม่ (refreezing) เป็นการผสมผสานพฤติกรรมใหม่ให้เป็นส่วนหนึ่งของในบุคลิกภาพ และโครงสร้างของสังคม โดยการประสานการเปลี่ยนแปลงเข้ากับสภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเป็นทฤษฎีที่ผู้วิจัยจะใช้เป็นความไวเชิงทฤษฎีในการสร้างแนวคำถาม เก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและบรรยายประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีทิศทางที่ชัดเจนและครอบคลุม

3. การเปลี่ยนแปลงในชีวิตของญาติผู้ดูแลและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของญาติผู้ดูแลและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล 4 ด้าน คือ

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทและหน้าที่ การเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิม ญาติผู้ดูแลอาจต้องดำรงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยที่มีระยะการดำเนินของโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน โดยไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์ของการดูแลจะเป็นเช่นไร และจะสิ้นสุดลงเมื่อใด ญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ใหม่เพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงบทบาทเดิมให้คงอยู่ต่อไปและ รับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

อนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทและหน้าที่ของญาติผู้ดูแลเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล จำแนกได้ 5 ประการ (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540, หน้า 44-47; สุดา เทพศิริ, 2540, หน้า 30-32; Andrews & Roy, 1991, p. 371) คือ

ประการที่หนึ่ง การแสดงบทบาทไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective role transition) เป็นปัญหาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลคือ ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยในหลายด้าน อาทิเช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ การจัดการแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย การดูแลด้านความสุขสบายของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการของบุคลากรทางการแพทย์ การตัดสินใจในการให้การดูแล รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่อง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Kristjanson & Ashcroft, 1994, pp. 1-17) สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกฝนทักษะต่างๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ตนเองมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ

ประการที่สอง การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความเป็นจริง (role distance) ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่ต้องการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลด้วยความสมัครใจ แต่ต้องรับบทบาทนั้นด้วยความ

จำยอมอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ มีอารมณ์สับสน และเกิดความเครียดทำให้ญาติผู้ดูแลต้อง
ใช้กลไกในการเผชิญปัญหาช่วยในการปรับตัวของตน (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, 2540, หน้า 44-47)

ประการที่สาม ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) จำแนกได้ 2 ลักษณะ กล่าวคือ

ลักษณะที่หนึ่ง ความขัดแย้งระหว่างบทบาท (interrole conflict) เป็นความขัดแย้ง
ที่เกิดขึ้นในกรณีที่ญาติผู้ดูแลต้องแสดงบทบาทหลายบทบาทไปพร้อมกัน หากบทบาทที่ต้องแสดง
นั้นมีความขัดแย้งกัน จะส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด

ลักษณะที่สอง ความขัดแย้งภายในบทบาท (intrarole conflict) เป็นความขัดแย้งที่
เกิดขึ้นในกรณีที่ญาติผู้ดูแลนั้นแสดงบทบาทตามความคาดหวังของบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องมากกว่าที่
จะแสดงบทบาทตามความต้องการและความสามารถของตนเอง

ประการที่สี่ ความคลุมเครือในบทบาท (role ambiguity) เกิดจากบทบาทที่ญาติผู้ดูแล
แสดงขาดความชัดเจน ไม่มีข้อตกลงที่เพียงพอที่จะเป็นแนวทางในการแสดงบทบาทของญาติผู้ดูแล
สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลุมเครือในบทบาทอาจเนื่องมาจากผู้ครองบทบาทนั้นเพิ่งเข้ารับบทบาท
ใหม่ ยังไม่ทราบถึงความคาดหวังที่มีต่อบทบาทที่ดำรงอยู่ หรือยังขาดความกระจ่างพอที่จะแสดง
บทบาทได้อย่างเหมาะสม หรืออาจเกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลอยู่ในช่วงเปลี่ยนแปลงบทบาทจากบท
บาทหนึ่งไปสู่อีกบทบาทหนึ่ง โดยที่บทบาทใหม่ไม่มีขอบเขตแน่นอน รวมถึงการขาดความรู้ที่
เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวัง จึงทำให้เกิดความสับสนและสร้างความเครียดได้

ประการที่ห้า ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (role failure) การรับบทบาทเป็น
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจน และเพียงพอต่อการเข้าใจในบทบาท
ของตนเองและผู้ที่เกี่ยวข้อง อันจะนำมาซึ่งการแสดงบทบาทที่เหมาะสม การแสดงบทบาทดังกล่าว
จำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบเพื่อช่วยในการปรับตัว เช่น การได้รับความร่วมมือ สิ่งอำนวยความสะดวก
สะดวกจากแสดงบทบาท และคู่บทบาท (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536, หน้า 5-6) เมื่อ
ญาติผู้ดูแลขาดองค์ประกอบต่างๆ อาจทำให้เกิดปัญหาและความล้มเหลวในการแสดงบทบาท ไม่
สามารถแสดงบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลได้ต่อไป

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะ
การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลาย่อมมีผลต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย
ของญาติผู้ดูแล ดังเช่นการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) พบว่าภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ
ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านด้วยความเอาใจใส่และใกล้ชิด ส่งผลกระทบให้ญาติผู้ดูแลและเลยการดูแล
สุขภาพของตนเอง เช่นเดียวกับงานวิจัยของพีเรธและเอมี (Periad & Ames, 1993, pp. 252-256)
พบว่าการทำงานที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลร้อยละ 30 ได้รับผลกระทบในการดูแลกิจวัตร
ประจำวันของตนเอง เนื่องจากญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาหรือมีเวลาน้อยในการดูแลตนเองในแต่ละวัน

นอกจากนี้ด้วยความรักและความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายทุ่มแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม มีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนลดน้อยลง (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537, หน้า 33) ญาติผู้ดูแลบางคนมีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารมากกว่าเดิม บางรายเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้อง เป็นต้น

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้สึกทางบวกจากการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะมีความรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย มีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ และมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีคุณค่า เป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 89) จะเห็นได้ว่าเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งเป็นรางวัลอันมีค่าในชีวิต แต่ในขณะเดียวกันการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลอาจทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะอ่อนล้าทางจิตใจและอารมณ์อย่างฉับเนื่องในการดูแลผู้ป่วย อันอาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยากลำบาก โดยเฉพาะความตึงเครียดทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Lubkin & Larsen, 1990, p. 205)

อนึ่ง ในการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย เจ้าอารมณ์ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมีความคาดหวังในบทบาทของญาติผู้ดูแลมากเกินไป ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสับสน เนื่องจากไม่สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกคนได้ เมื่อญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งได้ ญาติผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกตึงเครียดในจิตใจ เช่น มีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคาม เกิดอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ วิตกกังวล โทษตัวเองหรือผู้อื่น เป็นต้น และอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนี ซึ่งภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ จิตใจของญาติผู้ดูแล มีผลต่อภาวะสุขภาพทางจิตใจ และส่งผลย้อนกลับถึงภาวะสุขภาพทางกายของญาติผู้ดูแล เรียกได้ว่าญาติผู้ดูแลนั้นอาจเป็นเสมือนผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น (invisible patient) (Lubkin & Larsen, 1998, p. 258)

เป็นที่น่าสังเกตว่าการตอบสนองต่อความตึงเครียดทางอารมณ์และจิตใจของญาติผู้ดูแลนั้นแสดงออกได้หลายวิธี เช่น เกิดความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกผิด มีความรู้สึกท้อแท้ใจ คับข้องใจ เป็นต้น (Lubkin & Larsen, 1990, pp. 206) ความรู้สึกเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางด้านอารมณ์และจิตใจของญาติผู้ดูแลนั้นเป็นผลมาจากการ

ถูกกระทบทางด้านศักยภาพด้านความคิดของญาติผู้ดูแล ซึ่งญาติผู้ดูแลอาจจะใช้เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ทำให้เกิดการถอยหนีได้

3.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสัมพันธภาพภายในครอบครัว การเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล ที่มีกระบวนการตอบสนองต่อบทบาท และผลลัพธ์จากการเข้ารับบทบาทที่แตกต่างกัน ในด้านสังคมและสัมพันธภาพภายในครอบครัว กรณีที่การเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้องญาติผู้ดูแล จะได้รับการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจ ได้รับการยอมรับนับถือ เพิ่มเครือข่ายทางสังคม (จอม สุวรรณโณ, 2541, หน้า 152) แต่ในทางตรงข้าม ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการทำกิจกรรมในสังคมลดน้อยลง

นอกจากนี้ หากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมีความคาดหวังในบทบาทของญาติผู้ดูแลมากเกินไป อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสับสน เนื่องจากไม่สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวได้ อาจก่อให้เกิดสัมพันธภาพภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ (บุพผาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539, หน้า 88)

3.5 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในการครอบครัวเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวย่อมสูงขึ้น เนื่องจากรายจ่ายของครอบครัวส่วนหนึ่งต้องเสียไปกับค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งนั้น จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะของการบำบัดรักษาจะต้องเสียค่ารักษาเพิ่มเติมขึ้น อาทิเช่น ค่ารังสีรักษา ค่าเคมีบำบัด ค่าผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพล้วนแต่เป็นค่าใช้จ่ายที่สมาชิกภายในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลเองต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยทั้งขณะที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

อนึ่ง ผู้ป่วยจะเป็นสมาชิกคนหนึ่งที่ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ อันอาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกอีกคนหนึ่งที่ต้องหยุดประกอบอาชีพในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย แต่ก็ยังมีญาติผู้ดูแลอีกส่วนหนึ่งอาจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวและจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วย

ประกอบกับการขาดการสนับสนุนทางการเงินสำหรับครอบครัวที่ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงิน รวมทั้งการเพิกเฉยต่อญาติผู้ดูแล การบริการสนับสนุนที่มีความจำกัดและไม่แน่นอน เมื่อสถานการณ์เหล่านี้เกิดขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลเมื่อต้องประสบกับปัญหาด้านการเงิน (Lubkin & Larsen, 1990, p. 204)

นอกจากนี้ ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับการรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลที่มีภาวะเศรษฐกิจดีหรือมั่นคงมักรับรู้ถึงภาระการดูแลมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่มั่นคง ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดที่แตกต่างกัน (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541, หน้า 15) ดังเช่นการศึกษาของโอเบิร์ส, โทมัส, กาสส์, และวอร์ด (Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989, pp. 209-215) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจและภาระในการดูแลกับการประเมินสถานการณ์ของการดูแล จากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีเศรษฐกิจทางสังคมต่ำ จะประเมินสถานการณ์การดูแลว่ามีอันตราย เกิดความสูญเสีย หรือมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคามมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีเศรษฐกิจทางสังคมปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของเอกเบิร์กและกริฟฟิธ (Ekberg & Griffith, 1986 cited in DesRosier, Cantanzaro, & Piller, 1992, pp. 87-91) ที่ศึกษาถึงอาการเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า รายได้หรือภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัวจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น

เป็นที่น่าสังเกตว่า ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจยังส่งผลถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล กล่าวคือความขัดสนในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาการรักษา มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีความสามารถในการรักษาหรือมาตรวจตามนัด อันอาจเนื่องมาจากไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เสี่ยงต่อการดำเนินไปของโรคที่แย่ลง เสี่ยงต่ออาการกลับเป็นซ้ำ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง ทำให้ญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งอาจต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อหารายได้มาจ่ายค่ารักษาให้กับผู้ป่วยรวมทั้งหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

นอกจากนี้ ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังประสบกับภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ประชาชนต้องเผชิญกับปัญหาการว่างงาน เครื่องอุปโภคบริโภคมีราคาสูงขึ้นรัฐบาลมีนโยบายให้ประชาชนประหยัด ประกอบกับรัฐบาลมีนโยบายปรับงบประมาณอื่นๆ ซึ่งรวมถึงนโยบายในการบริการด้านสุขภาพด้วย เช่น การกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สามารถเบิกจากรัฐได้ การกำหนดชนิดของยาและการตรวจพิเศษที่รัฐบาลสามารถให้การช่วยเหลือได้ เป็นต้น ส่งผลกระทบถึงผู้ป่วยและครอบครัวส่วนหนึ่ง ที่แต่เดิมสามารถขอรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐที่เคยได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล หรือจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่สามารถจ่ายได้ แต่ในสภาวะการณ์ปัจจุบันผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับครอบครัว

4. การปรับสมดุลของญาติผู้ดูแลที่ใช้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลนั้นเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นตั้งแต่ญาติผู้ดูแลเริ่มคิดที่จะจัดการกับการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งปฏิกิริยาการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน วิธีการเผชิญปัญหานั้นมีทั้งวิธีการเผชิญปัญหาจากภายใน (internal coping strategies) หรือวิธีการที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล และวิธีการเผชิญปัญหามาจากภายนอก (external coping strategies) หรือแรงสนับสนุนภายนอก (Kristjanson & Ashcroft, 1994, p. 8)

การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูโพนุลย์ (2537) ที่พบว่า เมื่อญาติผู้ดูแลต้องมีการปรับสมดุลในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการกระทำหรือการจัดการเพื่อให้สามารถดำรงหน้าที่ของตนเองได้ รักษาความสมดุลของการทำหน้าที่ ไม่ให้ผลกระทบจากภาวะการเปลี่ยนแปลงมาทำลายสถานภาพของตนเองได้ ซึ่งกลไกในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ชนิดภายใน (internal type) เช่น การใช้อารมณ์ขันในการเผชิญปัญหา เนื่องจากอารมณ์ขันสามารถช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้ระดับหนึ่ง ซึ่งต้องเลือกใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละสถานการณ์ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลอาจใช้วิธีการให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี ทำให้ญาติผู้ดูแลเห็นว่าการเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลเจ็บป่วยไม่ได้มีความหมายในแง่ลบเท่าที่นั้น
2. ชนิดภายนอก (external type) เช่น การหาข้อมูลเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น อาจเป็นการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งบริการทางด้านสุขภาพต่างๆ หรือการติดต่อกับกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลแสวงหาความช่วยเหลือ จะมีการติดต่อกับบุคคลและองค์กรภายนอกเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนต่างๆ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลอาจได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นการติดต่อช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง บิดา มารดา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น เพื่อช่วยแก้ปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ หรือญาติผู้ดูแลอาจติดต่อกับญาติผู้ดูแลคนอื่นที่มีปัญหาลักษณะคล้ายกัน จัดกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนข้อมูล และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หรือญาติผู้ดูแลอาจยึดความเชื่อทางจิตวิญญาณ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความสงบทางจิตใจ บำบัดความทุกข์ ซึ่งบางคนอาจใช้ความเชื่อทางพิธีกรรมและไสยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง

จะเห็นได้ว่า วิธีการเผชิญปัญหามาจากภายในมีความสำคัญ ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะของความตึงเครียดซึ่งเป็นผลจากการถูกกระทบทางด้านศักยภาพด้านความคิด สามารถใช้ศักยภาพทางด้านความคิดของตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้เป็นที่น่าสนใจว่า แรงสนับสนุน

จากสังคมภายนอกก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับญาติผู้ดูแล (Kristjanson & Ashcroft, 1994, p. 8) กล่าวคือ แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลในการที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกได้รับความห่วงใยที่มีบุคคลอื่นได้รับฟังเรื่องราวต่างๆ ด้วยความเข้าใจ ตลอดจนช่วยในการตัดสินใจเวลาเกิดปัญหาต่างๆ จากการดำเนินชีวิต หรือปัญหาจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

อนึ่ง การที่มีบุคคลที่ญาติผู้ดูแลสามารถเล่าและบอกปัญหาต่างๆ หรือจากการติดต่อกับ ทีมสุขภาพ จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกผูกพัน เกิดความปลอดภัย มีความรู้สึกว่ามีคนคอยช่วยเหลือให้อยู่กับผู้ป่วยหรือถูกปฏิเสธจากสังคม ยังมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง มีความสำคัญ รู้สึกว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

นอกจากนี้ แหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับญาติผู้ดูแลอาจเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน ซึ่งมาเยี่ยมเยียน มาช่วยเหลือ หรืออาจเป็นทีมสุขภาพที่ช่วยในการให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือ คำนวณเวลาเกิดปัญหา ถ้าญาติผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการ จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลายความวิตกกังวล ความตึงเครียด เกิดการปรับตัวในทางที่ดี และเกิดความมั่นใจ (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541, หน้า 24)

อนึ่ง ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถปรับสมดุลเพื่อใช้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ อันอาจเนื่องมาจากใช้วิธีการเผชิญปัญหาจากภายในไม่เหมาะสม และ/หรือ ปัจจัยจากแหล่งสนับสนุนภายนอกไม่เพียงพอ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่เกินความสามารถที่จะจัดการได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ (caregiving burden) (Scott-Bear et al., 1995, pp. 299-305)

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล เป็นการประเมินเหตุการณ์ในการดูแลของบุคคลที่มีการรับรู้ว่าจะต้องใช้เวลาและความยากลำบากเพียงใดในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับความคิดและการรับรู้ของญาติผู้ดูแล

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกเป็นภาระเชิงวัตถุวิสัย (objective burden) และความรู้สึกเป็นภาระเชิงจิตวิสัย (subjective burden) (Scott-Bear et al., 1995, pp. 299-305) ความรู้สึกเป็นภาระเชิงวัตถุวิสัยเป็นความรู้สึกถึงกิจกรรมที่เป็นงานในการดูแลผู้ป่วย วัดได้จากความรู้สึกเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแล ส่วนความรู้สึกเป็นภาระเชิงจิตพิสัยเป็นเจตคติ อารมณ์และความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย วัดจากความรู้สึกยากลำบากในการดูแลหรือความพยายามที่ต้องใช้ในการดูแล

อนึ่ง ในการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมักทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจ และสติปัญญาความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและทุกข์ทรมานน้อยที่สุด นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลยังอาจมีภาระงานอื่นๆ เพิ่มขึ้นด้วย เช่น การทำงานบ้าน การจัดหาของใช้ในการดูแลผู้ป่วย การติดต่อกับบุคลากรในทีมสุขภาพ การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ การทำธุระต่างๆ ของผู้ป่วย เป็นต้น กิจกรรมต่างๆ ที่ญาติผู้ดูแลกระทำนี้ อาจไม่ใช่งานที่เคยมีประสบการณ์หรือเรียนรู้มาก่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าเป็นงานที่ยากลำบาก ต้องใช้พลังงาน เวลาและความพยายามมาก ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพรุนแรงมาก และความต้องการในการดูแลมากขึ้น ญาติผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น

ความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของฮัลล์ (Hull, 1992, pp. 1179-1187) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และการศึกษาของแคเรย์, โอเบิร์ตส, แมคคอบบิน, และฮัคส์ (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991, pp. 1341-1348) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาต่างก็พบว่าระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น

นอกจากนี้ความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลยังคล้ายคลึงกับการศึกษาของจรียา วิษยะศุกร (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าพลังความสามารถในการดูแล และการเผชิญความเครียดในการดูแลมีอิทธิพลในทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบีเกล, มิลลิแกน, พัทแนม, และซอง (Biegel, Milligan, Putnam, & Song, 1994, pp. 473-494) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก เป็นผู้ที่รับรู้การสนับสนุนจากสถานบริการและครอบครัวน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของเกนเนอร์ (Gaynor, 1990, pp. 208-212) ที่พบว่าภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยทางระบบประสาทเรื้อรังที่บ้านเป็นเวลานานจะประเมินความรู้สึกเป็นภาระมาก เนื่องมาจากสาเหตุ 3 ประการ คือ 1) การได้รับการบริการจากสถานบริการทางสุขภาพน้อยลง 2) การได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวน้อยลง และ 3) การเกิดความเหนื่อยล้า และเช่นเดียวกับการศึกษาของบูลล์ (Bull, 1990, pp. 758-776) ที่พบว่า ขนาดของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ญาติผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายการประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้ นั่นคือการสนับสนุนที่ญาติผู้ดูแลได้รับมีความสำคัญต่อความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแล

กล่าวได้ว่า ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล เป็นการรับรู้ต่อภาระงานของญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก เนื่องมาจากญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณต้องใช้เวลาและความพยายามมากในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจะมากหรือน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ

เช่น ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพและการพึ่งพาของผู้ป่วย วิธีการเผชิญปัญหา ภาระงานต่างๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแล รวมทั้งการช่วยเหลือและสนับสนุนที่ญาติผู้ดูแลได้รับ เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป ในสถานการณ์ที่ญาติผู้ดูแลเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการปรับสมดุลที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกมาช่วยเพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล ไม่เกิดความรู้สึกว่าการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นภาระ

5. ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับสมดุลของญาติผู้ดูแลที่ใช้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับสมดุลของญาติผู้ดูแลที่ใช้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ทักษะติดต่อความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วิธีความเจ็บป่วยของโรค และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล การเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล หากญาติผู้ดูแลมีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วย มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย จะมีการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยไม่ได้ดีเท่ากับญาติผู้ดูแลที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (วิลลาร์ด ภูวราวุธพานิช, 2537, หน้า 35) และในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีศักยภาพทางด้านความคิดของตนเองจะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่ได้รับการถูกกระทบทางด้านศักยภาพด้านความคิด ซึ่งภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปรับสมดุลเพื่อจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล

5.2 ทักษะติดต่อความเจ็บป่วย ระยะแรกของการวินิจฉัยความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้น ญาติผู้ดูแลอาจนึกถึงความตายเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมาก สิ่งนี้มักจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคต ญาติผู้ดูแลที่เข้ามาอยู่ในสถานการณ์การดูแล และมีทัศนคติในด้านลบกับความเจ็บป่วยนั้นจะมีความรู้สึกว่าตนเองกำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ยากลำบากมาก

นอกจากนี้ ความโกรธมักเป็นการแสดงออกที่เกิดขึ้นเสมอสำหรับญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลมักจะแสดงความกลัว ซึ่งความกลัวที่เกิดขึ้นนั้นมักเป็นความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และกลัวต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ญาติผู้ดูแลจะปฏิเสธตัวเองว่าไม่รู้อะไรทั้งสิ้น เนื่องจากว่าความรู้สึกสูญเสียได้เริ่มเกิดขึ้นนับตั้งแต่ครั้งแรกที่ได้รับฟังคำวินิจฉัย ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับ

160940

๐
๖๑๐.๗๖๔๔
๐ ๖๔๔ ๐
๐

ความเครียดอันใหญ่หลวง ส่งผลถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแล ในทางตรงกันข้ามหากญาติผู้ดูแลที่มีทัศนคติทางบวกกับความเจ็บป่วย สัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจะเป็นไปด้วยดี ญาติผู้ดูแลจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี (Tschudin, 1988, p. 7)

5.3 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการปรับสมดุลเพื่อการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของญาติผู้ดูแลคือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค ผู้ป่วยที่มีผลกระทบจากความเจ็บป่วยรุนแรง มีรอยโรคหรือความสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองจะทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความยุ่งยากและซับซ้อน ญาติผู้ดูแลอาจต้องใช้เวลาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะเวลานาน และยังเป็นภาระที่ยากที่จะคาดการณ์ได้ว่าผลลัพธ์จากการดูแลจะเป็นเช่นไร

นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย เจ้าอารมณ์จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537, หน้า 34) ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแลที่อาจมีมากขึ้น ประกอบกับบริบทต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งนอกจากญาติผู้ดูแลต้องใช้ความสามารถในการปรับสมดุลเพื่อจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมากขึ้นแล้ว ญาติผู้ดูแลอาจต้องใช้ความสามารถในการปรับสมดุลทางด้านอารมณ์และจิตใจให้กับผู้ป่วยด้วย สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลถึงญาติผู้ดูแลมากมายในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

5.4 วิธีความเจ็บป่วย วิธีความเจ็บป่วยจะมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อการเข้ารับบทบาทของญาติผู้ดูแล และมีผลต่อความสามารถในการเผชิญกับปัญหาของญาติผู้ดูแล ซึ่งความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ความขัดแย้ง หรือความรู้สึกผิด มักจะเกิดขึ้นเมื่อไม่มีความสมดุล กันระหว่างความคาดหวังของญาติผู้ดูแลกับวิธีความเจ็บป่วย กล่าวคือ ลักษณะเฉพาะของวิธีความเจ็บป่วยคือมีการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดขึ้นอย่างไม่เรียงตามลำดับขั้นตอน สามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาได้ แต่ในที่สุดแล้ววิธีความเจ็บป่วยจะสิ้นสุดลงที่ความตาย ในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่เสียชีวิต ความอาลัย การเฝ้าคอยและความรู้สึกผิดที่ผสมผสานกับการรอคอยความตายนั่นจะเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Kristjanson & Ashcroft, 1994, p. 4) ส่งผลต่อความสามารถทางด้านความคิดในอันที่จะใช้ในการปรับสมดุลของญาติผู้ดูแลในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแล

5.5 แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยภายนอกที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการเผชิญกับปัญหาดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น หากปัจจัยดังกล่าวไม่เพียงพอ อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่เกินความสามารถที่ผู้ดูแลจะจัดการได้

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยได้จำแนกถึงการเปลี่ยนแปลงและการปรับสมดุลของญาติผู้ดูแลใช้ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความชัดเจนในประเด็นต่างๆ แต่แท้จริงแล้วการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลนั้นไม่สามารถแบ่งแยกออกจากกันได้เนื่องจากเป็นความเกี่ยวข้องที่เป็นองค์รวม ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างเป็นองค์รวม เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจญาติผู้ดูแลอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น

แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ บลัมเมอร์ (Blummer, 1969 cited in Burg, 1995, p. 8) กล่าวว่า การกระทำของบุคคลเกิดจากระบวนการปรับแต่งตีความต่อสัญลักษณ์ที่บุคคลนั้นเข้าไปปฏิสัมพันธ์ ซึ่งสัญลักษณ์เป็นวัตถุทางสังคม กล่าวคือ สัญลักษณ์เป็นการนิยามจากการปฏิสัมพันธ์ ไม่ใช่เป็นการสร้างขึ้นโดยธรรมชาติ (Shibutani, 1961 cited in Charon, 1998, p. 48)

อนึ่ง มนุษย์เกิดและอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางสัญลักษณ์ เป็นผู้ให้คุณค่าและเรียนรู้สัญลักษณ์ทางสังคม มนุษย์ไม่ได้ให้การตอบสนองต่อความจริงทางกายภาพ หากแต่ตอบสนองต่อความจริงทางสัญลักษณ์โดยผ่านกระบวนการสื่อสารและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ ที่ทำให้วัตถุต่างๆ เปลี่ยนจากวัตถุทางกายภาพเป็นวัตถุทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงของวัตถุนั้น ไม่ใช่เป็นเพราะวัตถุเปลี่ยนแปลง แต่เป็นเพราะบุคคลเปลี่ยนความหมายของวัตถุเหล่านั้น (Charon, 1997, อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2541, หน้า 39)

นอกจากนี้ นักปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์จะแสดงออกโดยใช้สัญลักษณ์จากความคิดอิสระและความคิดสร้างสรรค์ เป็นแนวทางในการแปลความหมายการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการติดต่อสื่อสารเพื่อพัฒนาพฤติกรรมกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นการมองตนเองตามกระจกสะท้อนซึ่งกันและกัน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะมีความหมายอย่างไรขึ้นอยู่กับความคิดของบุคคลนั้นแล้วเลือกที่จะแสดงบทบาท บุคคลจะเรียนรู้ผลของการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพด้วยการสวมบทบาทของผู้อื่น ซึ่งหมายถึงการมีจินตนาการสมมติตนเองเข้าไปอยู่ในตำแหน่งของคนอื่น แล้วมองสิ่งต่างๆ ที่จุดยืนนั้นๆ (วรรณภา คงสุริยะนาวัน, 2540, หน้า 17) เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์บุคคลจะสังเกตเห็นคนอื่นและดัดแปลงพฤติกรรมจากการรับรู้ของเขา การแสดงออกของพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลจึงเป็นไปตามการแปลความและการให้ความหมายเกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ พฤติกรรมการแสดงออกจึงเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์และการให้ความหมายซึ่งอยู่ในรูปของปฏิสัมพันธ์ที่มีรูปสัญลักษณ์ (วรรณภา ศรีธีรัตน์, 2542, หน้า 52-53) ซึ่งการให้ความหมายของบุคคลต่อสิ่งที่เข้าไปปฏิสัมพันธ์นั้นเกิดจากการเรียนรู้สัญลักษณ์ทางสังคม ประสบการณ์

เดิมหรือการสะสมเพิ่มพูนทางจิตใจ การกระทำส่วนหนึ่งของบุคคลจึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมีความเป็นพลวัตรและไม่สามารถทำนายได้ เนื่องจากการเปลี่ยนการให้ความหมายของตัวบุคคลเอง

นอกจากนี้ แนวคิดนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล ซึ่งการรับรู้ของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญต่อการรับรู้ปัญหา นำไปสู่การให้ความหมายของสิ่งนั้น แล้วจึงตอบสนองโดยการแสดงพฤติกรรมออกมา ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่แต่ละบุคคลจะให้ความหมายของผู้ที่ปฏิสัมพันธ์อยู่ในใจว่าผู้ที่ปฏิสัมพันธ์ด้วยคิดหรือเชื่ออย่างไร จึงเป็นการให้ความหมาย โดยการระบุสาเหตุของแต่ละบุคคล ความหมายนี้จะเป็นสิ่งที่อยู่เบื้องหลังที่ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลดำเนินต่อไป เพราะบุคคลจะให้ความหมายที่แสดงออกตามธรรมชาติ แต่ในทางตรงข้าม ถ้าการให้ความหมายเกิดขึ้นจากการประเมินคุณภาพของบุคคลเกิดผลที่ได้ไม่เป็นที่พอใจ ความหมายที่ได้ก็จะเป็นตราบาป (stigmatized) การให้ความหมายจึงอาจต้องมีการต่อรองเพื่อให้สัมพันธ์ภาพก้าวหน้าต่อไป อาจต้องมีการเลือกความหมายที่มีต่อผู้อื่นด้วย การระบุสาเหตุจึงเป็นกระบวนการสำคัญและเป็นแกนกลางของการรับรู้ของบุคคล เพราะบุคคลจะรับรู้การกระทำของผู้อื่นไปในทางที่ระบุสาเหตุนั้น (Goffman, 1989 อ้างถึงใน วรรณา คงสุริยะนาวัน, 2540, หน้า 19)

แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นี้ให้ความคิดรวบยอดสำหรับเสริมฐานแนวคิดการวิจัยในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายทางสังคมของสัญลักษณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวคือการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อนำไปสู่การตอบสนองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ตลอดจนการปรับสมดุลเพื่อจัดการกับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งว่ามีการกระทำอย่างไรเพราะเหตุใด และมีปัจจัยเงื่อนไขใดเข้ามาเกี่ยวข้อง

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สะท้อนโครงสร้างความรู้ที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นฐานความไวเชิงทฤษฎีสำหรับใช้ศึกษาเพื่อบรรยายการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในการวิจัยครั้งนี้ โดยฐานแนวคิดนั้นจำแนกเป็น 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดญาติผู้ดูแล แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง และแนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ ซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและนำไปสู่ผลการวิจัยที่ตรงกับความรู้ที่นักคิดตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากที่สุด