

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับผู้ป่วย ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ภาระในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด
 - 1.1 อุบัติการณ์และระบาดวิทยาของวัณโรค
 - 1.2 สาเหตุและพยาธิวิทยา
 - 1.3 การรักษาวัณโรคด้วยวิธี DOTS
 - 1.4 ผลกระทบของวัณโรคปอด
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
 - 2.1 ด้านผู้ดูแล
 - 2.2 ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
 - 2.2.1 การดูแลด้านการรักษาพยาบาล
 - 2.2.2 การดูแลด้านจิตใจ
 - 2.2.3 การดูแลด้านสังคม
 - 2.2.4 การดูแลด้านเศรษฐกิจ
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแล
 - 2.3.1 สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย
 - 2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง
 - 2.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับภาระในการดูแล
 - 2.3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด

อุบัติการณ์และระบาดวิทยาของวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยประมาณการว่าจะมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีประมาณ 8 ล้านรายและมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 3 ล้านคนต่อปีและ

ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2545) สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราป่วยจากวัณโรคทุกชนิดเพิ่มขึ้นจาก 65 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2534 เป็น 76 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2541 และพบว่าอัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบเชื้อเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน จาก 33.4 ราย ต่อประชากรแสนคน ในปี 2533 เป็น 50.4 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2542 (กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544) จากการที่พบว่ามีอัตราผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มสูงขึ้นเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดเชื้อ HIV ปัญหาการเคลื่อนย้ายของประชากรเข้าสู่เมืองใหญ่และปัญหาการดื้อยาหลายขนานที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นองค์การอนามัยโลก จึงประกาศให้วัณโรคเป็นโรคระบาดฉุกเฉินในเดือนเมษายน 2536 จากรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2543 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยรวมทั้งสิ้น 26,787 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 44 ต่อประชากรแสนคน (กองระบาดวิทยา, 2543) ในปี 2544 (กองระบาดวิทยา, 2544) พบว่ามีผู้ป่วยด้วยวัณโรคปอด จำนวน 20,555 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 162 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 33.31 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายคิดเป็นร้อยละ 0.79 ในปี 2545 (กองระบาดวิทยา, 2545) พบว่ามีผู้ป่วยด้วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นเป็น 21,141 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 112 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 34.15 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติผู้ป่วยวัณโรคดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการควบคุมและการรักษาวัณโรคยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามในการดำเนินการควบคุมวัณโรคแต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดให้อัตราการรักษาหายขาดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 ในปี 2543

สาเหตุและพยาธิวิทยา

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิด *Mycobacterium* หลายชนิด ที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) คือ *Mycobacterium tuberculosis* สำหรับ *Mycobacterium africanum* พบได้ในแถบแอฟริกา ส่วน *Mycobacterium bovis* มักก่อให้เกิดโรคในสัตว์ ซึ่งอาจติดต่อมาถึงคนได้โดยการบริโภคนมที่ไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อ นอกเหนือจากเชื้อ *Mycobacterium* ทั้ง 3 ชนิด อาจพบ *Mycobacterium* ชนิดอื่น ๆ ได้ตามธรรมชาติ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค เชื้อเหล่านี้เดิมมีชื่อเรียกว่า *Atypical mycobacterium* และ *Mycobacterium other than tuberculosis* (MOTT) ในปัจจุบันเรียกว่า *Nontuberculous mycobacteria* (NTM) หากเชื้อเหล่านี้ก่อโรคในคนแล้วมักจะมีปัญหาในเรื่องการรักษาด้วยยาวัณโรคทั่ว ๆ ไป

การติดต่อ

วัณโรคสามารถติดต่อได้หลายทาง (บุญส่ง พงษ์สุนทร, 2543) โดยพบว่าติดต่อทางเดินหายใจ พบมากที่สุด นอกจากนี้ยังติดต่อได้ทางการกลืนกินเชื้อเข้าไป ได้แก่ *M. Bovis* เนื่องจากการดื่มนมที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ ในปัจจุบันพบได้น้อย แต่ยังมีรายงาน การติดต่อจากมารดาสู่ทารก

การติดเชื้อผ่านทางขณะตั้งครรภ์ การสัมผัสเชื้อหรือวัณโรคถูกกลืนไปที่ช่องคลอด ทารกกลืนหรือสำลักในระหว่างการคลอด การสัมผัสทางผิวหนังและการติดเชื้อจากการฉีดสารเข้าสู่ร่างกายหรือทำหัตถการ เช่น เป็นวัณโรคตามหลังการสักหรือเจาะหู

โอกาสการแพร่กระจายเชื้อ (Risk of Tuberculous Infection)

การแพร่กระจายเชื้อของเชื้อวัณโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ (บุญส่ง พัจจนสุนทร, 2543) ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค อวัยวะที่เป็นโรค ระยะเวลาที่เป็นโรค ความถี่ของการไอ จำนวนเชื้อในเสมหะจำนวนเชื้อที่ยังมีชีวิต ความรุนแรงของเชื้อ สภาพแวดล้อม การได้รับ BCG หรือปัญหาการพร่องภูมิคุ้มกัน ความชื้นของอากาศ ผู้รับเชื้อและระยะเวลาที่สัมผัส ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน (บุญส่ง พัจจนสุนทร, 2543) ได้แก่ ด้านผู้ป่วย/แหล่งแพร่เชื้อ ประกอบด้วย อวัยวะที่เป็นโรค วัณโรคปอด วัณโรคกล่องเสียง แพร่เชื้อได้มากกว่าจำนวนเชื้อในเสมหะและความถี่ของการไอ จาม พุด ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ความกว้างของห้อง การถ่ายเทอากาศ การได้รับแสงแดด/รังสีอัลตราไวโอเลตและความชื้นของอากาศ ด้านผู้สัมผัส/ผู้ได้รับเชื้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ไยระยะแพร่เชื้อระบบภูมิคุ้มกันตามในร่างกายและการได้รับ BCG

อาการทางคลินิก (Clinical Presentation)

อาการมักเป็นแบบไม่เฉพาะเจาะจง (บัญญัติ ปริชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร และ สงคราม ทรัพย์เจริญ, 2542) ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็นโรค การดำเนินโรคมักเกิดอย่างช้า ๆ ภายในบริเวณที่ได้รับเชื้อ อาการสำคัญคือ ไข้ (Fever) ไม่สบาย ไอแห้ง ๆ (Dry Cough) น้ำหนักลด (Weight Loss) เหนื่อยง่าย (Weakness) เบื่ออาหาร (Anorexia) ปวดศีรษะ (Mild Headache) ปวดกล้ามเนื้อ (Muscleaches)

การวินิจฉัย (Diagnosis)

การวินิจฉัยวัณโรค ประกอบด้วย (บุทธิชัย เกษตรเจริญ, เพชรวรรณ พึ่งรัมย์, ไพฑูรย์ มณีแสง, พรหม หัสภาค, วิภา ดันไสว และแดง ทองเหม, 2538, หน้า 326-334) อาการทางคลินิก (Clinical Presentation) การตรวจทางรังสี (Radiography) การส่งเสมหะเพาะเชื้อ (Culture) การตรวจ AFB

ชนิดของวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541) คือ

1. วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis: P)
2. วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis: EP)

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีทั้ง Pulmonary และ Extrapulmonary ให้จัดกลุ่มเป็น Pulmonary Tuberculosis หรืออาจแบ่งตามประเภทการขึ้นทะเบียนรักษาได้ ดังนี้ (กองวินโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541)

1. New คือ ผู้ป่วยที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อน หรือผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือน
 2. Relapse คือ ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคและได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้ว แต่กลับมาเป็นโรคได้อีก โดยมีผลตรวจเสมหะเป็นบวก
 3. Transfer in คือ ผู้ป่วยที่รับโอนมาจากสถานพยาบาลอื่น โดยได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว และได้รับยาเป็นระยะเวลาหนึ่ง
 4. Failure คือ
 - 4.1 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก ได้รับการรักษาแต่ผลตรวจเสมหะเมื่อเดือนที่ 5 ยังเป็นบวก (Remained Positive) หรือกลับเป็นบวก (Became Positive)
 - 4.2 ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบ หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ได้รับการรักษาแต่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ยังเป็นบวก
 5. Treatment After Default คือ ผู้ป่วยวัณโรคกลับมารักษาอีกหลังขาดยา 2 เดือนติดต่อกัน
 6. Other Case คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถจัดเข้าในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น
- การรักษาวัณโรค**

การรักษาวัณโรคเป็นการคัดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยวัณโรคไปสู่บุคคลอื่น เป็นกลวิธีในการควบคุมโรคที่สำคัญ ในสมัยก่อนที่จะยังไม่มียารักษาวัณโรค การผ่าตัดเพื่อขูดเนื้อปอดเป็นกลวิธีที่สำคัญในการรักษาวัณโรค การรักษาวัณโรคด้วยยาเริ่มมีขึ้นภายหลังที่ Selmow Waksman ได้ค้นพบว่า สเตรปโตมัยซิน (Streptomycin) เป็นยาปฏิชีวนะที่สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคได้ในปี 2487 และอีก 2 ปี ต่อมา เลแมน (Jergen Lehmann) ค้นพบว่าพาราอามิโน ซาลิซิลิก แอซิด (Para-Amino Salicylic Acid) เป็นยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อวัณโรคได้อีกตัวหนึ่ง (จูรี ปูนโณทก, 2538) การรักษาด้วยยาได้พัฒนามาเรื่อย ๆ จนได้หลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ หลักการแรก คือ การรักษาที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วยยาที่เชื้อวัณโรค (Bactericidal Drug) เนื่องจากการเกิดเชื้อวัณโรคคือยาตามธรรมชาติมักจะเกิดขึ้นได้เสมอถึงแม้เชื้อเหล่านั้นจะไม่เคยสัมผัสกับยารักษามาก่อน ฉะนั้นการใช้ยาเพียง ตัวเดียวถึงแม้จะมีประสิทธิภาพเพียงใด ก็จะไม่เกิดเชื้อคือยาได้ เช่น การใช้ไอโซไนอะซิดรักษาผู้ป่วยวัณโรคเพียงชนิดเดียว ในระยะแรกเชื้อที่ไม่คือยาจะถูกฆ่าทำลายจนหมดจะเหลือเชื้อที่คือยาไว้ ต่อมาเชื้อคือยาจะเจริญแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว และเพิ่มจำนวนมากขึ้นทำให้การรักษาในระยะต่อมา ล้มเหลว เนื่องจากเกิดเชื้อคือยาทุติยภูมิ (Acquired

Drug Resistance) หลักการที่สองคือ การรักษาวัณโรคให้หายขาด ต้องการระบบยาที่ดีที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและไม่กลับมาเป็นใหม่ ภายหลังหยุดการรักษาแล้ว การรักษาในสมัยก่อนจึงใช้เวลานาน 18 ถึง 24 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าเชื้อวัณโรคได้ถูกทำลายจนหมดสิ้น แต่พบปัญหาขาดยาก่อนครบ 18 หรือ 24 เดือน เนื่องจากกระยะเวลานานเกินไป ทำให้ผู้ป่วยขาดยา ในปัจจุบันกองวัณโรค จึงได้กำหนดระบบยาระยะสั้น (Short-Course Regimens) 6 เดือน เป็นระบบยาหลัก และระบบยาพื้นฐาน (Standard Regimens) 12 เดือน เป็นระบบยาลำรอง (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) เชื้อวัณโรคมีการดื้อยาตามธรรมชาติในอัตราสม่ำเสมอ ดังนั้นการใช้ยารักษาวัณโรคจึงต้องใช้ร่วมกันอย่างน้อย 2 ชนิด เพื่อป้องกันการเกิดดื้อยาของเชื้อและต้องเลือกยาที่มีความไวต่อเชือนั้น ๆ ด้วย ดังนั้นการเลือกยาที่เหมาะสมและเวลานานพอจึงเป็นหลักสำคัญในการลดอัตราการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ยารักษาวัณโรค

ยารักษาวัณโรคแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่มีฤทธิ์ฆ่าทำลายเชื้อ (Bacteriocidal) ประกอบด้วย ไอโซไนอาซิด (Isoniazid) ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide) และ สเตร็ปโตมัยซิน (Streptomycin) ส่วนกลุ่มที่มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโต (Bacteriostatic) ประกอบด้วย อีแธมบูตอล (Ethambutol) ไธอาเซตาโซน (Thiacetazone) พี.เอ.เอส. (P.A.S.) คานามัยซิน (Kanamycin) ดี-ไซโคลเซอริน (D-Cycloserine)

การรักษาวัณโรคให้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจต้องใช้ยาร่วมกันหลายขนานปัจจุบันนิยมให้ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) ร่วมกับ ไอโซไนอาซิด (Isoniazid) เป็นเวลา 9 เดือน ซึ่งให้ผลในการรักษาดีมาก แต่ถ้าต้องการใช้เวลารักษาภายใน 6 เดือนจะต้องให้ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) ร่วมกับ ไอโซไนอาซิด (Isoniazid) และ พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide) ในเวลา 2 เดือนแรก และตามด้วย ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) ร่วมกับ ไอโซไนอาซิด (Isoniazid) อีก 4 เดือน ในรายที่พบว่าเชื้อวัณโรคมีอัตราดื้อต่อไอโซไนอาซิด (Isoniazid) สูงจะต้องเริ่มด้วยไรแฟมปีซิน (Rifampicin) ไอโซไนอาซิด (Isoniazid) พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide) และ อีแธมบูตอล (Ethambutol) หรือ สเตร็ปโตมัยซิน (Streptomycin) พร้อมกัน 4 ตัวเป็นเวลา 8 เดือน เมื่อทำการตรวจวัดความไวของเชื้อดื้อยา (Sensitivity Test) ถ้าพบว่ามีฤทธิ์ดื้อยาครั้งแรก แนะนำให้ใช้ยา พารามิโน ซาลิซิลิก แอซิด (Para-Amino Salicylic Acid) อีแธมบูตอล (Ethambutol) ไซโคลเซอริน (Cycloserine) และ คานามัยซิน (Kanamycin) ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพปานกลางหรือดื้อมีฤทธิ์ข้างเคียงหรือเป็นยาที่มีราคาแพงและหาซื้อได้ยาก

การรักษาวัณโรคด้วยวิธี DOTS

DOTS คือ ระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินการควบคุมวัณโรคให้ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งองค์การอนามัยโลก สหพันธ์ปราบวัณโรคนานาชาติ รวมทั้งธนาคารโลก ให้คำแนะนำว่าดีที่สุด มีประสิทธิภาพสูงสุดและคุ้มค่าที่สุด เศรษฐศาสตร์ที่สุด DOTS ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (จินตนา งามวิทยาพงศ์ ขาโน และคณะ, 2544) ดังนี้

1. ต้องมีพันธสัญญาจากผู้บริหารเพื่อสนับสนุนอย่างจริงจังทั้งด้านงบประมาณและนโยบายเพื่อให้เกิดองค์ประกอบการควบคุมโรคจนครบถ้วน
2. ต้องมีการวินิจฉัยและประเมินการรักษาวัณโรคด้วยการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์
3. ต้องมียารักษาวัณโรค และมีระบบการสนับสนุนยาที่ดีเพื่อไม่ให้ขาดแคลนยาและไม่มีค่าใช้จ่ายหมดอายุหรือยาไม่ได้คุณภาพ
4. ต้องมีระบบการบันทึก เพื่อสามารถติดตามประเมินผลการรักษา
5. ต้องมีพี่เลี้ยงดูแลการกินยาทุกขนาน (Directly Observed Treatment – DOT) พี่เลี้ยงอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร หรือคนในครอบครัวซึ่งได้รับการอบรม ดังนั้น DOT จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ DOTS

แนวทางการดำเนินการ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course)

การรักษาวัณโรคโดยการควบคุมการกินยาของผู้ป่วยอย่างเต็มที่นั้น เดิมมีการใช้กันอยู่บ้างแล้วโดยเรียกว่า Fully Supervised Therapy ต่อมาจึงมีการใช้คำย่อว่า DOT = Directly Observed Treatment (กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544) คือการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง สำหรับคำย่อ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) ที่ใช้กันในปัจจุบันนอกจากหมายถึงการให้ผู้ป่วยกลืนกินยาระบบยาระยะสั้นต่อหน้าผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยยังต้องมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 4 ประการคือ พันธสัญญาที่มั่นคง (Strong Commitment) จากหน่วยงานระดับประเทศ การมีบริการชั้นสูงที่ครอบคลุมถึงงบประมาณในการจัดหาที่เพียงพอและต้องมีระบบบันทึกข้อมูลการรายงานที่ถูกต้องและสามารถประเมินผลได้ DOTS ได้รับการพิสูจน์แล้วว่า เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในปัจจุบันที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาสม่ำเสมอ ครบถ้วนและป้องกันการเกิดดื้อยาของเชื้อวัณโรคและโดยข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ในขณะนี้มีประเทศต่าง ๆ กว่า 100 ประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้นำไปใช้ในแผนงานวัณโรคของประเทศแล้ว

การเลือกผู้ป่วยที่จะให้การรักษาแบบ DOTS เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ

1. ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ ทั้งผู้ป่วยใหม่และที่เคยได้รับการรักษามาแล้ว

2. ผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อวัณโรคโดยอาจมีผลเพาะเชื้อเป็นบวกหรือเป็นลบ และมีความจำเป็นอย่างซึ่งที่ต้องให้ DOTS ในผู้ป่วยข้อสมเหตุสมผล (Smear – Positive) ทุกราย

การเลือกบุคคลที่จะให้ทำหน้าที่เป็น Observers ยึดความน่าเชื่อถือ (Accountability) เป็นหลัก ความสะดวกของการเข้าถึงบริการ (Accessibility) และการยอมรับของผู้ป่วย (Acceptance) เป็นรอง โดยมีวิธีการเลือกดังนี้

1. เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรประจำสถานบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่อยู่ใกล้ผู้ป่วยมากที่สุด หรือบุคคลที่ผู้ป่วยจะไปติดต่อรับ DOTS (ทุกวันหรือเว้นระยะ) ได้สะดวกหรือถ้ามีปัจจัยพร้อม เจ้าหน้าที่ก็นำพาไปให้ผู้ป่วยกินที่บ้านก็ได้

1.1 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ก็เป็นโอกาสอันดีที่จะให้ DOTS ได้ตลอดจนการแนะนำในการไปทำ DOTS ต่อหลังจากจำหน่าย

1.2 ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมารับการติดตามนัด ก็เป็นโอกาสที่จะให้กินยาไปด้วยพร้อมกัน

2. อาสาสมัครหรือผู้นำชุมชน เช่น อสม. ครู พระสงฆ์ และบุคคลอื่น ๆ ฯลฯ

3. สมาชิกครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ญาติที่อยู่บ้านเดียวกันหรือบ้านใกล้เคียงที่อ่านเขียนหนังสือได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีการอบรมให้เข้าใจถึงหลักการและวิธีการให้ยาผู้ป่วย และต้องมีการติดตามแต่เนิ่น ๆ โดยเจ้าหน้าที่สถานบริการบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในระยะเข้มข้นของการรักษา เพื่อให้ทำ DOTS ได้โดยถูกต้อง

การเลือกบุคคลที่จะทำหน้าที่ให้ DOTS นั้น ควรพิจารณาตามความเหมาะสมและได้รับการยินยอมของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งถ้าผู้ป่วยอยู่ใกล้สถานบริการมาก ก็อาจต้องเลือกบุคคลประเภท 2 หรือ 3 ให้ทำหน้าที่ให้ DOTS ต่อไป

หน้าที่ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ DOTS ประกอบด้วย

1. ให้กำลังใจและกำกับการดูแลผู้ป่วยให้กินยาทุกขนานทุกมื้อ
2. ใด่ถามหรือสังเกตผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาหรือไม่ ถ้ามีอาการพิจารณาให้หยุดยาไว้ก่อนเพื่อรายงานสถานบริการหรือแพทย์เพื่อแก้ไขต่อไป
3. จัดการให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเพื่อส่งโรงพยาบาลตรวจตามกำหนด เพื่อการประเมินผลการรักษา
4. ถ้ามีผู้อื่นที่มีอาการสงสัยวัณโรคในบ้านผู้ป่วยหรือใกล้เคียง แนะนำให้ไปรับการตรวจรักษาต่อไป

วิธีดำเนินการ

1. ระยะเวลาของการให้ DOTS ควรพยายามให้จนครบระยะการรักษา แต่อย่างน้อยควรให้ในระยะแรกหรือระยะเข้มข้น (ถ้าระยะต่อเนื่องไม่สามารถให้ DOTS ได้ก็ต้องให้สุขศึกษาเข้มข้น และไปเยี่ยมติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละครั้ง)
2. เมื่อแพทย์วินิจฉัยโรคและกำหนดระบบการรักษาแล้ว ก็ให้นัดผู้ป่วยและครอบครัวมา ให้สุขศึกษา และอธิบายถึงความจำเป็นที่จะต้องรับการรักษาแบบ DOTS
3. พิจารณาเลือกผู้ที่จะให้ทำหน้าที่เป็น Observer ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย (ไม่ควรให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่เลือก Observer เอง) ต้องรับโอนผู้ป่วยไปติดต่อยับ DOTS จากสถานบริการที่ทำหน้าที่ในเครือข่าย DOTS ที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด
 - 3.1 ถ้าผู้ทำหน้าที่ Observer เป็นเจ้าหน้าที่ ควรจัดสถานที่อย่างง่าย ๆ ที่จะให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุด
 - 3.2 ถ้า Observer เป็นบุคคลในกลุ่ม 2 หรือ 3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในระยะเข้มข้น และอย่างน้อยเดือนละครั้งในระยะต่อเนื่อง เพื่อดูแลให้ทำ DOTS ถูกต้อง
4. เตรียมยาใส่ซอง Packet หรือ Blister Pack หรืออาจเป็นเม็ดยารวม 2 ขนาน 3 ขนาน หรือ 4 ขนาน (Fixed – Dose Combination) เพื่อให้ผู้ป่วยกินแต่ละวัน และเตรียมแผ่นบันทึกการกินกินยาของผู้ป่วย (DOTS Card) หรือ Treatment Card (สำเนาหรือตัวจริงก็ได้) ให้แก่ผู้ที่จะทำหน้าที่ให้เป็น Observer บันทึกทุกครั้ง
5. จัดการให้ถ้วยเสมหะแก่ผู้ป่วย เพื่อเก็บเสมหะส่งห้องปฏิบัติการตรวจตามกำหนด
6. ในกรณีที่ไม่สามารถให้เจ้าหน้าที่เป็น Observer ตลอดการรักษา อาจให้ดำเนินการแบบผสมผสาน เช่น ในการรักษาระยะเข้มข้น อาจให้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ DOTS ต่อไปอาจให้สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ให้ DOTS ต่อในระยะต่อเนื่อง
7. เมื่อครบการรักษา หรือมีปัญหาสำคัญเช่นการแพ้ยา ให้รายงานแพทย์ พิจารณาจำหน่ายหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา แล้วแต่กรณี

การประเมินผล DOTS

1. ตรวจสอบจาก Check List DOTS Card กับปริมาณยาที่ยังเหลือ ดูสีส้มแดงของปัสสาวะ
 2. ตรวจสอบผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น และเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- ทำ Cohort Analysis ของผู้ป่วยเป็นรุ่น เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ในการควบคุมวัณโรคของสถานบริการ อย่างไรก็ตามการให้ยารักษาวัณโรคด้วยระบบ DOTS ต้องยึดปรัชญา “DOTS WITH A SMILE” (S = Supervised, M = Medication, I = In, L = Loving, E = Environment)

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้นำกลยุทธ์การรักษาวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงในการดูแลกำกับการรับประทานยา (DOTS) มาใช้เป็นกลยุทธ์หลักในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในประเทศไทย จากการศึกษาของ โอภาส การ์ยักวินพงศ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคโดยมีญาติเป็นที่เสี่ยงในการดูแลกำกับการรับประทานยามีอัตราการรักษาหายร้อยละ 65.31 ในขณะที่ผู้ป่วยที่รักษาโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เสี่ยงในการดูแลกำกับการรับประทานยาโดยตรงมีอัตราการรักษาหายร้อยละ 74 แต่ไม่มีความแตกต่างกัน ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ หิมนัมพร จ่างจิต (2545) พบว่าผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่เสี่ยงในการดูแลกำกับการรับประทานยาจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นที่เสี่ยง อย่างไรก็ตามพบว่าการรักษาวัณโรคยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ถึงแม้ว่าจะนำกลยุทธ์การรักษาวัณโรคแบบมีที่เสี่ยงในการดูแลกำกับการรับประทานยา (DOTS) มาใช้เป็นกลยุทธ์หลักในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในประเทศไทยก็ตาม

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคในฐานะที่ผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นที่เสี่ยงในการดูแลกำกับการรับประทานยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลกระทบของวัณโรคปอด

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตของประชาชน กล่าวกันว่าผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย 1 ราย จะแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้อีก 10 – 15 คนต่อปี (มนูญ ลิขสงวงศ์, 2542) ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ เมื่อป่วยเป็นวัณโรคย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง เกิดความพรัองในการดูแลตนเอง อยู่ในภาวะพึ่งพา ไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยลดลงและรู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว สูญเสียบทบาททั้งในครอบครัวและสังคม เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือประกอบอาชีพได้ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ ในขณะที่เดียวกันสมาชิกในครอบครัวยังต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอีกด้วย นอกจากนี้ถ้ามีผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาของประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของการพัฒนาประเทศ เมื่อแรงงานสำคัญเหล่านี้เกิดการเจ็บป่วยทำให้ประเทศสูญเสียรายได้และยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้อีกด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวันโรค

ด้านผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคล โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจหรือก่อให้เกิดความต้องการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ (อุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539)

โอเรม (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 22-23) ให้นิยามผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา โดยการให้การดูแลบุคคลนั้นเป็นการที่บุคคลเป็นผู้ใหญ่ มีส่วนในการช่วยส่งเสริม ความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ผู้ดูแลจึงอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพ และผู้ที่ถูกฝึกฝนมาเพื่อประกอบอาชีพให้การดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวก็ได้

ประเภทผู้ดูแล

ลักษณะผู้ดูแลแบ่งตามคุณสมบัติและศักยภาพในการดูแลได้ 2 กลุ่มใหญ่ คือผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพหรือเป็นทางการ (Formal Caregivers) และผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพหรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) ซึ่งได้แก่ ผู้รับจ้างดูแลหรือผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver) (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ผู้ดูแลผู้ป่วยวันโรคที่บ้านในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการหรือผู้ดูแลในครอบครัว

บทบาทของผู้ดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

1. บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (Pizurki, Mejia, Butter, & Ewest, 1987)
2. สัมพันธภาพ สมาชิกในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะมีความเห็นใจ สงสารและห่วงใยในตัวผู้ป่วยมาก เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย
3. ศักยภาพของผู้ดูแล ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย การเจ็บป่วย และการดูแลรวมทั้งประสบการณ์หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วย
4. การยอมรับของผู้ดูแลที่มีเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงดู หรือมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย
5. การยอมรับของผู้ป่วยที่จะเลือกรับการดูแลจากสมาชิกบางคน
6. เวลาและความสะดวกของผู้ดูแล อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำที่ทำอยู่ (อุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539)

7. ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ สมาชิกที่ไม่มีรายได้ประจำมักเป็นผู้ให้การดูแลแทนเพื่อไม่ให้กระทบต่อระบบเศรษฐกิจของครอบครัว

บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลนั้น ดูเหมือนว่าสตรีจะเป็นผู้เข้ามามีบทบาทตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยผู้ให้การดูแลมักจะเป็นมารดา ภรรยา บุตรสาว หรือหลานสาว (Hoffmann & Mitchell, 1998) ซึ่งในขณะที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้น สตรีอาจทำงานนอกบ้านและในเรือนควบคู่กันไป ส่วนผู้ดูแลที่เป็นเพศชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงินและการจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่น ๆ ให้ (วิลลาร์ดน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2537) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้เนื่องจากสภาพสังคม มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นผู้ให้การดูแลโดยผู้ให้การดูแลเป็นเพศชายกำลังเพิ่มมากขึ้น เช่น สามิเป็นผู้ดูแลภรรยาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี บิดาดูแลบุตรที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ภายหลังมารดาเสียชีวิต

ความสำคัญของผู้ดูแล (An Importance of Caregivers)

การมีผู้ดูแลที่บ้านนั้น นอกจากจะมองว่าเป็นประเพณีที่สืบทอดและเป็นการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคมคงได้กล่าวมาแล้ว พบว่าการมีผู้ให้การดูแลที่บ้านก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ ได้แก่ การช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ผู้ให้การดูแลบางรายยังสนับสนุนและให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วยด้วย (Ward & Brown, 1994)

นอกจากนี้ ยังมองว่าผู้ดูแลเป็นผู้ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยกับองค์กรต่าง ๆ (วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2537) ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ และยังอาจมองว่าผู้ดูแลจะเข้าใจอาการ อารมณ์ความรู้สึกของผู้ที่ตนเองดูแลเป็นอย่างดี

ในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลายประการ (ยอดสร้อย วิภาวรรณ, 2543) ดังนี้

1. ให้การดูแลโดยตรงกับสภาพการเจ็บป่วยแต่ละราย
2. จัดสภาพแวดล้อมในการดูแลและการเตรียมการดูแลต่าง ๆ
3. เป็นคนกลางในการติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ
4. ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
5. รับภาระงานอื่น ๆ เช่น การเงิน การบ้าน นิติกรรมต่าง ๆ เป็นต้น

จากบทบาทหน้าที่และความสำคัญของผู้ดูแลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนการให้การสนับสนุนและการช่วยเหลือทางด้านอื่น ๆ อีกด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัน โรคที่บ้าน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องเป็น สามิ ภรรยา บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร ญาติหรือผู้อื่น ที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 เดือน

ด้านพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ความหมายการดูแล

การดูแล: ความหมายโดยทั่วไป คำว่า Care เป็นคำกริยามาจากคำเก่าแก่ของภาษาอังกฤษ คือ "Caru" และมาจากภาษาเยอรมัน "Kara" หมายถึง เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ส่วน "Caring" เป็นนาม หมายถึง การเอาใจใส่ การปกป้องรักษา การปกครอง ความหมายโดยทั่วไปของการดูแล เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลต่อสัตว์ และระหว่างบุคคลต่อสรรพสิ่งต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่ เป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต

แมควารีค และ โรบินสัน (Macquarie & Robinson, n.d. cited in Morse et al., 1991) ให้ความหมายการดูแลอย่างเอื้ออาทรว่า เป็นการแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล ระหว่างบุคคลกับสัตว์ และระหว่างบุคคลกับสรรพสิ่งต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคม โดยมีความเมตตา ความเอื้ออาทร ความสนใจ ความเอาใจใส่เป็นพื้นฐาน เพื่อการดำรงอยู่ของชีวิตและสรรพสิ่ง ซึ่งจะเห็นว่าความหมายนี้ครอบคลุมไม่เพียงแต่มนุษย์เท่านั้นแต่รวมไปถึง สัตว์ และสิ่งของต่าง ๆ ด้วย

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1981) ได้อธิบายว่าการดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุนกำลัง (Supportive) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิต หรือสภาพของมนุษย์ โดยไลนิงเจอร์ (Leininger) ได้ให้ขอบเขตการดูแลไว้ 10 ประการ ดังนี้คือ ความสุขสบาย (Comfort) ความสนใจ (Attention) การสัมผัส (Touch) การปกป้อง (Protection) ความไว้วางใจ (Trust) การร่วมรู้สึก (Empathy) การประคับประคอง การสนับสนุน (Support) ความเมตตากรุณา (Compassion) การช่วยเหลือยามทุกข์ยาก (Succorance) และการเฝ้าระวังโรค (Surveillance)

มอร์ส และคณะ (Morse et al., 1991, p. 121) ให้ความหมายการดูแลทางการพยาบาล สรุปได้ 5 แนวคิด คือ

1. การดูแลเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวบุคคล
2. การดูแลเป็นอุดมคติหรือเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรม
3. การดูแลเป็นความรู้สึก
4. การดูแลเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และ
5. การดูแลเป็นการปฏิบัติเพื่อบำบัดรักษา

ฟาริดา อิบราฮิม (2539, หน้า 9) กล่าวว่า การดูแลต้องประกอบด้วยความรู้สึกรู้สึกเทคนิคปฏิบัติ และความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ซึ่งเป็นทั้งศิลปะและศาสตร์อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงและเป็นความจริงหรือสัจจะ (Fact & Truth)

นักคิดทางการพยาบาลหลายท่านเชื่อว่า Care/ Caring เป็นมโนทัศน์และเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล (Leininger, 1981; Watson, 1989) แต่ความหมายของ Care/ Caring ของนักทฤษฎีแต่ละคนอาจจะแตกต่างกันไป แต่โดยสรุป Care/ Caring มีคุณลักษณะดังนี้

1. เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ ผู้รับการดูแลซึ่งคุณลักษณะในข้อนี้เป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้ดูแลในกิจกรรมต่าง ๆ และเป็นการใช้เครื่องมือและใช้เทคนิคต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดทางด้านอารมณ์และเจตคติที่พยาบาลร่วมรู้สึกกับผู้ป่วย/ ผู้รับการดูแลในฐานะปัจเจกบุคคล
3. เป็นการป้องกันระแวดระวังเพื่อให้การกระทำถูกต้อง ตลอดจนคอยปกป้องอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย/ ผู้รับการดูแล

การดูแลนั้นเกิดมาจากแนวคิดของการให้ความสุขสบายและความสมบูรณ์พูนสุข (Nurturance) ซึ่งเราทำการดูแล (Caring) การสร้างความเจริญเติบโตและสติปัญญาโดยจะต้องเรียนรู้การดูแลเป็นพฤติกรรมดูแล กระบวนการดูแล และสัมพันธภาพการดูแล

จึงสรุปได้ว่า การดูแลเป็นศิลปะและศาสตร์ที่อยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริง เป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ การสนับสนุนคำจูนและการอำนวยความสะดวก ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ โดยมีเทคนิควิธี กระบวนการปฏิบัติสัมพันธ์ที่ผู้ให้และผู้รับบริการช่วยกันสร้างการสนองตอบความต้องการของบุคคล เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่มีความแตกต่างกันตามพื้นฐานวัฒนธรรม ซึ่งการกระทำนั้นอยู่ในขอบเขตความรู้ทางวิชาการจริยธรรมและศีลธรรมโดยผ่านการยอมรับจากสังคมเพื่อให้เกิดความเจริญเติบโตเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่าและมีความหมาย เกิดความพึงพอใจในชีวิต และช่วยกันยกระดับของควมมีสุขภาพดี

พฤติกรรมดูแล

เมเยอร์รอฟ (Mayeroff, 1972 cited in Tschudin, 1992, pp. 1-3) ได้กล่าวถึงการดูแลว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่เกิดความพึงพอใจหรือเกิดความสำเร็จแห่งตน (Actualization) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า ประกอบด้วย

1. การรู้จัก (Knowing) เป็นความรู้สึกรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการมีความรู้ซึ่งความรู้ต้องศึกษาร่วมกับพฤติกรรมมนุษย์ การสื่อสาร และการแก้ปัญหา และที่สำคัญผู้ให้การดูแลต้องรู้จักตนเอง มีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะช่วยเหลือผู้อื่น

2. ความจริงใจ (Honesty) เป็นการแสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองออกมา ร่วมกับการแสดงออกถึงความเข้าใจต่อความรู้สึกที่มีต่อผู้อื่นอย่างตรงไปตรงมา
 3. ความหวัง (Hope) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการเกิดความต้องการ เพื่อเกิดแรงกระตุ้นในการปฏิบัติคุณดูแล อย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง
 4. ความกล้า (Courage) เป็นการปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย ความไม่สะดวก ยึดต่อจริยธรรม จรรยาบรรณ และคำวิญม การปกป้องสิทธิตนเองและผู้อื่น และการแสดงความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้
 5. ความอดทน/ อดกลั้น (Patience) มีเป้าหมายที่จะให้คนค้นพบตัวเองได้เจริญเติบโตไปด้วยตนเอง จึงต้องให้ออกาสคนได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง การพยาบาลเน้นที่การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งความอดทน อดกลั้นนั้น จะช่วยให้พยาบาลได้คิดค้นหาวิธีที่จะให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง
 6. ความไว้วางใจ (Trust) เป็นการสร้างสัมพันธภาพและเกี่ยวข้องกับความจริงใจและความอดทน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ ได้ดียิ่งขึ้น
 7. ความถ่อมตน (Humility) เป็นลักษณะของการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การดูแลความเป็นบุคคล ความเป็นอิสระหรือเอกสิทธิและเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการใช้อำนาจหรือความรู้สึกเกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งกับผู้ป่วย ไม่คิดว่าผู้ป่วยเป็นของตน แต่เป็นบุคคลหนึ่งที่มีความเฉพาะ และมีสิ่งที่น่าเรียนรู้จากผู้ป่วยมากมาย
 8. การเลือกใช้แนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating Rhythms) เป็นการเรียนรู้ที่จะให้การดูแล โดยการมองปัญหาจากหลายแนวทางหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา มีการประเมินผลการดูแล ปรับปรุงและเลือกวิธีการที่เหมาะสม
- โรช (Roach, 1987 cited in Tschudin, 1992, pp. 3-9) เป็นนักปรัชญาชาวแคนาดาได้อธิบาย คำสำคัญของการดูแลไว้ 5 ตัวคือ “5c’s of Caring” ประกอบด้วย
1. ความเมตตา กรุณา (Compassion) การมีความระวิงระไวต่อสัมพันธภาพระหว่างกันของมนุษย์ ตอบโต้การทำงานร่วมกันตามประสบการณ์ของผู้อื่น และมีความไวต่อความรู้สึกเป็นแนวทางการสนับสนุนชีวิตที่เป็นการรับรู้ ความสัมพันธ์ของคนคนหนึ่งตลอดจนชีวิตของบุคคลนั้น และเป็นการแสดงเฉพาะเพื่อสนองตอบต่อความต้องการที่เฉพาะอย่างมีความมั่นใจและมีความเด็ดขาด
 2. ความสามารถ (Competence) การมีความรู้ มีการตัดสินใจที่ดี มีทักษะ มีพลัง มีประสบการณ์ และมีแรงกระตุ้นพอที่จะตอบโต้ความปรารถนาของคนตามความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพและปฏิบัติด้วยความเอาใจใส่

3. ความไว้วางใจ (Confidence) การสนับสนุนด้วยความไว้วางใจอย่างมีสัมพันธภาพ และสื่อสารความจริงต่อกัน เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ความไว้วางใจโดยปราศจากการบังคับ สามารถติดต่อกับความจริงใจโดยปราศจากการทำลาย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความซื่อสัตย์ และจะเป็นพื้นฐานของการร่วมมือและความเอาใจซึ่งกันและกัน

4. ความรู้สึกผิดชอบ (Conscience) การมีความระมัดระวังต่อจริยธรรม การให้คุณค่าตนเอง และผู้อื่นเป็นพื้นฐานพฤติกรรมทางจริยธรรมในเรื่องเหล่านี้ เป็นความตั้งใจในการสนองตอบ โดยเจตนาอย่างมีความหมาย มีเหตุผล เป็นการดูแลบุคคลให้เข้ากับธรรมชาติของบุคคลนั้น ๆ การดูแลระดับวิชาชีพจะสะท้อนถึงความสมบูรณ์ของความรู้สึกผิดชอบ เป็นความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น

5. ความผูกพัน (Commitment) มีการยึดเหนี่ยวระหว่างคน และงานในหน้าที่ เป็นความสามารถที่ทำให้คนซึ่งเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ ในการทำงานปราศจากความรู้สึกในใจและมีสัมพันธภาพ

นอกจากนี้ โอเบิร์ต (Oberst, 1991) ได้อธิบายถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังว่า ประกอบด้วย การดูแลโดยตรง (Direct Care) ซึ่งได้แก่ การบำบัดรักษา การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal Care) ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ให้กับผู้ป่วย การเฝ้าระวังอันตรายต่าง ๆ การจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วยและการติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่าง ๆ และการทำกิจกรรมทั่วไป (Instrument Care) ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จัดการเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่าย งานบ้านที่เพิ่มมากขึ้น การเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ การวางแผนหรือการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลแต่ละคนในการทำกิจกรรมดูแลที่แตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งแบ่งได้ 2 กลุ่มตามลำดับของกิจกรรมการดูแล คือ ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Provider) และผู้จัดการดูแล (Care Manager) การดูแลจึงเรียกได้ว่าเป็นพฤติกรรมบริการในรูปแบบ “บริการของมนุษย์ต่อมนุษย์” (Human to Human Service) คือต้องมีพฤติกรรมที่แสดงว่ามีความเข้าใจมนุษย์อย่างดี และกิจกรรมการรักษาทุกอย่างต้องมีพฤติกรรมดูแลร่วมอยู่ด้วยเสมอ แต่พฤติกรรมการดูแลอาจแสดงออกได้โดยไม่ต้องมีการรักษา (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538)

รูปแบบของการดูแล

ไลนิงเจอร์ (Leininger, 1981) ได้เสนอรูปแบบการดูแล โดยรวมเอากิจกรรมหลาย ๆ อย่าง จัดเข้าไว้เป็น 2 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 การดูแลที่แสดงออกถึงความรู้ ทักษะ และการเฝ้าระวังเชิงวิชาชีพ รูปแบบนี้มักพบในการดูแลที่เกิดขึ้นเมื่อต้องการดูแลในทันที เป็นความต้องการตอบสนองอย่างรวดเร็ว

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่ตระหนักถึงคุณค่าความต้องการและเคารพสิทธิของบุคคล โดยมุ่งเวลาให้แก่ผู้รับบริการ รูปแบบนี้ไม่ใช่การปฏิบัติที่ต้องกระทำในหน้าที่ จึงจำเป็นต้องมี

ปฏิสัมพันธ์และมีการสร้างสัมพันธภาพ โดยมุ่งให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจด้วยตนเอง จึงต้องใช้เวลาในการดูแล

ไม่ว่าจะให้การดูแลแบบใด ๆ แก่ผู้รับบริการ จะต้องใช้ทั้ง 2 รูปแบบนี้ร่วมกันจึงสมบูรณ์ตามลักษณะของศาสตร์การดูแล

การดูแลเป็นผลมาจากการให้การช่วยเหลือในยามที่ต้องการการช่วยเหลือ การดูแลเป็นวัฒนธรรมอันมีค่าที่จำเป็นจะต้องอยู่คู่กับมนุษย์ไปอีกระยะหนึ่ง เป็นสิ่งที่ช่วยจรรโลงสังคม ช่วยมนุษย์จากความทุกข์ร้อนทำให้สามารถเผชิญกับความเป็นจริงโดยการให้การดูแลนั้นปรับไปตามสถานการณ์ ตามสภาพสังคมและวัฒนธรรม การดูแลมีพื้นฐานจากความรักในเพื่อนมนุษย์ แม้ในยามเจ็บป่วยหรือสุขภาพดี

กิจกรรมการดูแล เป็นกระบวนการที่ทำให้มนุษย์มีความรู้สึกสัมพันธ์กันได้พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ทำให้มนุษย์ดำรงอยู่ได้ เป็นสิ่งที่มนุษย์ถ่ายทอดกันมาทางวัฒนธรรม ไม่เพียงแต่ให้การดูแลภาวะสุขภาพให้ดีขึ้นเท่านั้น ยังหมายถึงการพึ่งพาเกี่ยวข้องกันและกัน การช่วยเหลือเพื่อประโยชน์ ทั้งของบุคคลและสังคมส่วนรวมอีกด้วย (Leininger, 1981, pp. 96-98)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและพฤติกรรมการดูแลมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัน โรคที่บ้านของผู้ดูแลซึ่งพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยวัน โรคในการศึกษานี้ได้ประกอบด้วย

1. การดูแลด้านการรักษาพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยวัน โรคที่บ้านด้านการรักษาพยาบาลจำแนกการดูแลออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่ การเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการรับประทานยา การให้การดูแลทั่วไป การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคและการให้การดูแลด้านที่อยู่อาศัย

1.1 การเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับการรับประทานยา ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงต้องปฏิบัติดังนี้

1.1.1 ผู้ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานต่อหน้างานหมดของทุกวัน

1.1.2 เมื่อผู้ป่วยรับประทานยา ผู้ดูแลต้องทำการบันทึก รวมทั้งทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องรับประทานยาให้ตรงกับวัน เดือน ปี ที่เขียนไว้ให้และไม่ต้องทำเครื่องหมายในวันที่ ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา

1.1.3 พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทุกครั้งตามนัดเพื่อรับทราบผลการรักษา รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อสงสัยและการรับคำปรึกษาเพื่อจะได้รับรู้และเข้าใจในปัญหาของตนเองในด้านต่าง ๆ

1.1.4 สังเกตอาการแพ้ยา ให้คำแนะนำและพาไปพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ

1.2 การดูแลทั่วไป เช่น ช่วยเหลือในการดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่า ด้านโภชนาการ ดูแลให้ผู้ป่วยได้มีการพักผ่อนและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

1.3 ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค โดยแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก เวลาไอหรือจาม การบ้วนเสมหะหรือน้ำลายลงในภาชนะที่มีฝาปิดและนำไปทำลายโดยการตั้งไฟให้เดือด 10 – 15 นาทีหรือการเผา ซึ่งการใช้ความร้อนเป็นการทำลายเชื้อจากเสมหะที่ดีที่สุด (ชัยเวช นุชประยูร, 2527)

1.4 การดูแลด้านที่อยู่อาศัย โดยให้การดูแลเรื่องความสะอาดในบ้านและบริเวณรอบบ้าน จัดบ้านให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้มีแดดส่องถึงเพื่อเป็นการทำลายเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อในบรรยากาศ (ชัยเวช นุชประยูร, 2527)

จากการศึกษาของ บุญมา หลีสิน (2538) เกี่ยวกับการดูแลด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วย วัณโรคพบว่าผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้านการรักษาพยาบาลและความเป็นอยู่ อยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติมาก

2. การดูแลด้านจิตใจ

การสนับสนุนด้านจิตใจ โดยการให้คำปรึกษา แนะนำ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหา มีความเครียด ควรชี้แนะให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษา เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งความเครียดในผู้ป่วยเรื้อรังนั้นมีสาเหตุจากความรู้สึกหมดหวังความเจ็บปวด ทรมาน นอกจากนั้นยังกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และความเจ็บป่วยทำให้ทำงานไม่ได้และต้องเป็นภาระของคนอื่นการทำหน้าที่ตามบทบาทที่เคยทำไม่ได้ทำให้เกิดความเครียด (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540, หน้า 113) เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาอย่างน้อย 6 เดือนอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อ วิตกกังวลกับการที่ต้องเป็นภาระกับผู้อื่น โดยปฏิกิริยาทางอารมณ์ผู้ป่วยเรื้อรังมักแสดงออกด้วยภาษาทางกาย 3 แบบ คือ ความเจ็บปวด หายใจเหมือนคนกำลังจะจมน้ำ และรับประทานอาหารไม่ค่อยได้ (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540, หน้า 114) และแสดงลักษณะอารมณ์ที่แสดงออกมาทางลบได้แก่ มีอารมณ์เศร้า แสดงออกว่าไม่มีความสุขตลอดเวลา มีการหลีกเลี่ยงที่จะพูดหรือยอมรับว่าป่วย ทำเหมือนกับการเจ็บป่วยไม่สำคัญและมองโลกในแง่ร้ายตำหนิคนรอบตัวและตัวเอง ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการสังเกตให้การดูแลเอาใจใส่ และสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดจึงควรที่จะสังเกตอารมณ์ของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี พุดคุยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย (ประเทืองพิมพ์โพธิ์, 2541) ให้กำลังใจในการรับการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับในสภาพที่ตนเองประสบอยู่และเสริมสร้างอารมณ์ขัน มองโลกในแง่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความเครียดมีกำลังใจในรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนดการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีความเครียดควรแนะนำวิธีการผ่อนคลายโดยการควบคุมลมหายใจ การนับลมหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมี

ปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อปัญหาที่เป็นผลกระทบจากโรค การที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจ สภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยอย่างถูกต้องส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจดีขึ้น (พัชรพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข, 2540)

3. การดูแลด้านสังคม

ผู้ป่วยวันโรคหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ตลอดจนฐานะทางการเงินลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้อย่างเหมาะสม เกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ทำให้มีการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532, หน้า 15) โดยผู้ป่วยวันโรคจะแสดงออกถึงความรู้สึกที่ไม่ต้องการให้เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน รับรู้ว่าป่วยเป็นโรค ผู้ป่วยไม่ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมาเยี่ยมที่บ้านหรือให้คำแนะนำใด ๆ เนื่องจากเกรงว่าเพื่อนบ้านจะรับรู้และรังเกียจ (สมัย กังสรว, สุพจน์ ชันขวา, มะลิ เรืองทรัพย์ และสุภาพ ไพรยบำรุง, 2536) การให้การดูแลทางด้านสังคม แก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อปัญหาที่เป็นผลกระทบจากโรคได้และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า โดยผู้ดูแลต้องสร้างความมั่นใจในตนเองแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเชื่อว่าทุกคนมีศักดิ์ศรี มีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน ชักชวนและพาผู้ป่วยไปทำนุญตามโอกาสที่เหมาะสม ตลอดจนพาไปพักผ่อนนอกสถานที่

4. การดูแลด้านเศรษฐกิจ

การดูแลช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยวันโรคปอดส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ บางรายร่างกายอ่อนแอไม่สามารถจะประกอบอาชีพได้ ผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่โดดเดี่ยว ถ้าหากผู้ดูแลอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ควรติดต่อประสานงาน ส่งผู้ป่วยไปขอความช่วยเหลือจากองค์กรทางสังคมสงเคราะห์หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะและธรรมชาติของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวที่มีสายใยความผูกพัน เอื้ออาทรระหว่าง พ่อแม่ สามี ภรรยา บุตร ซึ่งจะเป็นจุดนำไปสู่บุคคลในครอบครัวไปสู่การยอมรับ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัว โดยโครงสร้างหน้าที่ของครอบครัวแล้วครอบครัวยังมีบทบาทในฐานะเป็นเครือข่ายทางด้านสุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาหรือแนะนำผู้ป่วย ครอบครัวจึงเป็นกลไกในการประสานการรักษาและแสวงหาทรัพยากรในการช่วยเหลือ แม้ว่าครอบครัวจะต้องประสบกับปัญหาหลาย ๆ อย่าง เช่น ปัญหาทางการเงิน ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแล

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการกระทำของบุคคลที่เกิดขึ้นในสังคมบนพื้นฐานของการรับรู้ และให้ความหมายของการเจ็บป่วยจากการเรียนรู้ในสังคม โดยบุคคลจะพัฒนารูปแบบความสามารถ ในการดูแลผู้อื่นในลักษณะเดียวกันกับการดูแลตนเอง คือ เป็นรูปแบบของความสามารถที่จะกระทำ

การคาดการณ์ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติการดูแล (Orem, 2001, p. 175) อย่างไรก็ตามลักษณะของความสามารถทั้ง 3 ประการนั้น ย่อมมีได้แตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามปัจจัยของความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational Capability and Dispositions) ซึ่งเป็นผลให้บุคคลมีความรู้ และการค้นพบปัญหา หรือความต้องการการดูแลของผู้อื่น รวมทั้งกำหนดเป้าหมายในการดูแลได้แตกต่างกัน

ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคลที่จะให้การดูแลผู้อื่นนั้น เป็นความสามารถที่ได้มาจากความมี “วุฒิภาวะ” ของบุคคล (Orem, 2001, p. 175) ถ้าพิจารณาตามความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานในการ “ดูแลตนเอง” ซึ่งโอเร็ม กล่าวไว้ว่า เป็นส่วนของความสามารถที่จะเรียนรู้กับความสามารถที่จะกระทำและปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ การทำหน้าที่ของประสาทรับรู้ การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ การเห็นคุณค่าในตัวเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจ ความหวังโย การยอมรับและการให้ความสำคัญ

จะเห็นได้ว่า ความสามารถดังกล่าว เป็นลักษณะและกระบวนการเฉพาะทางสรีระและจิตสังคมของบุคคล ที่มีการพัฒนาตามพัฒนาการและการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม ที่ทำให้เกิดกระบวนการ “การเรียนรู้” อันเป็นกระบวนการที่สมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่เป็นผลมาจากการรับสัมผัสทางร่างกาย โดยอาศัยประสบการณ์ช่วยในการตีความหมาย (วัชร ทรัพย์มี, 2533, หน้า 43) อย่างไรก็ตาม บุคคลไม่ได้รับรู้หมดทุกอย่าง แต่จะมีการเลือกเฉพาะในการรับรู้บางอย่าง ตามความสนใจหรือความเกี่ยวข้องกับตนเองและมีการเรียนรู้ควบคู่กับการรับรู้ไปด้วยเสมอ พร้อมกับมีการกระทำหรือแสดงออกตามที่ตนรับรู้ (King, 1981 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2531, หน้า 377-378) สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลที่บ้าน อาจมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับการดูแลตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้ดูแลกับผู้ปวยนั้น อาจเป็นผลให้ผู้ดูแลมีความสนใจให้ความสำคัญและยอมรับการดูแลได้เท่าเทียมหรืออาจมากกว่าการดูแลตนเองได้

อย่างไรก็ตาม ทั้งการเรียนรู้ และ / หรือ ความสามารถในการให้การดูแลผู้อื่นของบุคคลนั้น มีความแตกต่างกันตามลักษณะปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล (Orem, 2001) ประกอบด้วย

1. อายุ (Age) มีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอวัยวะเกี่ยวกับการรับสัมผัสจะมีความสมบูรณ์สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่ทำให้ประสิทธิภาพของผู้สูงอายุมีขึ้นค่อนข้างต่ำ ซ้ำกว่าวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะการทำหน้าที่ในการมองเห็น การได้ยิน รวมทั้งกระบวนการคิด อายุจึงมีผลต่อการปรับตัวในการเผชิญความเครียดในการดูแล และยังมีผลต่อความรับผิดชอบในบทบาทอื่น ๆ

2. เพศ (Gender) เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว และสังคม เพศยังมีความแตกต่างระหว่างการรับรู้ บทบาทการทำงานนอกบ้าน การทำงานบ้าน ซึ่งช่วยให้อธิบายได้ว่า

ชายและหญิงมีความเครียดในการดูแล ความขัดแย้งในบทบาทการดูแล และเป็นเหตุให้เกิดปัญหาของคู่สมรส ความรู้สึกผิดและการประเมินคุณค่าของตนเองในฐานะที่เป็นบุตรหรือคู่สมรส

3. ภาวะพัฒนาการทางจิตใจ (Developmental State) ซึ่งมีการพัฒนาตามวัย โดยจะมีการพัฒนาสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ เป็นผลให้บุคคลในวัยนี้มีความอดทน สุขุม และความมั่นคงทางจิตอารมณ์ ซึ่งสามารถประมวลข้อมูล หรือเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่าง ๆ และแปลความหมายต่อผลกระทบนั้น ๆ ได้อย่างรอบคอบ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมต่อสถานการณ์นั้น ๆ โดยเฉพาะการให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์อยู่ตลอดเวลา อย่างไรก็ตาม ภาวะจิตอารมณ์ ยังมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อมในชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลโดยตรงและอ้อมต่อการรับรู้ในการให้การดูแลผู้ป่วยได้

4. ภาวะสุขภาพ (Health Status) ช่วยให้เกิดโอกาสการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายของบุคคลอยู่ในภาวะสมดุล ทำให้บุคคลมีศักยภาพในการปรับตัวสูง สามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์หรือพลังในการปรับตัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้ ทำให้เกิดภาวะเครียดต่ำ ตรงกันข้ามผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยซึ่งมีภาวะเครียดเกิดขึ้นในร่างกายสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของการทำงานในระบบประสาท อัตโนมัติ ทำให้มีการเคลื่อนไหวและการรับรู้ เปลี่ยนแปลงไป เช่น ทำให้ตื่นตกใจง่าย มีความไวต่อการเคลื่อนไหว ประสาทรับความรู้สึกไว รู้สึกล่อนเพี้ยว การรับรู้ ลดลงและยังมีผลต่อภาวะทางจิตอารมณ์ทำให้มีความอดทนต่อสิ่งรบกวนได้น้อยลงเกิดภาวะเครียดได้ง่าย ส่งผลให้การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นไปไม่ได้ไม่ดี มีผลให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย จึงอาจเป็นไปได้ว่าในผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจะมีการรับรู้ ประสิทธิภาพการดูแลว่าเป็นความเครียดสูง หรือเป็นปัญหายุ่งยากและเป็นทุกข์

5. แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Patterns of Living) มีอิทธิพลต่อเวลา และการให้คุณค่าในการจัดการดูแลแตกต่างกัน เนื่องจากความจำเป็นของภาระหน้าที่เป็นประจำ ซึ่งต้องคำนึงควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย อาจเป็นเหตุของการเร่งรัดผู้ดูแล อันเป็นผลที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดความเบื่อหน่าย เนื่องจากทำให้มีเวลาในการพักผ่อนลดลง เมื่อการให้การดูแลลดลง จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวา

6. ระบบครอบครัว (Family System Factors) มีโครงสร้างภายในครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีบทบาทหน้าที่ มีสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน มีบรรยากาศภายในครอบครัวที่ส่งผลมาจากการใช้อำนาจในการตัดสินใจของสมาชิก ฯลฯ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ในครอบครัวเดียวที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 2-3 คน หากสมาชิกคนใดคนหนึ่งในการครอบครัวต้องการพึ่งพาอาศัยเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลทั้งหมดตามลำพังคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น ซึ่งทำนายได้ว่าผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดสูง ต่างจากในครอบครัวขยายซึ่งมี

สมาชิกในครอบครัวหลายคน ที่สามารถแบ่งเบาภาระการดูแลซึ่งกันและกัน โดยอาจแบ่งหน้าที่ การจัดการการดูแลด้านต่าง ๆ เป็นผลให้ผู้ดูแลได้มีเวลาส่วนตัว และมีโอกาสห่างจากสถานการณ์ การดูแลนานได้นาน ๆ

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแล ได้แก่

1. สังคม ประเพณี และวัฒนธรรม (Sociocultural Orientation) จะกำหนดบทบาทของ บุคคลในการทำหน้าที่ดูแล ตามพื้นฐานทางวัฒนธรรมของสังคม ดังในสังคมไทยที่มีความเชื่อใน ความกตัญญู การทดแทนบุญคุณ การเคารพนบนอบต่อบุพการี ผู้อาวุโส หรือหน้าที่ในการเป็นสมาชิก ภาระที่ต้องคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังนั้น ถ้าสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยและต้องการ การช่วยเหลือ สมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่าจะต้องทำหน้าที่ดูแล ซึ่งลักษณะทางสังคมดังกล่าวมีผล ให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับและได้รับการยกย่องจากสังคม ลักษณะเช่นนี้จึงเป็นปัจจัยเสริม บทบาทของผู้ดูแล เป็นผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1982) ซึ่งศึกษาในการให้การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้สึกนับถือตนเอง และรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นในการเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายของ บุคคล หรืออาจเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดสูงได้ หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับเปลี่ยน ชีวิตประจำวันของตนให้สอดคล้องกับพฤติกรรมตามบทบาทผู้ดูแลได้

นอกจากนั้น วัฒนธรรมความเชื่อที่ปลูกฝังมาในสังคม ที่ส่งผลให้บุคคลมีแบบแผนการ ดำเนินชีวิตที่ต่างกันในแต่ละสังคม เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสจัด รสเค็ม การใช้วิธีการรักษา เมื่อเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจในการให้การดูแลผู้อื่น ได้

2. ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System Factor) เป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่เอื้ออำนวย และเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ โดยเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องข้อมูลต่าง ๆ การฝึกทักษะในการจัดการกับภาระงานที่จำเป็น กิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพจึง เป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตนเองอย่างจริงจังเท่าที่ ความสามารถของเขาจะกระทำได้ การมีระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยเสริมให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลจาก โรงพยาบาลใหญ่ ๆ สามารถใช้บริการในชุมชนได้สะดวกและเจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับต่าง ๆ สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 53)

อย่างไรก็ตาม ความซับซ้อนในระบบทางราชการในการบริการทางสุขภาพ ก็อาจเป็น อุปสรรคในการติดต่อกับทางโรงพยาบาล เกิดเป็นความรู้สึกเบื่อหน่าย สูญเสียเวลา และเกิดปัญหา ทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจเลือกกระบบบริการทางสุขภาพอื่น ๆ ที่มีในสังคมทดแทน

3. แหล่งทรัพยากร (Resource Availability and Adequate) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลนาน ซึ่งนอกจากต้องเหน็ดเหนื่อยจากการช่วยเหลือแล้ว ยังต้องสิ้นเปลืองทางการเงินเป็นอย่างมาก การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้านกำลังคน ทรัพย์สิน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ และการอำนวยความสะดวกในการติดต่อต่าง ๆ จะสามารถช่วยผู้ดูแลให้ผ่อนคลายภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ นอกจากนั้น ความเชื่อ ความศรัทธา ถิ่นนับว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมั่นคง เช่น การสวดมนต์ การสัมผัสกับพระเจ้า และพยายามที่จะรักษาสถานการณ์ ช่วยลดความกดดันที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

4. สภาพแวดล้อม (Environment Factor) สภาพแวดล้อมที่บ้าน นอกเหนือจากบรรยากาศ ความสะอาด และวัสดุอุปกรณ์ภายในบ้านแล้วลักษณะเฉพาะของสภาพแวดล้อมสังคมที่แตกต่างกัน เช่น สังคมเมืองและชนบท ยังมีอิทธิพลต่อการดูแลที่บ้านอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือสภาพแวดล้อมของสังคมเมือง สังคมเมืองแม้ว่าจะเป็นสังคมที่มีประชากรอาศัยอย่างแออัด มีปัญหาการจราจรที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการเดินทาง แต่สังคมเมืองก็มีความอุดมสมบูรณ์ไปด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน เช่น ระบบสาธารณูปโภค ระบบการขนส่ง การติดต่อสื่อสาร การบริการทางสุขภาพ รวมทั้งองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือมากมาย การดูแลผู้ป่วยที่บ้านแม้จะมีปัญหาเรื่องสมาชิกในครอบครัวที่ต้องทำงานนอกบ้าน แต่สมาชิกส่วนใหญ่มักมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถ / อำนาจในการจัดการหาสิ่งทดแทน หรือเลือกใช้บริการทางการแพทย์ได้หลากหลาย ในขณะที่สภาพแวดล้อมในชนบท แม้ว่าสภาพแวดล้อมยังเป็นธรรมชาติ สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ทำงานในบ้าน บรรยากาศทางการจราจร ไม่เป็นปัญหา แต่ก็ยังขาดแคลนในระบบอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นระบบน้ำประปาที่คุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน (กองอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข, 2537) สถานบริการทางการแพทย์ที่มีจำนวนและความสามารถที่จำกัด การติดต่อสื่อสารและได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำกัด ฯลฯ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการดูแลที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่าง ๆ มากมายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ดังต่อไปนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2535) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพว่า หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง

วอลเกอร์ และทอมป์สัน (Walker & Tompson, 1983, p. 843) กล่าวว่าความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy) ก็คือสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด เป็นความผูกพันระหว่างบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่งและมองว่าสัมพันธภาพมีความซับซ้อน ประกอบด้วยองค์ประกอบของความรัก ความไม่เห็น

แก่ตัว ความพึงพอใจ ความรู้สึกว่าสัมพันธ์ภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ ความซื่อสัตย์และเปิดเผย การนำถือ และยอมรับความคิดและคำวิจารณ์ต่าง ๆ ของกันและกัน ความกลมเกลียว ความผูกพัน และ ความรู้สึกที่มั่นคงในสัมพันธ์ภาพ จะเห็นได้ว่าสัมพันธ์ภาพกับความใกล้ชิดสนิทสนมมีความหมายที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยหมายถึง ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

กรอบแนวคิดทางด้านสัมพันธ์ภาพ (Interpersonal Frame Work) (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2543, หน้า 49-50; ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541, หน้า 72-73; สุวณีย์ เกียรติกิ่งแก้ว, 2545, หน้า 11-12; โกสุม เศรษฐวงศ์, 2544; ปาหนัน บุญ-หลง, 2523; สมคิด ออบสูงเนิน, 2543; สุวรรณ สุวรรณผล, 2520)

ทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory)

ฮอทดิเมเยอร์ และแฮริสแคต ซัลลิแวน เป็นจิตแพทย์ และมีความเชื่อว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุของปัญหาทางอารมณ์ เพราะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ ผู้เริ่มทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล คือ แฮริสแคต ซัลลิแวน เริ่มต้นศึกษาเรื่องจิตวิเคราะห์และพัฒนาต่อเป็น Interpersonal Theory โดยมีแนวคิดที่ต่างจาก Freud ตรงที่ซัลลิแวนเห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในสังคม ซัลลิแวนกล่าวว่า มนุษย์เป็นผลผลิตของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความต้องการของบุคคลและบอกทิศทางของการเจริญเติบโต ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) เชื่อว่าประสบการณ์ชีวิตในวัยต้นมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของบุคคลในวัยหลังของชีวิต ประสบการณ์ที่สำคัญก็คือ ความวิตกกังวล ซึ่งได้รับการเลี้ยงดูในวัยเด็กและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ดังนั้น ตามแนวคิดของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) มีวัตถุประสงค์จะให้การดูแลสุขภาพของบุคคลโดยมุ่งสร้างให้แต่ละบุคคลเกิดการยอมรับนำถือในศักดิ์ศรี (Self Respect) และคุณค่าตนเอง (Self Esteem)

ลักษณะของทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเชื่อว่า บุคคลถูกกระตุ้นเพื่อไปสู่เป้าหมาย 2 ประการคือ

1. เป้าหมายเพื่อไปสู่ความพึงพอใจ (Satisfactions) ซึ่งเน้นที่ความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความหิว การนอนหลับพักผ่อน ความต้องการทางเพศ เป็นต้น
 2. เป้าหมายเพื่อไปสู่ความมั่นคง (Security) เป็นความต้องการเพื่อความคงอยู่อย่างมีความสุข ต้องการการยอมรับในสังคม ซึ่งเกิดจากการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
- ความต้องการทั้ง 2 ด้านนี้ มีความสัมพันธ์กัน ถ้าบุคคลได้รับตอบสนองอย่างเพียงพอทั้ง 2 ด้าน บุคคลก็จะไม่เกิดความวิตกกังวล

แนวคิดหลักของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) เน้นความวิตกกังวลและระบบตน (Anxiety and the Self – System) โดยกล่าวว่า

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่เจ็บปวดจากความรู้สึกที่ไม่ได้รับความมั่นคงปลอดภัย และความพึงพอใจ ทางสรีรวิทยา ก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งเกิดและแสดงออกได้ดังนี้

ประการที่ 1 ความวิตกกังวล ที่เริ่มต้นมาจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เกิดจากความวิตกกังวลของมารดาถ่ายทอดไปยังบุตร

ประการที่ 2 ความวิตกกังวลสามารถอธิบายและสังเกตได้ บุคคลที่อยู่ในภาวะวิตกกังวลสามารถบอกได้ว่าเขารู้สึกอย่างไรและแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างไร

ประการที่ 3 แต่ละคนจะพยายามค้นหาเพื่อจัดการความวิตกกังวล เช่น ในเด็กจะพยายามเรียนรู้เพื่อหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลที่เกิดจากการถูกละทิ้งและแสวงหาความมั่นคง โดยการยินยอมกระทำตามปรารถนาของบิดามารดา

ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) อธิบายว่า บุคคลพยายามลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นคงให้กับตนเอง Sullivan พยายามเน้นถึงพฤติกรรมที่สังเกตได้ในขณะที่ Freud เน้นกลไกทางจิต (Defense Mechanism) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้สึกในจิตไร้สำนึก ข้อตกลงเบื้องต้นและหัวใจของแนวคิดของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) มีดังนี้

ระบบตัวตน (Self System or Self Dynamism) คือ ภาพของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งจะสร้างขึ้นภายในขวบปีแรก ระบบตัวตนเป็นเครื่องมือที่ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับงานที่หลีกเลี่ยงความวิตกกังวลและสร้างความมั่นคงปลอดภัยได้ ตัวตนจะถูกสร้างมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ซึ่งสะท้อนให้เห็นวิธีการที่บุคคลได้เรียนรู้ในการติดต่อกับบุคคลอื่นที่มีนัยสำคัญ ตัวตนพัฒนาในกระบวนการของการค้นหา ความพึงพอใจทางร่างกายของความต้องการทางด้านร่างกายและความปลอดภัย ถ้าบุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัยตัวตนต้องการความรู้สึกของการยอมรับและการมีชื่อเสียงเพื่อปกปิดความวิตกกังวล การให้รางวัลจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกดี (Good Me) แต่ถ้าบุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวล บุคคลจะรู้สึกไม่ดี (Bad Me) และถ้าไม่ใช่อันเป็นความฝันและประสบการณ์ที่น่าสะพรึงกลัวสำหรับบุคคล จะเกิดขึ้นในผู้มีความผิดปกติทางจิต ระบบตัวตนที่สำคัญได้แก่

1. ระบบฉันดี (Good Me) การมีภาพตนเองว่าเป็นคนดี เกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับ ความพึงพอใจ โดยได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น และการยอมรับจากมารดาที่แสดงความอ่อนโยนให้ความรักและมีความใกล้ชิดกับทารก

2. ระบบฉันเลว (Bad Me) การมีภาพตนเองว่าเป็นคนไม่ดี คนเลว เพราะแม่ปฏิเสธเด็กขาดการให้ความรัก ความอบอุ่น การทอดทิ้ง หรือทำที่ต่าง ๆ ที่แสดงต่อเด็ก เด็กสามารถรับรู้ได้

3. ระบบไม่ใช่ฉัน (Not Me) การมีภาพตนเองว่าไม่ใช่ฉัน เป็นเพราะปฏิสัมพันธ์ของแม่กับลูกนั้นเป็นครั้งเป็นคราว บางทีก็ห้าม บางครั้งก็กอดคริก บางครั้งก็ไล่ ทำให้เด็กเกิดความกลัวและความเครียดอย่างรุนแรง

กระบวนการคิด ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) ยังอธิบายถึงกระบวนการคิดนั้น คิดได้จากประสบการณ์ 3 ชนิดคือ

1. รูปแบบการคิดขั้นต้น (Prototaxic Mode) เป็นความคิดที่ยังไม่ได้ปรุงแต่งหรือจัดเกลาให้มีเหตุผลเป็นระบบความคิดที่เกิดในระยะเริ่มแรกของชีวิต คือระยะเดือนแรก ๆ และเป็นระบบความจำที่เกิดขึ้นเป็นชุด ๆ ไม่ต่อเนื่อง ความคิดนี้ได้รับการรับรู้โดยใช้อวัยวะสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ที่บริสุทธิ์ที่สุดของรูปแบบการคิดเบื้องต้นคือ ระยะ 2-3 เดือนแรกของชีวิต
2. รูปแบบการคิดคู่ขนาน (Parataxic Mode) เป็นระบบความคิดที่บุคคลโยงเหตุการณ์ตั้งแต่ 2 อย่างให้เข้ามาเป็นเหตุและผลกัน
3. รูปแบบการคิดแบบสังเคราะห์ (Syntactic Mode) เป็นระบบความคิดระดับสูง บุคคลสามารถเรียงลำดับจากประสบการณ์ให้เป็นเหตุเป็นผลกันตามความเป็นจริง และมีความสามารถคิดสร้างสรรค์

ถ้าดับขั้นพัฒนาการของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) ได้แบ่งพัฒนาการเป็น 6 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 วัยทารก อายุตั้งแต่ 0 – 18 เดือน

ระยะที่ 2 วัยเด็ก อายุตั้งแต่ 18 เดือนถึง 6 ปี

ระยะที่ 3 วัยเริ่มรุ่น อายุตั้งแต่ 6 – 9 ปี

ระยะที่ 4 ก่อนวัยรุ่น อายุตั้งแต่ 9 – 17 ปี

ระยะที่ 5 วัยรุ่นตอนต้น อายุตั้งแต่ 12 – 14 ปี

ระยะที่ 6 วัยรุ่น อายุตั้งแต่ 14 – 21 ปี

สรุปทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993)

ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) มีความเชื่อว่าบุคลิกภาพจะไม่คงที่ตั้งแต่อายุยังน้อยแต่การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพจะเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ ถ้ามีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใหม่ ๆ เกิดขึ้น ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) ถือว่า อิทธิพลของมนุษย์มีการปรับได้ เช่น ยึดหยุ่นได้และมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ด้วยการเรียนรู้ทำให้บุคคลพัฒนาบุคลิกภาพอยู่เสมอ อย่างไรก็ตามบุคลิกภาพที่พัฒนาขึ้นมานี้อาจหยุดชะงักหรือเกิดความเสียหายได้ ถ้าบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง และอิทธิพลไม่สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพพอเพียง

สำหรับสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุตรกับบิดามารดา และการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวจะปรากฏในแต่ละขั้นตอน

ของพัฒนาการชีวิต การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะมากน้อยและต้องใช้ระยะเวลานานเพียงใดขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะช่วยในการพัฒนาและก่อให้เกิดความพึงพอใจขึ้น (Gilliss, Highley, & Brenda, 1989, pp. 175-176) โดยทั่วไปเมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยขึ้น บทบาทการดูแลเป็นสิ่งที่ต้องตกลงกันว่า ใครจะรับบทบาทในการดูแล อาจจะมีผู้รับผิดชอบเพียง 1 คน หรือมากกว่านี้ แต่สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องมีการประสานสัมพันธ์กัน ทั้งระบบโครงสร้าง บทบาท และพฤติกรรมกระบวนการดูแล (Keith, 1995, pp. 176-180)

จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพมีมิติโนทัศน์พื้นฐานคือ ความรัก ความเอาใจใส่ ความมีน้ำใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อถือให้เกียรติซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2529, หน้า 119) สัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่มีความซับซ้อนมีผลต่อการร่วมกันในการแก้ปัญหา ความวิตกกังวล ความผิดพลาด การควบคุม การพึ่งพาและภาพลักษณ์ที่มีต่อตนเองและพบว่าสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ หากสัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดความโกรธ ความรู้สึกไม่ดี รวมไปถึงพฤติกรรมดูแลที่ไม่ดีด้วย (Wilson, 1989, p. 45)

ฟิลิปป์ และริมปุเชสกี (Phillips & Rempusheski, 1986, pp. 62-84) ได้อธิบายแนวคิดกลไกในระบบการดูแลของสมาชิกในครอบครัวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลว่าประกอบด้วย 4 ระยะคือ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแล (Defining the Situation) เป็นระยะที่ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงภาพลักษณ์ของผู้ต้องการการดูแล และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแล ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดี แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ต้องการการดูแลในปัจจุบันน้อยลงกว่าในอดีต แต่ถ้าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแล แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ต้องการการดูแลในอดีตและปัจจุบันไม่เปลี่ยนแปลงหรือดีขึ้น
2. การรับรู้เกี่ยวกับการดูแล (Cognitive Processes) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลเป็นมาตรฐาน ค่านิยมที่ผู้ดูแลยึดถือ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดีจะเป็นผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือ ปกป้องและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนผู้ต้องการการดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดีผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้บทบาทว่าการดูแลนั้นเป็นการ ถูกทำโทษ เป็นการกระทำดูแลเพียงเพื่อการยอมรับจากสังคมเท่านั้น
3. การปฏิบัติดูแล (Express Processes) เป็นการแสดงบทบาทการดูแลออกมา ซึ่งเป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ที่สะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ นั่นคือหาก สัมพันธภาพ

ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลก็จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดี แต่หาก สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลไม่ดีย่อมก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดี

4. การประเมินผล (Evaluation Processes) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสะท้อนกลไกการดูแลทั้ง 3 ระยะข้างต้น

ฟริคแมน (Friedman, 1986, p. 163) ได้กล่าวถึงชนิดของสัมพันธภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้สมรส หรือสัมพันธภาพของคู่อื่น ๆ ในครอบครัว ดังนี้

1. สัมพันธภาพที่เสริมกัน (Complementary Relationship) เป็นสัมพันธภาพที่บุคคลทั้งสองมีพฤติกรรมที่ตรงข้ามกัน โดยเมื่อบุคคลหนึ่งมีพฤติกรรมเป็นผู้นำ เป็นผู้บริหารและตัดสินใจ ปัญหาต่าง ๆ อีกบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ตาม บุคคลทั้งสองจะยอมรับและมีความสุขในความแตกต่างของกันและกัน สัมพันธภาพชนิดนี้จะเกิดผลในทางบวกเมื่อบุคคลหนึ่งเป็นผู้ให้และอีกบุคคลเป็นผู้รับ แต่มีข้อเสียคืออาจทำให้เพิ่มความเคร่งครัด มีระเบียบและความเข้มงวดมากซึ่งจะขัดขวางพัฒนาการของบุคคลทั้งคู่ ดังนั้นบุคคลทั้งสองจะต้องแสดงบทบาทให้เหมาะสม ถ้าหากบุคคลหนึ่งไม่ยอมรับการกระทำของอีกบุคคลจะทำให้สัมพันธภาพนั้นจบลงได้

2. สัมพันธภาพที่สมมูลกัน (Symmetrical Relationship) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดความสมดุลระหว่างกัน มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารและพฤติกรรมและร่วมกันในการตัดสินใจ สัมพันธภาพชนิดนี้ก่อให้เกิดการยอมรับนับถือกัน เกิดอิสระในการคิดตัดสินใจ แต่อาจเกิดการแข่งขันเกิดข้อขัดแย้งขึ้นได้ บุคคลทั้งสองต้องพยายามเพิ่มความใกล้ชิดและความรักให้แก่กันและกัน

3. สัมพันธภาพที่ขนานกัน (Parallel Relationship) เป็นสัมพันธภาพที่ผสมผสาน สัมพันธภาพทั้งสองชนิดข้างต้นเข้าด้วยกัน เป็นสัมพันธภาพที่มีความยืดหยุ่น ปรับให้เข้ากับสถานการณ์และความสามารถของแต่ละบุคคล

สัมพันธภาพที่สมบูรณ์จะมีการพัฒนาจากสัมพันธภาพชนิดที่ 1 สู่นชนิดที่ 2 และ 3 โดยทั่วไปเรามองว่าสัมพันธภาพคือความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การติดต่อพบปะกัน

จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลเป็นสิ่งสำคัญต่อระบบการดูแลและคุณภาพการดูแล ตลอดจนมีความสำคัญต่อแนวทางในการตัดสินใจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล (Pratt, Jones-Aust, & Pennington, 1993) พอล, บอย, เลียง และจีเวน (Pohl, Boyd, Liang, & Given, 1995) ซึ่งให้เห็นว่าความรักใคร่ผูกพันหรือสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยทางบวกทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อในการดูแลทางบวกคือมองว่าการดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ดีที่ได้ดูแลบุคคลที่ตนรัก มีความพึงพอใจในการดูแลนั้น ขณะเดียวกันความขัดแย้งหรือสัมพันธภาพผู้ดูแลกับผู้ป่วยทางลบ จะทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อในการดูแลทางลบ คือมองว่าการดูแลนั้นทำให้มีงานเพิ่มมากขึ้น

ก่อให้เกิดความขากลำบากและเป็นภาระในการดูแล จากการศึกษาของ เพียงใจ ติรไพรวงศ์ (2540) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง โดยแสดงให้เห็นชัดเจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและมีความผูกพันต่อกัน ผู้ดูแลจึงมีความมั่นใจในความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ป่วยและมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยคือบุคคลสำคัญสำหรับผู้ดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย เกิดความเชื่อ เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดี และมีคุณภาพการดูแลที่ดีด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ เกิดความเชื่อและเกิดพฤติกรรมการดูแลในทางตรงกันข้ามหากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่ดีอาจก่อให้เกิดเกิดความเชื่อการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นความเครียดและคำถาม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าเป็นภาระ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดีตามมา จึงพอสรุปได้ว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ชี้นำพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) หรือบางครั้งอาจใช้คำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เช่น ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง (Self-Worth) ความรักในตัวเอง (Self-Love) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Confidence) ความเคารพในตนเอง (Self-Respect) การยอมรับตนเอง (Self-Acceptance) ความพึงพอใจในตนเอง (Self-Satisfaction) การปกป้องตนเอง (Self-Regard) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) การประเมินค่าตนเอง (Self-Appraisal) ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Sense of Adequacy of Personal Efficacy) ความรู้สึกถึงความสามารถของตนเอง (Sense of Competence) จุดที่เห็นพ้องของตัวตนในอุดมคติ (Self-Ideal Congruence) ความเข้มแข็งในตนเอง (Ego or Ego Strength) ภาพพจน์แห่งตน (Self-Image) (Miller, 1992)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บางครั้งใช้คำว่า การปกป้องตนเอง การยอมรับตนเองหรือภาพลักษณ์ของตนเอง (Muhlenkamp & Sayles, 1986) ซึ่งได้มีผู้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้มากมาย เช่น โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965 cited in Miller, 1992) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่าเป็นทัศนคติที่พอใจหรือไม่พอใจในตนเอง ซึ่งจะเป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความเคารพนับถือในตนเอง ในด้านความรักตนเอง การยอมรับในตนเอง และความรู้สึกในความสามารถของตนเอง ส่วน คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) มีความเห็นว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการตัดสินใจพิจารณาว่าค่าของตนเองตามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อตนเอง ซึ่งคล้ายกับของ สแตนวิช (Stanwyck, 1983 cited in Norris & Kunes-Connell, 1985, p. 745) ที่กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่ว่า “ฉันรู้สึกอย่างไรเมื่อฉันมองตนเอง”

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self – Esteem) เป็นการตัดสินคุณค่าของคน (Self) ในแง่ของปรัชญามีลักษณะเป็นนามธรรม หมายถึงเอกลักษณ์ของบุคคล ซึ่งรวมถึงลักษณะทางกายภาพ ความสามารถทางสติปัญญา ในทางจิตวิทยาจะมองในแง่ของการเรียนรู้ เน้นการรับรู้ตนเองในด้านต่าง ๆ จากการมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและเป็นกระบวนการของประสบการณ์ทางสังคม ด้วยเหตุนี้ “คน” ในทางจิตวิทยาจึงมีความหมายเดียวกับคำว่าอัตมโนทัศน์ (Self – Concept) (Mead, 1962 อ้างถึงใน นิภาวรรณ กิริยะ, 2543)

นอกจากนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังหมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองว่า พอใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ความสำคัญ ประสบความสำเร็จ มีความภาคภูมิใจ และสามารถให้และรับความรักได้ (Rosenberg, 1965) ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองเป็นการตัดสินคุณค่าของตนด้วยตนเองทำได้โดยการวิเคราะห์ว่าพฤติกรรมของเขาไปกันได้ดีเพียงใดกับอุดมคติของเขา (Stuart & Laraia, 1998) เป็นความรู้สึกที่บุคคลยอมรับตนเอง และมองตนเองในด้านบวก (Barry & Morgan, 1995) ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองเป็นความภาคภูมิใจในตนเองและการยอมรับตนเองเป็นความรู้สึกถึงคุณค่าของความเป็นคน (Greenbery & Gold, 1994)

มาสโลว์ (Maslow) มีความเชื่อว่า ทุก ๆ คนในสังคมมีความปรารถนาที่จะได้รับความสำเร็จสูงและต้องการให้ผู้อื่นยอมรับนับถือในความสำเร็จของตนเองด้วย มาสโลว์ (Maslow) ได้จัดลำดับความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในชั้นที่ 4 รองลงมาจากความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จตามความคาดหวัง (Self – Actualization) ถ้าความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจ บุคคลนั้นจะรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ และมีประโยชน์ต่อสังคม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงเป็นรากฐานของภาวะสุขภาพ จิตสังคมและบอกได้ถึงคุณภาพชีวิต (Taft, 1985) ซึ่งเป็นสิ่งที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล (Fill, Rabins, Lucus, & Eastham, 1986) Maslow ได้แบ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ประเภทที่เกี่ยวข้องกับกับความรู้สึกรับรู้ในความสามารถของตนเอง การยอมรับนับถือ การประเมินคุณค่าตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองประเภทนี้ ประกอบด้วย การมีจุดเด่น (Strength) ผลสัมฤทธิ์ (Achievement) ความสามารถที่เหมาะสมต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ (Adequacy) การบรรลุเป้าหมายและความสามารถ (Masty and Competence) ความเชื่อมั่น (Confidence) การพึ่งตนเองและความมีอิสระเสรี (Independence and Freedom)

2. ประเภทที่ได้รับการตัดสินว่ามีคุณค่าจากผู้อื่น เช่น การมีชื่อเสียง เกียรติยศ ตำแหน่ง ความรู้เรื่อง การมีอำนาจเหนือผู้อื่น การได้รับการยอมรับและความสนใจ มีความสำคัญ มีศักดิ์ศรี หรือเป็นที่น่าชื่นชมของผู้อื่น

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) กล่าวว่าความมีคุณค่าในตนเอง มาจากแหล่งสำคัญซึ่งบุคคลใช้เป็นสิ่งตัดสินความสำเร็จของตนเอง 4 แหล่ง ดังนี้

1. การมีอำนาจ (Power) หมายถึง การที่บุคคลสามารถมีอิทธิพลและควบคุมบุคคลอื่นได้
2. การมีความสำคัญ (Significance) หมายถึง การได้รับการยอมรับ ได้รับการใส่ใจ รวมทั้งได้รับความรักใคร่จากบุคคลอื่น
3. การมีคุณความดี (Virtue) หมายถึง การยึดมั่นตามมาตรฐานทางจริยธรรมและศีลธรรมของสังคม
4. การมีความสามารถ (Competence) หมายถึง การประสบผลสำเร็จในการกระทำสิ่งต่าง ๆ

คุณลักษณะทั้งสี่นี้ต่างผลักดันให้มนุษย์มีพัฒนาไปตามขั้นตอนของพัฒนาการได้สำเร็จ การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงอยู่บนพื้นฐานของคุณลักษณะทั้งสี่ ภายใต้สัมพันธภาพที่เกิดจากความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Coopersmith, 1984)

ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองจะเป็นประสบการณ์ที่ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายในชีวิตและปรารถนาที่จะค้นพบความสุข (Branden, 1992 cited in Huitl, 1998)

จากความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้รวบรวมข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้คล้ายคลึงกัน โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเอง การพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนเองตามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อตนโดยการเปรียบเทียบระหว่างตัวตนในอุดมคติและจากปฏิกิริยาตอบสนองของผู้อื่น ว่าตนมีความหมาย ความสามารถ ความสำคัญ การยอมรับเคารพนับถือในตนเอง และพึงพอใจในตนเองเกี่ยวกับความมีคุณค่า ตลอดจนการมีประโยชน์ต่อสังคมและได้รับการยอมรับจากสังคม

กล่าวโดยสรุปการที่ผู้ดูแลเกิดความเชื่อ รู้สึกพึงพอใจในตนเอง นับถือตนเองและรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) ที่มีวัตถุประสงค์จะให้การดูแลสุขภาพของบุคคลโดยมุ่งสร้างให้แต่ละบุคคลเกิดการยอมรับนับถือในศักดิ์ศรี (Self Respect) และคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล

ความสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นมโนทัศน์ย่อยที่สำคัญที่สุดของอัตมโนทัศน์ (Self - Concept) เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective) ซึ่งประกอบด้วยความคิด ความรู้สึกทั้งทางบวกและ

ทางลบและเป็นมโนทัศน์ที่มีหลายมิติ (Multidimension Concept) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านสังคม (Social) และด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) (Carpenter, 1996; Curbow, Somerfield, Legro, & Sonnega, 1990; Footc, Piazza, Holcombe, Paul, & Daffin, 1990; Rosenberg, 1965) ซึ่งความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการทางด้านจิตใจ ถ้าขาดซึ่งความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีผลกระทบต่อชีวิตในทุกด้าน บุคคลที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าทางในตัวเองสูงจะมีลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกทางกายดังนี้ (Branden, 1998) มีความยินดีที่มีชีวิต มีความสนุกสนานรื่นเริง ปรารถนาเข้มแข็ง สามารถชมเชยหรือกล่าวอย่างตรงไปตรงมาด้วยความซื่อสัตย์ มีความสามารถในการวิจารณ์ ยอมรับความผิดพลาดของตนเองได้ มีความเป็นอิสระในการแสดงความรู้สึกและรับฟังคำแนะนำด้วยความพึงพอใจ สามารถพูดหรือกระทำในสิ่งที่ง่ายหรือเป็นไปได้ มีความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างคำพูดและกิริยาท่าทางอย่างเป็นธรรมชาติ มีความเปิดเผยและกระตือรือร้นในการรับประสบการณ์และโอกาสใหม่ ๆ ของชีวิต มีอารมณ์ขันมองเห็นสิ่งดีในตนเองและผู้อื่น มีความยืดหยุ่นในการตอบสนอง มีความคิดสร้างสรรค์และอารมณ์ดีอยู่เสมอ มีความพอใจที่ได้เป็นเจ้าของ และสามารถทนต่อแรงกดดันต่าง ๆ ได้อย่างมีศักดิ์ศรีในตนเอง

บุคคลที่มีความรู้สึกรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสูง จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันความเจ็บป่วย เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เชื่อมมั่นในอำนาจและการกระทำของตนเองว่าจะเกิดผลตามที่ตนเองต้องการ ในการดำรงรักษาสุขภาพของตนเองไว้ มีพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเมื่อเจ็บป่วยสามารถจะฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีในการรักษา (Coopersmith, 1984)

บุคคลที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีลักษณะพฤติกรรมสุขภาพจิตในทางลบ ซึ่งตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าบุคคลที่มีลักษณะความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าต่ำจะมีลักษณะดังนี้ (Dinkmeyer, 1965; Branden, 1998) คิดว่าตนเองไม่ใช่คนสำคัญ ไม่ใช่เป็นบุคคลที่คนอื่นชอบหรือไม่เห็นเหตุผลที่คนอื่นมาชอบตนเอง ไม่สามารถทำอะไรได้หลายอย่างที่อยากจะทำหรือทำตามแนวทางที่คิดจะเป็น ไม่แน่ใจในความคิดและความสามารถของตนเอง เห็นค่าความคิดเห็นของบุคคลอื่น และงานของคนอื่นดีกว่าของตนเอง คิดว่าไม่มีใครสนใจตนเอง ไม่กล้าดำเนิน ไม่ชอบทำอะไรที่เกิดขึ้นใหม่ ไม่สามารถที่จะบังคับตนเองเมื่อเกิดขึ้นและคาดหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างเลวร้ายลงไปอีกแทนที่จะดีขึ้น ไม่ยอมมีส่วนร่วมในการรักษา ไม่ยอมรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหา ผลที่ตามมาหลังจากความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำคือ สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียบทบาททางสังคม ไม่รับผิดชอบในการดูแลตนเอง ไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่ยอมรับข้อมูลใหม่ ๆ รวมทั้งข้อมูลทาง

ด้านสุขภาพเนื่องจากมีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะเรียนรู้ได้ การมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าต่ำลง ทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจในการกระทำและปฏิบัติในการดูแลตนเองไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับปัญหาความยุ่งยากในชีวิต ขาดการนับถือตนเอง รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ (Dowie, Tannahill, & Tannahill, 1996) ทำให้สุขภาพเสื่อมลง คุณภาพชีวิตลดลง (Hanucharunkul, 1988) อาจใช้วิธีการแก้ไขปัญหาโดยการดื่มสุรา ใช้จ่ายไปในทางที่ผิด มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผิดปกติ ฆ่าตัวตาย หรืออาจจะมีพฤติกรรมที่เป็นผลร้ายต่อตนเอง (Greenberg & Gold, 1994) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นเครื่องชี้วัด (Indicator) ของภาวะสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงความสามารถในการปรับตัวในขณะที่ได้รับการเจ็บป่วย (Carpenter, 1996)

พัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

พัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นตั้งแต่วัยทารก จะเริ่มรู้จักส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตน อันเป็นจุดเริ่มต้นรู้จักตนเอง นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นกระบวนการของการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Crouch & Straub, 1983) และพัฒนาตามลักษณะในแต่ละวัยและวุฒิภาวะหรือพัฒนาตามขั้นตอน พัฒนาการแปดขั้นของอีริกสัน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2539; Erikson, 1968; Johnson, 1997) ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 ความไว้วางใจและความไม่ไว้วางใจในผู้อื่น (Trust-Mistrust) เริ่มตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึง 1 ขวบครึ่ง ถ้าในขั้นตอนนี้ได้รับการตอบสนองที่สมมูล จะทำให้ทารกพัฒนาความรู้สึกมีความหวัง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าต่อตนเองของมนุษย์ เป็นพลังผลักดันให้มนุษย์ต่อสู้อุปสรรคต่าง ๆ ที่มักเกิดขึ้นในชีวิตของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น

ขั้นตอนที่ 2 ความเป็นตัวของตัวเองกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (Autonomy-Shame and Doubt) เริ่มตั้งแต่ 1 ขวบครึ่งถึง 3 ขวบ โดยการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเด็กจะเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่รู้จักควบคุมตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง ตามความเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้จักตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิด (Initiative-Guilt) เริ่มตั้งแต่ 3 ขวบ ถึง 6 ขวบ เป็นระยะที่เด็กรู้จักใช้ความคิดฝัน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความสมดุลระหว่างความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิด จะทำให้เด็กพัฒนาเป็นคนชอบสร้างสรรค์ รู้จักคิดหาวิธีแก้ไขปรับปรุงกิจการต่าง ๆ ที่ต้องกระทำ เป็นคนที่กล้าเผชิญความเป็นจริงของตนเองและของชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 ระยะเวลาฝึกทักษะในสังคมและการเกิดปมด้อย (Industry-Inferiority) เริ่มตั้งแต่ 6 ขวบถึง 12 ขวบเป็นระยะที่เด็กเริ่มออกสู่สังคมนอกบ้าน เริ่มฝึกฝนทักษะ และกิจกรรมต่าง ๆ ได้ร่วมมือหรือแข่งขันกันทำงาน เมื่อเด็กสามารถสร้างความสำเร็จให้กับตนเองได้ เขาจะ

เรียนรู้ว่า ความสำเร็จเป็นสิ่งที่น่าภาคภูมิใจ ซึ่งจะพัฒนาความสำนึกในคุณค่าของตนเองให้เพิ่มสูง

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างเอกลักษณ์แห่งตน และความสับสนในเอกลักษณ์แห่งตน (Identity-Identity Confusion) อายุ 12 ปี ถึง 20 ปี เป็นระยะที่แสวงหาเอกลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเองในการตัดสินใจ โดยอาศัยอุดมคติ ความเชื่อ และค่านิยมของตนเอง ผู้ที่มีความสมดุลในขั้นตอนจะทำให้บุคคลรู้จักเคารพในสิทธิและความคิดของผู้อื่นและประพฤติกว้างได้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 6 ความใกล้ชิดผูกพันและความโดดเดี่ยว (Intimacy-Isolation) เริ่มตั้งแต่ 20 ปี ถึง 40 ปี ถ้าขั้นตอนนี้เกิดมีความสมดุลจะช่วยทำให้เป็นคนมีไมตรีจิต มีความรักแบบผู้ใหญ่ที่มีลักษณะเอื้ออาทรต่อกัน

ขั้นตอนที่ 7 การบำรุงส่งเสริมผู้อื่นและการพะวงเฉพาะตน (Generativity-Self Absorption) เริ่มตั้งแต่ 40 ปีถึง 60 ปี เป็นวันซึ่งมีคุณสมบัติของความเอื้ออาทรที่แท้จริง บุคคลจะแสดงความอาทร โดยการแบ่งปัน การเลี้ยงดู การแนะนำ การสร้างสรรค์ทั้งในสิ่งที่ป็นวัตถุสิ่งของ ความรู้ ความคิด ความชำนาญต่าง ๆ ต่อบุคคลอื่นและต่อสังคมส่วนรวมทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขพึงพอใจในชีวิตตนเอง เห็นตนเองมีคุณค่ามีความสำคัญ ผู้ที่มีความสมดุลในขั้นตอนนี้จะพัฒนาความสำนึกในคุณค่าตนเองเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นมนุษย์ที่มีค่ามีความหมาย

ขั้นตอนที่ 8 ความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวัง (Integrity-Despair) เริ่มตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในขั้นตอนนี้ถ้าบุคคลยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวของชีวิตตนเอง ไม่ยึดติดกับอดีต รู้จักปล่อยวาง ถ้าบุคคลในวัยนี้สามารถทำใจยอมรับชีวิตของตนและผู้อื่นจะทำให้บุคคลมีความพอใจในชีวิตของตนจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่ถ้าบุคคลยังมีความรู้สึกอาลัยอาวรณ์ มีความรู้สึกสูญเสีย ยอมรับอดีตไม่ได้ กลัวความตายที่กำลังจะมา จะทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และความสำนึกในคุณค่าตนเองจะลดต่ำลง

พัฒนาการของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปตามวัย และเริ่มคงที่ในวัยผู้ใหญ่เนื่องจากมีวุฒิภาวะและมีแนวโน้มที่จะยอมรับตนเอง ลดยึดมั่นโน้มน้าวตามปณิธานลงมากกว่าวัยรุ่น อย่างไรก็ตามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอาจเปลี่ยนแปลงเมื่อบุคคลมีเหตุการณ์รุนแรงภายนอกมากระทบ เกิดความเจ็บป่วยและการสูญเสียต่าง ๆ เช่น การสูญเสียอวัยวะที่ทำหน้าที่ของร่างกาย การสูญเสียแขน ขา การผ่าตัดกระเพาะอาหารหรือปัสสาวะทางหน้าท้อง การสูญเสียคู่ครอง ผู้ป่วยที่มีการทำแท้ง ผู้ป่วยที่เป็นหมัน การเกษียณอายุราชการ สตรีวัยหมดประจำเดือน (Carpenter, 1996; Frank – Stromberg, 1984)

กระบวนการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กระบวนการที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีค่าเท่าไร ทาฟท์ (Taft, 1985, p. 79) อธิบายว่ามี 2 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินเจตคติและสังคมที่มีต่อตนเอง กระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดการมองตนเองของคูลีย์ (Cooley) ที่ว่าบุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย “กระจกมองตน” (Lookingglass Self) เป็นการรับรู้คุณค่าของตนเองที่มีรากฐานมาจากการประเมินและการยอมรับผู้อื่นเป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกต่อคุณค่าของตน (Outer Self-Esteem)
2. ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนอง ต่อภาวะแวดล้อมและผลที่ตนได้รับ กระบวนการนี้เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าภายใน (Inner Self-Esteem) เป็นความสัมพันธ์ที่แท้จริงของบุคคลในสังคม และผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย วุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม แล้วยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต กล่าวคือ ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลใดดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง (Taylor, 1982 อ้างถึงใน สุวรรินทร์ แก้วประโลม, 2538, หน้า 27)

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ในการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถกระทำได้ 2 วิธีคือ

1. การซักถาม จากผู้ถูกวัดโดยตรง (Interview) ข้อมูลที่ได้เรียกว่า รายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self Report)
2. การสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกวัด (Observation) การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ด้านจุดเด่นและจุดด้อย ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการแสดงบทบาท การเปลี่ยนแปลงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัว ส่วนการสังเกต (Observation) โดยการสังเกตจากพฤติกรรมและการพูดคุยเกี่ยวกับตนเองในทางที่เสียหาย (Negative Self Talk) ที่บ่งชี้ถึงการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น ฉันรู้สึกว่ามีอะไรดีเลย ฉันรู้สึกผิดและอายเมื่อขอความช่วยเหลือ ฯลฯ นอกจากนี้การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีเครื่องมือหรือแบบประเมินโดยเฉพาะ ได้แก่ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg's Self-Esteem Scale และ Coopersmith's Self – Esteem ซึ่งประเมินได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ และการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในเด็ก

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

นอกจากพัฒนาการในชีวิตของ อิริคสัน (Erikson, 1968) แล้ว พบว่ายังมีปัจจัยอีกหลายประการที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่

1. เพศ จากการศึกษาของ แสตนวิก (Stanwyck, 1983; Block & Robins, 1993) พบว่า เพศชาย มีระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุกัญญา พิระวรรณกุล (2529) พบว่าเพศชายได้รับความนิยมและได้รับคุณค่าตามประเพณีมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับ มุชเลนแคมป์ และเซเลส (Mushlenkamp & Sayles, 1986) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจำนวน 98 คน พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($p < .05$) เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 200 คน พบว่าเพศชายมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง ($p < .05$)
2. สถานภาพสมรส จากการศึกษาของ บาร์ลอน (Barron, 1987 cited in Miller, 1992) ในสตรีหย่าแล้วหลังการแต่งงานครั้งแรกจำนวน 36 คน พบว่าในสตรีกลุ่มนี้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ คู่สมรสจึงมีผลกระทบต่อการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ถ้าสามียกย่องภรรยา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะสูงขึ้น คู่สมรสเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญใกล้ชิด การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือ การได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส จะช่วยให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น มีคนรัก และห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ สามารถปรับตัว หรือบอกความคับข้องใจ ได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน อาหาร มีคนพามาตรวจร่างกายตามนัด รู้สึกมีความมั่นคงในอารมณ์
3. ระดับความรุนแรงของโรค จากการศึกษาของ บรูกฮาร์ด (Bruckhardt, 1985) ที่ศึกษาผลกระทบของโรคข้ออักเสบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 94 คน พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณระวี อัคนิจ (2534) ที่ศึกษาถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 100 คน พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($p < .05$) และจากการศึกษาของ รวีวรรณ ยศวัฒน์ (2535) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 100 คน ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายความรู้สึกมีคุณค่าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
4. แรงสนับสนุนทางสังคม มุชเลนแคมป์ และเซเลส (Mushlenkamp & Sayles, 1986) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองและการปฏิบัติตัวจำนวน 98 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมการดูแลตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ คาริกา ธารบัวสรรค์ (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดเรื้อรัง จำนวน 60 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

5. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationships) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คนหรือมากกว่า 2 คนขึ้นไปโดยที่บุคคลมีความพึงพอใจและมีความสนใจร่วมกัน ซึ่งสัมพันธภาพจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและทัศนคติ (Baltus, 1994; Pearson, 1983) กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Fontaine & Fletcher, 1999; Miller, 1992) ซัลลิแวนมีความเชื่อว่า มนุษย์อยู่ได้อิทธิพลของความสัมพันธ์กับผู้อื่นตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ไม่สามารถหลบเลี่ยงและขาดความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ความเปลี่ยนแปลงทางกายและอารมณ์ (Sullivan, 1964 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2539)

6. อายุ การยอมรับในคุณค่าของตนเองจะเพิ่มขึ้นตามอายุและจะมีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งในวัยสูงอายุเนื่องจากการเกษียณอายุการทำงานและการสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2531, หน้า 87) แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากผู้ที่อายุมากขึ้นควบคู่กับการมีวงศาคณาญาติเพิ่มมากขึ้น บุตรหลานมีครอบครัวส่งผลให้เครือข่ายทางสังคมมากขึ้น โอกาสของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น (Muhlenkamp & Sayles, 1986; Koniak - Griffin, 1988; Nelson, 1989; Robinson, 1990)

7. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ อันจะนำไปสู่การมีความสามารถในการคิด ตรวจสอบและตัดสินใจ เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นต่าง ๆ ต่อไป บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา เข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Muhlenkamp & Sayles, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ มหาสทิทธิวัฒน์ (2529) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ มีแนวทางในการตัดสินใจหรือเลือกปฏิบัติได้มากกว่าทำให้บุคคลมั่นใจ เชื่ออำนาจในการกระทำของตนเองและตัดสินใจปัญหานั้นได้ จึงประเมินตนเองไปในทางที่มีคุณค่า (Croub & Staub, 1983)

8. รายได้ ฐานะเป็นทางเศรษฐกิจเสมือนแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การมีรายได้สูงหรือมีรายได้เป็นของตนเอง และสามารถทำงานได้ด้วยตนเอง เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกว่าไม่เป็นภาระของใคร มีความเป็นอิสระในตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ ย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ครอบครัวและสังคม จึงรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ทำให้เกิดความมั่นใจในคุณค่าของตน (รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535) จากการศึกษาของ รวีวรรณ ยศวัฒน์ (2535) และแอนเดอร์สัน (Anderson, 1995) พบว่ารายได้สามารถทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณระวี อัครนิม (2534) พบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง บุคคลที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยิ่งต่ำลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน โดยเชื่อว่าผู้ดูแลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะส่งผลดีต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งในการศึกษานี้ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยเรียบเรียงและดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith Self-Esteem Inventory - Adult Form) ฉบับที่ใช้กับผู้ใหญ่ ซึ่ง นิภาวรรณ กิริยะ (2543) นำมาแปลและปรับปรุงใช้กับสตรีในกรุงเทพมหานคร มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และมาปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยเนื้อหายังคงครอบคลุมความมีคุณค่าในตนเอง ทั้งในด้านการมีอำนาจการมีความสำคัญ การมีคุณค่าความดี และการมีความสามารถ

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาระในการดูแล

จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องภาระ ซึ่งพบว่ามี การเรียกภาระต่าง ๆ กัน บางกลุ่มก็ใช้คำว่า ภาระ (Burden) (Loukissa, 1995) บางกลุ่มใช้คำว่า ภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden) (Watson, Modeste, Catolico, & Crouch, 1998) บางกลุ่มใช้ภาระการดูแล (Caregiving Burden) (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991) บางกลุ่มใช้ภาระครอบครัว (Family Burden) (Noh & Avison, 1988) แต่ในความหมายที่เข้าใจ คือ สิ่งที่ใช้อธิบายในประเด็นเดียวกันเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลหรือผลกระทบ ความยากลำบากหรือปัญหาที่เกิดจากการดูแลทั้งสิ้นโดยมีผู้ให้ความหมายและให้คำจำกัดความต่าง ๆ กันดังนี้

คามพจนานุกรมไทย (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2535) ภาระ หมายถึง การงานที่หนัก รุระที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ

พอลช็อค และดีมิมลิง (Poulshock & Demimling, 1984) ให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลว่า คือผลลัพธ์ของการดูแลที่เกิดจากข้อจำกัดในชีวิตซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว

ทั้งก่อนรับบทบาท ขณะรับบทบาทผู้ดูแลและก่อให้เกิดผลกระทบตามมาภายหลังจากการดูแลด้วย โดยวัดผลกระทบออกมา 2 ด้าน คือผลกระทบต่อผู้ดูแลและสัมพันธภาพในครอบครัว และอีกด้าน คือผลกระทบต่อกิจกรรมการดูแล

เพลท (Platt, 1985) ให้ความเห็นว่า คำว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่าหมายถึงปัญหา และความยุ่งยากต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากกับบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันผู้ป่วยจิตเวช โดยเน้นว่าภาระที่เกิดขึ้นกับครอบครัวเป็นผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่มีต่อระบบครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ เช่น เศรษฐกิจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การใช้เวลาร่วมและการสังสรรค์ร่วมกัน ภาวะสุขภาพจิตทางร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้แบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือ

1. ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) หมายถึง ความยุ่งยากในชีวิตครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งที่สังเกตได้
2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) หมายถึง ความรู้สึก ความเครียด หรือการเกิดอารมณ์เสียจากการรับรู้ถึงภาระของบุคคล

สำหรับ บูล (Bull, 1990) ให้ความหมายว่า ภาระ เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแล และเป็นผลให้สุขภาพกาย หน้าที่ และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง โดยกล่าวว่า กิจกรรมหรืองานที่ผู้ดูแลปฏิบัติในการตอบสนองความต้องการและเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากการดูแลเป็นการวัดถึงภาระเชิงปรนัย ส่วนความรู้สึก ทศนคติ และอารมณ์ที่เกิดจากการให้การดูแลเป็นการวัดถึงภาระเชิงอัตนัย

การประเมินภาระการดูแล

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลที่มีมากมายหลายแนวทาง จึงทำให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไป และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่ายังไม่มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินภาระ นักวิจัยส่วนมากมักจะสร้างเครื่องมือตามแนวคิด ซึ่งเกิดจากความรู้ประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง ส่วนใหญ่จะประเมินภาระของผู้ดูแลในลักษณะที่สะท้อนถึงการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และเศรษฐกิจสังคมแก่ ผู้ดูแล หรือเป็นปฏิริยาของผู้ดูแลต่อการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ดังเช่น โฮนิคและแฮมิลตัน (Hoenig & Hamilton, 1962 cited in Platt, 1985) ประเมินภาระเป็น 2 ด้าน คือภาระเชิงปรนัยและอัตนัย โดยได้แบ่งภาระเชิงปรนัยเป็น 2 ชนิดคือ ชนิดแรกจะประเมินถึงผลกระทบต่อการดูแลชีวิตของบุคคลในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ ผลกระทบต่อเด็กและผลกระทบต่องานประจำวัน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ชนิดที่สอง เป็นผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (None) นาน ๆ ครั้ง (Occasional) บางช่วงเวลา

(Periodic) และสม่ำเสมอ (Constant) ส่วนภาระเชิงอัตรา มี 3 ระดับคะแนนคือ ไม่มีเลย (None) บางครั้ง (Some) และรุนแรง (Severe) แต่การประเมินของพวกเขาก็ยังมีความไม่ชัดเจนเนื่องจากในการเชิงอัตรายังกล่าวถึงประสบการณ์เชิงอัตรา ก็ยังมีความไม่ชัดเจนและในงานวิจัยก็ไม่ได้กล่าวถึงความเที่ยง ความตรง ความเชื่อมั่นของงานวิจัยอีกด้วย (Platt, 1985)

แพลท (Platt, 1985) ประเมินภาระเชิงอัตรา เป็น 18 ข้อ โดย 8 ข้อ จะเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดกับเด็กด้านสุขภาพกาย อารมณ์ พฤติกรรมที่ถูกรบกวน สัมพันธภาพกับผู้ป่วย เวลาออกนอกบ้าน การติดต่อกับเพื่อน การขาดโรงเรียนและการปฏิบัติกิจกรรมของโรงพยาบาลอีก 8 ข้อ จะเป็นคำถามเกี่ยวกับผลจากการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพกาย อารมณ์ ชีวิตในสังคม เวลาว่าง รายได้พิเศษ การปฏิบัติงาน การหยุดงานและความยุ่งยากในชีวิต อีก 1 ข้อ จะถามเกี่ยวกับความยุ่งยากในสัมพันธภาพภายในครอบครัวและข้อสุดท้ายจะถามเกี่ยวกับความยุ่งยากในสัมพันธภาพภายนอกครอบครัว โดยคำถามทั้งหมดแบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน คือ ไม่มีเลย (No) อาจเป็นไปได้ (Possibly) และแน่นอน (Definitely) ส่วนภาระเชิงอัตราจะประเมินถึงความเครียดซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ทวนใจของผู้ป่วยต่อผู้ดูแล หรือความเครียดซึ่งเกิดจากการเชิงอัตรา มี 4 ระดับคะแนนให้เลือกคือ ไม่มีเลย (None) ปานกลาง (Moderate) รุนแรง (Severe) และรุนแรงที่สุด (Resignation)

วัตสัน (Watson, 1985) ได้ประเมินภาระของผู้ดูแลเป็นแบบสัมภาษณ์ภาระเชิงอัตรา โดยมี 22 ข้อคำถาม มี 5 ระดับคะแนน คือ ตั้งแต่ไม่ทั้งหมด (Not at All) ถึงมากที่สุด (Extremely) โดยแต่ละด้านประเมินจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดส่วนบุคคล (Personal Strain) และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (Role Strain)

เครื่องมือที่สร้างขึ้นเหล่านี้ อาจจะเหมาะสมที่จะประเมินภาระของผู้ดูแลเพียงบางกลุ่มเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากนักวิจัยแต่ละคนสร้างเครื่องมือขึ้นมา เพื่อประเมินภาระของกลุ่มผู้ดูแลที่ตนเองสนใจเท่านั้น ข้อคำถามของแบบประเมินแต่ละชนิดจึงชี้ให้เห็นปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่สนใจเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมในการนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยทั่วไปที่มีลักษณะปัญหาที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดของโอเบิร์ส ในการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

แนวคิดภาระการดูแลของโอเบิร์ส

ในแนวคิดภาระการดูแลของ โอเบิร์ส (Oberst, 1991) จะได้กล่าวถึงกิจกรรมการดูแล การเกิดภาระการดูแล การประเมินภาระการดูแล และแบบประเมินภาระการดูแลตามลำดับ

กิจกรรมการดูแล ในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาที่มีความแตกต่างกันผู้ดูแลต้องสนองตอบต่อความต้องการของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการดูแลของบุคคลตามแนวคิดของ โอเบิร์ส (Oberst, 1991) แบ่งองค์ประกอบภาระการดูแลเป็น 3 ด้านคือ

1. การดูแลโดยตรง (Direct Care) เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลให้ได้รับการพักผ่อน

2. การดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal Care) เน้นการดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ การแสดงความรัก พுகุญ การสังเกตพฤติกรรมรวมทั้งเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่าง ๆ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์

3. การดูแลทั่วไป (Instrumental Care) เน้นการดูแลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การบริหารจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล การจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อมารับบริการหรือการเดินทางออกนอกบ้าน และการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ

การเกิดภาระการดูแล โอเบิร์ต (Oberst, 1991) กล่าวว่ากิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้าน ต้องใช้เวลาและเกิดความยากลำบากในการดูแลที่มากขึ้นแตกต่างกัน ประกอบกับลักษณะกิจกรรมการดูแล ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และศักยภาพของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลประเมินว่าศักยภาพที่ตนมีอยู่นั้น ไม่เพียงพอที่จะจัดการกับภาระงานที่รับผิดชอบได้จะทำให้บุคคลต้องใช้ความพยายามมากขึ้น ผู้ดูแลรับรู้ว่าต้องใช้เวลาในการปฏิบัติ ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกยากลำบากที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมดูแลดังกล่าวทำให้บุคคลรับรู้ภาระในระดับสูง ในทางตรงข้ามหากผู้ดูแลประเมินว่าศักยภาพที่ตนมีอยู่นั้นมากพอที่จะจัดการกับภาระงานที่รับผิดชอบ ผู้ดูแลก็จะรู้สึกเป็นภาระในการดูแลหรือไม่รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล และสามารถที่จัดการกับภาระงานในบทบาทผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี

การประเมินภาระการดูแล โอเบิร์ต (Oberst, 1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการทำการดูแลควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลซึ่งแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติคือ

1. ภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective Burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (Demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

2. ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบาก (Difficulty) ในการทำกิจกรรมการดูแลวัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

แบบประเมินภาระการดูแล โอเบิร์ต (Oberst, 1991) ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiving Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อใช้วัดภาระการดูแลสมาชิกครอบครัวผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามา

จากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ ลาซารัส และ โฟคแมน (Lazarus & Folkman, n.d. cited in Oberst, 1989) ในปี 1989 โอเบิร์ต (Oberst, 1989) ได้รวบรวมข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมและจากผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งมีทั้งหมด 10 ข้อ โดยได้นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา จากนั้นหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 47 ราย ซึ่งได้รับคำแนะนำจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งว่าควรเพิ่มข้อคำถาม ในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.87 ค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ เท่ากับ 0.40 (Oberst et al., 1991) จากนั้น โอเบิร์ต (Oberst, 1991) จึงได้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อรวมเป็น 12 ข้อและได้นำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 26 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.82 และค่าเฉลี่ยของความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบ เท่ากับ 0.43

จากข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โอเบิร์ต (Oberst, 1991) จึงได้พัฒนาแบบสอบถามโดยเพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อรวมเป็น 14 ข้อเพื่อเป็นการประเมินความต้องการการดูแล (ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล) และความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแล จากนั้น โอเบิร์ต (Oberst et al., 1991) ได้นำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยได้รับการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างโดยอาศัยการวิเคราะห์องค์ประกอบจากข้อมูลที่ได้จากสมาชิกครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 240 ราย เมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบของความต้องการการดูแลพบว่า มีองค์ประกอบตามที่ได้กำหนดไว้คือ การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป น้ำหนักรายข้อของแต่ละองค์ประกอบมีค่ามากกว่า 0.49 ทั้ง 3 องค์ประกอบรวมกับอธิบายความแปรปรวน ได้ร้อยละ 57 มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของความยากลำบากในส่วนของการดูแลโดยตรงเท่ากับ 0.68 การดูแลระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.59 และการดูแลทั่วไปเท่ากับ 0.68 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของความต้องการการดูแลในส่วนของการดูแลโดยตรงเท่ากับ 0.70 การดูแลระหว่างบุคคลเท่ากับ 0.58 และการดูแลทั่วไปเท่ากับ 0.63 จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในแต่ละส่วน ทั้งปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล พบว่า มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง และเมื่อนำคะแนนจากทั้ง 2 ส่วนคูณกันและถอดรากที่สองเป็นคะแนนการดูแล พบว่าก็ยังมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง ในส่วนของการทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดนี้พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดในส่วนของการต้องการการดูแลเท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งหมดในส่วนของความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ 0.91

ต่อมา โอเบิร์ต (Oberst, 1991) ได้เพิ่มข้อคำถามอีก 1 ข้อ โดยเป็นการเพิ่มตามเนื้อหาที่ได้รับจากคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลที่จัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน ซึ่ง โอเบิร์ต

(Oberst, 1991) คาดการณ์ว่าจากการที่เพิ่มข้อคำถามอีก 1 ข้อ จะไม่เป็นผลเสียดังกล่าวความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จึงไม่ได้ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือหลังจากเพิ่มข้อคำถามแล้ว

ในประเทศไทย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาวะการดูแลของ โอเบิร์ต (Oberst, 1991) เป็นภาษาไทย และได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 4 ท่าน จากนั้นจึงนำไปปรับปรุงข้อคำถามบางข้อ เพื่อนำไปศึกษาเฉพาะความต้องการการดูแลของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 ราย นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาวะการดูแลทั้งชุดมีค่าเท่ากับ 0.77 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาวะการดูแลทั้งชุดในส่วนของความต้องการการดูแลเท่ากับ 0.72 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาวะการดูแลทั้งชุดในส่วนของความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ 0.78 และ รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ได้นำแบบวัดภาวะการดูแลของ โอเบิร์ต (Oberst, 1991) มาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงข้อคำถามบางข้อให้สอดคล้องกับภาวะในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนของมารดาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลเด็ก 3 ท่าน หลังแก้ไขและปรับปรุงตามคำแนะนำได้นำมาหาความเที่ยงของความสอดคล้องภายใน โดยทดสอบกับมารดาที่มีบุตรเป็นปัญญาอ่อน จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Coefficient) ของแบบวัดภาวะในการดูแลเท่ากับ 0.86 ความต้องการในการดูแลเท่ากับ 0.77 และความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ 0.87 จากนั้นจึงได้นำมาวิเคราะห์ การรับรู้ภาวะการดูแลของมารดาผู้ให้การดูแลบุตรปัญญาอ่อนจำนวน 100 ราย พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาวะการดูแลทั้งชุดเท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาวะการดูแลทั้งชุดในส่วนของความต้องการการดูแลเท่ากับ 0.80 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาวะการดูแลทั้งชุดในส่วนของความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ 0.84

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แบบวัดภาวะการดูแลของ รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) เนื่องจากแบบวัดภาวะการดูแลสร้างจากแนวคิดภาวะการดูแลของ โอเบิร์ต (Oberst, 1991) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดภาวะการดูแลอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ คือตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1995)

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแลสรุปได้ว่า ภาวะของผู้ดูแลเป็นผลของการรับผิดชอบดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยซึ่งเป็นสาเหตุก่อให้เกิดปัญหา หรือความยากลำบากแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อปัญหาหรือความยากลำบากที่เกิดจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกับการมองลักษณะของงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบโดยตรง ขณะเดียวกันภาวะการดูแลที่สูงจะบ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลที่ดีด้วย (Phillips & Rempusheski, 1986)

จะเห็นได้ว่าภาระในการดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้เวลาและความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลให้กับผู้ป่วยในแต่ละประเภทของความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งการรับรู้ภาระในการดูแลหากผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยตามมาด้วย ในขณะที่เดียวกันหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีเชื่อว่าจะช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ในชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์จะต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและจิตสังคมโดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทสำคัญโดยเป็นตัวช่วยลดความเครียด เพิ่มความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ และเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วย (Callaghan & Morrissey, 1992) จึงมีผู้ที่สนใจและศึกษาแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมอย่างมากมาย ซึ่งได้มี ผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ กันดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976, pp. 300-301) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก เอาใจใส่ มีคนยกย่องและเห็นคุณค่า รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน

ธอยส์ (Thoits, 1982, p. 147) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูลซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ ในระยะที่รวดเร็วขึ้น

ฟิลิซุก (Pilisuk, 1982) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุสิ่งของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ยอมรับของสังคมมีความรู้สึกมั่นคง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือทางด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำ หรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่นรวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการแต่ละบุคคล

จากที่ได้รวบรวมเกี่ยวกับความหมายการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดที่หลากหลายของนักวิชาการแต่ละคนดังกล่าวมาแล้วนั้นพอที่จะสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ซึ่งเกิดขึ้นได้ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลหรือชุมชนที่มีเครือข่ายความสัมพันธ์กันและอยู่ร่วมกันในสังคม โดยให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ การบริการ การให้ข้อมูล หรือคำแนะนำ รวมไปถึงการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย การยกย่องนับถือ การเห็น

คุณค่า ความไว้วางใจและยอมรับฟังเปิดใจรู้สึกเป็นที่ยอมรับของสังคม รู้สึกมั่นคงและสามารถเผชิญความเครียดได้

จากแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมสามารถกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทำให้เกิดทักษะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้แก่บุคคล มีความรู้สึกดีต่อสถานการณ์ในการดูแล ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลที่ดีตามมา

ประเภทการสนับสนุนทางสังคม

ประเภทสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็นหลายด้านตามแนวคิดที่มีผู้ศึกษาไว้ ซึ่งมีความเห็นว่ามีคุณสมบัติคล้ายกันมี 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงถึงความรัก การยกย่อง ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ ความรู้สึกเห็นใจและรับฟังปัญหา
 2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรมตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ร่วมในสังคม การให้การรับรองซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ
 3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทางและเป็นข้อมูลข่าวสารซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
 4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง เงิน แรงงาน เวลาและการปรับสภาพแวดล้อม
- คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ประเภท คือ
1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
 2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า มีผู้อื่นยอมรับและเห็นคุณค่า
 3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

หนูเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งเป็นประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นความผูกพันและความอบอุ่นใจ การให้ความมั่นใจในความไว้วางใจเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำที่สามารถช่วยบุคคลในการแก้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของที่สามารถจับต้องได้ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการบริการ การให้ยืมสิ่งของหรือเงิน ให้ของขวัญเป็นเงินหรือสิ่งของและการให้บริการ ได้แก่ การให้การดูแลตามที่บุคคลต้องการ หรือให้การช่วยเหลืองานต่าง ๆ

การที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรค ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งการช่วยเหลือสนับสนุนนี้เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดำรงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่น ได้ และจะทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ส่งผลให้เกิด พฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทธรินทร์ กิตติธงโสภณ (2541) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านวัสดุ สิ่งของ เงินทอง แรงงานและด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมแก่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ เฟื่องลดา เทนไชยวงศ์ (2539) พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล กล่าวคือหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระของตนและในการศึกษาของ จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับได้รับแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยในการศึกษานี้ใช้แบบวัดซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับแนวคิดของ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schacfer et al., 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วยข้อ

คำถาม 4 ข้อและการสนับสนุนด้านเตียงของ เจ็บทอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคควรได้รับในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด สรุปได้ว่าโรควัณโรคเป็นโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ทั้ง ๆ ที่มีกลยุทธ์ DOTS ซึ่งเป็นระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินการควบคุมวัณโรค โดยองค์การอนามัยโลก สหพันธ์ปราบวัณโรคนานาชาติ รวมทั้งธนาคารโลก ให้คำแนะนำว่าดีที่สุดและมีประสิทธิภาพสูงสุด แต่ยังไม่สามารถควบคุมวัณโรคให้บรรลุตามเป้าหมายได้ ครอบครัวที่มีสมาชิกที่ป่วยด้วยโรควัณโรค บ่อยได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแล ที่ดีจึงจะช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรควัณโรคได้ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ในการศึกษาวิจัยเลือกศึกษาถึงปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคกับผู้ป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาระในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม