

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพกรณีโรคเอดส์นั้น เป็นการศึกษาถึงปรากฏการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องไว้ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้ คือ

1. โรคเอดส์ : ทัศนะทางการแพทย์
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### โรคเอดส์ : ทัศนะทางการแพทย์

##### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

ตั้งแต่โรคเอดส์อุบัติขึ้นมาในสังคมโลกจนกระทั่งปัจจุบัน ในทางการแพทย์แล้ว ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตามได้มีการเผยแพร่ความรู้ทั่วไปที่สำคัญ ซึ่งประชาชนควรทราบกันอย่างแพร่หลายดังนี้

1.1 ความหมาย โรคเอดส์ (AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องที่เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสเอดส์ (HIV : Human Immunodeficiency Virus) หรือที่เรียกว่า เชื้อเอดส์ เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน หรือเม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่เป็นกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชืโรคชนิดต่างๆ ได้ง่าย ผู้ป่วยจึงมีอาการแสดงออกของโรค หรืออาการต่างๆ ที่เรียกว่า “อาการแทรกซ้อน” หรือ “โรคแทรกซ้อน”

และ “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” (Opportunistic Infection) เช่น ท้องเสีย ปอดบวม โรคผิวหนัง โรคเชื้อราในสมอง วัณโรค และอื่นๆ ตามมา

1.2 การติดต่อของโรค เชื้อเอชไอวีทำให้เกิดโรคเฉพาะในคนเท่านั้น เมื่ออยู่ในร่างกายคนจะพบเชื้อจำนวนมากในเลือด น้ำอสุจิ น้ำจากช่องคลอด ส่วนในน้ำตา น้ำลาย น้ำมูก ปัสสาวะ อุจจาระ เหงื่อ เสมหะพบน้อย เมื่อเชื้อออกจากร่างกายคนแล้วจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน หากอยู่ในน้ำดื่มเดือดจะตายภายใน 20 นาที หากอยู่ในน้ำยาซักผ้าขาวจะตายภายใน 30 นาที ดังนั้น การติดต่อของโรคจึงเกิดขึ้นได้ 3 ทาง คือ

1) ทางเพศสัมพันธ์ จากการร่วมเพศกับผู้มีเชื้อเอชไอวีโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้อย่างไม่ถูกต้อง ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

2) ทางเลือด ซึ่งอาจเกิดจากการรับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าไป (ปัจจุบันมีการคัดกรองเลือดทุกหน่วยแล้ว โอกาสเสี่ยงจึงน้อย) หรือการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ติดเชื้อเอดส์ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (ในกรณีผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด) หรือการใช้อุปกรณ์แทงผิวหนังร่วมกัน โดยไม่ได้ผ่านการทำให้ปลอดเชื้อก่อนใช้งาน การถูกของมีคมที่มีเชื้อเอชไอวี การสัมผัสเลือด หรือสารน้ำในร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในขณะที่มีรอยแผล

3) จากมารดาสู่ทารก เชื้อเอชไอวีสามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์โดยผ่านทาง ระหว่างคลอด และภายหลังคลอดผ่านทางน้ำนม โอกาสรับเชื้อประมาณ ร้อยละ 30.0 แต่ปัจจุบันมีโครงการกินยาป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก สำหรับมารดาติดเชื้อเอชไอวีที่ตั้งครรภ์ทำให้สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อสู่ลูกลดลง

1.3 อาการของโรคเอดส์ หลังจากได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าไปในร่างกายจนปรากฏอาการ โดยส่วนใหญ่จะมีระยะเวลานาน 3-5 ปี หรือนานกว่านั้นได้จนถึง 10 ปี (เรียกว่าระยะฟักตัว) สำหรับประเทศไทยโดยเฉลี่ยผู้ติดเชื้อเอดส์จะเริ่มมีอาการประมาณปีที่ 2 หลังจากรับเชื้อ เมื่อได้รับเชื้อเข้าไปในร่างกายในระยะแรกอาจจะยังตรวจไม่พบเชื้อและยังไม่ปรากฏอาการ จึงไม่สามารถบอกได้ว่าใครติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในระยะนี้สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ สำหรับผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี จะเกิดอาการต่างๆ ของโรคได้ 3 ระยะดังนี้

1) ระยะไม่ปรากฏอาการ ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด การตรวจเลือดจะพบผลบวกเมื่อ 6 สัปดาห์ขึ้นไป

2) ระยะเริ่มปรากฏอาการ ระยะนี้นอกจากผลเลือดจะเป็นบวกแล้วยังมีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น มีเชื้อราในลำคอและปาก เป็นงูสวัดหรือแผลเริ่มชนิดตุ่มกลม มีไข้ ท้องเสีย น้ำหนักลด ซึ่งเป็นอาการเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

3) ภาวะเอดส์เต็มขั้น หรือภาวะผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายลงมาก ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น โรคปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส แครินิไอ (Pneumocystis Carinii) จะมีอาการไข้ ไอ เหนื่อยหอบ หรือโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (Cryptococcus Meningitis) จะมีอาการปวดศีรษะ คอแข็ง หรือวัณโรคที่ปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง จะมีก้อนโตตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เชื้อราในทางเดินอาหารซึ่งจะมีอาการเจ็บท้องมาก กลืนลำบาก เหล่านี้เป็นต้น

1.4 การรักษาโรคเอดส์ ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันคืออยู่ว่ายังไม่มียา วัคซีน หรือวิธีการใดรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ มีเพียงยาที่ช่วยยืดอายุและบรรเทาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเท่านั้น การบำบัดโรคในขณะนี้ มีแนวทางการดำเนินการได้เป็น 4 แนวทางคือ

1) การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคแทรกซ้อน ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่โรคเหล่านี้จะเป็นๆ หายๆ ถ้าไม่รู้จักปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ภูมิคุ้มกันหรือภูมิคุ้มกันจะยิ่งเสื่อมลงเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และทันที่ท่วงทีอาจจะเสียชีวิตเร็วขึ้น การรักษาโรคเหล่านี้บางโรคต้องใช้ยากำจัดโรค และต่อด้วยยาควบคุมโรคไปตลอดชีวิต เช่น โรคปอดอักเสบ และโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ

2) การใช้ยาช่วยยั้งการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งปัจจุบันมีใช้กันหลายตัว เช่น เอแซดที (AZT) ดีดีไอ (DDI) หรือดีดีซี (DDC)

3) การใช้เสริมภูมิคุ้มกันที่เสียไป ปัจจุบันกำลังมีการทดลองยาในกลุ่มนี้อยู่ นอกจากนั้นยังมีกลุ่มของวัคซีนที่กำลังอยู่ในขั้นของการพัฒนาให้เหมาะสม

4) การรักษาสภาพจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคเอดส์มักจะประสบปัญหาทางด้านจิตใจอย่างมาก จึงต้องมีบริการที่รักษาสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย เช่น การให้คำปรึกษา แนะนำ การสนับสนุนด้านกำลังใจ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การสนับสนุนสงเคราะห์ทรัพยากรต่างๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น ซึ่งการรักษาสภาพจิตใจเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง

ในกรณีของโรคเอดส์ นอกจากจะมีวิธีการหรือแนวทางในการรักษาดังกล่าวแล้ว เนื่องจากสภาพปัญหาของโรคเอดส์มีลักษณะเฉพาะ ตั้งแต่ประเด็นปัญหาด้านสถานการณ์ของโรคที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีจำนวนผู้ป่วยมากจนทำให้เกิดปัญหาทรัพยากรไม่เพียงพอต่อการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยโรคเอดส์ยังมีปัญหารอบด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ที่ส่งผลกระทบทั้งตัวเอง ครอบครัว และชุมชน แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดเวลา จะมีเพียงช่วงที่ป่วยอาการหนักเท่านั้น ดังนั้นสำหรับโรคเอดส์แล้วจะมีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเฉพาะชั้น โดยมีแนวทางก็คือ การจัดบริการดูแลผู้ป่วยให้เชื่อมต่อไปยังที่บ้านและชุมชน

โดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Home based care and Community based care) ซึ่งมีหลักการสำคัญในการจัดบริการดูแลผู้ป่วย ก็คือ การดูแลแบบองค์รวมซึ่งต้องครอบคลุมสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เศรษฐกิจ ดังนี้

- 1) การดูแลทางด้านร่างกาย คือ การดูแลด้านการแพทย์และการพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย
  - 2) การดูแลทางด้านสังคมจิตวิทยา ได้แก่ การจัดบริการการให้คำปรึกษาทางด้านการแพทย์และสังคมและการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
  - 3) การดูแลทางด้านสังคมเศรษฐกิจ เพื่อตอบสนองด้านการดำรงชีวิต ทั้งด้านรายได้ การศึกษา และสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว
- ทั้งนี้ การดูแลแบบองค์รวมนี้ต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งมิติทางด้านเวลาและสถานที่ คือ ตั้งแต่โรงพยาบาลไปจนถึงบ้านผู้ป่วยและมีความต่อเนื่องของเวลาในการดูแล (กองโรคเอดส์, 2537, หน้า 1-26 ; กองโรคเอดส์, 2539, หน้า 5-6, 19-26 ; กองโรคเอดส์, 2540, หน้า 5-14)

## 2. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ : ทักษะทางการแพทย์

ในทักษะทางการแพทย์ สมาชิกของครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลต้องสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ต้องยอมรับและยินดีให้ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวได้ตามปกติ แสดงความเอื้ออาทร รับรู้ และเข้าใจถึงสภาพปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วย โดยต้องมีการเตรียมตัวศึกษา แสวงหาความรู้หรือได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ ในเรื่องโรคเอดส์เป็นอย่างดี รวมทั้งด้านการดูแลพยาบาลเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ การดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมเศรษฐกิจที่ครอบครัวพึงจะปฏิบัติต่อผู้ป่วย (ประเทือง พิมพ์โพธิ์, 2541, หน้า 26) โดยทั่วไปแล้วได้มีการกล่าวถึงแนวทาง หลักปฏิบัติ หรือกิจกรรมที่ครอบครัวควรปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ไว้อย่างแพร่หลาย ซึ่งสามารถนำมาประมวลเป็นบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ดังนี้

### 2.1 บทบาทในการให้คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำ

ในกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน ตั้งแต่เชื้อเอดส์เข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดความผิดปกติ สามารถคุกคามต่อสวัสดิภาพในการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคมได้มากกว่าความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรังอื่นใด (มารยาท วงษาบุตร, 2539, หน้า 10 - 11) ปัญหาพื้นฐานสิ่งแรก que ผู้ป่วยต้องเผชิญคือ ปัญหาจิตใจ อันเนื่องมาจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย สังคมรังเกียจและถูกตีตรา ทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวง กลัวการถูกเปิดเผยความลับ กลัวครอบครัวญาติรังเกียจ มีความวิตกกังวล กับข้องใจ เครียดกับปัญหาต่างๆ

ที่จะตามมา และจะยิ่งเครียดมากขึ้นหากครอบครัวไม่ยอมรับ อาจเกิดความว้าเหว่และคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นครอบครัวควรจะปฏิบัติดังนี้

- 1) รับฟังผู้ป่วยระบายความรู้สึกด้วยความตั้งใจและสนใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกลัว วิดกกังวล ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องปกติในผู้ป่วยทุกคน
- 2) ระวังคำพูดที่อาจทำให้กระทบกระเทือนต่อความรู้สึก
- 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติต่างๆ ให้ออกความต้องการของตนเองเพื่อให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกเพื่อเข้าใจถึงความรู้สึกที่แท้จริง
- 4) ไม่ควรพูดให้ความหวังเกี่ยวกับการรักษา ควรอธิบายถึงสถานการณ์ของโรคและผลของการรักษา หลีกเลี่ยงการให้ความหวังที่เป็นไปไม่ได้
- 5) เตือนสติไม่ให้ไปรับเชื่อเพิ่มขึ้นอีก ถ้าต้องการมีเพศสัมพันธ์แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย ควรทำหมัน หากคิดยาเสพติดควรไปพบแพทย์เพื่อบำบัดรักษา
- 6) รักษาความลับของผู้ป่วย
- 7) คอยสังเกตพฤติกรรมการทำร้ายร่างกายของตนเองและผู้อื่น
- 8) ยอมรับปฏิกริยาของผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ เช่น โกรธ ไม่พอใจ กลัว

## 2.2 บทบาทการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม

จากปัญหาหลายด้านที่ผู้ป่วยต้องเผชิญดังกล่าวแล้ว มีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความกดดันทางด้านจิตใจ ในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้ และภายหลังจากที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกยอมรับสภาพตนเองแล้วนั้น ครอบครัวต้องเข้าใจและกระตุ้นส่งเสริมให้กำลังใจ ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งในครอบครัวและชุมชน ให้มีกิจกรรมทางสังคม โดยครอบครัวมีแนวทางการปฏิบัติได้ดังนี้

- 1) สร้างความเข้าใจ พุดคุยและให้ความรู้สึกที่ถูกต้องกับเพื่อนบ้าน เพื่อให้เกิดความเห็นใจ เข้าใจ และไม่รังเกียจผู้ป่วย
- 2) แนะนำให้ผู้ป่วยทำใจให้หนักแน่น ไม่หวั่นไหว ให้อดทนและวางเฉย
- 3) สร้างความมั่นใจในตนเองให้แก่ผู้ป่วย โดยเชื่อว่าทุกคนมีศักดิ์ศรี มีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน ให้ผู้ป่วยยอมรับและกล้าเผชิญกับความจริง
- 4) เสริมสร้างอารมณ์ขันให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี
- 5) ให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็นเรื่องต่างๆ และชมเชยเมื่อตัดสินใจได้ดี และชี้ให้เห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้ป่วย

6) สอนฝึกสมาธิ หาหนังสือธรรมะให้อ่านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำจิตใจให้สบาย สามารถทำงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7) ช่วยสอนให้ผู้ป่วยทำบุญ แผ่เมตตา เพื่อให้จิตใจสงบ

8) ชี้ให้เห็นแหล่งหรือสิ่งที่จะช่วยเหลือ เช่น ครอบครัว เพื่อน พระ และ ศาสนา

9) แสดงความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ โดยการใช้คำพูด ท่าทางและการสัมผัส คอยดูแลเอาใจใส่และสังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย

10) สร้างความรู้สึกที่ดีภายในบ้านและชุมชน เช่น พุดคุย นั่งเล่นกับสมาชิกภายในครอบครัว และมีกิจกรรมร่วมกันเหมือนปกติ ให้มีการสังสรรค์ในงานประเพณีต่างๆ พบปะกับคนในชุมชน

11) ให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่ที่เคยปฏิบัติเหมือนเดิม

**2.3 บทบาทในการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกายเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ**

โรคเอดส์นั้นเป็นโรคซึ่งผู้ที่ติดเชื้อเอดส์แล้วจะมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือมีภูมิคุ้มกันต่ำและทำให้ร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วยได้ง่าย ป่วยอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และมีอาการรุนแรงช่วยตัวเองไม่ได้ บุคคลที่อยู่รอบข้างไม่ควรแสดงอาการรังเกียจ ครอบครัวควรมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย ตามระยะของการดำเนินโรค ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติได้ดังนี้

**2.3.1 การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะที่ยังไม่มีอาการ**

ในระยะนี้ยังไม่มีอาการแสดงของการเจ็บป่วยทางกายให้เห็น ครอบครัวควรเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน และป้องกันโรคแทรกซ้อน เพื่อยืดให้ระยะนี้ยาวนานขึ้น โดย

- 1) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก
- 2) ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทุกหมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง งดเครื่องดื่มของมีนเมา บุหรี่ ยา ที่มีผลต่ออารมณ์
- 3) แนะนำให้พักผ่อนและออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ส่วนการออกกำลังกายพิจารณาตามความเหมาะสม
- 4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายเป็นกิจวัตรประจำวัน
- 5) ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคอื่น
- 6) ให้ผู้ป่วยงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่น แนะนำให้ช่วยเหลือตนเอง

7) ป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและควบคุมการแพร่เชื้อ เช่น ดูแลความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเรือน เครื่องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ

8) เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ต้องรีบพาไปพบแพทย์เพื่อป้องกันการลุกลาม

9) ข้อพึงปฏิบัติอื่นๆ คือ

- ◆ ควรสร้างสุขนิสัยส่วนตัวให้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการมีเครื่องใช้ส่วนตัวบางอย่างไม่ปะปนกัน

- ◆ สมาชิกในครอบครัวหาความรู้เรื่องโรคเอดส์อ่านให้เข้าใจ เพื่อจะได้แนะนำดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ได้

### 2.3.2 การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะที่มีอาการป่วยเล็กน้อย

สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย หากได้รับการดูแลพยาบาลอย่างถูกต้องจะหายจากอาการเจ็บป่วย และจะกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ ดังนั้นครอบครัวสามารถเรียนรู้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องไปโรงพยาบาล

1) การดูแลเมื่อมีอาการไข้ ให้ลดไข้โดยวิธีการดื่มน้ำมากๆ ควรนอนในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำหมาดๆ เช็ดตามตัว ข้อพับ ซอกคอ รักแร้ ถ้ามีไข้สูงตัวร้อนมากให้กินยาลดไข้ทุก 4 ชั่วโมง หากไม่ดีขึ้นควรปรึกษาแพทย์

2) การดูแลเมื่อมีอาการอ่อนเพลียเบื่ออาหาร ต้องช่วยดูแลช่องปากและฟันให้สะอาด จัดหาอาหารให้น่ารับประทานและเป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ โดยพยายามกระตุ้นให้กินครั้งละน้อยๆ และบ่อยครั้ง อาจมีอาการให้อาหารเสริมสำเร็จรูปได้เพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร

3) การดูแลเมื่อมีบาดแผลเล็กน้อย

- ◆ ผู้ทำแผลต้องล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้งแล้วสวมถุงมือ หรือถุงพลาสติกทุกครั้ง

- ◆ ใช้ไม้พันสำลีชุบแอลกอฮอล์สำหรับล้างแผลเช็ดรอบๆ แผล โดยเช็ดใกล้แผลก่อนแล้วเช็ดวนออกนอกแผล

- ◆ ทาแผลด้วยน้ำยามาเชื้อโรค เช่น ทิงเจอร์ไอโอดีน

- ◆ ปิดแผลด้วยผ้าพันแผลที่สะอาด แล้วติดพลาสติกให้เรียบร้อย

- ◆ ผ้าพันแผล ไม้พันสำลี กระดาษชำระที่ใช้แล้วควรนำไปเผา

4) การดูแลเมื่อมีอาการท้องเดิน

♦ ถ้าผู้ป่วยพอเดินได้ก็ช่วยพยุงเข้าห้องส้วม ถ้าช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องช่วยหากระโถนให้ และพูดแลเซ็ดทำความสะอาด แต่ควรสวมถุงมือหรือถุงพลาสติกทุกครั้ง เมื่อเสร็จแล้วต้องล้างมือให้สะอาดแล้วทำความสะอาดห้องน้ำด้วยน้ำยาล้างห้องน้ำตามปกติ

♦ ให้ผู้ป่วยกินอาหารอ่อนๆ สุกใหม่ๆ ย่อยง่ายรสไม่จัด

♦ ให้กินผงเกลือแร่ (โอ อาร์ เอส) ผสมน้ำดื่มตามคำแนะนำหน้าซอง ถ้าไม่มีผงเกลือแร่ให้ทำเองโดยใช้น้ำตาลส้ม 1 ขวดกลม ผสมเกลือป่น 1 ช้อนชา และน้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะ ถ้าไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 วัน ให้รีบปรึกษาแพทย์

5) การดูแลเมื่อฟื้นขึ้นตามตัว ให้รักษาความสะอาดของร่างกาย และเสื้อผ้า เพื่อป้องกันการเกิดผื่นคัน ไม่ควรแกะ เพราะจะทำให้แผลลุกลาม

6) การดูแลเมื่อมีอาการไอ มีเสมหะ โดยให้ใส่เสื้อผ้าร่างกายอบอุ่น อยู่เสมอ ปิดปากเวลาไอ จาม ดื่มน้ำอุ่นมากๆ ย่อยๆ หลีกเลี่ยงอาหารมันมีรสจัด ถ้ามีอาการไอ เกิน 2 อาทิตย์ควรปรึกษาแพทย์ ควรขากเสมหะน้ำลายในถุงมิดชิดแล้วนำไปเผา

7) การดูแลเมื่อมีอาการตื่นเป็นผ้าขาว แผลในปาก ให้ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกเช็ดผ้าในปากออกบ่อยๆ ผสมน้ำเกลือเจือจางอมบ้วนปากบ่อยๆ ดื่มน้ำมากๆ กินอาหารอ่อน รสไม่จัด ใช้สำลีชุบน้ำยาป้ายลิ้น (เจนเทียนไวโอเลท) ทาบริเวณที่เป็นวันละ 2 - 3 ครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นควรรีบปรึกษาแพทย์

### 2.3.3 การดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือระยะที่มีอาการหนัก

สำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการหนักมาก ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก เนื่องจากมันกลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย ฉะนั้นญาติควรให้กำลังใจ ประคับประคองด้านจิตใจและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดย

1) การจัดทำนอนให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย โดยใช้หมอนนุ่มๆ รองบริเวณปุ่มกระดูก เปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ เพื่อใช้ป้องกันแผลกดทับและให้การดูแลเครื่องนอน เครื่องนุ่งห่มให้สะอาดอยู่เสมอ

2) ดูแลความสะอาดช่องปากและฟันตลอดจนความสะอาดร่างกายบ่อยๆ

3) จัดหา กระจกให้ผู้ป่วยกินอาหารให้เพียงพอ

4) ช่วยบิบนวดตามร่างกายด้วยความนุ่มนวลและเต็มใจ

5) ห้ามมีปัญหากเกี่ยวกับการควบคุมระบบขับถ่าย ต้องช่วยเหลือเพิ่มขึ้น และต้องป้องกันตัวเองด้วย เช่น ให้ที่นอนที่มีผ้าปูเป็นพลาสติกหรือใช้ผ้ายางปูก่อน

6) จัดให้กินยาตามแพทย์สั่ง

7) ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้ทำในสิ่งที่อยากทำ



### 2.3.4 การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน

นอกจากการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 3 ระยะแล้ว สมาชิกครอบครัวจำเป็นต้องทราบการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านด้วย เมื่อถึงวาระสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตลงที่บ้านแนวทางในการปฏิบัติมีดังนี้

- 1) ผู้แต่งศพควรสวมถุงมือ แล้วใช้ผ้าหนาๆ ปิดคลุมด้านหน้าของร่างกาย เพื่อป้องกันการสัมผัสกับเลือด น้ำเหลือง
- 2) ใช้พลาสติกหรือกระดาษฟางปูโลงศพก่อนนำไปทำพิธีทางศาสนา

### 2.3.5 การปฏิบัติตัวของผูดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

การปฏิบัติตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญและการปฏิบัติตัวที่สำคัญ ได้แก่

- 1) การล้างมือ ล้างด้วยน้ำสบู่ สามารถป้องกันการติดต่อได้ง่ายและดีที่สุด แต่ไม่จำเป็นต้องล้างทุกครั้งถ้าเป็นการสัมผัสแต่ละตัวธรรมดาโดยไม่มีบาดแผล แต่ควรล้างทุกครั้งถ้าต้องสัมผัสกับสารคัดหลั่งต่างๆ ของผู้ป่วย หรือภายหลังจากการช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าห้องน้ำหรือเมื่อต้องทำความสะอาดบริเวณที่เปื้อนสิ่งสกปรกนั้น หลังล้างมือควรเช็ดด้วยผ้าแห้งและควรตัดเล็บให้สั้น ไม่ควรตัดตามซอกขอบเล็บจนลึกเกินไป
- 2) การใช้ถุงมือ ควรใช้ถุงมือยางหรือพลาสติกเสมอ ถ้าจะต้องสัมผัสกับสารคัดหลั่งหรือบาดแผลผู้ป่วย ควรสวมถุงมือทุกครั้งเมื่อไม่แน่ใจว่าตนเองมีบาดแผลตามมือหรือไม่ หลังถอดถุงมือควรล้างมือด้วยสบู่อีกครั้ง
- 3) เสื้อผ้า ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนของผู้ป่วย ไม่ต้องใช้เสื้อผ้าพิเศษ สามารถนำมาซักรวมกับผ้าของคนอื่นในบ้านได้โดยไม่จำเป็นต้องแยกซักต่างหาก แต่ถ้าเป็นเสื้อผ้าที่เปื้อนสารคัดหลั่งควรแยกซักต่างหาก และควรสวมถุงมือเวลาซัก ก่อนซักควรนำมาแช่น้ำยาฆ่าเชื้อประมาณ 30 นาที แล้วจึงนำไปซักด้วยผงซักฟอกตามปกติ ถ้าสามารถใช้น้ำร้อนได้ก็จะดี
- 4) ผ้าหรือกระดาษชำระที่เปื้อนสารคัดหลั่ง ควรสวมถุงมือแล้วใช้ผ้าหรือกระดาษชำระเช็ดบริเวณที่เปื้อนนั้น แล้วนำไปทิ้งในถุงพลาสติกเพื่อนำไปทำลาย เช็ดซ้ำอีกครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อโรค
- 5) ห้องน้ำห้องส้วม ทุกคนในบ้านสามารถใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมร่วมกับผู้ป่วยได้ แต่ควรมีการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ เครื่องใช้ที่ควรแยกไว้เฉพาะสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า แปรงสีฟัน ที่โกนหนวด ส่วนเครื่องใช้อื่นๆ เช่น ถ้วย ชาม เครื่องใช้ในครัวไม่จำเป็นต้องแยกใช้ร่วมกันได้

#### 2.4 บทบาทในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ

เมื่อผู้ติดเชื้อเอดส์เริ่มแสดงอาการป่วย โดยธรรมชาติของอาการป่วยแล้วมักจะ เป็นเรื้อรังและป่วยเป็นระยะๆ ไม่สามารถทำงานได้ดังปกติเป็นเหตุให้ขาดรายได้ เมื่อเริ่มป่วย ปัญหาต่างๆ ก็จะทวีความซับซ้อนรุนแรงมากขึ้น เชื่อมโยงไปสู่ปัญหาสำคัญ คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ทั้งในระดับตัวผู้ป่วยเองและระดับครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือหากป่วยทั้งสามี-ภรรยา ดังนั้นครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยนี้ต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจร่วมกัน จึงต้องมีบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และสิ่งที่จะ ตามมา ซึ่งครอบครัวควรมีแนวปฏิบัติดังนี้

1) วางแผนร่วมกันภายในครอบครัว เรื่องการใช้จ่ายเงินให้มีการใช้จ่ายเงิน อย่างประหยัด และต้องจัดสรรเงินส่วนหนึ่งไว้ใช้จ่ายสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วย หรือ เมื่อจำเป็น

2) สนับสนุนและช่วยหางานให้ผู้ป่วยทำเป็นอาชีพเสริม หรืองานอดิเรกที่มี รายได้บ้าง โดยเลือกงานที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

3) ศึกษาถึงแหล่งช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีทั้งภาครัฐและเอกชน ไว้เสมอ เพื่อจะขอรับการช่วยเหลือเมื่อคราวจำเป็น

#### 2.5 บทบาทในการประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตลอดระยะเวลาของการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอดส์ของผู้ป่วยและครอบครัว นั้น มีความจำเป็นต้องรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ต้องมีการติดต่อและพึ่งพาการบริการ การขอรับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ อยู่เนืองๆ ในการดำเนินงานนั้นมีขั้นตอน ระเบียบของการช่วยเหลือ การบริการ ตามระบบราชการหรือองค์กรนั้นๆ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินการเองได้ไม่ว่ากรณีใด ย่อมต้องเป็นภารกิจของครอบครัวที่จะต้องเป็นผู้ทำหน้าที่ประสานงานหรือเป็นสื่อกลางระหว่าง ผู้ป่วยและหน่วยงานเหล่านั้น เพื่อพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้น (เสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล, 2537, หน้า 29-35 ; กรมการศึกษานอกโรงเรียน, 2539, หน้า 14-19 ; สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ, 2537, หน้า 10-16)

## แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

สถาบันครอบครัว เป็นระบบย่อยระบบหนึ่งในสังคมที่จัดว่าเก่าแก่ที่สุดของมนุษย์ ที่ทำหน้าที่ในการถ่ายทอดคุณค่า วิธีการประเพณีปฏิบัติและมาตรฐานทางสังคมให้แก่สมาชิก รุ่นใหม่ของสังคม ครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการขัดเกลาทางสังคม (socialization) ตั้งแต่เด็ก จนถึงโต โดยผ่านกระบวนการหล่อหลอมบุคลิกภาพ ในขณะที่เดียวกันก็ถ่ายทอดให้สมาชิกได้ เรียนรู้ วัฒนธรรม ระบบความเชื่อ แนวคิด ค่านิยมต่างๆ ในรูปแบบที่สอดคล้องกับแบบแผน บรรทัดฐานของสังคมหรือระบบใหญ่ (ปพาณี จิตวิวัฒนา, 2541, หน้า 37-38) ดังนั้นครอบครัวจึงมี อิทธิพลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต่างมี อิทธิพล และได้รับอิทธิพลจากสมาชิกในครอบครัวด้วยกันจากการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวที่ถือ กำเนิด (ระพีพรรณ คำหอม, ม.ป.ท., หน้า 221)

### 1. หน้าที่ของครอบครัว

มนุษย์ทุกคนถือกำเนิดและเติบโตขึ้นมา โดยผ่านกระบวนการเลี้ยงดูจากครอบครัว ซึ่งถือเป็นหน้าที่ที่ครอบครัวพึงปฏิบัติ หน้าที่ของครอบครัวมีด้วยกันหลายประการ ได้มีผู้จำแนก หน้าที่ของครอบครัวไว้แตกต่างกัน แล้วแต่มุมมองและวิธีการจำแนก แต่ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้รวบรวม หน้าที่สำคัญอันเป็นพื้นฐานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติไว้ดังนี้คือ 1) ตอบสนองความต้องการทางเพศ 2) อบรมขัดเกลาทางสังคมให้รู้ระเบียบของสังคมไม่ว่าจะเป็นด้านทัศนคติ ค่านิยม แบบแผนความ ประพฤติ ความเชื่อ 3) เพิ่มหรือผลิตสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม 4) เลี้ยงดู เอาใจใส่ ดูแลสมาชิกผู้เยาว์ ให้เติบโตอยู่รอดและมีคุณภาพในสังคม 5) กำหนดสถานภาพโดยกำเนิดแก่สมาชิก 6) จัดหา ทรัพยากรทางเศรษฐกิจ โดยมีการจัดแบ่งงาน การแสวงหารายได้ และจัดการดูแลรักษาทรัพย์สินสมบัติ 7) ดูแลสุขภาพสมาชิก โดยรวมแล้วหน้าที่ของครอบครัวนั้นเป็นการตอบสนองความต้องการ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของสมาชิก และสังคมที่คนอาศัยอยู่ หน้าที่ของครอบครัวเป็นกิจกรรมที่ สมาชิกร่วมกันทำ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการอยู่รอดของครอบครัวและเพื่อให้ครอบครัวสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ (เบ็ญจา อ่อนท้วม อ้างใน วรณิ ดวงดีทวีรัตน์, 2540, หน้า 3 ; ปพาณี จิตวิวัฒนา, 2541, หน้า 38 ; Friedman, 1992. อ้างใน กาญจนา ชินาธิวร, 2541, หน้า 22)

ลักษณะของการทำหน้าที่ของครอบครัวในการเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัวที่อยู่ใน ภาวะที่ยังไม่สามารถช่วยตัวเองได้จากเด็กให้เจริญเติบโตจนสามารถเลี้ยงดูตนเองได้นั้น ครอบครัว ต้องทำหน้าที่แบบองค์รวม ผสมผสานกันไปในทุกๆ ด้าน แต่อย่างไรก็ตามหน้าที่ในการดูแล สุขภาพ ยังคงเป็นหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัว แม้ว่าจะมีสถาบันอื่นมาช่วยแบ่งเบาภาระ ไปได้บ้างแล้ว เช่น มีโรงพยาบาล สถานบริการทางการแพทย์ แต่ไม่สามารถทดแทนได้ทั้งหมด

ครอบครัวยังคงเป็นสถาบันแห่งแรกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับการดูแลสุขภาพให้แก่สมาชิกครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นพื้นฐานของระบบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกทั้งในภาวะที่สมาชิกสุขภาพดีและเจ็บป่วย การเจริญเติบโตและความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของมนุษย์ทุกคน ครอบครัวในฐานะหน่วยผลิตที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นแรงงานสำคัญ หากสมาชิกสุขภาพไม่แข็งแรงมีความเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่เป็นเสมือนบุคคลในทีมสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว และการที่ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่ประกอบขึ้นเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ หากครอบครัวมีสุขภาพดีย่อมหมายถึง สุขภาพของประชาชนโดยรวมก็ดีด้วย ทั้งนี้การที่ครอบครัวจะปฏิบัติหน้าที่ได้ดีหรือไม่นั้น เกี่ยวเนื่องกันกับลักษณะโครงสร้าง และสัมพันธภาพในครอบครัว (Friedman, 1992 อ้างใน กาญจนา ชินาธิวร, 2541, หน้า 22 ; สมพงษ์ ธนธัญญา, ม.ป.ท., หน้า 192)

## 2. โครงสร้างและรูปแบบครอบครัว

ลักษณะ โครงสร้างและรูปแบบของครอบครัวพิจารณาได้จากขนาดของครอบครัวและสถานภาพของสมาชิกที่อยู่ในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อสัมพันธภาพและส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วย ลักษณะโครงสร้างและรูปแบบของครอบครัวในสังคมไทย ได้มีการจำแนกไว้ในหลากหลายลักษณะด้วยกัน แต่ยุคสมัยเนื่องจากทั้งโครงสร้าง รูปแบบ หน้าที่ของครอบครัวนั้น มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจโดยรวมที่เปลี่ยนแปลงไป พรพิมล เจียมนาครินทร์ ได้จำแนกลักษณะโครงสร้างและรูปแบบของครอบครัวในสังคมไทยไว้ซึ่งค่อนข้างใกล้เคียงกับสภาพครอบครัวในสังคมไทยที่พบโดยทั่วไป คือ 1) ครอบครัวเดี่ยว คือครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกที่มีพ่อ แม่ และลูกที่ยังไม่ได้แต่งงาน 2) ครอบครัวขยาย ประกอบด้วยครอบครัวหลักหนึ่งครอบครัว และมีครอบครัวอื่นๆ เสริม เช่น ลูกที่แต่งงานแล้วเข้ามาอยู่ด้วยหรือประกอบด้วยคนมากกว่า 2 รุ่นขึ้นไปอาศัยอยู่ร่วมกัน อำนวยการตัดสินใจอยู่ที่หัวหน้าครอบครัว 3) ครอบครัวประสมเป็นครอบครัวที่เกิดจากการที่พ่อมีภรรยาหลายคน และอยู่รวมในบ้านเดียวกัน รวมทั้งลูกที่เกิดมาด้วย ครอบครัวลักษณะนี้เป็นครอบครัวในกรณีที่ฝ่ายชายหาเลี้ยงฝ่ายหญิง ฝ่ายหญิงไม่มีอำนาจต่อรอง 4) ครอบครัวที่ขาดพ่อแม่ เป็นครอบครัวที่ขาดสมาชิกหลักของครอบครัวคนใดคนหนึ่ง อาจเนื่องมาจากการหย่าร้างหรือการตายจากกัน (อ้างใน วรณิดวงดีทวีรัตน์, 2541, หน้า 15 - 16)

นอกจากโครงสร้างของครอบครัว 4 ลักษณะที่เกิดจากการรวมตัวทางสังคมของกลุ่มคนที่เข้ามาอยู่ในบ้านเดียวกันดังกล่าวแล้ว โครงสร้างของครอบครัวไทยยังประกอบด้วยกลุ่มเครือญาติ (เล็ก สมบัติ, ม.ป.ท., หน้า 161) ซึ่งมีความสำคัญและมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว

เป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากครอบครัวมิได้เป็นหน่วยอิสระสมบูรณ์พร้อมในตัวเอง นอกเหนือจากสมาชิกในครอบครัวแล้วกลุ่มเครือญาติจะเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ครอบครัวมากกว่าเพื่อนบ้านหรือชาวบ้านอื่นๆ ที่มีได้เกี่ยวดองกัน (ยศ สันตสมบัติ, 2540, หน้า 110 - 111)

### 3. ครอบครัวไทยในยุคปัจจุบัน : ปัจจัยที่ทำให้สถาบันครอบครัวเปลี่ยนแปลง

ครอบครัวและสังคมเป็นระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน กระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างระบบทั้งสองนี้มีความซับซ้อนอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงใดๆ ในสังคมย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัว และในทางกลับกันการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวก็ส่งผลกระทบต่อสังคมเช่นกัน แต่เนื่องจากสังคมเป็นระบบใหญ่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจึงมีผลกระทบต่อครอบครัว และเห็นได้ชัดเจนว่า ในระยะเวลาที่ผ่านมาครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปมากมายทั้งด้านโครงสร้าง รูปแบบหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัจจุบันครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง มีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีหลากหลายรูปแบบมากขึ้น ทั้งครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยเฉพาะสามี-ภรรยา สามี-ภรรยาและบุตร (หรือบุตรบุญธรรม) สามีหรือภรรยาและบุตร ปู่ย่าหรือตายายและหลาน ญาติหลายความสัมพันธ์มาอยู่ด้วยกัน เป็นต้น ส่วนด้านความสัมพันธ์ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างกันนั้นก็มีความเสื่อมคลายลงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในสังคมเมือง แต่ด้านความสัมพันธ์หญิง-ชายแล้ว สถานภาพของสตรีในครอบครัวดีขึ้นกว่าในอดีต ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามี-ภรรยาเป็นประชาธิปไตยและมีความยืดหยุ่นในบทบาทมากขึ้น เช่น สามีช่วยเหลือภรรยามากขึ้น อย่างไรก็ตามในสังคมชนบทที่มีเศรษฐกิจต่ำ สถานภาพของภรรยาก็ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์เชิงอำนาจยังอยู่ในสามีเหมือนเช่นอดีต ภรรยายังคงต้องรับภาระหนักทั้งในบ้านนอกบ้านเช่นเดิม (อุมาพร กระจังสมบัติ, 2540, หน้า 4, 68 - 70 และอมรา พงศาพิชญ์ อังใน สุชีลา ตันชัยนันท์, 2541, หน้า 146)

ทั้งนี้ ปัจจัยที่ทำให้สถาบันครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปก็คือ ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ โดยรวมที่เกิดขึ้นกับระบบสังคมไทยในยุคโลกาภิวัตน์ กระแสโลกาภิวัตน์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาประเทศซึ่งเป็นไปในทิศทางที่ขาดความสมดุล จากการเปลี่ยนแปลงสังคมเกษตรมาสู่สังคมอุตสาหกรรมที่มีความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อิทธิพลจากสื่อที่ไร้พรมแดนทำให้เกิดโอกาสในการรับเอาวัฒนธรรมแบบตะวันตกเข้ามาได้ง่ายและขาดการเอาใจใส่ในการกลั่นกรองเป็นเหตุให้วิถีการดำเนินชีวิต รวมทั้งทัศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมของคนในสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เกิดความบีบรัดตัวทางเศรษฐกิจหรือความอยู่รอดทางเศรษฐกิจมากขึ้น มีการอพยพแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ สมาชิกในครอบครัวเดิมถูกตัดขาดหายไป โดยแยกไปเริ่มครอบครัวใหม่ที่มีสมาชิกน้อยลง บางครอบครัวมีเฉพาะภรรยา-ลูก หรือสามี-ลูก บางครอบครัวมีเฉพาะสามี-ภรรยา ต้องทิ้งลูกไว้กับตายาย ปู่ย่า ทำให้เด็กขาดความ

อบอุ่นจากพ่อแม่ในการที่ต้องอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีเฉพาะแต่ปู่ย่าหรือตายายบางคนต้องทำงานหนักไม่มีเวลาใกล้ชิดลูก บางครอบครัวพ่อแม่ต้องแยกกันอยู่ เพื่อความอยู่รอดของครอบครัวหรือเพื่อต้องการแสวงหาเงินทอง การมุ่งทำงานเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพย์สิน ไม่ใส่ใจในศีลธรรมจริยธรรมเนื่องมาจากกระแสค่านิยมในสังคมวัตถุนิยมหรือสังคมบริโภคนิยม สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ลูกต้องจืดจางลงไป อันเป็นเหตุให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ไม่เหมาะสม ปัญหาสังคมต่างๆ จึงเกิดขึ้น รวมไปถึงหน้าที่ในการดูแลสุขภาพสมาชิกครอบครัวด้วย พฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจะเป็นไปตามลักษณะ โครงสร้างของครอบครัวที่เอื้อต่อการเกิดสัมพันธภาพที่ดี มีเวลาร่วมกัน มีการขัดเกลาทางสังคมให้กับสมาชิก เช่น การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและเชื่อในเรื่องความดี ชั่ว บาป กรรม เป็นต้น (ระพีพรรณ คำหอม, ม.ป.ท., หน้า 217 - 223 และ สมพงษ์ รัตนัญญา, ม.ป.ท., หน้า 185 - 186) ซึ่งกิจกรรม วิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพนั้นต้องการการมีเวลาร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพที่ดี การมีสมาชิกในครอบครัวอยู่หลายคนจะได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลมากขึ้นด้วย

ครอบครัวและสังคมมีความสัมพันธ์ต่อกัน สถาบันครอบครัวจึงมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจโดยรวม การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างรูปแบบนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวด้วย หน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกเป็นหน้าที่สำคัญยิ่งของครอบครัว หากโครงสร้าง รูปแบบและความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนไป ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกด้วย

#### แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

พฤติกรรมหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองนั้น ได้ถูกจำแนกออกเป็นหลายลักษณะแล้วแต่ทัศนะหรือกรอบทฤษฎี

โอเรียม (Orem) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุน ให้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ พฤติกรรมเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ สิ่งแวดล้อม และขั้นตอนพัฒนาการที่เป็นอยู่

2. การดูแลสุขภาพตนเองตามพัฒนาการ เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นบิดา มารดา เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการนั้นๆ

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วยไม่สามารถประกอบกิจกรรมหรือดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พันธุกรรมและการบำบัดต่างๆ

ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ บุคคลมีความต้องการการดูแลตนเอง คือ การคงไว้ซึ่งสภาวะและความปกติสุขในการดำรงชีวิต ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การเสาะหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากแหล่งต่างๆ การปฏิบัติตามคำวินิจฉัย การบำบัดรักษา เยียวยาและฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการ การรับรู้ถึงข้อดี ข้อเสีย อาการแทรกซ้อนหรือผลจากการบำบัดรักษาที่ได้รับ (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2533, หน้า 131-136)

มัลลิกา ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ การดูแลตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่ร่างกายแข็งแรงใน 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข พยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) การป้องกันโรคเบื้องต้น เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค
- 2) การป้องกันความรุนแรงของโรค เป็นการมุ่งที่จะป้องกันเพื่อขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น
- 3) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย “ความเจ็บป่วย” (illness) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเขาว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตัวของเขาเองจากครอบครัวหรือเครือข่ายทางสังคมและจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกันมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับด้วยกัน คือ 1) การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล 2) การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว 3) การดูแลสุขภาพตนเองโดยเครือข่ายสังคม 4) การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลตระหนัก และประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ตลอดจนการตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใดๆ ลงไปเพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติด้วยวิธีการของตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากผู้อื่นทั้งที่เป็นสามัญชน จากครอบครัวและเครือข่ายสังคมของผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข การดูแลสุขภาพตนเองยังครอบคลุมถึงการประเมินผลและการตัดสินใจในการกระทำที่เป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยได้มา เมื่อบุคคลตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ บุคคลจะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยอยู่ 4 แบบ คือ

ก. การตัดสินใจที่จะไม่ทำอะไรเลยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ

ข. การใช้ยารักษาตนเอง อาจซื้อยามากิน หรือการใช้ยากลางบ้าน

ค. การรักษาตนเองโดยวิธีต่างๆ ที่ไม่ใช่การใช้ยา เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย

ง. การตัดสินใจไปหาบุคลากรสาธารณสุข (มัลลิกา มัติโก, หน้า 10-14 และเอี่ยมพร ทองกระจาย, 2533, หน้า 49-53)

ทวิทอง (อ้างใน เอี่ยมพร ทองกระจาย, 2533, หน้า 53 - 58) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไว้ โดยเริ่มจากการให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเองที่ครอบคลุมทั้งมิติการส่งเสริม บำรุงสุขภาพ และการรักษา แต่เน้นในด้านการรักษาหรือด้านความเจ็บป่วยมากกว่า และได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเองในด้านความเจ็บป่วยไว้คล้ายกับที่มัลลิกาใช้คือ หมายถึง แนวพฤติกรรม ระดับบุคคลที่เกี่ยวกับการรับรู้ การประเมินอาการเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับอาการนั้นว่าจะรักษาด้วยตนเองอย่างมีอึดตวิญฉัยหรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น ซึ่งรวมรวมถึงการปรึกษาหรือในเครือข่ายของผู้ป่วยเอง เครือข่ายบริการผู้มีวิชาชีพรักษาพยาบาลเครือข่ายทางเลือกบริการอื่นๆ ตลอดจนการประเมินและการตัดสินใจเพื่อกำหนดการปฏิบัติบนพื้นฐานคำแนะนำดังกล่าว จากคำจำกัดความนี้จึงได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ คือ

1. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพหรือที่กระทำไปก่อนล่วงหน้าก่อนแสวงหาบริการแบบวิชาชีพ รวมถึงการรักษาแบบสามัญชนมากมายที่บุคคล ครอบครัว เครือข่ายสังคม ชุมชนเป็นผู้จัดหาขึ้น ตัวอย่างกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบนี้มี 3 ลักษณะ คือ

1) ปฏิบัติตอบสนองแบบ “ไม่รักษา” หรือ “รอดอาการ” อันเป็นผลเนื่องจากการตัดสินใจบนพื้นฐานการประเมินอาการ โดยสามัญชน



2) การรักษาดตนเองโดยไม่ใช้ยา ซึ่งอาจปรากฏในรูปแบบของการควบคุมเปลี่ยนแปลงอาหาร การออกกำลังกาย พักผ่อน การทำงานน้อยลง การรับอากาศบริสุทธิ์ การรับประทานอาหารพิเศษ และกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

3) การใช้ยารักษาดตนเอง เป็นรูปแบบพฤติกรรมรักษาโดยสามัญชนที่สังเกตแบบได้ง่ายที่สุด ยาที่ใช้มิได้จำกัดเฉพาะยาแผนปัจจุบันเท่านั้น รวมถึงยาพื้นบ้าน เช่น น้ำผึ้ง และยาสมุนไพรต่างๆ ด้วย

2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ปฏิบัติไปในฐานะเป็นส่วนประกอบสำคัญในกระบวนการรักษาเพิ่มเติมบริการที่ให้โดยนักวิชาชีพ เช่น การดูแลสุขภาพตนเองในการรักษาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ซึ่งจะได้รับการยอมรับจากวิชาชีพทางการแพทย์มากที่สุด

3. การดูแลสุขภาพตนเองที่ทำไปโดยมีเจตนาแก้ไขเปลี่ยนแปลงปรับแก้บริการหรือคำแนะนำของผู้มีวิชาชีพ อาจจะได้พบได้ในกรณีคนไข้เป็นฝ่ายกระทำเมื่อได้เผชิญกับการรักษา หรือคำแนะนำที่ผู้ป่วยเชื่อว่าไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยสามารถหันหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพในรูปแบบต่างๆ หรืออาจคิดแปลงการรักษาเสียเองให้สอดคล้องกับความเชื่อของเขา พบได้มากในประเทศกำลังพัฒนามากกว่าประเทศพัฒนาแล้ว

จากการจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกเป็นลักษณะต่างๆ ตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่า แนวคิดแต่ละแนวคิดนั้นมีจุดเด่น จุดเน้น จุดด้อยในการอธิบายที่แตกต่างกันดังนี้ (เอี่ยมพร ทองกระจาย, 2533, หน้า 51 - 58)

ทฤษฎีของโอเร็ม นั้นมีจุดเด่นก็คือ มีการจำแนกเอาพัฒนาการชีวิตแยกออกมาเป็นอีกลักษณะหนึ่งในการดูแลสุขภาพตนเอง อาจจะเป็นเนื่องจากว่าโอเร็มนั้นเป็นนักทฤษฎีทางการแพทย์ที่มีความเข้าใจถึงธรรมชาติของร่างกายมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เกิดขึ้นกับร่างกายจิตใจในตลอดช่วงอายุ หรือในแต่ละระยะของวงจรชีวิตได้เป็นอย่างดี จึงถือว่าพัฒนาการในแต่ละขั้นแต่ละระยะที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญที่บุคคลต้องประสบและต้องการดูแลที่แตกต่างจากสภาวะทั่วไป จึงแยกเอาสภาวะของพัฒนาการนี้ออกมาเพื่อให้เห็นชัด แต่แท้จริงแล้วก็เป็นปรากฏการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องอยู่ระหว่างความปกติ และความไม่ปกติ หากมีปัจจัยทางบวก เกื้อหนุนหรือปัจจัยทางลบเข้ามา ปรากฏการณ์ของพัฒนาการเหล่านั้นก็อาจเบี่ยงเบนไปทางหนึ่งได้ทันที ในส่วนที่ถือว่าเป็นจุดอ่อนของทฤษฎีก็คือ การแจกแจงพฤติกรรมดูแลตนเองในภาวะความเจ็บป่วยนั้นขาดความชัดเจน และสำคัญที่สุดคือ ยังอยู่ในปริมนทของการบริการของผู้ที่อยู่ในวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลมิได้ขยายขอบเขตไปสู่บริการที่ได้รับจากระบบบริการอื่นๆ แม้จะมีการคำนึงถึงสภาพทางสังคม วัฒนธรรม และยอมรับบทบาทสมาชิกครอบครัว

ในฐานะผู้ให้การดูแลที่ให้ต่อผู้ที่ต้องพึ่งพาเพื่อให้เกิดการดูแลแต่ก็เป็นไปในลักษณะไม่กระจ่างขัด เหมือนกับที่สามารถระบุจำแนกและให้โดยวิชาชีพ

ส่วนการจำแนกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ มัลลิกา ได้เสนอไว้นั้น เป็นการจำแนก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็น 2 ข้ออย่างชัดเจน เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองใน ภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นจุดเด่นของแนวคิดนี้ เนื่องจากทำให้ง่าย ต่อการทำความเข้าใจ แต่เมื่อถึงภาวะความต่อเนื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วยแล้ว จะเกิดปัญหา เพราะบางพฤติกรรมนั้นเป็นได้ทั้งการส่งเสริม และการป้องกันไปพร้อมๆ กัน แต่อย่างไรก็ตาม แนวคิดของมัลลิกาก็จะมุ่งเน้นกระบวนการตัดสินใจที่จะทำการใดๆ ของบุคคลนั้นเป็นสำคัญ

สำหรับทวิทอง ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยความ หมายของการดูแลสุขภาพตนเองนั้น หมายรวมถึงแต่มีติของการส่งเสริม ทำนุบำรุงสุขภาพ และ การรักษา แต่ทั้งนี้ได้ให้ความสำคัญในด้านการรักษาหรือในภาวะที่มีความเจ็บป่วยมากกว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในความหมายของทวิทอง จึงเน้นไปที่การดูแลสุขภาพในภาวะที่มี ความเจ็บป่วย อีกทั้งมองพฤติกรรมและการรับรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในบริบทของระบบการ ดูแลรักษาสุขภาพแบบพหุนิยม อันเป็นแนวทางในการศึกษาโดยนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ซึ่งดูจะกว้างขวางและครอบคลุมมากกว่าแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองที่เสนอโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ขีดวงจำกัดอยู่เฉพาะในบริบทของระบบการดูแลรักษาสุขภาพในส่วนของ วิชาชีพเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทวิทอง ได้มุ่งเน้นความสำคัญกับระบบการดูแลรักษาสุขภาพใน ส่วนของสามัญชนที่พิจารณาทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมหรือเครือข่ายทางเลือก อื่นๆ เป็นหัวใจสำคัญด้วย

ทั้งนี้ระบบการดูแลสุขภาพของสังคมหนึ่งๆ Kleinman (อ้างใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 91 - 99 และสื่อชัย ศรีเงินขวง, 2534, หน้า 35 - 44) ได้กล่าวไว้ว่า หมายถึง ระบบ วัฒนธรรมที่เป็นความหมายเชิงสัญลักษณ์ของสังคมนั้น หรือเป็นองค์รวมของระบบวัฒนธรรม สังคม ชีวภาพ ที่จัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยรวมถึงแต่การเจ็บป่วย การตอบสนองของบุคคล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น การรับรู้ความเจ็บป่วยโดยเชื่อมโยงกับความเชื่อที่เกี่ยวกับสาเหตุของโรค แบบแผนพฤติกรรม การตัดสินใจ การเลือกแหล่งบริการ ตลอดจนประเมินผลการรักษา ระบบการ ดูแลรักษาสุขภาพนี้ไม่อาจแยกออกได้จากอิทธิพลของวัฒนธรรม จึงเปรียบเสมือนระบบวัฒนธรรม ของสังคมหรือชุมชนนั้น ระบบการดูแลรักษาสุขภาพในสังคมประกอบด้วย 3 ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนของวิชาชีพ ส่วนของพื้นบ้าน และในส่วนของประชาชนหรือสามัญชน ซึ่งทั้ง 3 ระบบนี้จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ดำรงอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างไม่สามารถ

ที่จะแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด แต่ระบบต่างก็มีวิธีการอธิบายและการจัดการกับความเจ็บป่วยแตกต่างกันเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง

1) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนของวิชาชีพ (professional sector) เป็นส่วนของการปฏิบัติการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นรูปแบบของวิชาชีพ มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ มีการปฏิบัติทางการแพทย์ในลักษณะที่ใช้วิทยาการขั้นสูง เช่น ระบบการแพทย์จีน การแพทย์อายุรเวท การแพทย์แบบตะวันตกหรือการแพทย์สมัยใหม่

2) ระบบการดูแลสุขภาพของพื้นบ้าน (folk sector) หรือการดูแลแบบทางเลือก (alternation care sector) หมายถึง การปฏิบัติการรักษาเยียวยาที่มีใช้รูปแบบของวิชาชีพเกิดขึ้นจากวัฒนธรรมท้องถิ่น ไม่มีการจัดองค์กร แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่รักษาโดยใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น หมอผี ไสยศาสตร์ และประเภทที่ไม่ใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น หมอแผนโบราณ หมอนวด หมอสมุนไพร ในระบบการดูแลสุขภาพส่วนนี้มีการรับเอาระบบความคิดจากระบบการดูแลสุขภาพจากส่วนอื่นเข้ามาผสมผสานอยู่ด้วย

3) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนของประชาชนหรือสามัญชน (popular or lay sector) เป็นส่วนที่ใหญ่ที่สุดและสำคัญที่สุด เพราะเป็นแหล่งปฐมภูมิของการบำบัดรักษาเยียวยาตนเอง และคำจำกัดความของระบบการดูแลสุขภาพส่วนของประชาชนนี้ หมายถึง ส่วนของการดูแลตนเองของประชาชน หรือส่วนที่ประชาชนกระทำการดูแลตนเองกันเอง ตามวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่ปลูกฝังถ่ายทอดกันมา ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อ และพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มบุคคลต่างๆ 4 ระดับ คือ ก) ผู้ป่วย ข) ครอบครัวของผู้ป่วย ค) เครือข่ายทางสังคม อันได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ง) ชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ระบบการดูแลสุขภาพ ในส่วนนี้เป็นที่ที่มีทางเลือกในการรักษาเยียวยามากมาย นับตั้งแต่การดูแลตนเอง การใช้พิธีกรรมจนถึงการแพทย์แบบสมัยใหม่ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยในระบบนี้ หมายถึงถึงทั้งด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค และการรักษาเยียวยาที่ได้รับการจัดการโดยผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมที่เขาสัมพันธ์ด้วย ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีบทบาทร่วมกันในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรมตามการรับรู้ และประสบการณ์ในการให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยตามระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ได้รับการถ่ายทอดผ่านกระบวนการจัดกลาทางสังคม (socialization) และวิถีการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติกันมา หรือโดยการเปลี่ยนผ่านผสมกลืนกลายการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมระหว่างการดูแลสุขภาพสุขภาพส่วนของประชาชนกับส่วนอื่นๆ อันเป็นเหตุให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแต่ละคนไม่เหมือนกัน บุคคลย่อมมีวิธีการแก้ไข

ที่แตกต่างกันไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาความเจ็บป่วยหรือโรคภัยไข้เจ็บเดียวกันก็ตาม (มัลลิกา มดีโก, 2530, หน้า 5)

กระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพนั้นเริ่มตั้งแต่การตีความหรือการให้ความหมายต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้นว่าเป็นอย่างไร การค้นหาและการอธิบายสาเหตุของโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค หรือความเจ็บป่วยของบุคคลและเครือข่ายที่มีอยู่หลายลักษณะ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคบนพื้นฐานทฤษฎีความสมดุลย์ของร่างกาย (humoral pathology) ได้แก่ ความสมดุลย์ของธาตุร้อน-เย็นในร่างกาย ความเชื่อบนพื้นฐานอำนาจเหนือธรรมชาติ ความเชื่อบนพื้นฐานอำนาจเหนือธรรมชาติ (supernatural) เช่น ผี วิญญาณ ความเชื่อบนพื้นฐานทฤษฎีเชื้อโรค (germ theory) ความเชื่อบนพื้นฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น การเปลี่ยนยี่ห้อนมจะทำให้เด็กท้องเสีย การอธิบายสาเหตุของโรคเหล่านี้ จะมีผลต่อแบบแผนในการจัดการกับความเจ็บป่วยต่อมาด้วย โดยเฉพาะกับพฤติกรรมกรรมการรักษาเยียวยาในด้านการเลือกแหล่งบริบทเชี่ยวชาญรักษา และชนิดของการรักษาเยียวยา ซึ่งพฤติกรรมกรรมการรักษาเยียวยานี้จะมีตั้งแต่การพึ่งพานักวิชาชีพ โดยมีการฉีดยา กินยา การผ่าตัด จนกระทั่งการเลือกรักษาตนเองโดยไม่ปรึกษาใครหรือไม่ไปรับบริการที่แหล่งใดเลย หรือการเลือกการรักษาหรือกับญาติหรือเครือข่ายทางสังคมสามัญชนของตนเอง ซึ่งในการเลือกแหล่งบริการหรือชนิดของการรักษาเยียวยาใดๆ นั้นจะขึ้นอยู่กับการประเมินของผู้ป่วยและเครือข่ายทางสังคมของเขา ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการที่มาจากระบบความเชื่อ ความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่รับรู้ และทรัพยากรที่เขามีอยู่ นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลการรักษาเยียวยาที่กระทำลงไป ด้วยว่าสุขภาพที่ดีกลับคืนมาหรือยัง ความผิดปกติลุกลามหรือไม่ จะรักษาต่อไปอย่างไร (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530, หน้า 84 - 89, 93 ; พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2533, หน้า 47 ; ปรีชา อุปโยคิน, 2534, หน้า 52 - 58) จะเห็นได้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค ลักษณะอาการของโรคที่ปรากฏ การประเมินอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยนั้นมีความสัมพันธ์ต่อกันค่อนข้างชัดเจน เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน และจะมีผลโดยตรงต่อการมีพฤติกรรมกรรมการรักษาหรือการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลในแต่ละสังคม วัฒนธรรม (ปรีชา อุปโยคิน, 2537, หน้า 48)

และสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งถือเป็นภาวะที่มีความเจ็บป่วยหรือภาวะความเป็ยเบนทางสุขภาพเกิดขึ้น ดังนั้นในกรอบแนวคิดที่นำมาใช้ จึงเป็นแนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในมิติของความเจ็บป่วยซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่าแม้กรอบแนวคิดทั้ง 3 แนวคิด จะได้จำแนกและกล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยด้วยกันทั้งหมดก็ตาม แต่สำหรับกรอบทฤษฎีของโอเร็มนั้นอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการอธิบาย ในขณะที่อีก 2 แนวคิดนั้นค่อนข้างจะครอบคลุมถึงวิธีคิดในระบบสามัญชนมากกว่าในแนวคิดของโอเร็มที่

จำกัดความคิดและมองเฉพาะในส่วนของระบบวิชาชีพเท่านั้น และทั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดของทวิตองมาพัฒนาใช้เป็นแนวคิดหลักในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจาก 1) แนวคิดของทวิตองเน้นการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยหรือเน้นด้านการรักษาเยียวยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพในกรณี โรคเอดส์ที่กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หาย และมีการแสวงหาการรักษาจากระบบการดูแลรักษาสุขภาพในหลายรูปแบบและหลายระบบ ซึ่งทวิตองได้กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมดูแลสุขภาพไว้หลากหลายลักษณะภายใต้บริบทของระบบการดูแลรักษาสุขภาพแบบพหุนิยม และจำแนกลักษณะพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการกระทำหรือการปฏิบัติต่างๆ อันเป็นลักษณะกิจกรรมที่ทำไปเพื่อทดแทน เพื่อเสริม เพื่อแก้ไข ในส่วนของวิชาชีพ ซึ่งทำให้เกิดความครอบคลุมและเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในกรณี โรคเอดส์ที่พฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ชี้แจงจำกัดอยู่เฉพาะในระบบการดูแลรักษาสุขภาพทางการแพทย์เท่านั้น 2) ทวิตองได้กล่าวถึงและให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพไว้โดยครอบคลุมถึงบุคคล และกลุ่มบุคคล ตั้งแต่ผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และชุมชน ซึ่งเป็นแนวคิดในระบบการดูแลรักษาสุขภาพในส่วนของสามัญชนที่ทวิตองให้ความสำคัญและใช้เป็นหัวใจหลักในแนวคิด อันสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ 3) ทวิตองได้กล่าวถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพภายใต้การพิจารณาถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องด้วย โดยเฉพาะกับระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ได้รับการหล่อหลอมมาจากกระบวนการจัดเกล้าทางสังคม และระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การเจ็บป่วยและการตอบสนองความเจ็บป่วยโดยการประเมินอาการ การหาสาเหตุและการอธิบายสาเหตุของโรค รวมไปถึงการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้น สิ่งเหล่านี้เป็นแนวคิดในการศึกษาทางสังคมและมานุษยวิทยา ตามความมุ่งหมายของการศึกษาครั้งนี้

#### แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของครอบครัวมาตั้งแต่อดีต ต่อมาภายหลังการดูแลสุขภาพส่วนหนึ่งได้แปรเปลี่ยนไปสู่บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข หลังจากมีการปฏิวัติอุตสาหกรรมและเกิดการเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง แต่อย่างไรก็ตามบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลรักษาสุขภาพของสมาชิกก็ยังคงดำรงอยู่โดยที่ครอบครัวไม่เคยยกบทบาทในการดูแลสุขภาพให้กับวิชาชีพแพทย์อย่างสมบูรณ์ (มัลลิกา มดีโก, 2530, หน้า 131)

### 1. ความหมายของบทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

“บทบาท” เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติ หรือหน้าที่ที่บุคคลพึงกระทำเมื่อเข้าดำรงตำแหน่งนั้น โดยพฤติกรรมหรือหน้าที่นั้นๆ จะต้องมีความสอดคล้องกับความคาดหวังของคนส่วนใหญ่หรือสังคมด้วย เป็นการให้ความหมายโดย ทักนา บุญทอง ซึ่งสอดคล้องกับการนิยามของ Nye ที่ได้กล่าวถึงความหมายของบทบาทว่า หมายถึง กลุ่มของพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐานตามความคาดหวังของสังคม ตามสถานภาพของบุคคลนั้นๆ พฤติกรรมที่บุคคลจะแสดงออกตามบทบาท (ทักนา บุญทอง, Nye อังใน เสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล, 2537, หน้า 20)

มัลลิกา มัติโก (2533, หน้า 120) กล่าวว่า “ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ” หมายถึง กิจกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยที่กระทำกันภายในบ้านไม่ว่าการดูแลนั้นๆจะเป็นการกระทำของครอบครัวอย่างอิสระหรืออยู่ภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือบุคคลนอกวิชาชีพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีส่วนช่วยจัดการ การดำเนินการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยให้ครอบครัว

ดังนั้น “บทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพ” จึงหมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยที่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกระทำตามหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะทำต่อผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมนั้นจะกระทำกันภายในบ้านไม่ว่าจะเป็นการกระทำของครอบครัวอย่างอิสระ หรืออยู่ภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือบุคคลนอกวิชาชีพก็ตาม

### 2. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

Doherty และ McCubbin ได้เสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวที่มีต่อการจัดการในเรื่องสุขภาพอนามัยให้กับสมาชิกว่าครอบครัวจะมีกลไกในการจัดการการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยเป็น 6 ขั้นตอนดังนี้ (อังใน มัลลิกา มัติโก, 2530, หน้า 121 - 128)

ขั้นตอนแรก : บทบาทครอบครัวต่อการส่งเสริมสุขภาพและการลดภาวะการเสี่ยงต่อโรคในสภาพปกติ ครอบครัวมีการจัดการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะการเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดขึ้นแก่สมาชิกครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 : บทบาทครอบครัวกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเผชิญกับการเจ็บป่วย เป็นช่วงที่ครอบครัวเกิดภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะดังกล่าวได้แก่ ปัญหาการหย่าร้าง การหย่าร้างเป็นปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การหย่าร้างเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัวได้

ขั้นตอนที่ 3 : บทบาทครอบครัวต่อการประเมินเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นช่วงของความพยายามของครอบครัวที่จะให้ความหมายเกี่ยวกับอาการของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ครอบครัวจะทำการประเมินความเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลาและให้ความหมายในเรื่องสุขภาพ ซึ่งการให้ความหมายก็ได้รับอิทธิพลจากลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลในครอบครัว ในบางกรณีครอบครัวต้องเผชิญกับการให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่ไม่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน เช่น โรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 4 : การตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อความเจ็บป่วย เป็นช่วงที่ครอบครัวมีการโต้ตอบอย่างฉับพลันต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 : บทบาทครอบครัวต่อการเลือกวิธีการรักษาเยียวยา เป็นช่วงการตัดสินใจของครอบครัวในการแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก หรือจะทำการดูแลตนเองภายในครอบครัวหรือตัดสินใจที่จะปรึกษาหารือกับเพื่อนบ้าน ญาติมิตร

ขั้นตอนที่ 6 : การปรับตัวของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย เป็นการปรับตัวให้เข้ากับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความไปถึงความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือความพิการของสมาชิกครอบครัว

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แม้ว่าสถานภาพของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์จะมีอยู่มากและเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ตามปัญหาและผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต แต่งานที่ศึกษาในด้านการศึกษาดูแลผู้ป่วยนั้นยังมีน้อยกว่าด้านการป้องกัน โดยเฉพาะการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มุ่งเน้นถึงบทบาทของครอบครัว อย่างไรก็ตามจากการทบทวนการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า มีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

#### 1. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

จิตรา เจริญภัทรเกตุ (2537) ได้ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โดยทำการศึกษาแบบสำรวจกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เฉพาะที่มาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล และพามาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนราชนราดูร จำนวน 100 คน พบว่า สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่มีความรู้สึกเอื้ออาทรผู้ป่วย และให้อยู่ร่วมได้ (อ้างใน สุชีลา ดันชัยนันท์, 2541, หน้า 151) สอดคล้องกับผลการศึกษาของศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และอรทัย โสมนรินทร์ (2541, หน้า 75 - 81) ซึ่งศึกษาเรื่องการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรม

การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยศึกษากับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวน 25 คน พบว่า การสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การได้รับความรักใคร่ห่วงใย เมื่อท้อแท้จะได้รับความกำลังใจ และได้รับความช่วยเหลือในการมารับการรักษา ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวที่ต่ำที่สุด 3 อันดับคือ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นประโยชน์ การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการทำงาน และมั่นใจว่าบุคคลในครอบครัวจะช่วยเหลือเมื่อมีอาการแสดงของโรค นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ในพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ไขความรู้สึกเป็นทุกข์และด้านแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของสุธีรา ชุ่นตระกูล ที่ได้ศึกษาถึงการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อ บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะภรรยาและแม่ โดยที่เป็นแรงสนับสนุนด้านจิตใจให้กับผู้ป่วย (2536, หน้า 129) การศึกษาของพวงทิพย์ ชัยพิบาลสถัญญ์, 2531 ศึกษาถึงสภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่า ความเข้าใจการยอมรับและสัมพันธ์ภาพที่ดีจากสมาชิกครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (อ้างใน ปาริชาติ จันทร์จรัส, 2537, หน้า 9)

## 2. ความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้ การปฏิบัติตัวในบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

การศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น ที่ผ่านมามีประเด็นที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ได้แก่ เรื่องความรู้ ทักษะ การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

อะเคื่อ อุณหเลขกะ, พรพรรณ ทรัพย์ไพบลย์กิจ และสุชาดา เหลืองอากาศพงส์ (2539, หน้า 34 - 35) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาให้การดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดที่สุด จำนวน 98 คน ที่โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ โดยทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามพบว่า ผู้ให้การดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการติดต่อของโรคเอดส์ได้อย่างถูกต้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 67.1 ของคะแนนเต็ม แต่มีเพียงร้อยละ 17.3 เท่านั้น ที่ทราบว่า การสัมผัสกับน้ำลาย ปัสสาวะ อุจจาระที่มีเลือดปนอาจจะทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ ส่วนความรู้ในการป้องกันนั้นอยู่ในระดับปานกลางได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 76.0 โดยที่มีความรู้ในระดับมากเพียงร้อยละ 14.3 เท่านั้น ซึ่งกองโรคเอดส์ได้ทำการศึกษาถึงการได้รับบริการการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในจังหวัดลำปาง โดยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และสังเกตตามแบบสอบถามจากครอบครัวผู้ป่วย และผู้ป่วยที่เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดลำปาง พบว่า เมื่อ



ผู้ป่วยกลับบ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้และมีการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องตามหลัก D-METHOD ที่ได้รับการสอนจากโรงพยาบาล แตกต่างกับญาติผู้ให้การดูแลที่บ้าน คือ พ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้ที่เคยมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลด้วยกัน พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ และปฏิบัติตัวในการดูแลยังไม่ถูกต้อง แต่มีการรับรู้และให้กำลังใจช่วยเหลือ ไม่มีความรังเกียจ ซึ่งก็มีบางส่วนที่ยังรู้สึกกลัวการติดเชื้อ และรังเกียจอยู่ รวมทั้งยังมีบางส่วนที่ยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือเป็นโรคอะไร (กองโรคเอดส์, 2539, หน้า 49 - 50)

ทั้งนี้ มีงานที่ศึกษาเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ในเชิงคุณภาพ และได้ข้อมูล ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาเชิงปริมาณดังกล่าว อันได้แก่ การศึกษาถึงครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล บำราศนคราตุร ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในประเด็นเกี่ยวกับการติดต่อของโรคและวิธีการดูแลพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย และผลการศึกษา ยังรายงานว่าผู้ให้การดูแลมีความเชื่อผิดๆ และมีวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้องด้วย นอกจากนี้ครอบครัวมีการแสดงออกถึงสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยมีการให้ คำปรึกษาหรือการช่วยเหลือด้านเงินทอง การพาไปรักษา (ปาริชาติ จันทร์จรัส และคณะ, 2537, หน้า 26 - 27) เช่นเดียวกับการศึกษาถึงปฏิกิริยาของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ ณ หมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย พบว่า ครอบครัวมีปฏิกิริยาต่อผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น จนกระทั่งได้ให้การดูแลผู้ป่วย แต่ก็พบว่าครอบครัวยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย (เสาวภา พรสิริพงษ์, 2537, หน้า 11 - 15) และเบสเซย์ (Bessey, 1993) ได้ทำการศึกษาถึงศักยภาพของครอบครัว ชุมชน ในชนบทภาคเหนือไทย เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ แต่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์คือมีความต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยเอง จากงานของอัญชลี สิงหนะตร - ฤบาท และจิราลักษณ์ จงสถิตมัน (2540, หน้า 45 - 47) ก็เช่นกันที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองของครัวเรือน ชุมชนในสถานการณเอดส์ พบว่า ในประเด็นของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านนั้นสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ได้รับการอบรมเรื่องการจัดการกับความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งพบว่าครัวเรือนมีความเชื่อถือในการแพทย์แผนปัจจุบันค่อนข้างมากจึงให้ความสำคัญเป็นหลักทำให้ ความเชื่อทางด้านการแพทย์ทางเลือกอื่น เช่น การทำสมาธิ การใช้สมุนไพรมีความสำคัญลดลง ซึ่งเป็นข้อมูลที่สอดคล้องกับการรายงานผลสรุปจากการประชุมสัมมนาเพื่อหาแนวทางการร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์กันเองในครอบครัวที่มีผลสรุปออกมาว่าปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวนั้นส่วนหนึ่งมาจากทัศนคติของครอบครัว ชุมชนที่มีต่อการรักษาผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบครัวยังมอบอำนาจการตัดสินใจให้กับแพทย์เป็น

ส่วนใหญ่ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ทั้งที่บางครอบครัว ชุมชนมีศักยภาพและที่สำคัญครอบครัวไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ (ชยันต์ วรรณภูติ, 2539, หน้า 69 - 70)

นอกจากนี้ ยังมีงานที่มุ่งศึกษาถึงการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่ทำในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เดินทางมาพร้อมกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและในของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 52 ราย และผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี จากการจำแนกรายข้อแล้วพบว่า มีพฤติกรรมในการรักษาความสะอาดตนเองโดยการล้างมือก่อน-หลังการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 32.7 รองลงมาคือ การจัดหาอาหารให้รับประทานครบ 5 หมู่ การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปและการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยมีคะแนนเท่ากัน พฤติกรรมที่ไม่ได้ทำเลย คือ การจัดให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายตามความเหมาะสม การแนะนำแหล่งช่วยเหลือ การจัดให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมภายในบ้าน และการอธิบายการป้องกันการติดเชื้อให้แก่บุคคลอื่นๆ ในครอบครัวทราบ (ประเทืองพิมพ์โพธิ์, 2541, หน้า 59 - 67) และสุธิตา ล่ามช้าง และโปร่งนภา อัครชิโนเรศ (2541, หน้า 54 - 55) ได้ทำการศึกษาดังบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกสำหรับเด็ก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 111 ราย พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติบทบาทในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเจ็บป่วยในระดับเหมาะสมปานกลาง แต่หากพิจารณารายข้อแล้วพบว่า การปฏิบัติบทบาทในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเจ็บป่วยในเรื่องการดูแลให้ได้รับการรักษา เช่น ยึดตามแผนการรักษา การพาไปตรวจตามนัดนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ในขณะที่ส่วนใหญ่เด็กที่ติดเชื่อนั้นมักจะมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยอาการแทรกซ้อนต่างๆ แต่การปฏิบัติเพื่อการดูแลพยาบาลต่อเด็กเมื่อมีอาการเหล่านี้จัดอยู่ในระดับที่เหมาะสมน้อย

สำหรับการศึกษาด้านการรับรู้และการปฏิบัติตัวในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจริยาวัตร คมพักษณ์ และคณะ (2541, หน้า 141 - 152) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้ง 2 กลุ่มนี้ กลุ่มละ 119 คนที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เรื่องโรคเอดส์โดยรวมของผู้ดูแลทั้งสองพื้นที่อยู่ในระดับดี พิจารณาการรับรู้รายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับดีทั้งสองพื้นที่ แต่ในพื้นที่เชียงใหม่ การรับรู้เรื่องการติดเชื้อจากการรับเลือดที่บริจาค ความเสี่ยงที่เกิดจากการติดเชื้อของการรักร่วมเพศนั้นอยู่ในระดับปานกลาง และทั้งสองพื้นที่ยังมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องวัคซีนป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อและผู้ดูแลผู้ติดเชื้อในเชียงใหม่มีการรับรู้ต่อโรคเอดส์โดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) สำหรับ

การปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ดูแล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงดี แต่การปฏิบัติที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ การออกกำลังกายเพื่อลดความเครียด

จากการศึกษาที่ผ่านมาหลายชิ้นที่เกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติหรือพฤติกรรม จะเห็นได้ว่า ครอบครัวมักจะมีความรู้หรือการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในประเด็นสำคัญที่ต้องอาศัยความเข้าใจจากพื้นฐานความรู้เรื่องเอดส์ในเชิงลึกนั้นค่อนข้างต่ำหรือเหมาะสมค่อนข้างน้อย ในขณะที่มีการศึกษาบางชิ้น หากมองภาพรวมแล้วจะพบว่า การปฏิบัติหรือพฤติกรรมของครอบครัวจะออกมาในระดับปานกลาง เนื่องจากได้คะแนนจากการปฏิบัติในด้านต่างๆ ไปที่ไม่ต้องใช้ศาสตร์ที่ลึกซึ้งค่อนข้างสูง จึงสามารถเฉลี่ยคะแนนให้อยู่ในระดับปานกลางได้ ซึ่งพิจารณาได้จากการจำแนกรายชื่อที่ผู้ศึกษาหลายท่านได้แยกไว้ให้เห็น

อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาของถาปณี จารุรัตน์ (2540) เกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติของครอบครัวในการศึกษาถึงความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ที่แม้จะไม่ชัดเจนอย่างชัดเจนแต่ก็ค่อนข้างแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา ถาปณี ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพกับสมาชิกครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสระบุรี ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่มีความรู้และสามารถปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างปกติ โดยมีการปรับตัวเข้าหาซึ่งกันและกันได้ เมื่อระยะเวลาผ่านไปได้สักระยะหนึ่ง ภายหลังจากการได้รับฟังคำอธิบายจากนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้เกี่ยวข้อง (อ้างใน สุชีลา ดันชัยนันท์, 2541, หน้า 151) นอกจากนี้แล้ว มีการศึกษาถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล โดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล (อรทัย โสมนรินทร์, 2538, หน้า 75) จำนวนผู้ดูแล 160 ราย ที่โรงพยาบาลบาราคนราดูร และศิริราช พบว่า ผู้ดูแลมีความสามารถในการใช้เวลาในการตัดสินใจน้อยที่สุด และความวิตกกังวลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

ทั้งนี้ การศึกษาทั้งหมดที่ผ่านมาเป็นการใช้ทัศนะทางการแพทย์เป็นกรอบในการศึกษา สำหรับการศึกษานี้ทัศนะเชิงสังคม วัฒนธรรม หรือมุมมองทางมานุษยวิทยาทางการแพทย์ ที่เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นยังไม่มีรายงานอย่างชัดเจนมีเพียงรายงานการศึกษาที่คล้ายคลึงและเกี่ยวข้องกับบทบาทครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ซึ่งพบว่า มีงานหลายชิ้นทั้งในประเทศและนอกประเทศที่มีผลการศึกษาสอดคล้องกันว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนนั้น มากกว่าร้อยละ 90.0 ที่ประชาชนดูแลเยียวยาตนเองภายในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เมื่อเจ็บป่วยแล้วจะไปปรึกษาและรักษากับแพทย์ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่พบว่าประชาชนประมาณร้อยละ 71.0 รักษาตนเองภายในชุมชน เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเล็กๆ

น้อยๆ และการรักษาตนเองส่วนใหญ่ได้แก่ การซื้อยามากินเอง โดยผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัว (John Fry, K. Roghmann and Haggety, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และพีระ ดันติเสรณี อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2530, หน้า 132) นอกจากนี้มีการศึกษาของพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และอรรณญา ปุรนันท์ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทในภาคอีสาน พบว่า รูปแบบของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองมีอยู่ 5 รูปแบบ คือ ไม่ปฏิบัติสิ่งใดเลย การปฏิบัติด้วยวิธีการต่างๆ การใช้รักษาตนเอง การปฐมพยาบาล การรักษาแบบพื้นบ้านด้วยพิธีกรรม และไสยศาสตร์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนกว่าครึ่งหนึ่งของพฤติกรรมทั้งหมดเป็นการใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งมักเป็นยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร โดยใช้ยาสมุนไพรในระดับครอบครัว และใช้ยาแผนปัจจุบันมากในระดับชุมชน (2530, หน้า 288 - 290)

### 3. ผลกระทบ ความต้องการ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ครอบครัวมีสมาชิกป่วยเป็นโรคเอดส์ และการที่ครอบครัวมีภารกิจในการดูแลนั้น จากการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โดยทำการศึกษาแบบสำรวจกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ของจิตรา เจริญภัทรเกตุซ์ พบว่า สมาชิกครอบครัวได้รับผลกระทบจากค่ายา ค่ารักษาพยาบาลจนต้องกู้ยืมเงินจากแหล่งอื่นๆ (อ้างใน สุชีลา ดันชัยนันท์, 2541, หน้า 151) และการศึกษาของถาปณี จารวิวัฒน์ เกี่ยวกับความรู้การปฏิบัติของครอบครัวในการศึกษาถึงความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่า ปัญหาใหญ่ของการดูแลผู้ป่วยก็คือ การแบกรับภาระในเรื่องค่ายารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการดูแลผู้ป่วย (อ้างใน สุชีลา ดันชัยนันท์, 2541, หน้า 151) สำหรับการศึกษาของ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2541, หน้า 141 - 152) ได้ศึกษาในเรื่อง การรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ดูแลในครอบครัวในเขตพื้นที่กรุงเทพฯ และเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ คือ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มบิดา-มารดา หรือ ผู้ที่มีอายุมากจะรู้สึกเหนื่อยล้าแต่ไม่ถึงกับป่วย ผู้ดูแลที่เป็นญาติจะรู้สึกหงุดหงิดเป็นบางราย แต่สัมพันธภาพระหว่างกันยังเหมือนเดิม และมีความสงสารเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอดส์บางรายอาจคิดว่า ผู้ดูแลจะรู้สึกเบื่อ รำคาญตนเอง จากผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า ครอบครัวมีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพทั้งทางกายและใจ รวมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ในระดับมากทั้งในเขตกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ และจากการศึกษาถึงการได้รับการบริการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในจังหวัดลำปาง พบว่า ญาติมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ

เช่น ค่ารักษาพยาบาล การส่งเสริมอาชีพ การสงเคราะห์นมผง แต่ครอบครัวบางส่วนยังไม่ทราบแหล่งการได้รับความช่วยเหลือ (กองโรคเอดส์, 2539, หน้า 49-50)

เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นงานการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวต้องป่วยด้วยโรคเอดส์ได้ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อภาวะทางการเงิน และสภาวะจิตใจของครอบครัว ครอบครัวรู้สึกว่าวุ่น สับสน และต้องการคำแนะนำและการช่วยเหลือทางใจเป็นอย่างมาก รวมทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง (ปาริชาติ จันทร์จรัส และคณะ, 2537, หน้า 25 - 27) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรัทัย โสมนรินทร์ และคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจจากกลุ่มตัวอย่าง 300 คน ที่เป็นญาติผู้มาให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบาราคนราดูร เรื่องความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ต้องประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ และสิ่งที่ญาติต้องการมากที่สุด คือ ต้องการข้อมูลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยและผู้ดูแล รองลงมาเป็นเรื่องของการลดความกังวลและต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น ค่ายา อาชีพ ที่พักอาศัย (อ้างใน สุชีลา ตันชัยนันท์, 2541, หน้า 151-152) และการศึกษาของพวงเพ็ญ ชุมหปราน, สุริพร ธนศิลป์ และสังจา ทาโต ก็ได้ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้การดูแลต้องการการสนับสนุนทางด้านความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ความรู้ในการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อมีอาการ ผู้ดูแลมีความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ โดยพบว่า ผู้ดูแลทั้งหมดมีหนี้สินและต้องการการสนับสนุนค่ายาในการรักษาจากกองทุนหรือสังคมสงเคราะห์ ส่วนความต้องการด้านจิตใจนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการที่จะเปิดเผยความลับกับคนที่ไว้วางใจ แต่ต้องการปกปิดกับคนที่ใกล้ชิด ต้องการกำลังใจ และคำปลอบใจ นอกจากนั้นยังมีความต้องการด้านทรัพยากร วัสดุสิ่งของ เวลา และคน เช่น ยา เวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ต้องการคนมาช่วยสับเปลี่ยนดูแล ต้องการเวลาเป็นของตัวเองบ้าง ต้องการแหล่งสนับสนุน เช่น คลินิกนิรนามฮอตไลน์ ศูนย์ดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชน ต้องการให้โรงพยาบาลมีเตียงเพิ่มขึ้น ต้องการแหล่งกองทุนและความต้องการสำคัญอีกอย่างหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยก็คือ ความต้องการด้านจิต-วิญญาณ เช่น ถึงศักดิ์สิทธิ์ ศาสนาที่สามารถทำให้เกิดความหวังและพลังใจ (2541, หน้า 90-98)

ส่วนประเทือง พิมพ์โพธิ์ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวในประเด็นของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัว ได้รับกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ญาติผู้ดูแลในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ จิตใจในระดับปานกลาง ส่วนด้านการเงินได้รับน้อย โดยผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้คำแนะนำ

มากที่สุด ได้แก่ ทีมสุขภาพ ส่วนแรงสนับสนุนด้านจิตใจ สิ่งของ การเงิน ญาติได้รับจากภายในครอบครัวมากที่สุด และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) (2541, หน้า 59 - 67) อย่างไรก็ตามพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวควรจะได้รับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้นมักพบข้อจำกัด คือ หน่วยงานไม่มีเวลาในการให้ความรู้ งบประมาณที่จะช่วยเหลือไม่เพียงพอ รวมไปถึงทัศนคติของหน่วยงานต่อการช่วยเหลือด้วย (ชยันต์ วรรณภูติ, 2539, หน้า 69 - 70)

จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่า การที่ครอบครัวต้องมีภาระในการดูแล ผู้ป่วยนั้น ครอบครัวได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งที่เห็นชัดที่สุดคือด้านสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งครอบครัวมีความต้องการการได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งในด้านเศรษฐกิจ ต้องการทราบข้อมูล แหล่งให้ความช่วยเหลือ ต้องการทราบข้อมูลด้านความรู้ในการปฏิบัติตัวของตนเองและการดูแลผู้ป่วย ต้องการลดความกังวลใจ ต้องการทรัพยากรทั้งด้านวัตถุ เวลา คน แหล่งความช่วยเหลือ สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย และมีความต้องการด้านจิต-วิญญาณเพื่อให้เกิดพลังในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวได้รับนั้นพบว่า การสนับสนุนด้านความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง แต่ด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นผลกระทบที่สำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยกลับได้รับในระดับน้อย และแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ

#### 4. การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

ในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นโรคเอดส์นั้น พบว่า ทั้งครอบครัวและผู้ป่วยเอง ต่างก็มีปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ ซึ่งหากเป็นผู้ป่วยที่เปิดเผยตัวเองให้ครอบครัวทราบจะสามารถปรับตัวได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยตัว โดยที่ครอบครัวจะเกิดความเครียด และรู้สึกลำบากจากการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลางจากผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสถานะจิตใจที่ได้รับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากอาการและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการกลัวการถูกรังเกียจ และครอบครัวจะมีวิธีการเผชิญความเครียดโดยการให้ความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ การปรึกษา และขอความช่วยเหลือจากบุคคลภายในครอบครัว เครือข่ายของครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัว ซึ่งมีผลการศึกษาสนับสนุนดังนี้คือ

สุธีรา อุ่นตระกูล (2536, หน้า 125-131) ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในการสัมภาษณ์ทั้งผู้ติดเชื้อเอดส์ และสมาชิกครอบครัวทั้งสิ้น 15 ครอบครัว ผลจากการศึกษาพบว่า ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัว ทั้งผู้ติดเชื้อและครอบครัวต่างก็มีการปรับตัวโดยความพยายามทั้งสองฝ่ายในด้านการรับรู้ ความรู้ และสภาพการณ์ต่างๆ ในครอบครัวซึ่งมีผลทำให้ระยะเวลาในการ

ปรับตัวใช้เวลาไม่มากนักและครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะภรรยาและแม่ ปฏิบัติการของบุคคลในครอบครัวที่ทราบผลการติดเชื้อ จะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อจะประสบความสำเร็จมากลำบากในการปรับตัว เพราะมีปัจจัยด้านความสัมพันธ์ฉันท์สามี-ภรรยา หรือสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่มีความรักใคร่กันน้อยและมีปัญหาทางเศรษฐกิจที่ต้องรับภาระมากจึงต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวค่อนข้างนานเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด มีการศึกษาที่ ลีโอนาร์ด, แครอล และแอลแลน ได้ศึกษาถึงรูปแบบและกลไกการเพิ่มขยายความเครียดในกลุ่มผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ความลำบากในการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น และด้วยความอดทนที่จำกัด จะทำให้ผู้ดูแลไม่ยอมทำบทบาทนั้นอีกต่อไป และเกิดความเครียดระดับที่ 2 และจะทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า (Leonard, Carol & Allen) (1997, pp. 223 - 236) ดังมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกันคือ การศึกษาถึงความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ วรรณทนา สุภสีมานนท์ (2540, หน้า 9-17) ได้ศึกษาพบว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้ประเมินเหตุการณ์โดยรวมว่าในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ก่อให้เกิดความเครียด คือ 1) การที่ครอบครัวต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย 2) การได้เห็นผู้ป่วยทุกข์ใจ วิตกกังวล 3) การกลัวผู้ป่วยถูกรังเกียจถ้าทราบว่าเป็นโรคเอดส์ 4) การได้เห็นผู้ป่วยเจ็บป่วยตามอาการของโรค 5) การที่ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ เป็นระยะๆ และวิธีการเผชิญความเครียดที่ครอบครัวใช้คือ 1) การเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ 2) การปรึกษาหารือกันในครอบครัวเกี่ยวกับอาการและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย 3) การติดตามข้อมูลข่าวสาร ค่าใช้จ่ายสิ่งของจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และกิตติกร นิลมานัด (2538, หน้า 58 - 59) ได้ศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยศึกษากับญาติที่มาดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 43 คน เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 2 และศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสนใจในความเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อมากที่สุด โดยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือและญาติใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาามากที่สุด นอกจากนั้นยังพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยรวมถึงความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

## 5. ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลในครอบครัว

จากการทบทวนการศึกษาที่กล่าวถึงลักษณะและสถานภาพของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวที่ผ่านมาพบว่า ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญมีอยู่ 2 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่ บิดา มารดา และภรรยา โดยที่ส่วนใหญ่แล้วทั้งสองกลุ่มนี้จะพบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด ทั้งนี้จะต่างกันไปในขึ้นอยู่กับสถานภาพสมรสของผู้ป่วย โดยพบผลการศึกษที่สนับสนุนดังนี้

การศึกษาเรื่องครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ : กรณีศึกษาเบื้องต้น พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง โดยที่จะเป็นบทบาทของภรรยาในกรณีที่ผู้ป่วยแต่งงานแล้ว ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยยังโสดผู้ที่คอยมาดูแลจะเป็นมารดาและพี่สาว (ปาริชาติ จันทร์จรัส, 2537, หน้า 20) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของสมาชิก ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดที่สุดเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 77.6 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยอยู่ในกลุ่มบิดาหรือมารดา และกลุ่มสามีหรือภรรยาเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 28.6 เป็นพี่หรือน้อง ร้อยละ 23.5 (อะเคือ อุณหเลขกะ, พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ และสุชาดา เหลืองอากาศ, 2539, หน้า 20 - 23) และการศึกษาของประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541, หน้า 41 - 43, 59) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ญาติที่มาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ใกล้ชิดที่สุดที่โรงพยาบาลเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 76.9 เช่นกันโดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ อยู่ในกลุ่มสามี-ภรรยา ร้อยละ 42.3 กลุ่มบิดา-มารดา ร้อยละ 28.9 กลุ่มพี่-น้อง ร้อยละ 19.2 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกหลายชิ้นที่สนับสนุนผลการศึกษาดังกล่าวมาแล้ว เช่น จิตรา เจริญภัทรเกษข, 2539 (อ้างใน สุชีลา ตันชัยนันท์, 2541, หน้า 151), กิตติกร นิลมานันต์ (2538, หน้า 34 - 49), กองโรคเอดส์ (2539, หน้า 35 - 49), สุริศา ล่ามช้าง และโปร่งนภา อัครชิโนรส (2541, หน้า 27) เป็นต้น

สำหรับลักษณะอื่นๆ นอกจากเรื่องเพศและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแล้ว ในประเด็นอาชีพ อายุ และการศึกษานั้น พบว่า มีผลการศึกษาที่สอดคล้องกันดังนี้ คือ อายุของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุของคนทำงาน การศึกษาจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด และอาชีพที่พบส่วนใหญ่คือรับจ้าง รองลงมาคือ เกษตรกรรมและไม่ได้ทำงาน โดยจากการศึกษาของประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541, หน้า 41 - 42) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยช่วงอายุ 20-39 ปี ถึงร้อยละ 63.5 ช่วงอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 23.1 ซึ่งเฉลี่ยแล้วอายุประมาณ 36 ปี พบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 67.3 ส่วนอาชีพพบว่า มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.6 เกษตรกรรม ร้อยละ 23.11 และการศึกษาของอะเคือ อุณหเลขกะ, พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ และสุชาดา เหลืองอากาศ (2539, หน้า 20 -21)



พบสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยช่วงอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 50.0 ช่วงอายุ 40-45 ปี ร้อยละ 24.5 อายุเฉลี่ย 40.5 ปี ระดับ การศึกษาที่มากที่สุดคือ ระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 44.9 และมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 48.0 ในการศึกษาของกิตติกร นิลมานัต (2538, หน้า 34) พบว่า อายุของญาติผู้ป่วยช่วงอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 55-81 และช่วงอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 46.24 ส่วนด้านการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.14 และพบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 58.14 เช่นกัน สำหรับการศึกษาของกองโรคเอดส์ (2539, หน้า 15) ก็พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีอายุเฉลี่ย ตั้งแต่ 21-27 ปี อายุเฉลี่ย 53.5 ปี มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 31.3 รองลงมาเป็นผู้ไม่มีอาชีพถึงร้อยละ 22.9 ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.4 ส่วนการศึกษาของ สุริศา ล่ามช่าง และโปร่งนภา อัครชิโนรส (2541, หน้า 27) ที่นอกจากจะพบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเป็นมารดามากที่สุด มีอายุระหว่าง 15-30 ปี อายุเฉลี่ย 32.51 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด และมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ แม่บ้าน แล้วในการศึกษานี้ ยังได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทในการดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ส่วนอายุ สถานภาพสมรส อาชีพของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็กภายหลังที่ทราบว่าติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ปกครองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถัย โสมนรินทร์ (2539, หน้า 75) ซึ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานของผู้ปกครองกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.5$ )

และจากการศึกษาของอัญชลี สิงหนนทร - ฤณาท และจิราลักษณ์ จงสถิตมัน ที่ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตอบสนองของครัวเรือน ชุมชนในสถานการณ์โรคเอดส์ก็พบว่า ครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจดีจะเข้า-ออกโรงพยาบาลหรือคลินิกอย่างเป็นทางการมากกว่าครัวเรือนที่ยากจน และพบว่าอาชีพมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าครัวเรือนมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง เนื่องจากต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้าน (2540, หน้า 45-47) นอกจากนั้นมีการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน เสนอผลการศึกษาว่าสถานะทางสุขภาพของผู้ดูแลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ดูแลด้วย จากการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536, หน้า 86 - 87) ที่ได้ศึกษาถึงแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล โดยศึกษาถึงกลุ่มภรรยาที่เป็นผู้ดูแล จำนวน 104 คน พบว่า ผู้ดูแลกว่าครึ่งหนึ่งที่เป็นโรคประจำตัว มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิด ข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย

## 6. ลักษณะทางประชากรและลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคเอดส์กับการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาของสุริศา ล่ามช้าง และโปรงนภา อัครชินเรส (2541, หน้า 51 - 55) เรื่องบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก สำหรับเด็กในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุของเด็กที่เริ่มเจ็บป่วยบ่อยๆ ความถี่ของการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้าโรงพยาบาล อาการและพัฒนาการของเด็ก เมื่อเทียบกับเด็กปกติกับบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก แต่การศึกษาถึงความรู้สึกล้มนอนในความเจ็บป่วย และวิธีเผชิญความเครียดของญาติ ผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของกิตติกร นิลมานัต (2538, หน้า 58 - 59) พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกล้มนอนในความเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $P < 0.05$ ) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของครอบครัวจะมีไม่มากนัก แต่ข้อเท็จจริงก็คือ ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น ไม่ได้คงที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นระยะๆ ได้ 3 ระยะ ตั้งแต่ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์แต่ละระยะผู้ป่วยจะมีสภาพร่างกาย จิตใจเปลี่ยนแปลงไป ความต้องการการดูแลจึงแตกต่างกัน ดังนั้น ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยด้วย

## 7. ลักษณะของครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

มีการศึกษาที่น่าสนใจถึงลักษณะของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยพบว่าส่วนใหญ่แล้วเป็นครอบครัวเดี่ยว (สุริศา ชุ่มตระกูล, 2538, หน้า 129 ; จริยวัตร กมพยัคฆ์ และคณะ, 2541, หน้า 54, 135 ; สุพิศ ศาสตราสังข์ และนงลักษณ์ เอมประดิษฐ์, 2538, หน้า 77) แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่กล่าวถึงความสัมพันธ์หรือลักษณะของครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการศึกษาของสุริศา ชุ่มตระกูล ที่รายงานไว้ว่า ผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวได้และใช้เวลาในการปรับตัวให้อยู่ร่วมกับครอบครัวได้เร็ว เนื่องจากมีปัจจัยเอื้อคือครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (2538, หน้า 130) แต่ได้พบผลการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่นที่มีไข้โรคเอดส์ แต่เป็นการศึกษาที่คล้ายคลึงกันคือ การศึกษาเรื่องการรับรู้ประสบการณ์การดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษา โดยวิธีล้างไต ช่องทองอย่างต่อเนื่องของนงลักษณ์ พันชมภู ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวเช่นกัน ซึ่งศึกษากับญาติผู้ป่วยที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการล้างไต จำนวน 30 คน โดยการศึกษาสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยเอื้อต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว สภาพแวดล้อมที่ดีของบ้าน การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว และการที่ในครอบครัวมีสมาชิก

หลายคน (2540, หน้า 57-58) ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานผลสรุปจากการสัมมนาเพื่อหาแนวทางความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ในการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยที่พบว่าข้อจำกัดหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยเอดส์กันเองภายในครอบครัวก็คือ ลักษณะสภาพของครอบครัวบางครอบครัวไม่พร้อมที่จะดูแลกันเองได้ เนื่องจากป่วยด้วยกันทั้งคู่ อาจรวมถึงลูกด้วย

#### 8. บริบททางสังคม วัฒนธรรมของชุมชนกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของครอบครัว

โดยทั่วไปแล้วการศึกษาที่นำเสนอถึงปัจจัยทางด้านบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นมักค่อนข้างน้อย ที่พบส่วนใหญ่เป็นงานที่ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานในระดับปัจเจกบุคคล สำหรับงานที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาที่กล่าวถึงบริบททางสังคมวัฒนธรรมมีดังนี้

การศึกษาทางมานุษยวิทยาเกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ ณ หมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย พบว่า ในระยะแรกของการมีผู้ป่วยเอดส์เกิดขึ้นในหมู่บ้าน ครอบครัว ปฏิกิริยาของครอบครัวที่เกิดขึ้นในระยะแรกนั้นเป็นไปในทางลบ โดยมีความกลัว รังเกียจ แบ่งแยกผู้ป่วย แต่ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น จนกระทั่งครอบครัวได้ให้การปฏิบัติดูแลต่อผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้ปิดบังเรื่องการป่วยเป็นโรคเอดส์แต่ประการใด ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม คือ ความเป็นสังคมแบบเครือญาติ ความสำคัญเชิงเศรษฐกิจของผู้ป่วยในฐานะแรงงานสำคัญในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเคยมีอาชีพหญิงบริการที่มีรายได้มาเลี้ยงดูจนเจือครอบครัว การจัดระเบียบและกลไกทางสังคมของชุมชนในชนบท วัฒนธรรมความเชื่อ เรื่องกรรมดี ชั่ว และการได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2537, หน้า 11 - 15) นอกจากนี้เบสซี (Bessey) ยังพบว่า การที่ครอบครัว ชุมชน มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยนั้นคือมีความต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยเอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะวัฒนธรรมของคนภาคเหนือที่ถือว่าเมื่อมีสมาชิกในครอบครัว ชุมชนเจ็บป่วยจะต้องดูแลกัน มีการไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนกัน และให้เหตุผลว่าการดูแลที่บ้านมีข้อดีหลายอย่าง คือ ครอบครัวสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยได้ และเพื่อนบ้านไม่ต้องเดินทางไปเยี่ยมที่โรงพยาบาล (อ้างใน สุชีลา ตันชัยนันท์, 2541, หน้า 149)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปประเด็นสำคัญในการนำมาใช้เป็นแนวคิดได้ดังนี้คือ

#### 1. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่

1.1 การดูแลรักษาพยาบาล (โดยประเมินจากการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวในทัศนะทางการแพทย์)

1.2 การเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

1.3 การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของครอบครัว

## 2. ปัจจัยมีผลต่อบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่

### 2.1 ปัจจัยระดับบุคคล

2.1.1 ตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ในกรณีโรคเอดส์ เช่น ลักษณะอาการของผู้ป่วย (ในระยะต่างๆ) จำนวนครั้งที่เข้าโรงพยาบาล อายุ

2.1.2 ผู้ดูแล ได้แก่

ก) ปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ (ของครอบครัว)

ข) ความรู้ การรับรู้ทัศนคติ

ค) ผลกระทบ ความต้องการ และการได้รับการสนับสนุน

ง) การเข้าถึงแหล่งบริการทางการแพทย์และสังคม

จ) ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย

### 2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

2.2.1 ลักษณะสัมพันธภาพของครอบครัว

2.2.2 ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว

2.2.3 สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

### 2.3 บริบททางสังคม วัฒนธรรมของชุมชน

2.3.1 ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ครอบครัว ชุมชน

2.3.2 วัฒนธรรมประเพณี

2.3.3 การจัดระเบียบและกลไกทางสังคมของชุมชน

## สรุปกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ : กรณีโรคเอดส์ในครั้งนี้เป็นการศึกษาในทัศนะเชิงสังคม วัฒนธรรม หรือการศึกษาในแนวมานุษยวิทยาทางการแพทย์ (medical ethnography) โดยใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของทวิทองที่ได้เสนอไว้เป็นหลักร่วมกับกรอบแนวคิดเรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองของ Doherty และ McCubbin รวมทั้งการรวบรวมแนวคิดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสรุปได้ดังนี้คือ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะที่มีความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่แยกออกไม่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญตามโครงสร้างหน้าที่ที่จำเป็นต้องให้การดูแลสุขภาพสมาชิก พฤติกรรม การดูแลสุขภาพเกิดขึ้นภายใต้บริบทของระบบการดูแลสุขภาพแบบพหุนิยม ครอบคลุมทั้งระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพในส่วนพื้นบ้านและในส่วนของสามัญชน ซึ่งพฤติกรรม การดูแลสุขภาพนั้น หมายถึงตั้งแต่ความเจ็บป่วยและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย โดยมีการประเมินความเจ็บป่วยหรือการตีความ การให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยนั้น การหาสาเหตุและการอธิบายถึงสาเหตุของความเจ็บป่วย รวมถึงการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมมีบทบาทร่วมกัน และการจัดการที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรม การรักษาเยียวยาที่มีหลากหลายวิธีและหลากหลายรูปแบบ ซึ่งจำแนกพฤติกรรม การดูแลสุขภาพออกได้เป็น 3 กลุ่มตามวัตถุประสงค์ของการกระทำนั้นๆ คือ กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทน เพื่อเสริม เพื่อแก้ไขในส่วนของวิชาชีพ และในกิจกรรมที่ปฏิบัติลงไปเพื่อทดแทนนั้นยังแยกออกเป็นลักษณะย่อยของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพได้อีก 3 ลักษณะ คือ 1) ปฏิบัติการตอบสนองแบบไม่รักษาหรือรอดูอาการ 2) การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา 3) การใช้ยารักษาตนเอง โดยที่กระบวนการและกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้เกิดขึ้นจากบริบททางสังคม วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นสังคม เศรษฐกิจ การเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบวัฒนธรรม ความเชื่อเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ ระบบวัฒนธรรมความเชื่อเป็นสิ่งที่บุคคล เครือข่ายทางสังคมได้รับการหล่อหลอมผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม ทำให้บุคคลมีการจัดการกับสุขภาพแตกต่างกัน

ปัจจัยและกระบวนการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนดกจากบริบททางสังคมวัฒนธรรม ระบบวัฒนธรรมความเชื่อแล้ว ลักษณะโครงสร้างและความสัมพันธ์ของครอบครัว ซึ่งอาจจะประกอบกับปัจจัยพื้นฐานบางประการของผู้ดูแลภายในครอบครัว เช่น อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นในกรณีของโรคเอดส์ ลักษณะของการดำเนินของโรคที่มีระยะแตกต่างกันตามลักษณะอาการ รวมทั้งปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็มีผลสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยของครอบครัวด้วยเช่นกัน ดังนั้นแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นดังนี้

All rights reserved

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา (Conceptual Framework)

