

บทที่ 2

แนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา เรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวที่มีผลต่อการจัดการปัญหาเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นกรอบแนวคิดและแนวทางในการศึกษา คือ

1. แนวคิดครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว

ความหมายของครอบครัว

ลักษณะของครอบครัว

ระบบครอบครัว

บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว

2. แนวคิดครอบครัวกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

บทบาทของครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพ

ลักษณะการจัดการปัญหาของครอบครัว

3. แนวคิดการดูแล

ความหมาย

องค์ประกอบของการดูแล

พฤติกรรมกรรมการดูแล

ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

คุณลักษณะของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

4. โรคมะเร็ง (Cancer)

ความหมาย

สาเหตุของโรคมะเร็ง

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง

การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง

ระยะของโรคมะเร็ง

ความรุนแรง การพยากรณ์โรค และอัตราการรอด

วิธีการรักษาโรคมะเร็ง

การติดตามผลการรักษา

5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute, Thailand)

5.1 ประเด็นยุทธศาสตร์

5.2 ยุทธศาสตร์

5.3 การบริการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

5.4 การบริการทางการแพทย์

6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานวิจัยด้านครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว

ผลงานวิจัยด้านโรคเรื้อรังและการดูแล

ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวคิดครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัว เป็นสถาบันที่สำคัญยิ่งของมนุษย์ เพราะเป็นสถาบันพื้นฐานที่เก่าแก่ที่สุดในโลก ทำหน้าที่ในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ของสมาชิกเกิดใหม่ในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูและการให้การศึกษาในครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพของคนและบุคลิกภาพรวมทั้ง ค่านิยม เจตคติและพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน วิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อกันและกัน วิถีชีวิตนี้รวมถึง ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม และ จริยธรรมซึ่งมีผลต่อคุณภาพของสังคมอีกด้วย นอกจากนี้ ครอบครัวยังเป็นหน่วยเศรษฐกิจที่เล็กที่สุดบางครอบครัวมีบทบาทเป็นหน่วยผลิตทางเศรษฐกิจโดยตรง ครอบครัว ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อม จะมีผลกระทบต่อกันและกัน ต่างมีกระบวนการวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลง โดยไม่มีการหยุดนิ่ง ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ปัญหาทางสังคมหลายประการ จะป้องกันได้โดยสถาบันครอบครัว และสถาบันครอบครัวรวมตัวกันเป็นพลังกลุ่มหรือชุมชน ที่สามารถพัฒนาป้องกัน แก้ไขปัญหาของตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ, 2541, น. 6-7)

1.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวจัดได้ว่าเป็นสถาบันหนึ่งของสังคม เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ มีลักษณะพิเศษเป็นสถาบันสากล (Universal Institution) โดยสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แต่ครอบครัวก็มิได้สูญสลายไป ยังมีความสำคัญต่อการดำรงอยู่ หรือสืบทอดการคงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์มนุษย์ นักมานุษยวิทยา เชื่อว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มทางสังคมกลุ่มแรกและพื้นฐานที่สุดของมนุษย์สามารถพบได้ในสังคมมนุษย์ทุกสังคมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าครอบครัวเป็นสิ่งสากล แต่การให้คำนิยามเกี่ยวกับครอบครัวนั้นค่อนข้างทำได้ยาก เนื่องจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรมของแต่ละสังคม (วินิรณี ทศนะเทพ, 2542, น. 8) ดังนั้น จึงมีผู้ให้ความหมายของครอบครัวไว้แตกต่างกันไป

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (2541, น. 6) ได้ให้คำนิยามของคำว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ การดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพากันทางสังคมเศรษฐกิจและความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต ครอบครัวบางครอบครัว อาจมีข้อยกเว้นบางประการ ได้แก่ ครอบครัวที่มีสมาชิกข้ามช่วงอายุอาศัยอยู่ด้วยกัน เช่น ปู่ย่า ตายาย อาศัยอยู่กับหลาน เป็นต้น

สุพัทรา สุภาพ (2541, น. 65) กล่าวว่า ครอบครัว เป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด และเป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิด เป็นสถาบันที่มีความคงทนที่สุดและยังไม่มีปรากฏว่าสังคมมนุษย์ใดไม่มีสถาบันครอบครัวปรากฏอยู่เพราะมนุษย์ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันนี้ เนื่องจากเป็นสังคมกลุ่มแรกที่เราต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตในครอบครัว โดยครอบครัวจะให้ตำแหน่ง ชื่อ-สกุล ซึ่งเป็นเครื่องบอกสถานภาพและบทบาทในสังคมที่เรามีส่วนร่วมด้วย ตลอดจนกำหนดสิทธิและหน้าที่ ที่สมาชิกมีต่อกันและต่อสังคมซึ่งจะเห็นได้ว่าสถาบันครอบครัวเป็นจุดที่ช่วยยึดโยงชีวิตคนให้มีเสถียรภาพให้มีคุณภาพมากที่สุด ภายใต้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจและความเอื้ออาทร ด้วยการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว

นิภาพร ภารัตนวงศ์ (2547, น. 17) ให้ความหมายว่า ครอบครัว หมายถึง สถาบันที่เป็นรากฐานของความสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกันของบุคคลในสังคม อันประกอบด้วย ความรัก ความผูกพัน เอื้ออาทร ห่วงใยซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันที่สามารถให้กำเนิดและสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้เจริญเติบโต มีพัฒนาการ รับผิดชอบบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันตามสถานภาพของแต่ละบุคคล

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่า ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุดที่มีความสำคัญยิ่ง สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายและทางสายโลหิต มีความรัก ความผูกพันต่อกันสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทที่แตกต่างกันไป เช่น พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ลูกหลาน เป็นต้น โดยครอบครัวมีหน้าที่ในการให้กำเนิดและดูแลสมาชิกในครอบครัวให้มี พัฒนาการที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย และครอบครัวยังต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับ สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ครอบครัวต้องสามารถจัดการกับ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้สมาชิกที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งสามารถได้รับการรักษา ตามแผนการรักษาของแพทย์และมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

1.2 ลักษณะของครอบครัว

ลักษณะของครอบครัวไทย มีลักษณะโดยทั่วไป ดังนี้ (สุพัตรา สุภาพ, 2543, น. 63)

1. ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก (Nuclear Family) ลักษณะเป็นครอบครัวที่ ประกอบด้วยพ่อแม่ลูกอยู่ร่วมกันในบ้าน 2 ชั่วอายุเป็นส่วนมาก จะไม่ค่อยมีญาติพี่น้องมาอยู่ด้วย โดยเฉพาะสังคมในเมืองจะมีลักษณะของครอบครัวในรูปแบบนี้เป็นส่วนใหญ่

2. ครอบครัวขยาย (Extended Family) ลักษณะครอบครัวที่มีคน 2 ชั่วอายุคนขึ้นไป อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ผู้ที่มีอำนาจในครัวเรือนมากที่สุดคือ คนในชั่วอายุแรก หรือพ่อแม่ของ หัวหน้าครอบครัวรุ่นที่ 2 ซึ่งเป็นรุ่นลูก

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2544, น. 14-15) ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของ ครอบครัวว่า ครอบครัวขยายจะมีความสัมพันธ์และความช่วยเหลือระหว่างสมาชิกในครอบครัว มากกว่าครอบครัวเดี่ยว เพราะความผูกพัน ไม่ได้มีเฉพาะสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังผูกพัน ระหว่างญาติพี่น้องด้วย ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงของสังคม ทำให้แนวโน้มลักษณะของ ครอบครัวไทยจะเป็นลักษณะของครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย เนื่องจากการดำรงชีวิต ที่ต้องต่อสู้เพิ่มขึ้น ทางเศรษฐกิจ ความรับผิดชอบมีมากขึ้น แนวโน้มของสังคมที่ย้ำความคิด ในเรื่องประชาธิปไตยและความเป็นตัวของตัวเอง ประกอบกับข้อเท็จจริงทางเศรษฐกิจที่ทำให้คน ไม่สามารถยึดมั่นอยู่ในครอบครัวแบบขยายที่ยึดความผูกพันระหว่างญาติพี่น้อง เช่นเดิมได้ แต่ ครอบครัวขยาย ก็เชื่อว่าหมดไปเสียเลยทีเดียว นอกจากนี้ สายฝน จันทะพรม (2546, น. 26) กล่าวเพิ่มเติมว่า ครอบครัวขยาย ญาติพี่น้องจะอาศัยอยู่ในบ้านหรือบริเวณบ้านเดียวกัน ปลูกบ้าน อยู่ด้วยกันแม้จะแต่งงานแล้ว ญาติพี่น้องที่อาวุโสจะมีอำนาจ เหนือสมาชิกทุกคนในครอบครัว

สมาชิกจะได้รับการศึกษาแค่ไหน ประกอบอาชีพอะไร แต่งงานกับใคร ฯลฯ ถือว่าเป็นอำนาจของหัวหน้าครอบครัวและญาติพี่น้องอาวุโสเป็นผู้ชี้ขาด และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อสมาชิกผู้ใดมีรายได้ก็จะต้องมอบส่วนหนึ่งให้กับครอบครัวขยาย จะมากจะน้อยแค่ไหนแล้วแต่จะต้องลงกันเป็นประเพณีเพื่อเป็นกองทุนกลางสำหรับค่าใช้จ่ายในกิจกรรมครอบครัวต่างๆ ในครอบครัวขยาย ครอบครัวแบบนี้เสรีภาพส่วนบุคคลจึงมีน้อยที่สุด

พิมพ์ราไพ สุทธาราชุน (2549, น. 8) ได้กล่าวถึงลักษณะของครอบครัว นอกจากครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย มาเป็นครอบครัวเดี่ยวแล้ว ยังมีครอบครัวจำนวนมากที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์เกิดความไม่มั่นคงและไร้ระเบียบในครอบครัวและนำไปสู่การแตกสลายของครอบครัวหรือเกิดครอบครัวประเภทไม่สมบูรณ์ (Uncompleted Family) ซึ่งเป็นครอบครัวที่มีผู้ปกครองคนเดียว หรือครอบครัวแบบพ่อคนเดียวหรือแม่คนเดียว (Single Parent)

อภิญา เวชชัช (2546, น. 2) กล่าวว่า เนื่องจากปัจจุบันผู้คนจะมีวิถีชีวิตที่หลากหลาย ดังนั้น ลักษณะของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว เข้าสู่ลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1) ครอบครัวโดยลำพัง ที่นิยมอยู่คนเดียวด้วยความสมัครใจ ในอเมริกามีคนอายุ 13-34 ปี แยกตัวอยู่โดยลำพังมากขึ้นถึง 3 เท่าตัว จาก 1.5 ล้านในปี 1970 เป็น 4.3 ล้านคนในปี 1978 คนกลุ่มนี้ไม่ได้มีปัญหาแตกแยกขัดแย้งกับครอบครัว แต่ชอบใช้ชีวิตตามความพอใจของตนเองเป็นหลัก สภาพดังกล่าวทำให้หญิงหรือชายพอใจที่จะอยู่เป็นโสดกันมากขึ้นด้วย

2) ครอบครัวตัวคนเดียวอันเกิดจากการล้มเหลวในชีวิตแต่งงาน ผลจากความล้มเหลวในชีวิตคู่ ทำให้คนกลุ่มนี้หันมาพึ่งพอใจกับวัฒนธรรมคนโสด พวกเขาจะใช้ชีวิตสัมพันธ์กับธุรกิจบริการมากมายที่รองรับ เช่น คลับ บาร์ สถานออกกำลังกาย ชมรมท่องเที่ยว กลุ่มบริการอื่นๆ เพื่อที่จะตอบสนองความพอใจให้กับตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพิงบุคคลใกล้ชิดอย่างที่เคยเป็นมา

3) ครอบครัวที่อยู่ร่วมกันแบบสมัครใจโดยไม่จดทะเบียนสมรส ครอบครัวลักษณะนี้เป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น สถิติคนนิยมอยู่ร่วมกัน โดยไม่จดทะเบียนสมรสมีมากขึ้นในหลายประเทศ ปัจจุบันครอบครัวลักษณะนี้ ขยายวงมาสู่กรณีวัยรุ่น นิสิตนักศึกษาชายหญิงที่อาศัยอยู่ร่วมกัน เป็นการทดลองอยู่ก่อนแต่ง ซึ่งอาจจะมีบางคู่อยู่ร่วมกันในอนาคต แต่ก็อาจจะมีคู่อยู่ก่อนแต่งจำนวนมากที่เลิกกันไปหลังจากจบการศึกษาแล้ว

4) ครอบครัวที่ไม่ยินดีจะมีเด็ก ลักษณะครอบครัวนี้เป็นการเปลี่ยนแปลง จากบ้านที่มีเด็กเป็นศูนย์กลาง เป็นบ้านที่มีผู้ใหญ่เป็นศูนย์กลางในอนาคต เพราะคนจำนวนมากขึ้นในประเทศอุตสาหกรรมหลายประเทศ มีแนวโน้มจะใช้ชีวิตลำพังกับคู่ของตน โดยไม่ยินดีจะมีเด็กไว้เป็นภาระ

พวกเขาพอใจกับชีวิตอิสระ การท่องเที่ยว การบริโภคและการใช้จ่ายส่วนตัวโดยไม่มีพันธะให้เป็นกังวล

5) ครอบครัวหย่าร้าง/ แยกกันอยู่ อัตราการหย่าร้าง แยกกันอยู่ของครอบครัวเพิ่มขึ้นสูงมากในทุกประเทศรวมทั้งประเทศไทยและส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในครอบครัวเดี่ยว ซึ่งทำให้ลักษณะครอบครัวกลายเป็นครอบครัวพ่อหรือแม่คนเดียวเป็นผู้นำ

6) ครอบครัวรวม คือครอบครัวที่หย่าร้างแล้วมาแต่งงานและใช้ชีวิตร่วมกันอีกครั้ง ผู้ที่ผ่านการหย่าร้างและมีลูกติดมาก็จะนำเด็กของทั้ง 2 ฝ่ายมาอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหม่ที่ใหญ่กว่าเดิม

7) ครอบครัวอื่นๆ ได้แก่ ครอบครัวที่เกิดจากการแต่งงานของเพศเดียวกัน กลุ่มผู้สูงอายุที่มาอยู่กันเป็นคอมมูนเพื่อผลทางค่าใช้จ่ายและครอบครัวที่เกิดขึ้นในหมู่ญาติเนื่องจากพ่อหรือแม่ทอดทิ้งหรือต้องไปทำงานที่อื่นเป็นเวลานาน เป็นต้น

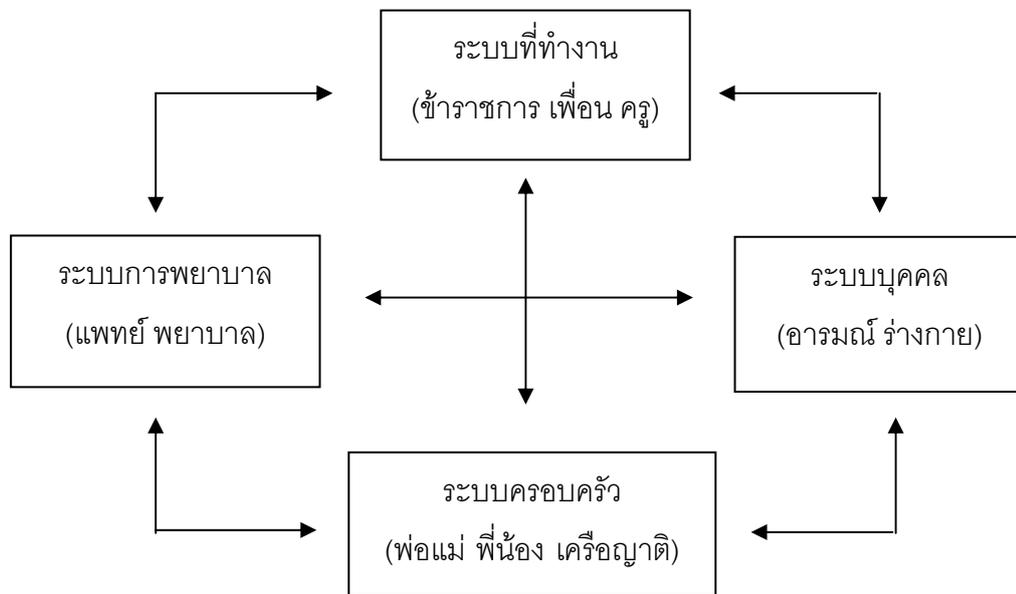
ดังนั้น จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้ส่งผลกระทบต่อลักษณะของครอบครัวไทยเช่นเดียวกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาสู่ครอบครัวเดี่ยว และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ครอบครัวพ่อคนเดียวหรือแม่คนเดียว และครอบครัวที่มีลักษณะหลากหลาย เช่น ครอบครัวโดยลำพัง ครอบครัวหย่าร้าง และครอบครัวที่อยู่ร่วมกันแบบสมัครใจโดยไม่จดทะเบียน มากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่า ครอบครัวมีความสำคัญต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวตั้งแต่เกิดจนตาย โดยครอบครัวเป็นผู้ให้กำเนิดสมาชิก อบรมสั่งสอนเลี้ยงดูให้มีพัฒนาการสมวัยทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสติปัญญา ตลอดจนครอบครัวยังเป็นหน่วยที่ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาของครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้

1.3 ระบบครอบครัว (Family System)

สุนารี หน่อไทย (2547, น. 23) กล่าวว่า ระบบครอบครัว (Family System) ประกอบด้วยหลายระบบย่อย คือ ระบบย่อยแห่งบุคคล (Individual Subsystem) ระบบย่อยของสามีภรรยา (spousal Subsystem) ของพ่อแม่ (Parental Subsystem) และพี่น้อง (Sibling Subsystem) บุคคลจะเป็นส่วนหนึ่งของระบบดังแผนภาพต่อไปนี้

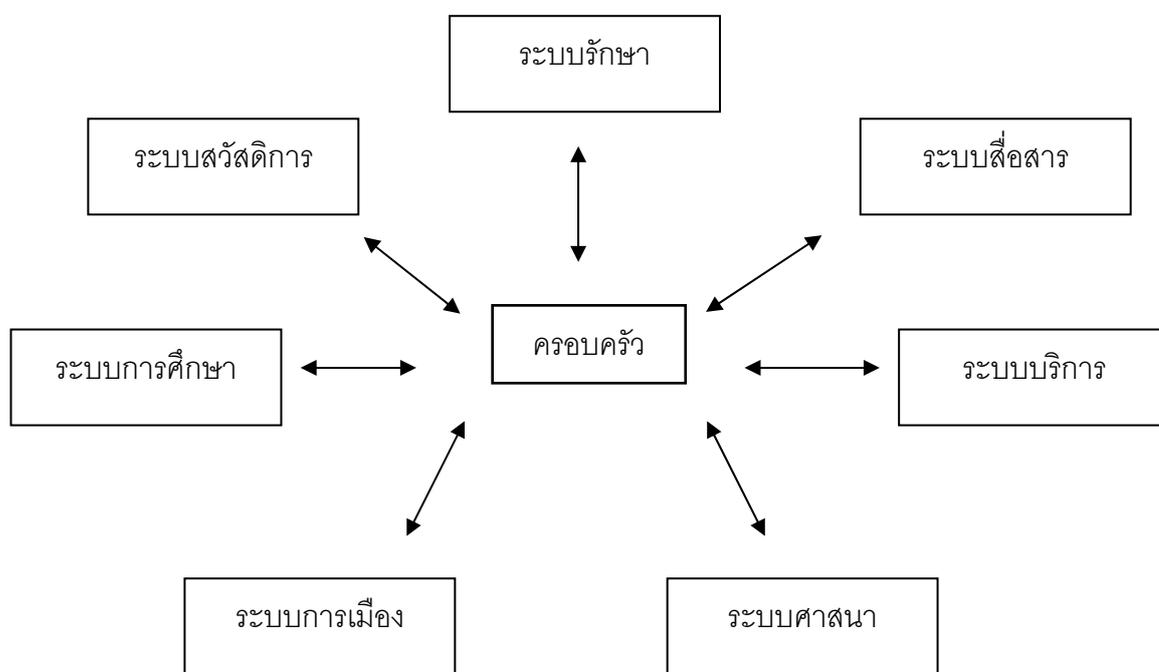
ภาพที่ 2.1
ความสัมพันธ์ของระบบต่าง



ที่มา: อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2541, น. 20

ในกรณีที่ครอบครัวเป็นระบบเป้าหมาย จะสามารถมองเห็นความสัมพันธ์ของระบบครอบครัวกับระบบอื่นๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ระบบอื่นๆ ดังกล่าว ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบการเมือง ระบบศาสนา ระบบบริการสุขภาพ ระบบสื่อสาร ระบบรักษากฎหมาย และระบบสวัสดิการสังคม เป็นต้น

ภาพที่ 2.2
ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและสิ่งแวดล้อมภายนอก



ที่มา: Friedman, 1986, p. 84

สุนารี หน่อไทย (2547, น. 25-26) กล่าวเพิ่มเติมว่า สามารถพิจารณาระบบครอบครัวได้ 3 ประการ คือ

1. ระบบครอบครัวมีขอบเขต ขอบเขตของระบบครอบครัว (Boundary of System) ขอบเขตของระบบเป็นส่วนที่ล้อมรอบสิ่งของภายในและภายนอกระบบ ขอบเขตของระบบเปิด (Open System) จะมีการแลกเปลี่ยนพลังงาน สิ่งของ และข่าวสารมากขึ้น เพื่อสร้างความสมดุลภายในระบบครอบครัว ในบางขณะก็จะปิดขอบเขตเพื่อให้มีการสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมน้อยลง แต่บางขณะ ครอบครัวก็จะขยายขอบเขตออก ยอมรับสมาชิกใหม่ ยอมแลกเปลี่ยนพลังงานกับนอกระบบมากขึ้น วิธีการยืดขยายและหดรั้วขอบเขตของระบบนี้จะช่วยให้สามารถควบคุมไม่ให้เกิดการเสีย สมดุลภายในระบบได้

ครอบครัวที่อยู่ในระบบเปิด จะเป็นครอบครัวที่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและชุมชนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ของชุมชน เช่น วัด โบสถ์ โรงเรียน และสถานให้บริการด้านสุขภาพ ครอบครัวในระบบนี้ รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ของชุมชนในการช่วยเหลือให้การประคับประคองในยามวิกฤต

ส่วนครอบครัวที่อยู่ในระบบปิดนั้น จะเป็นครอบครัวที่มีขอบเขตจำกัดอย่างแน่นหนา ถูกตัดขาดจากครอบครัวอื่นๆ เป็นครอบครัวที่มีการสมาคมกับชุมชนน้อย ไม่รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ไม่สมาคมกับสมาชิกอื่นๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว ครอบครัวเช่นนี้ เมื่อมีความเจ็บป่วยหรือวิกฤตขึ้น จะเป็นครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวก็จะได้รับผลกระทบกระเทือนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น เมื่อมีสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวด้วยและทำให้ระบบครอบครัวทั้งหมดเสียสมดุล ขณะเดียวกันปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัวต่อภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังก็จะส่งผลกระทบกลับมาที่ตัวผู้ป่วยเช่นกัน

3. ระบบครอบครัวจะพยายามรักษาคุณภาพของตัวเอง เพื่อรักษาโครงสร้างระบบไม่ให้เสียระเบียบ โดยที่สมาชิกครอบครัวจะพยายามแสวงหาการเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสิ่งที่ทำให้ระบบเสียระเบียบ เช่น ครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้ครอบครัวเสียสมดุล สมาชิกของครอบครัวจะต้องพยายามรักษาสมดุลและความสัมพันธ์ที่เคยมี ขณะเดียวกันก็ต่อต้านกับสิ่งที่คุกคามความมีระเบียบของระบบโดยพยายามจะจัดการกับผลกระทบต่างๆ ของโรคเรื้อรัง โดยอาจจะต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและเรียนรู้จะใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Stinnett (1983, pp. 27-38 อ้างถึงใน ปิยะวดี สิงห์พันธ์, 2544, น. 34-35) กล่าวถึงลักษณะครอบครัวที่มีคุณภาพ 6 ประการ คือ

1. ขึ้นชมคุณค่าของคนในครอบครัว โดยปกติคนทุกคนจะมีส่วนดีอยู่ในตัวมากมาย เมื่อคนในครอบครัวแสดงความรู้สึกแสดงการกระทำที่พึงพอใจในคนอื่นๆ ที่อยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกัน ตระหนักถึงคุณค่าซึ่งกันและกัน คุณสมบัติเหล่านี้จะเปรียบเสมือนพื้นฐานของความอบอุ่นและความมั่นคงในครอบครัว

2. มีเวลาอยู่ร่วมกัน ทุกคนในครอบครัวได้ทำกิจกรรมหลายอย่างร่วมกัน และควรเป็นกิจกรรมที่ทุกคนพึงพอใจที่จะเข้าร่วมกัน มิใช่เป็นการบังคับหรือบังคับ

3. มีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของคนในครอบครัวร่วมกัน ครอบครัวที่มีคุณภาพมักจะมีพันธะดังกล่าวนี้สูง โดยที่แต่ละคนจะมานั่งลงพร้อมกันแล้วเล่าให้คนในครอบครัวถึงกิจกรรมที่วุ่นวายของแต่ละคน

4. มีการติดต่อสื่อสารกันเป็นอย่างดี มีการพูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ และเป็นไปอย่างเปิดเผย มีความไว้วางใจต่อกันพอควร การนำความขัดแย้งมาพูดกันอย่างไม่ปกปิดหรือเก็บไว้ในใจซึ่งจะช่วยทำให้การค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาเป็นไปด้วยดีสำหรับทุกคน

5. มีศรัทธาต่อศาสนา จะช่วยให้สติ มีความอดทนต่อกัน มีการให้อภัยต่อผู้อื่นรับความโกรธได้ และรู้จักถอยหรือแยกกันไปคนละทาง คุณสมบัติข้อนี้จะเป็นการป้องกันปัญหาสังคมได้อย่างดี

1.4 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

บทบาทหน้าที่ของครอบครัวนั้น เมื่อพิจารณาจากกระบวนการ (Process) ที่เกิดขึ้นในชีวิตครอบครัวสามารถแบ่งบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ด้านใหญ่ๆ คือ (Epstein and others, 1982 อ้างถึงใน อุมพร ตรังสมบัติ, 2541, น. 3)

1. ด้านพื้นฐาน (Basic Tasks) คือ งานพื้นฐานที่ครอบครัวจะต้องกระทำเพื่อให้สมาชิกสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น การจัดหาที่อยู่อาศัยให้สมาชิก การดูแลให้มีอาหารและเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย เป็นต้น

2. ด้านพัฒนาการ (Developmental Tasks) ครอบครัวไม่เคยหยุดนิ่งแต่จะพัฒนาไปเรื่อยๆ ตามขั้นตอนต่างๆ ของวงจรชีวิตที่จะพัฒนาไปได้ดีนั้น ครอบครัวจะต้องปฏิบัติภารกิจหลายประการ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ของครอบครัวที่สมาชิกทุกคนตระหนักและยอมรับร่วมกัน การมีทิศทางในการพัฒนา (Developmental Themes) ที่เหมาะสม รวมไปถึงการสร้างขอบเขต (Boundary) ที่ชัดเจน ทั้งภายในระบบครอบครัวเองและระหว่างครอบครัวกับระบบงานภายนอกอื่นๆ เป็นต้น

3. บทบาทหน้าที่ในยามวิกฤต (Crisis Tasks) วิกฤตการณ์หรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดในครอบครัวมีมากมาย เช่น การตกงาน การเจ็บป่วย การเสียชีวิต การหย่าร้าง หรือแยกทางกันของสามีภรรยา ฯลฯ ภาวะดังกล่าวมีผลกระทบต่อสมาชิกบางคนหรือครอบครัวโดยรวม ผลกระทบอาจรุนแรงจนทำให้หน่วยครอบครัวแตกสลายได้ ครอบครัวจะต้องปรับตัวหรือแก้ไขวิกฤตดังกล่าวเพื่อให้สมาชิกแต่ละคนและครอบครัวโดยรวมดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลและพัฒนาต่อไปได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2544, น. 93-94) กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัว ตามศาสตร์ของสังคมวิทยา ให้คำอธิบายไว้ว่า ครอบครัวมีหน้าที่ที่สำคัญในทาง

ทฤษฎีโครงสร้างการหน้าที่ 4 ประการคือ หน้าที่ในการปรับตัว หน้าที่บรรลุเป้าหมาย หน้าที่รักษาระเบียบและหน้าที่ที่จะสร้างความมั่นคง ให้กับสังคมที่ภาษาทั่วไป จะพูดว่าหน้าที่ของครอบครัวมี เช่น การสร้างสมาชิกใหม่ทดแทนสมาชิกเก่าที่สิ้นชีวิตไป หน้าที่เลี้ยงดู หน้าที่ขัดเกลาสมาชิกใหม่ หน้าที่ให้สถานภาพแก่สมาชิกใหม่และหน้าที่ให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกครอบครัว หรือจะกล่าวอีกอย่างได้ว่าครอบครัวมีหน้าที่ด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา การเมือง การอนามัย การศาสนา นันทนาการและด้านการศึกษา

จากบทบาทหน้าที่ของครอบครัวดังกล่าว สรุปว่า ครอบครัว มีบทบาทหน้าที่สำคัญต่อสมาชิกทุกคน ครอบครัวเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของสมาชิกในครอบครัวในขณะที่ครอบครัวอยู่ในภาวะปกติและครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาในขณะที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤต ทั้งนี้ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

1.5 สัมพันธภาพในครอบครัว

1.5.1 ความหมาย

Friedman (1992, pp. 256-257) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็น ความสัมพันธ์หรือความผูกพันที่บุคคลในครอบครัวปฏิบัติต่อกัน ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรัก ความห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน การเคารพซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิกในครอบครัว

รัตใจ เปี้ยแก้ว (2545, น. 34) กล่าวถึง ความสัมพันธ์ระหว่างกันของบุคคลในครอบครัวว่า ถือเป็นความสัมพันธ์กันทางบทบาท คือ สมาชิกที่มา มีความสัมพันธ์กันนั้นไม่มีโอกาสเลือกที่จะสัมพันธ์กัน เมื่อลูกคลอดออกมาจะต้องเกิดความสัมพันธ์ขึ้นระหว่างพ่อแม่ลูก ซึ่งเป็นไปตามบทบาทของสังคม อย่างไรก็ตามบุคคลทั่วไปยังมองความสัมพันธ์ในครอบครัวว่าเป็นความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด (Close Relationship) โดยพิจารณาจากระดับความเข้มข้นในการผูกพันกัน (Intensity) ความคุ้นเคยสนิทสนมกัน (Intimacy) ความเชื่อถือไว้วางใจกัน (Trust) และการเข้าไปเกี่ยวข้องกัน (Commitment)

นอกจากนี้ สุภานัน เทียนมหาสาทิศ (2546, น. 27) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ของคนในครอบครัวในการปฏิบัติต่อกันไปตามบทบาทของตนในครอบครัวซึ่งถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวมีลักษณะที่ดีก็จะทำให้เกิดการปฏิบัติตัวตามบทบาทที่

ได้รับอย่างสมบูรณ์ แต่ถ้าสัมพันธภาพไม่ดีก็จะมีไม่มีการปฏิบัติตัวไปตามบทบาทที่ได้รับภายในครอบครัวหรือปฏิบัติตามบทบาทได้อย่างไม่สมบูรณ์

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นการปฏิบัติต่อกันของบุคคลในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ โดยสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะเป็นสัมพันธภาพที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

1.5.2 องค์ประกอบของความสัมพันธภาพในครอบครัว

ริชาร์ด ซี แกรนเดล (Crandall, pp. 410-411 อ้างถึงใน ปิยะวดี สิงห์พันธ์, 2544, น. 33-34) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary Relationship) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. จำนวนของบทบาท (Number of Role) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันหลายบทบาท เช่น เป็นพ่อแม่ เป็นผู้สั่งสอน เป็นผู้เลี้ยงดู เป็นผู้ช่วยเหลือ สมาชิกครอบครัวมีปฏิสังสรรค์หลายด้าน ทำให้เกิดความสนใจ ได้รู้จักค่านิยม ความเชื่อถือ จนถึงบุคลิกที่แท้จริงของกันและกัน

2. การสื่อสาร (Communication) สัมพันธภาพในกลุ่มปฐมภูมิ เป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวาง

3. อารมณ์ (Emotion) สัมพันธภาพในกลุ่มปฐมภูมิ หรือในครอบครัว ก่อรูปขึ้นจากอารมณ์ต่างๆ ระหว่างสมาชิกก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันรักใคร่ ความคิดถึงความขัดแย้งหรือความโกรธได้

4. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก (Transferability) สัมพันธภาพในกลุ่มปฐมภูมิ จะก่อรูปขึ้นกับบุคคลหนึ่งบุคคลใดแน่นอน ไม่สามารถที่จะถ่ายทอดไปสู่บุคคลอื่นได้ง่ายๆ เป็นปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเป็นคนๆ ไป มีความรู้สึกผูกพันเฉพาะเจาะจง ยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัวจึงประกอบด้วยจำนวนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว การสื่อสาร อารมณ์และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว

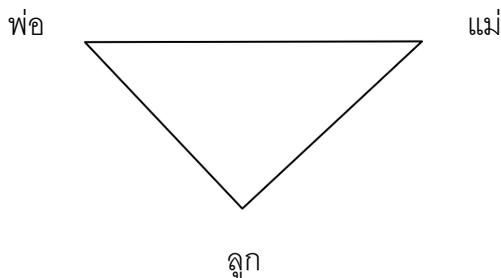
1.5.3 ลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

สมพงษ์ ธนัญญา (ม.ป.ป., น. 195-197 อ้างถึงใน อัญมณี สมด้ว, 2544, น. 34-35) ได้ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและสรุปเป็นภาพรวมของความสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสมาชิกในครอบครัวและสังคมโดยรวม โดยการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้มีความมั่นคง และเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาของบุคคลในครอบครัวได้ เนื่องจากครอบครัวประกอบด้วยการติดต่อสื่อสาร ทัศนคติ และ

การปฏิบัติตนได้ต่อกันระหว่างสามีภรรยา บิดามารดาและบุตร พี่และน้องและสมาชิกทุกคน ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย

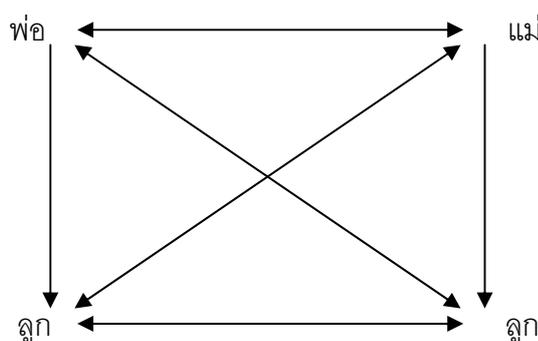
1. ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา สามีภรรยาเป็นจุดเริ่มต้นของสัมพันธ์ภาพที่สำคัญที่สุดในครอบครัวเพราะถ้าคู่สามีภรรยาไม่มีความรักใคร่เข้าใจซึ่งกันและกัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน พยายามปรับตัวเข้าหากัน ร่วมมือร่วมใจช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ตลอดจนรับผิดชอบและแก้ไขปัญหาต่างๆ ภายในครอบครัวก็พลอยมีความสุขไปด้วย แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าสามีภรรยาไม่มีความรักใคร่ปรองดองกัน ขาดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน และขาดความรับผิดชอบต่อร่วมกันแล้ว ย่อมเกิดความขัดแย้งกันอยู่เสมอ อันอาจทำให้ครอบครัวต้องแตกสลายลงหรือขาดความสงบสุข

2. สัมพันธภาพระหว่างบิดา มารดา และบุตร ความสัมพันธ์นี้มีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา และเมื่อมีการให้กำเนิดบุตรแล้ว ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็เพิ่มขึ้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา และบุตรตามมา ดังรูปภาพสามเหลี่ยมที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกไว้ ดังนี้



3. ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง เมื่อบิดามารดาให้กำเนิดบุตรคนที่ 2 ที่ 3 และคนต่อมา ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องย่อมเกิดขึ้น สัมพันธภาพระหว่างพี่น้องจะดีหรือไม่ จะมีมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ในครอบครัว อันประกอบด้วยความสัมพันธ์พื้นฐานและลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา เพราะถ้าบิดามารดามีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และให้การอบรมเลี้ยงดูลูกด้วยความรัก ความเข้าใจ ให้ความยุติธรรม ตลอดทั้งสร้างเสริมความรักใคร่ช่วยเหลือปกป้องซึ่งกันและกัน แต่อย่างไรก็ตาม ไม่มีครอบครัวใดที่มีลูกมากกว่าคนหนึ่งจะไม่ให้มีการอิจฉา การแข่งขัน หรือทะเลาะเบาะแว้งเกิดขึ้นได้ หรืออย่างน้อยที่สุดเด็กอาจจะซ่อนความน้อยใจไว้เงียบๆ ก็ได้ ดังนั้น บิดามารดาจะต้องใช้ความอดทน ใช้ปัญญา และความเข้าใจ ต่อเหตุการณ์ เพื่อจะให้ความรู้สึกไม่ตึงเครียดระหว่างบุตรมีอยู่น้อยที่สุดเท่าที่จะน้อยได้

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกทุกๆ คนในครอบครัว ในครอบครัวเดี่ยว ความสัมพันธ์ของสมาชิกทุกๆ คนในครอบครัว ก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสามีกับภรรยา มารดากับบุตร และพี่กับน้อง หรือเป็นการรวมความสัมพันธ์ใน 3 ข้อแรกเข้าไว้ด้วยกันนั่นเอง ดังรูป



สำหรับครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวจะขยายตัวรวมไปถึงปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา ลูกพี่ลูกน้อง ตลอดจนเขยสะเฒ่า ซึ่งเมื่อจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีมากขึ้น เช่นนี้ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันภายในครอบครัวก็ย่อมเพิ่มขึ้น และมีความซับซ้อนมากขึ้นด้วย มีตั้งแต่วัยใกล้เคียงกันไปจนกระทั่งถึงวัยที่แตกต่างกันมากๆ นอกจากนี้ บทบาทของแต่ละคนก็เพิ่มมากขึ้น เช่น นอกจากจะเป็นลูกของพ่อแม่ น้องของพี่ พี่ของน้องแล้ว ยังจะต้องเป็นหลานของลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น

1.5.4 ลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว

วิสส์ (Wiess, 1974, p. 39) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวประกอบด้วย ปัจจัย ดังนี้

1. ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยซึ่งบุคคลในครอบครัวมีให้แก่กัน
 2. การมีส่วนร่วม ในความเป็นครอบครัวเดียวกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความชื่นชมซึ่งกันและกัน
 3. พฤติกรรมในการดูแลรับผิดชอบ เช่น บิดามารดาดูแลบุตรที่เจ็บป่วย บุตรดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วย เป็นต้น
 4. การยอมรับ จะทำให้ผู้ได้รับการยอมรับเกิดความมั่นใจ
- พัชราพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2540, น. 10) ได้แบ่งลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม การช่วยเหลือ
เกื้อกูลกัน การยอมรับซึ่งกันและกันและความรักใคร่ผูกพันต่อกัน

2. ความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ ความขัดแย้งความไม่สนใจซึ่งกันและกัน การ
ละเลย ความเบื่อหน่าย และความไม่พอใจซึ่งกันและกัน

จากการศึกษาแนวคิดครอบครัวและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ข้างต้นนั้น
ผู้ศึกษาสรุปได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุดที่มีความสำคัญยิ่ง ประกอบด้วย
สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือทางสายโลหิต ซึ่งแต่ละคนมีบทบาท
หน้าที่ที่แตกต่างกันแต่บทบาทหน้าที่นั้นเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ดังนั้น เมื่อเกิดสภาวะการณ์ใดๆ ขึ้น
ในครอบครัวหรือเกิดกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว ไม่ว่าจะสภาวะการณ์นั้นจะพึงปรารถนา
หรือไม่ก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย เช่นเดียวกับครอบครัวของผู้ป่วย
โรคมะเร็ง ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมิได้ส่งผลต่อผู้ป่วยเท่านั้น หากส่งผลกระทบต่อ
สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วย ดังนั้น ครอบครัวจึงมีหน้าที่ที่จะต้องแสวงหาหนทางที่จะแก้ไข
ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถได้รับการรักษาตามแผน
การรักษาของแพทย์และมีชีวิตอยู่หรือเสียชีวิตอย่าง สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ในขณะที่
สมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวก็สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขตามสมควร

ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้น ปัจจัยหนึ่ง
ที่มีความสำคัญ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นความผูกพันกันและความเกี่ยวข้องกันของ
สมาชิกในครอบครัว ทั้งที่ เป็นเครือญาติหรือผู้ที่อยู่ในบ้านเดียวกัน สัมพันธภาพในครอบครัว
เป็นได้ทั้งเชิงบวก เช่น สมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และ
การยอมรับซึ่งกันและกัน และสัมพันธภาพเชิงลบ ได้แก่ ความขัดแย้งกัน ไม่พอใจกัน ความเบื่อหน่าย
และความไม่สนใจกัน เป็นต้น

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็ง ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิก
คนอื่นๆ ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยด้วย เช่น ปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัญหาจิตใจ
และจิตวิญญาณ เป็นต้น ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวในการที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น
ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยก็จะเกิดผลดีต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ในทาง
ตรงข้าม ถ้าสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยไม่ดี ก็จะทำให้เกิดผลเสียต่อการดูแล
รักษาผู้ป่วยเช่นกัน

สังคมไทย เป็นสังคมที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวและโดยธรรมชาติของ
ครอบครัวไทย จะมีความรักใคร่ปรองดอง ซึ่งเป็นจุดแข็งที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถ

จัดการกับปัญหาที่เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยได้ ครอบครัวผู้ป่วยโรคมะเร็งก็เช่นเดียวกัน สัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพราะสัมพันธภาพที่ดีนี่เองที่จะเป็นสิ่งที่ผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยนั้นได้

2. แนวคิดครอบครัวกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง

2.1 ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

เพยาร์วี ประเสริฐศรี (2545, น. 12) กล่าวว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) เป็นภาวะที่สุขภาพร่างกายที่มีความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ไม่สามารถรักษาได้ในเวลาระยะสั้น ในการรักษานั้น เน้นควบคุมอาการ ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานมากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือต้องรักษาในโรงพยาบาลต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน ซึ่งลักษณะของโรคอาจดีขึ้น เลวลง หรือเสียชีวิตในที่สุด หรือลักษณะของโรคจะเกิดพยาธิสภาพที่ถาวร หรือหลงเหลือความพิการไว้ อาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำหรืออาจเป็นๆ หายๆ ซึ่งต้องการการรักษาดูแล และฟื้นฟูในระยะยาวหรือตลอดชีวิต

2.2 ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม โดยสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537, น. 10) กล่าวว่า ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1) ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วย

1.1 ผู้ป่วยเกิดความซึมเศร้า (Depression) ภาวะความเจ็บป่วยนี้ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีหนทางต่อสู้เพื่อตนเอง รู้สึกหมดหวัง เศร้า สงสารตนเอง กลัว โกรธ สลับกันไป ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

1.2 ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น (Dependency) ความต้องการความช่วยเหลือผู้อื่นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค การพึ่งพาผู้อื่น มี 2 ลักษณะคือ

1.2.1 ยอมรับความช่วยเหลือทำตามผู้อื่นอย่างเหมาะสมกับความสามารถของตนเอง

1.2.2 ยอมรับความช่วยเหลืออย่างไม่เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง โดยไม่ยอมทำอะไรเลย มีพฤติกรรมถดถอยกลับไปสู่วัยทารก หรือไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง

1.2.3 ไม่ทำตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ลืมรับประทานยา ไม่สนใจคำแนะนำของแพทย์ ลืมการมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้ป่วยแสดงออกในรูปการโกรธ คือ ก้าวร้าว

2) ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว มีดังนี้

2.1 ด้านเศรษฐกิจทางสังคม ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว ทำให้เศรษฐกิจในครอบครัวตกต่ำลง เพราะลักษณะอาการของโรคเรื้อรังนั้น ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต ทำให้เสียค่าใช้จ่ายแม้ว่าบางครอบครัวจะไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพราะมีสิทธิตามสวัสดิการต่างๆ เช่น เบิกราชการ ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายค่าเดินทาง ค่าอาหารเพิ่มขึ้น ครอบครัวต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจไปตลอดชีวิต

2.2 สัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว สมาชิกต้องดูแล เกิดความยากลำบาก ความขัดแย้งในครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวกระทบกระเทือนไปด้วย ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยเรื้อรังนั้นมีอิทธิพลต่อการปรับตัว ถ้าสัมพันธภาพของครอบครัวดี มีความรักใคร่ ผู้ป่วย ห่วงใย เอื้ออาทรต่อสุขภาพของผู้ป่วย ในระหว่างเจ็บป่วยและการที่ภาวะเจ็บป่วยนั้นเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นสุข ดีใจ และเป็นกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแล ในทางตรงกันข้าม ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ไม่พอใจกัน ทำให้ผู้ดูแล มีพฤติกรรม การปฏิบัติต่อผู้ป่วยทำไปตามหน้าที่ ความจำเป็น ไม่ได้ทำด้วยใจ จึงทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเครียด รู้สึกเป็นภาระ เบื่อหน่าย นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุให้ครอบครัวผลัดภาระ โดยตัดสินใจนำผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่มีผู้ดูแลซึ่งเป็นผลกระทบต่อผู้ป่วยเรื้อรังทั้งร่างกายและจิตใจ (เพยาว์ ประเสริฐศรี, 2545, น. 15)

2.3 ด้านบทบาทสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถกระทำบทบาทของตนเองในครอบครัวได้สมบูรณ์ จึงมีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มบทบาทของตนเอง เช่น ภรรยาต้องรับภาระเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่เจ็บป่วย บางครั้งผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากเหน็ดเหนื่อยในการดูแลผู้ป่วย โดยไม่มีใครผลัดเปลี่ยนเป็นเวลานาน พักผ่อนไม่เพียงพอ

ยอมทำให้ร่างกายทรุดโทรมและเจ็บป่วยลงได้ ส่วนด้านจิตสังคม สมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกแยกตนเองออกจากสังคมและสัมพันธ์ภาพต่างๆ จะรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ขาดคนพูดคุยปรึกษา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและปัญหาเศรษฐกิจ ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากญาติหรือสมาชิกคนอื่นๆ เกิดความยุ่งยาก มีความรู้สึกผิดเกิดขึ้นได้แต่ไม่สามารถแสดงออกมาได้ เพียงแต่นึกคิดอยากให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่อยากให้มีชีวิตยืนยาวเป็นภาระต่อไปแต่สังคมไม่ยอมรับ จึงทำให้เกิดความรู้สึกผิดอย่างมาก

นอกจากผลกระทบต่อครอบครัวข้างต้นแล้ว เมื่อครอบครัวนำผู้ป่วยมาใช้บริการทางสังคมในโรงพยาบาลจะประสบปัญหา ดังนี้ (คณะทำงานพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ รพศ./รพท., 2542, น. 51)

1. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ไม่มีค่ารักษาพยาบาล ค่ากายอุปกรณ์ ค่าพาหนะ ค่าเครื่องอุปโภค/บริโภค ค่าครองชีพชั่วคราว หรือขาดเงินทุนในการประกอบอาชีพ เป็นต้น
2. ปัญหาทางการดูแล หมายถึง การขาดบุคคลผู้ดูแลช่วยเหลือ ได้แก่ ไม่มีญาติ ไม่มีผู้ดูแล มีญาติแต่ไม่ดูแลทอดทิ้ง เป็นต้น
3. ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ปัญหาความไม่สบายใจ หรือภาวะวิกฤตทางจิตใจ เช่น ปัญหาความวิตกกังวล การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น
4. ปัญหาด้านครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ของคู่สมรส ความสัมพันธ์ระหว่าง พ่อแม่ ลูก ครอบครัวแตกแยก แยกทางกัน ครอบครัวล่มสลาย การทำร้ายกันในครอบครัว เป็นต้น
5. ปัญหาทางด้านกฎหมาย หมายถึง ปัญหาที่เกี่ยวกับกฎหมายซึ่งผู้รับบริการต้องการความช่วยเหลือ ได้แก่ การไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองด้านกฎหมาย เช่น การถูกนายจ้างเอาเปรียบ การไม่มีสถานภาพทางกฎหมาย เช่น ไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสำเนาทะเบียนบ้าน การถูกละเมิดสิทธิละเลย เพิกเฉย เลี่ยงปฏิบัติ หรือไม่ได้รับความเป็นธรรม เป็นต้น
6. ปัญหาด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ หมายถึง ปัญหาวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น และมีผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม ได้แก่ การใช้วิธีการรักษาตามความเชื่อที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การไม่นำผู้ป่วยมารับการรักษา เป็นต้น
7. ปัญหาที่เป็นอุปสรรคเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษาพยาบาล ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษาดูแล การมารักษาไม่ต่อเนื่อง การไม่ยอมรับการรักษา การขาดการติดต่อ เป็นต้น

8. ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย ได้แก่ การที่ผู้รับบริการมีที่อยู่อาศัยไม่แน่นอน หรือไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง เป็นต้น

9. ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล หมายถึง ปัญหาความไม่เข้าใจ ในการรับบริการระหว่างผู้รับบริการและโรงพยาบาลในเรื่องการใช้สิทธิต่างๆ เช่น การใช้บัตร ประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม การใช้สวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น

10. ปัญหาทางด้านสังคม ได้แก่ การติดยาเสพติดเพื่อหนีปัญหา หรือ การขาย บริการทางเพศเพื่อนำเงินมารักษาบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง นั้น เมื่อเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แล้ว จะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ จิตใจ และจิตวิญญาณ ในขณะที่เดียวกัน ผลของการเจ็บป่วยนี้ยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ด้วยโดยเฉพาะสมาชิกที่ รับภาระหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักก็ยิ่งจะได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ จิตใจและ จิตวิญญาณ ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลถึงสังคม และ ประเทศชาติในภาพรวมด้วย

2.3 บทบาทของครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพ

บทบาทหน้าที่ของครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ควรประกอบด้วย (มัลลิกา มัติโก, 2530, น. 120-128)

1. ครอบครัวต้องประเมินเกี่ยวกับความเจ็บป่วยครอบครัวจะต้องดูแลสุขภาพและ ความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ไปจนถึงการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อนและครอบครัวจะต้องปฏิบัติในเรื่อง การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นอิสระ

2. ครอบครัวต้องให้การส่งเสริมสุขภาพ กับสมาชิกในครอบครัวทุกคนลดภาวะ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย

3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ ในการวินิจฉัยโรค และทำการ รักษาเบื้องต้น อุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ ยา ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น

4. ครอบครัวต้องให้ความรู้ และมีทักษะในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย ซึ่งหา ความรู้ ความชำนาญ ได้จากแหล่งข่าวสารสุขภาพอนามัยต่างๆ ได้ทางหนังสือ วิทยุ และโทรทัศน์

5. ครอบครัวยุคใหม่มีอำนาจในการเลือก และตัดสินใจว่าควรให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัวตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

2.4 ลักษณะการจัดการปัญหาของครอบครัว

เมื่อครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤต ครอบครัวจำเป็นต้องมีการกระทำหรือจัดการเพื่อให้สามารถดำรงหน้าที่ที่จำเป็นของครอบครัวไว้ รักษาสมดุลในครอบครัวไว้ ไม่ให้มีผลกระทบจากวิกฤตทำลายสถานภาพครอบครัว ซึ่งครอบครัวสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการจัดการกับปัญหาของครอบครัวได้ ซึ่งแหล่งประโยชน์ มี 2 ชนิด คือ (Friedman, 1992, pp. 326-331)

1. ชนิดภายใน (Internal Type) ได้แก่

1.1 ครอบครัวช่วยเหลือซึ่งกันและกันในภาวะที่มีปัญหาคุกคามชีวิตครอบครัว สมาชิกในครอบครัว ร่วมกันหาหนทางแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงด้วยดี

1.2 ครอบครัวใช้อารมณ์ขันในการเผชิญปัญหา เป็นการแก้ไขภาวะคับขัน เนื่องจากอารมณ์ขันสามารถช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้บ้าง ทั้งนี้ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์

1.3 สมาชิกในครอบครัวมีการเข้าร่วมกิจกรรมและแบ่งปันมากกว่าเดิม ในภาวะที่ครอบครัวมีปัญหาวิกฤต เช่น เมื่อมีปัญหาเศรษฐกิจ จากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีการแบ่งงานร่วมกัน รับผิดชอบร่วมกัน ทำงานหาเงินมาเลี้ยงสมาชิก และแบ่งปันสิ่งที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ร่วมกันระหว่างสมาชิก

1.4 ครอบครัวอาจใช้วิธีการให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี เช่น ในครอบครัวที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งเกิดขึ้น บิดามารดาของบุตรป่วยจะหันหน้าปรึกษาหารือกัน เอาใจใส่กัน ร่วมกันดูแลบุตรมากขึ้นกว่าเมื่อเวลาปกติสุข ทำให้ครอบครัวเห็นว่าการเจ็บป่วยของบุตร มิได้มีความหมายในแง่ลบเท่านั้น แต่เป็นผลดีทางสัมพันธภาพได้เช่นกัน

1.5 สมาชิกร่วมปรึกษาหารือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นความรู้สึกร่วมว่า มีปัญหาที่ต้องช่วยกันแก้ไข

1.6 ครอบครัวในภาวะวิกฤตจะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ เช่น ในกรณี

มารดาป่วยเป็นโรคมะเร็ง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บิดาต้องปรับหน้าที่ในการดูแลบุตรแทน

1.7 ครอบครัวเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาของทุกครอบครัว ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ที่จะต้องดำเนินชีวิตและปฏิบัติต่อกันอย่างปกติที่สุด

2. ชนิดภายนอก (External Type) ได้แก่

2.1 ครอบครัวแสวงหาข้อมูลจากภายนอกครอบครัวเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาครอบครัว เช่น การหาข้อมูลจากหนังสือเอกสาร เพื่อมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นต้น

2.2 ครอบครัวมีการติดต่อกับกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อแสวงหาความช่วยเหลือ โดยการติดต่อกับบุคคลและองค์กรภายนอกครอบครัวเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน ต่างๆ เช่น มูลนิธิ สำนักงานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดต่างๆ เป็นต้น

2.3 ครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการติดต่อช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง บิดามารดา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ฯลฯ ในการแก้ไขปัญหา ในช่วงสถานการณ์วิกฤตให้ผ่านพ้นไปได้

2.4 ครอบครัวร่วมกับครอบครัวที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันรวมกลุ่ม จัดกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (self help group) เช่น ครอบครัวผู้ป่วยโรคเลือด อาจรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

2.5 ครอบครัวอาจยึดความเชื่อทางจิตวิญญาณ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความสงบทางจิตใจ บำบัดความทุกข์ ซึ่งในบางครอบครัวสมาชิกอาจใช้ความเชื่อพิธีกรรมทางศาสนา และไสยศาสตร์เข้ามาด้วย

ดังนั้น ในภาวะที่ครอบครัวต้องประสบกับภาวะวิกฤต ครอบครัวจำเป็นต้องให้แหล่งประโยชน์ภายในครอบครัว เช่น การปรับบทบาทหน้าที่ การแบ่งงานรับผิดชอบ การปรึกษาหารือ และการให้กำลังใจกัน และแหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัว เช่น การแสวงหาข้อมูล การแสวงหาความช่วยเหลือจากชุมชน การขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเหมือนกัน และการยึดความเชื่อทางจิตวิญญาณ โดยนำแหล่งประโยชน์ดังกล่าว เพื่อช่วยกันให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤตให้ลุล่วงไปได้

3. แนวคิดการดูแล

3.1 ความหมาย

ยี่สุ่น ใจดี (2540, น. 25) ให้ความหมาย ของการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคล ที่เป็นกระบวนการกระทำที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต หรือเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง เป็นความรู้สึกที่มีร่วมกัน เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อน เป็นต้น

ทิพย์ คงสินสิริ (2545, น. 21) กล่าวถึง พฤติกรรมการดูแล คือ การปฏิบัติหรือ การกระทำ กิจกรรมช่วยเหลือหรือการกระทำที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม เพื่อให้การช่วยเหลือต่อผู้อื่นซึ่งสามารถแสดงออกได้โดยการเข้าถึงความรู้สึก การประคับประคองโดยการฟัง พูดอย่างนุ่มนวล หรือสัมผัส การดูแลเพื่อให้เกิดความสุขสบายต่างๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมหรือช่วยเหลือบุคคลตามความต้องการที่เขาคาดหวัง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงชีวิตของมนุษย์

กล่าวได้ว่า การดูแลเป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่ปฏิบัติต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการช่วยเหลือตามสภาพปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ ผู้ที่ได้รับการดูแลสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสม

3.2 องค์ประกอบของการดูแล

เมเยอร์อฟ (Mayeroff, 1971, quoted in Wolf, 1986, pp. 87-88) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการดูแลที่สำคัญ 8 ประการ คือ

1. ความรู้ (Knowing) ผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคล ความต้องการและวิธีการตอบสนองของความต้องการนั้น

2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคล

3. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ดูแลบุคคลที่ได้รับการดูแลเพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สุภาพซึ่งกันและกัน

4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตนจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5. ความอดทน (Patience) ผู้ดูแลมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ได้รับการดูแลได้คิด และตัดสินใจด้วยตัวเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

6. ความหวัง (Hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับการดูแล เป็นการมองไปในอนาคตเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

7. ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythm) เป็นการเรียนรู้ผลของการดูแลจากประสบการณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคงไว้ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยเหลือบุคคล

3.3 พฤติกรรมการดูแล

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ คือ (อูร์พันธ์ อนุภูมิโนวิน, 2539, น. 44)

1. โรคที่เป็นมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวเพียงใด เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ สมาชิกในครอบครัวก็เลือกที่จะไม่ให้ผู้ป่วยใกล้ชิดกับเพื่อนฝูงหรือไม่อยากให้สังคมรับรู้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว จะพบว่าความสัมพันธ์ในสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง จะเป็นผู้ใกล้ชิดที่ต้องดูแลผู้ป่วย และจากขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมที่ผู้หญิงจะต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ใกล้ชิดทำให้รู้ใจผู้ป่วย ดีว่าชอบไม่ชอบสิ่งใดและรู้จักที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดี

3. พยาธิสภาพของผู้ป่วยในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก เช่น การใช้ชีวิตประจำวัน การขับถ่าย การกิน การอาบน้ำ และอื่นๆ ย่อมส่งผลต่อความเครียดแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

4. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยเรื้อรังที่ครอบครัวต้องเป็นภาระรับผิดชอบดูแลตลอดเวลา สมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค และการบริการทางสังคมที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเขาจะให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุคคลที่เขารักและห่วงใยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

นอกจากนี้ ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985, p. 201) ได้ให้ความหมายของ สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลหรือญาติผู้ดูแล ไว้ 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบในการดูแล ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ป้อนอาหาร ทำความสะอาดแผล เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องกว่าคนอื่นๆ

2. ญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคม หรืออาจจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่แทนได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ดังนั้น เมื่อมีผู้เจ็บป่วยในครอบครัวสมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ซึ่งบางครอบครัวอาจจะแบ่งหน้าที่ที่มีผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่ชัดเจน ในขณะที่เดียวกันบางครอบครัวจะมีเฉพาะผู้ดูแลหลักก็เป็นได้

วิลลาร์ดน์ ภู่วราวุฒิปานิช (2537, น. 33) กล่าวว่า การดูแลที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัว จะมีลักษณะและรูปแบบเฉพาะ ดังนี้

1. การดูแลจะต้องทำเป็นประจำสลับทอดกันมาในครอบครัว เช่น การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยด้านการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

2. การดูแลช่วยให้ผู้ป่วยมีการริเริ่มและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม

3. ในการดูแลผู้ดูแลจะเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในองค์กรหรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ

4. ผู้ดูแลที่เป็นชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงินและจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่นๆ ขณะที่ผู้ดูแลเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง

ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลมักจะประสบปัญหาในการดูแล ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 61-64)

1. ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีความต้องการเรียนรู้เรื่องโรค แนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้อง

2. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม จากการศึกษพบว่าอาการกระวนกระวายไม่หยุดนิ่ง (Agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในการดูแลมากที่สุด

3. ระดับความช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living หรือ ADL) จากการศึกษพบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น

4. ระดับความเจ็บป่วย (Level of Illness) จากการศึกษ มีความสัมพันธ์ ADL ของผู้ป่วย และภาวะเครียดในผู้ดูแลใกล้ชิด กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยิ่งต้องการการดูแลมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น

5. ความเชื่อและทัศนคติ (Belief and Attitude) ผู้ดูแลมักจะเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วยและผู้ดูแล บางคนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ ในขณะเดียวกัน เพื่อนบ้านและชุมชน ก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยเอง จึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติค่อนข้างน้อย

6. ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงาน นอกบ้านและขนาดของครอบครัวลดลงทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล รวมทั้งคนทำงานบ้านที่สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยได้ยาก และการจ้างเจ้าหน้าที่ช่วยการดูแลจากศูนย์ต่างๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง ซึ่งปัญหานี้คาดว่าจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต

7. ปัญหาทางการเงิน หากผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาที่นานในแต่ละวันและเป็นการป่วยเรื้อรังแล้ว จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเองและญาติอาจต้องออกจากงาน เพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

3.4 ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

นอกจากสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลจะมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลเองก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน โดยศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547, น. 66-67) ได้รวบรวมปัญหาหรือผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วย ไว้ 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านอารมณ์ จิตใจและภาวะเครียด ผลกระทบทางด้านร่างกายและผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Physiological Problem)

1.1 อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลเกิดความสูญเสียญาติของตนไปต่างๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้าเบื่อหน่ายรู้สึกไม่มีแรง ท้อแท้ไม่มีกำลังใจ

1.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ และมักจะรู้สึกผิดกับการกระทำของตนเองในภายหลัง

1.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

1.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาด้านความจำแล้วยังมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาวะที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

นอกจากนี้ วงรัตน์ ไสสุข (2544, น. 3) ยังกล่าวว่า ผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลนอกจากจะมีผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์แล้ว ผู้ดูแลยังมีผลกระทบต่อจิตวิญญาณด้วย นั่นคือ ความกลัว การกล่าวโทษว่าผู้ป่วยเป็นต้นเหตุของปัญหา เป็นต้น ซึ่งอาจแสดงออกโดยการอดนอนด้วยความเป็นห่วงผู้ป่วย การเฝ้าอยู่หน้าหอผู้ป่วยแม้ยังไม่ถึงเวลาเยี่ยม บางคนก่อนเข้าเยี่ยมต้องทำใจเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเข้มแข็งและให้กำลังใจผู้ป่วย จากนั้นกลับไปร้องไห้ บางรายทุกข์ใจมากจนไหว้พระบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ขอให้ลดบันดาลให้ผู้ป่วยดีขึ้น โดยจะขอรับความทุกข์ไว้แทน บางรายมีความเชื่อทางไสยศาสตร์หรือโหราศาสตร์ก็จะไปให้หมอดูทำนายโชคชะตาของผู้ป่วยและแก้ไขโชคชะตานั้นด้วยการสะเดาะเคราะห์ ทำพิธีต่ออายุ ทำบุญอุทิศส่วนกุศล

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem) มีดังนี้

2.1 ปวดหลัง (Back age) ปวดต้นคอ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักบ่นว่ามีอาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตนเอง ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่า ภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้ นั้น นับวันยิ่งเพิ่มขึ้นและเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้นๆ

2.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้และยังทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เช่นกัน

2.3 มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase Health Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็น สามีภรรยา ซึ่งบางครั้งอาจจะมีปัญหาสุขภาพเดิมอยู่แล้ว ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัดทานยาไม่ เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจมีปัญหา สุขภาพอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น

3. ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Problem)

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับ ลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงาน เป็นเวลา เป็นทำงาน บางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียสละลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วย เต็มเวลา

3.2 รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากไม่บริหารจัดการที่ดี แล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจจะมีการผลัดภาระการดูแลและ ค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่มีผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจ เกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

3.4 รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอเพราะมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่ม มากขึ้น

นอกจากนี้ ยังมีการกล่าวถึงกิจกรรมของบุคคลของแต่ละวันที่มีมักจะกระทำในแต่ละ วัน โดยมองว่าผู้ดูแลจะถูกรบกวนในด้านต่างๆ ดังนี้ (ฤตินันท์ นันทิโร, 2543 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 68-71)

1. การดูแลสุขภาพร่างกายและกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ถ้าผู้ดูแลมีโรคประจำตัวอยู่ แล้วอาจจะทำให้โรคกำเริบได้ รวมทั้งกิจวัตรประจำวันส่วนตัว เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลาที่จะทำกิจกรรมเหล่านี้ รูปแบบการดำเนิน ชีวิตจะเปลี่ยนไป

2. กิจกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อนนอนหลับ การดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ เกิดความตึงเครียด ถ้าจัดเวลาพักผ่อนไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่สุขสบาย กิจกรรมการออกกำลังกายที่ผู้ดูแลเคยปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพอาจจะต้องงดเนื่องจากไม่มีเวลาและจะเกิดผลเสียกับผู้ดูแล

3. ภาระงานรับผิดชอบภายในบ้าน การอยู่ร่วมกันในครอบครัว สมาชิกในครอบครัว จำเป็นต้องมีการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบภาระงานในบ้าน โดยอาจจะให้สมาชิกคนอื่นในบ้านทำหน้าที่แทน

4. ภาระงานที่รับผิดชอบนอกบ้าน การต้องออกไปทำงานประจำนอกบ้าน อาจถูกรบกวนจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล บางครั้งต้องลางาน ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ผู้ดูแลบางคนต้องทำงานพิเศษหรืองานนอกเวลาเพื่อหารายได้เสริมให้ครอบครัว เมื่อต้องดูแลผู้ป่วย ก็ไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม

5. การไปทำธุระต่างๆ นอกบ้าน เช่นไปจ่ายตลาด ไปหาเพื่อน เป็นต้น จากที่เคยมีเวลาเป็นของตนเองในการทำธุระส่วนตัวเหล่านี้ หลังจากรับบทบาทผู้ดูแลอาจจะไม่สะดวกที่จะไปทำธุระต่างๆ

6. การให้เวลาตนเองในการพักผ่อนหย่อนใจการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน เพราะเป็นวิธีการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งที่บุคคลนำมาใช้และเป็นการลดภาวะความเครียดในการดำเนินชีวิต การจัดสรรเวลาสำหรับการปฏิบัติกิจกรรม การสนทนา นอกบ้าน การพบปะพูดคุยกับเพื่อน ไปเที่ยวพักผ่อนอาจไม่สามารถทำได้เต็มที่ เนื่องจากมีภาระงานรับผิดชอบมากขึ้น

7. การให้เวลาในการทำกิจกรรมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง เกิดความห่างเหินอาจจะนำไปสู่ความขัดแย้งหรือสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีได้

8. การดูแลให้ความสนใจสมาชิกคนอื่นในครอบครัวลดลง ทำให้เกิดปัญหาได้ เช่น การทะเลาะห่างเหินระหว่างสามีภรรยา บิดามารดากับบุตร เพื่อต้องดูแลผู้ป่วย

9. การจัดสังสรรค์ในครอบครัว เมื่อเป็นผู้ดูแลอาจทำให้ขาดโอกาสในการพบปะเครือญาติหรือเข้าร่วมงานสังสรรค์

10. การจัดสรรเงินในการใช้จ่ายต่างๆ เมื่อมีผู้ป่วยต้องมีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อาจมีปัญหาการเงินได้

11. การให้ความช่วยเหลือญาติพี่น้อง ผู้ดูแลที่เคยให้ความช่วยเหลือญาติพี่น้องอย่างเต็มที่ในการสนับสนุนเวลา สิ่งของ เงินทอง อาจทำได้ไม่เหมือนเดิมเพราะต้องดูแลผู้ป่วย

12. ความสัมพันธ์กับเครือข่ายการติดต่อเยี่ยมญาติพี่น้องอาจจะต้องลดลง ไม่มีเวลาไปมาหาสู่กัน ทำให้ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องน้อยลง ซึ่งญาติพี่น้องสามารถเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือผู้ดูแลได้

13. การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมชุมชน การอยู่ร่วมกันในสังคม บุคคลจำเป็นต้องเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การสนับสนุนช่วยเหลือสังคมที่ตนอยู่ การไม่สามารถมีส่วนร่วมกับกิจกรรมในชุมชนได้ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงลดลงไป

14. การวางแผนชีวิตในอนาคต การดำเนินชีวิตของบุคคลจำเป็นต้องดำเนินไปอย่างมีจุดหมาย เมื่อบทบาทที่เคยดำรงอยู่ในสังคมเปลี่ยนแปลงไป บุคคลต้องปรับการวางแผนชีวิตใหม่เพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในอนาคต

กล่าวโดยสรุป เมื่อมีผู้ป่วยในครอบครัว ผลของความเจ็บป่วยนี้จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีปัญหาลักษณะสุขภาพเพิ่มขึ้น การปรับกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ด้านสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน รายได้ไม่เพียงพอ เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัวและกับผู้ป่วย เป็นต้น ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ ความโกรธ ความทุกข์ใจ การกล่าวโทษว่าผู้ป่วย เป็นต้นเหตุของปัญหา ความรู้สึกผิดที่ดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควร เป็นต้น ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลต้องสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จึงจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

3.5 คุณลักษณะของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ในการศึกษาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าคุณลักษณะของสมาชิกในครอบครัวหลายประการซึ่งมีผลต่อการดูแล สามารถรวบรวมได้ดังนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยบุคคลที่มีอายุมากกว่า จะมีความอดทน มีประสบการณ์ และมีความพร้อมในการปรับตัว (พเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545, น. 32) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจูลีรัตน์ มิตรทองแท้ (2532, น. 58) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า คู่สมรสที่มีอายุมาก มีสุขภาพจิตดีกว่าคู่สมรสที่มีอายุน้อย โดยคู่สมรสที่มีอายุมากมีสุขภาพจิตดีกว่าคู่สมรสที่มีอายุน้อย โดยที่คู่สมรสที่มีอายุมากมีประสบการณ์ที่จะช่วยให้เกิดความรู้สึกยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงและภาวะเครียดได้ดีกว่า

2. เพศ เกี่ยวกับเพศของผู้ดูแลนั้น วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช (2537, น. 23) กล่าวว่า ความคาดหวังของสังคมไทย วัฒนธรรมไทย รวมทั้งการอบรมเลี้ยงดู เพศหญิง เพศชายแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงได้ถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน ดังนั้น เพศหญิงจึงรับบทบาทผู้ดูแลและปรับตัวได้ง่ายกว่า ส่วนเพศชายจะถูกอบรมให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว หากต้องรับบทบาทของผู้ดูแลจะปรับตัวได้ยากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532, น. 108) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยกับภาวะจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า คู่สมรสเพศหญิงจะทำหน้าที่ของผู้ดูแลและสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคหรืออาการของโรคเรื้อรังได้ดี ส่วนคู่สมรสเพศชายส่วนใหญ่จะมอบภาระการดูแลให้กับบุตร ธิดา

3. สถานภาพและบทบาทในครอบครัว สถานภาพเป็นสิ่งกำหนดบทบาท โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแล จะถูกคาดหวังจากครอบครัวและสังคม ว่าบุคคลนั้นมีความรับผิดชอบแสดงพฤติกรรมออกมาตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งจากการศึกษาของพัชรพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2540, น. 94) เกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทเป็นบิดามารดา คู่สมรสและบุตรจะให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตดีกว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นพี่น้อง สอดคล้องกับการศึกษาของปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534, น. บทคัดย่อ) พบว่า บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยดีที่สุด คือ บุตร รองลงมาเป็นญาติสนิท บิดามารดา พี่น้องและคู่สมรส ตามลำดับ

4. ระดับการศึกษา จากการศึกษานของบลูเกอร์ และคณะ (Bulger et al, 1993 อ้างถึงในเพียงใจ ตีรไพรวงศ์, 2540, น. 69) พบว่า การศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสกาวัตน์ พวงจันทร์ (2538, น. 68) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับ และจากการศึกษาของยุพิน จันทร์คคะ และคณะ (2539, น. 84) ที่ว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่า ปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มมัธยมศึกษาปีที่ 3 และสูงกว่า แต่กับการศึกษาของเพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540, น. บทคัดย่อ) พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลานานและการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจะมีลักษณะเหมือนเดิมและมีความซับซ้อนในการดูแลน้อยทำให้ผู้ดูแลที่ได้รับการศึกษา มากหรือน้อยก็สามารถดูแลได้เช่นเดียวกัน

5. อาชีพ สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพนอกบ้านเมื่อมีผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว ผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบสูง ถ้าผู้ดูแลเป็นมารดาจะดูแลบ้าน บุตร และประกอบอาชีพนอกบ้านด้วย นอกจากนี้ยังต้องดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีก ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เพิ่มจากเดิมมาก หากไม่สามารถบริหารจัดการเวลาในการทำหน้าที่หลายๆ อย่าง หรือหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาช่วยเหลือ ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้าทั้งกาย และใจ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่สังคมคาดหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาได้ (พเยาว์ ประเสริฐศรี, 2545, น. 36) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพิน จันทรคคะ และคณะ (2539, น. 85) พบว่ามารดาที่ประกอบอาชีพในบ้านมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพนอกบ้าน

6. รายได้ของครอบครัว รายได้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้มีรายได้สูงมีโอกาสดีกว่าผู้มีรายได้น้อย ในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดูแลสุขภาพ เป็นการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ (Pander, 1982, p. 161 อ้างถึงใน สกาวรัตน์ พวงจันทร์, 2538, น. 70) และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน โดยที่ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งสนับสนุนอำนวยความสะดวกในการแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้บ้าง เป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ดูแล ทำให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้มากขึ้น (Sahin, 1986, p. 159 อ้างถึงใน ก้านจิต ศรีนนท์, 2541, น. 30) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532, น. 70) พบว่า รายได้ของครอบครัวสูงจะมีผลทำให้คู่สมรสผู้ป่วยเรื้อรังมีภาวะสุขภาพจิตดี เพราะการได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน จะทำให้สามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่งผลให้คู่สมรสปรับตัวได้ง่ายขึ้น ไม่เกิดความเครียดจากภาวะขาดเงิน เนื่องมาจากการสูญเสียรายได้หรือเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่จากการศึกษาของสกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2538, น. 68) พบว่ารายได้ของครอบครัวของมารดาเด็กป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เพราะหน้าที่หลักในการหารายได้ส่วนใหญ่ขึ้นกับบิดาซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว และแม้ว่ามารดา ร้อยละ 80.8 ทำงานอาชีพ แต่ช่วงที่ดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรังจะหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้ส่วนหนึ่งไป แต่ไม่มีผลกระทบต่อการปรับตัวในการดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง

7. ลักษณะครอบครัว ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวนั้น จากการศึกษาของ ยูพิน จันทรคคะ และคณะ (2539, น. 85) พบว่า มารดาผู้ดูแลบุตรโรคหอบหืด ที่อยู่ในครอบครัวขยายมีการปรับตัวได้ดีกว่ามารดาที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว แต่จากการศึกษาของจุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532, น. 70) พบว่า ลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของ

ผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอถึงแม้ว่าจะมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวก็ตาม ดังนั้น ถ้าเป็นครอบครัวขยาย จะมีสมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ดูแล มีที่ปรึกษาและให้คำปรึกษาจึงสามารถปรับตัวได้ง่ายกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลในครอบครัวเดี่ยว เพราะมีสมาชิกน้อยต้องทำทุกอย่างในครอบครัวจึงเป็นภาระที่หนัก และยากที่จะปรับตัว

8. สัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาของ ซวลี แย้มวงษ์ (2538, น. บทคัดย่อ) สะท้อนว่าการตัดสินใจเข้ารับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลเกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวจะแบ่งความรับผิดชอบกัน โดยการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้มีการจัดแบ่งบทบาทความรับผิดชอบกันอย่างรวดเร็ว โดยกำหนดผู้ดูแลหลัก 1 คน ส่วนสมาชิกครอบครัวที่เหลือจะให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอื่นๆ ในทางตรงข้าม สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความยากลำบากในการจัดแบ่งหน้าที่ มีการปฏิเสธและผลักราะความรับผิดชอบให้แก่กัน สอดคล้องกับ การศึกษาของนิลรัตน์ วัชรวิชาติ (2543, น. 49) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว ถ้ามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ดูแลจะมีความสนใจ เอาใจใส่มีความเต็มใจ และมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อกัน ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปในทางลบผู้ดูแลจะมีแต่ความเครียดเบื่อหน่าย ต้องจำใจดูแลอย่างไม่เต็มใจและไม่สามารถปรับตัวได้ในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของเพียงใจ ติรไพรวงศ์ (2540, น. บทคัดย่อ) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยสามารถทำนายภาระในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13 ดังนั้น จึงควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระการดูแลน้อยลง เครียดน้อยลงและสามารถปรับตัวดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. สภาพะสุขภาพของผู้ดูแล จากการศึกษา ของ ดอร์ฟแมน และคณะ (Dorfman et al., 1996, p. 46 อ้างถึงใน นิลรัตน์ วัชรวิชาติ, 2543, น. 47) พบว่า ปัญหาสุขภาพทางร่างกายมักพบในผู้ดูแลที่สูงอายุ ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว ประกอบกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยจะมีผลทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลงส่วนผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์อาจทำให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลไม่เหมาะสม จะเห็นได้ว่า สภาพะสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแลจะมีผลต่อพฤติกรรมและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

10. ทศนคติและความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การศึกษาของนิลรัตน์ วัชรภาษิต (2543, น. 50) กล่าวถึงค่านิยมในสังคมไทยว่าในยามเจ็บป่วยถือเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวพึงปฏิบัติต่อกัน และเป็นที่ยอมรับว่า สมาชิกครอบครัวเพศหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบงานบ้าน และครอบครัว ซึ่งครอบคลุมถึงการดูแลปรนนิบัติ เมื่อมีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยด้วยค่านิยมดังกล่าว ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเพศหญิงสามารถปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดี

จากการศึกษาแนวคิดการดูแล พบว่า เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวแล้ว สมาชิกในครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ในการดูแล ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรองก็ตาม ในการดูแลนั้น ผู้ดูแลจะประสบปัญหาต่างๆ ทั้ง ปัญหาทางด้านร่างกาย ปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจ ปัญหาจิตใจ และจิตวิญญาณ สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จะสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยด้านคุณลักษณะของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลหลัก เช่น อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และที่สำคัญคือ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

4. โรคมะเร็ง (Cancer)

4.1 ความหมาย

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2549 พบว่า โรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราการตาย 83.1 ต่อ 100,000 ประชากร ถือเป็นอัตราการตายสูงสุดเป็นอันดับ 1 (www.moph.go.th/ops/health_50, 2551) ดังนั้น ในการศึกษา เรื่อง สัมพันธภาพของครอบครัว ที่มีผลต่อการจัดการปัญหาเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ศึกษาเห็นว่า ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งเป็นสิ่งสำคัญและเป็นประโยชน์ จึงได้รวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งไว้ดังนี้

มะเร็ง คือ กลุ่มของโรคที่เกิดจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่ DNA หรือสารพันธุกรรม ที่มีการโต มีการแบ่งตัว เพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์ รวดเร็ว และมากกว่าปกติ จึงทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ และเกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้น เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง การเจริญเติบโตของหลอดเลือดที่อวัยวะใดก็จะเรียกชื่อมะเร็งตามอวัยวะนั้น เช่น มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมไทรอยด์ เป็นต้น (<http://www.nci.go.th/knowledge/whatis.html>, 2551)

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2548, น. 15) กล่าวเพิ่มเติมว่า มะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ที่เกิดขึ้นได้กับทุกๆ อวัยวะของร่างกายเนื่องจากเซลล์ของอวัยวะนั้นๆ เกิดการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ผิดปกติไม่อยู่ในการควบคุมของร่างกาย เซลล์เหล่านั้นจะเจริญอย่างรวดเร็วเป็นก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ หรือกลายเป็นแผลเรื้อรังทำลายอวัยวะที่เกิดโรค กดเบียดทับ หรือลุกลามทำลายอวัยวะข้างเคียง หรือแพร่กระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ไกลออกไป และแพร่กระจายเข้ากระแสโลหิตไปเจริญเติบโตตามอวัยวะต่างๆ ขยายออกไปทั่วร่างกายได้ เช่น แพร่กระจายไปปอด ตับ กระดูก และสมอง เป็นต้น ลักษณะต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วจะทำให้มีเซลล์มะเร็งอยู่ทำงานไม่ได้ในที่สุด ถ้าไม่มีการรักษาอย่างถูกต้องทันท่วงทีผู้ป่วยจะเสียชีวิต

นอกจากนี้ พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2548, น. 15-21) ยังได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรคมะเร็งไว้ ดังนี้

4.2 สาเหตุของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งจะเกิดจากหลายๆ สาเหตุร่วมกัน ดังนี้ คือ

1. พันธุกรรม ทั้งพันธุกรรมที่ถ่ายทอดและพันธุกรรมที่ไม่ถ่ายทอด
2. สิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษสูง
3. สารเคมีบางชนิด บางประเภท
4. ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัวบางชนิด
5. อาหารปนเปื้อน
6. ยาบางชนิด
7. รังสีประเภทต่างๆ
8. อายุ ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงขึ้น

4.3 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็ง ได้ตามระยะดังนี้

1. มะเร็งในระยะก่อตัวหรือเริ่มแรก จะตรวจพบได้ก็ต่อเมื่อมีการตรวจเพื่อค้นหาคัดกรองต่างๆ ที่ไม่มีอาการ เรียกว่าการตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มต้น แต่การตรวจวิธีนี้จะได้ผลดีเพียงไม่กี่ชนิดเท่านั้น ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งต่อมลูกหมาก

2. ถ้าโรคลูกกลมมากขึ้นก็จะมีอาการแสดงจากอวัยวะที่เกิดโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งกล่องเสียงก็จะมีเสียงแหบ มะเร็งปอดก็จะมีอาการไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เป็นต้น ดังนั้น ถ้ามีอาการผิดปกติ และเป็นแล้วหายซ้ำหรือไม่หาย ควรปรึกษาแพทย์

3. ถ้าโรคยังลูกกลมมากขึ้น อาจคลำก้อนได้ หรือเกิดเป็นแผลเรื้อรัง ลูกกลม และมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

4. มีเลือดออกผิดปกติ เช่น ไอเป็นเลือด ปัสสาวะหรืออุจจาระเป็นเลือด เป็นต้น

5. ประจำเดือนมามาก มาบ่อยผิดปกติ หรือหมดประจำเดือนแล้วกลับมาใหม่

6. ท้องผูกสลับท้องเสียอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน

7. ซีด ผอมลง เบื่ออาหาร

8. อาจมีไข้เป็นๆ หายๆ หาสาเหตุไม่ได้

9. มีอาการปวดตรงตำแหน่งที่มีโรคมะเร็ง มักปวดในเวลากลางคืน ปวดจนนอนไม่ได้ หรือปวดจนมีผลต่อการทำงาน

4.4 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง

แพทย์จะมีวิธีการตรวจวินิจฉัยเพื่อค้นหาเซลล์มะเร็ง ดังนี้

1. ชักประวัติ อาการ อาการแสดง และการตรวจ

2. ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา หรือการนำเซลล์จากก้อนมะเร็งไปตรวจพิสูจน์ทางเซลล์วิทยา ซึ่งทั้งสองวิธีนี้เป็นวิธีวินิจฉัยโรคมะเร็งที่ได้ผลแน่นอนที่สุด

3. วินิจฉัยจากภาพเอกซเรย์

4. วินิจฉัยจากการตรวจเลือดเพื่อตรวจหาสารที่สัมพันธ์กับเซลล์มะเร็ง ซึ่งเรียกว่า ทูเมอร์มาร์กเกอร์ (Tumor markers) แต่มีมะเร็งไม่กี่ชนิดเท่านั้นที่จะวินิจฉัยด้วยวิธีการนี้ได้ จึงมักใช้วิธีนี้เป็นข้อมูลประกอบเท่านั้น

5. ในบางครั้งจำเป็นต้องทำการผ่าตัดใหญ่ เพื่อจะได้นำชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดมาพิสูจน์ทางพยาธิวิทยาโดยตรง

6. กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต ก็อาจมีการชันสูตรศพเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง

4.5 ระยะของโรคมะเร็ง

ระยะของโรคมะเร็งคือสภาวะการลุกลามหรือแพร่กระจายของโรค ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมาก ที่บอกถึงวิธีการรักษาโรคและใช้พยากรณ์ผลของการรักษา และเป็นตัวบอกระดับรอดของผู้ป่วย มีวิธีการตรวจเพื่อหาระยะโรคมะเร็ง ดังนี้

1. ชักประวัติ อาการ อาการแสดง และตรวจร่างกาย
 2. การตรวจเบื้องต้น โดยการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ และเอ็กซเรย์
 3. การตรวจพิเศษเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ และเอ็กซเรย์
 4. การตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การส่องกล้อง เป็นต้น
 5. บางครั้งอาจต้องทำการผ่าตัดใหญ่
- เมื่อได้ทำขั้นตอนดังกล่าวแล้ว ก็สามารถให้การวินิจฉัยได้ว่ามะเร็งอยู่ในระยะใด ซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 มะเร็งมีขนาดเล็ก ผังตัวอยู่เฉพาะในอวัยวะที่เกิดโรคและยังไม่มีมีการลุกลามแพร่กระจาย เป็นระยะที่ถ้ารักษาได้อย่างถูกต้องทันที่ โอกาสหายขาดจะสูงสุด

ระยะที่ 2 มะเร็งมีขนาดใหญ่ขึ้นและเริ่มลุกลามเข้าอวัยวะข้างเคียง

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามใหญ่ขึ้น เข้าอวัยวะข้างเคียงมากขึ้นและแพร่กระจายเข้าต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงมากขึ้น

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามมากขึ้นจนแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ไกลออกไป หรือแพร่กระจายตามกระแสโลหิตไปยังอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย เป็นระยะที่รุนแรงที่สุด เป็นระยะสุดท้ายไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาด

4.6 ความรุนแรง การพยากรณ์โรค และอัตราการรอด

ความรุนแรง การพยากรณ์โรค และอัตราการรอด จะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่

1. ระยะของโรค

- ระยะที่ 1	อัตราการรอดที่ 5 ปี	ประมาณ	80 – 90 %
- ระยะที่ 2	อัตราการรอดที่ 5 ปี	ประมาณ	70 – 80 %
- ระยะที่ 3	อัตราการรอดที่ 5 ปี	ประมาณ	20 – 50 %
- ระยะที่ 4	อัตราการรอดที่ 5 ปี	ประมาณ	0 – 5 %

2. สภาพร่างกายของผู้ป่วย ถ้าแข็งแรง โอกาสอยู่ได้นานก็สูงขึ้น
3. อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุจะมีอัตราการรอดต่ำ เพราะมักทนการรักษาไม่ได้
4. การเป็นโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เพราะจะทำให้มีผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย อัตราการรอดจะน้อยกว่าคนที่แข็งแรง

4.7 วิธีการรักษาโรคมะเร็ง

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งแบ่งเป็น 2 วิธีการหลัก คือ

1. การรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน สำหรับการแพทย์แผนปัจจุบันมี 3 วิธีการหลัก คือ

- ผ่าตัด รังสีรักษา ซึ่งอาจโดยการฉายรังสี และ/หรือการใส่แร่ เคมีบำบัด ส่วนวิธีการอื่นๆ ใช้ได้กับมะเร็งน้อยชนิดกว่าและบางวิธีการยังอยู่ในขั้นตอนของการศึกษาวิจัย เช่น การใช้ฮอร์โมน จะได้ดีในมะเร็ง 2 ชนิด คือ มะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมาก และมักใช้ร่วมกับวิธีการหลัก วิธีการใดวิธีการหนึ่งเสมอ

- การเพิ่มพูนความต้านทาน เช่น การใช้วัคซีน ยังอยู่ในการศึกษาวิจัย
- ชีวสารรักษาหรือ ไบโอบิโอดี (Biotherapy) หรือทาร์เก็ตเทอราปี (Target Therapy) เป็นยาซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายสารต้านมะเร็งของร่างกายเรา ในปัจจุบันมีใช้ในมะเร็งระบบโลหิตวิทยาบางชนิดและมะเร็งเต้านมบางกลุ่ม ส่วนใหญ่ยังอยู่ในการศึกษาวิจัย

2. การรักษาทางการแพทย์สนับสนุน และการแพทย์ทางเลือก

การรักษาด้วยวิธีนี้มักใช้สนับสนุนและเสริมการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ภูมิคุ้มกัน ให้มีสุขภาพร่างกายและสุขภาพใจสมบูรณ์ เช่น การนั่งสมาธิ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน เป็นต้น การจะใช้วิธีการทางการแพทย์สนับสนุนและการแพทย์ทางเลือก ผู้ป่วยและญาติควรปรึกษาแพทย์แผนปัจจุบันก่อน เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย

โดยทั่วไป การรักษามะเร็งในปัจจุบันมักใช้หลายๆ วิธีการร่วมกัน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ผลการควบคุมโรคสูงสุด และผลข้างเคียงน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายและมีคุณภาพชีวิต เช่น ใช้ผ่าตัดร่วมกับรังสี ใช้รังสีร่วมกับเคมีบำบัด หรือทั้งผ่าตัด รังสี และเคมีบำบัด เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จะเลือกวิธีการรักษาด้วยวิธีใดนั้น แพทย์มักจะประเมินจากหลายๆ ปัจจัย แต่ที่สำคัญคือ

1. ระยะของโรค
2. สภาพร่างกาย โรคอื่นๆ และอายุ
3. ลักษณะทางพยาธิวิทยาของโรคมะเร็ง รวมทั้ง ชนิดของอวัยวะที่เป็นมะเร็ง

4.8 การติดตามผลการรักษา

ภายหลังครบการรักษาแล้ว แพทย์จะนัดตรวจรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดชีวิตของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ไป ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทั้งนี้ เพื่อให้การรักษาดูแลผู้ป่วยตลอดไป

ผลของการรักษาโรคมะเร็งไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก็ตาม มิได้ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้รักษาเพียงฝ่ายเดียว ทีมสุขภาพก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน และที่สำคัญที่สุดคือการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

5. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute, Thailand)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ที่ตั้ง : เลขที่ 268/1 ถนนพระราม 6 แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ
โทรศัพท์ 0 2354 7028 -35 โทรสาร 0 2354 7030 <http://www.nci.go.th> โดยมีรายละเอียดขององค์กร ดังนี้

วิสัยทัศน์ : สถาบันชั้นนำด้านโรคมะเร็งระดับชาติ

พันธกิจ : ผลิตและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านโรคมะเร็ง เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สามารถถ่ายทอดสู่เครือข่ายองค์กร บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน ให้บริการทางการแพทย์ในระดับที่มีความซับซ้อน ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงอย่างเหมาะสม

ภารกิจ : มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง โดยการศึกษา วิจัย ถ่ายทอดความรู้ พัฒนาคู่มือเฉพาะทาง และบำบัด รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้สถานบริการสุขภาพมีบริการทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งที่มีคุณภาพมาตรฐานและให้บริการพึงพอใจ โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้ (ตามราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 103 ก. หน้า 42-43 ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2545)

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งแก่สถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน
3. จัดให้มีการบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านโรคมะเร็ง
4. ให้การเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งแก่แพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน
5. กำกับ ดูแล การดำเนินงานของศูนย์มะเร็งในส่วนภูมิภาค (มีศูนย์มะเร็งภูมิภาค 7 ศูนย์ คือ ศูนย์มะเร็งลพบุรี ศูนย์มะเร็งชลบุรี ศูนย์มะเร็งลำปาง ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี ศูนย์มะเร็งอุดรธานี ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี และศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ รัญบุรี)
6. ปฏิบัติงานร่วมกันหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

5.1 ประเด็นยุทธศาสตร์

1. พัฒนามาตรฐานการบริการและระบบส่งต่อโรคมะเร็ง
2. ยกกระดับบริการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์มะเร็งภูมิภาค เป็น Comprehensive Cancer Center และพัฒนาสู่ระดับ Excellence Cancer Center ในแต่ละด้าน
3. พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ
4. ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร และ/หรือระดับโรงพยาบาล

5.2 ยุทธศาสตร์

1. พัฒนาศักยภาพในการให้บริการและระบบส่งต่อโรคมะเร็ง
2. พัฒนาศักยภาพของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นสถาบันเฉพาะทางชั้นสูง (Center of Excellence : COE)
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านโรคมะเร็ง

5.3 การบริการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (<http://www.nci.go.th/service/index.html>, 2551)

1. บริการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง และค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก

2. ให้บริการตรวจรักษาผู้ที่มีอาการผิดปกติ ที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง โดยมีสัญญาอันตราย ดังนี้

- มีการเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย อุจจาระเป็นสีดำ หรือปัสสาวะเป็นสีเลือด
- มีอาการเสียงแหบและไอเรื้อรัง กลืนอาหารลำบาก หรือมีอาการเสียดแน่นท้อง
- มีเลือดหรือตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น มีแผลเรื้อรังซึ่งรักษาแล้วไม่ยอมหาย
- มีอาการเปลี่ยนแปลงของหูด หรือไฟ มีก้อนที่เต้านมหรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย
- มีอาการหูดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ อาการอื่นๆ ที่สงสัยหรือไม่แน่ใจ

3. ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งเพิ่มเติม เมื่อพบสิ่งผิดปกติจากการตรวจสุขภาพ ตรวจลำไส้ หรือกระเพาะอาหาร อัลตราซาวด์ ฯลฯ

4. ติดตามเฝ้าระวังผู้มีผลการตรวจที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง เช่น ผู้ที่ผลการตรวจเซลล์ปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจกลายเป็นมะเร็งหรือพบการติดเชื้อแพปพิโลมาไวรัส (Papilloma Viruses) เป็นต้น

5. ให้บริการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง

6. ให้บริการดูแลขณะและหลังรับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น

- คลินิกระงับปวด
- โภชนคลินิก
- การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
- คลินิกออสโตมี (ทวารใหม่) และดูแลบาดแผล
- งานพยาบาลให้คำปรึกษา
- งานพยาบาลฟื้นฟูสภาพ
- ศูนย์มีตรภาพบำบัด ฯลฯ

5.4 การบริการทางการแพทย์

การบริการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลนั้น มีการรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาทั้งเพศหญิงและเพศชาย ตั้งแต่อายุ 12 ปี ขึ้นไป ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประเภทผู้ป่วยนอก มีบริการดังนี้

- คำแนะนำ ผู้มารับบริการตรวจ
- คลินิกตรวจสุขภาพ เพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง
- คลินิกศัลยกรรมและเต้านม
- คลินิกระบบทางเดินปัสสาวะ
- คลินิกหู คอ จมูก
- คลินิกนรีเวช
- คลินิกระบบทางเดินอาหารและกล่องส่องตรวจ
- คลินิกระบบส่งต่อ
- เคมีบำบัด
- รังสีรักษา
- รังสีวินิจฉัย
- เวชศาสตร์นิวเคลียร์
- คลินิกระงับปวด
- คลินิกออสโตมีและการดูแลบาดแผล
- งานดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน
- คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

2. ประเภทผู้ป่วยใน มีหอผู้ป่วยทั้งสิ้น 6 หอผู้ป่วย คือ

- หอผู้ป่วยหญิง 4 เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยหญิงที่รักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม ผ่าตัด
- หอผู้ป่วยชาย 5 เป็นหอผู้ป่วยชาย ที่เข้ารับการรักษาทั้งด้านศัลยกรรม รังสีรักษา เคมีบำบัด หรือการรักษาแบบผสมผสาน ทั้งหมด
- หอผู้ป่วยหญิง 6 เป็นหอผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการรักษาด้านรังสีรักษาและการรักษาแบบประคับประคอง
- หอผู้ป่วยหญิง 7 เป็นหอผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
- หอผู้ป่วยพิเศษ 8 เป็นหอผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- หอผู้ป่วยหนัก (ICU) เป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

นอกจากการบริการด้านการรักษาพยาบาลแล้ว สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ยังมีโครงการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในประชากร โดยการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคมะเร็ง และโครงการค้นหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ซึ่งนับตั้งแต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชมหาราช ได้เสด็จพระราชดำเนินทรงเปิดสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2511 เป็นต้นมา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ดำเนินการให้บริการประชาชนตามภารกิจทุกประการเป็นอย่างดี จนได้รับการยอมรับและไว้วางใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วประเทศ ในขณะเดียวกัน สถาบันมะเร็งแห่งชาติยังได้มีการพัฒนาตลอดเวลาเพื่อที่จะทำหน้าที่ในฐานะที่เป็นหน่วยงานทางสาธารณสุขของรัฐที่สมภาคภูมิ

6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 ผลงานวิจัยด้านครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว

ปริดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534, น. บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 150 ราย ผลการศึกษา พบว่า บทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุตรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีที่สุดคือการให้กำลังใจ สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดและมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภูมิหลังและสถานภาพในครอบครัวต่างกัน มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่ดี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยที่ดี ร้อยละ 40 และสัมพันธภาพของสมาชิกที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่ดี ร้อยละ 32.67

บุญมา หลีสิน (2535, น. บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต โดยศึกษาสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหัวใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 98 ราย ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดและมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.40 สัมพันธภาพสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มี

สัมพันธภาพในระดับปานกลาง ด้านการเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัว นิยมใช้พฤติกรรม การเผชิญปัญหาด้านการมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการเผชิญปัญหาด้วยการลดอารมณ์ตั้งเครียด ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจของสมาชิกในครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการดูแล ผู้ป่วยในด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านการรักษาพยาบาลและด้านสังคมในระดับมาก ส่วนการดูแลด้าน เศรษฐกิจ พบว่า การดูแลของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

พัชรพร ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2540, น. บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง บทบาทของสมาชิกใน ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง โดยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นคู่สมรส มากที่สุด รองลงมาเป็นบิดามารดา พี่น้อง และบุตร ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีสัมพันธภาพที่ ดีมากในเรื่องครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน และมีโอกาสอยู่พร้อมหน้าทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันเสมอ สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต พบว่า ช่วงก่อนได้รับการปลูกถ่ายไตมีความสัมพันธ์ที่ดีมาก เรื่องสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มี ความใกล้ชิดสนิทสนม เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุดและมีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับ ผู้ป่วยเสมอ ส่วนในช่วงหลังรับการปลูกถ่ายไตพบว่า มีสัมพันธภาพที่ดีมาก เรื่องสมาชิกใน ครอบครัวเต็มใจในหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วย เข้าใจในสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลา ในการรักษานานหรือตลอดชีวิตและมักให้กำลังใจ ปลอบโยนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังในชีวิต ส่วนการดูแลผู้ป่วย พบว่า สมาชิกดูแลดีมากในด้านอารมณ์ จิตใจ รองลงมาเป็นการดูแล ปานกลาง ในด้านการรักษาพยาบาล ด้านเศรษฐกิจ ด้านความเป็นอยู่ และด้านสังคม ตามลำดับ

เพียงใจ ตีรไพรวงศ์ (2540, น. 68) ศึกษาเรื่อง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาจาก กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลหลักและพาผู้ป่วยมารับการตรวจ ติดตาม ผลการรักษาที่ตีผู้ป่วยนอกสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 80 ราย ผลการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สามารถทำนาย ภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวได้ ร้อยละ 13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพศของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระ การดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระ การดูแล นอกจากนี้ ได้เสนอแนะว่าควรมีการประเมินภาระการดูแลและสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดูแลกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระการดูแลน้อยลง เกิดความเครียดน้อยลงและ สามารถปรับตัวดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รุ่งนภา ทองรักน้อย (2545, น. 1-2) ศึกษาเรื่อง บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดระยอง พบว่า ผู้ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นภรรยาของผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวมีปัญหาอุปสรรคในการดูแลคือไม่มีค่ารักษาพยาบาล ผลการศึกษาเกี่ยวกับประเภทการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านบริการสังคม ปรากฏว่าครอบครัวได้ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ด้านอารมณ์และจิตใจในระดับมาก โดยเฉพาะการยอมรับผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจในระดับมาก โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลครอบครัวสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ในระดับมากโดยเฉพาะการให้คำแนะนำ มีเพียงการสนับสนุนทางสังคมด้านบริการสังคมเท่านั้นที่ได้ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านสิ่งของ และผลการศึกษาถึงการปฏิบัติของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์ใน 3 ด้าน คือ ด้านร่างกายด้านอารมณ์และจิตใจและด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่าบทบาทการปฏิบัติของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์ได้ในทุกด้านในระดับมาก

สุนารี หน่อไทย (2547, น. 1-2) ศึกษาเรื่อง บทบาทของสถาบันครอบครัวต่อการจัดสวัสดิการสำหรับผู้พิการทางจิต พบว่า ปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุด รองลงมาเป็นปัญหาที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม สุดท้าย คือ ปัญหาทางสังคมและหน้าที่การงาน ด้านความต้องการบริการและการช่วยเหลือจากรัฐ พบว่า ต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด รองลงมาด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอาชีพและการมีรายได้ และด้านการแพทย์ และพบว่าการจัดสวัสดิการสำหรับผู้พิการทางจิตนั้น สถานสงเคราะห์ควรปรับรูปแบบการให้บริการ โดยปรับหน้าที่จากการบริการมาเป็นผู้สนับสนุนบริการ มีบทบาทเป็นผู้กระตุ้น ผู้ให้การศึกษา ผู้ให้การปรึกษาและผู้อำนวยความสะดวก โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมให้ ผู้พิการทางจิตได้กลับไปอยู่ในครอบครัวซึ่งการทำงานแบบประสานความร่วมมือกันกับองค์กรท้องถิ่นและชุมชนในลักษณะเครือข่ายทางสังคม

6.2 ผลงานวิจัยด้านโรคเรื้อรังและการดูแล

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2539, น. 76) ศึกษาเรื่อง แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยศึกษาจากสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่บ้าน ซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจที่คลินิกโรคมะเร็งโรงพยาบาลศิริราช จุฬาลงกรณ์ วิทยาลัยพยาบาล จำนวน 88 ราย พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีอิทธิพลโดยตรงใน

ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม แสดงว่า สมาชิกในครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยมีสัมพันธภาพดีกับ คู่สมรสจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ฐานะทางการเงินไม่มีอิทธิพลต่อแรงสนับสนุนทางสังคม แสดงว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากหรือน้อยไม่ได้ขึ้นอยู่กับฐานะทางการเงิน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนมาก จะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นความเครียดน้อยและปรับตัวได้ดี ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี จะทำให้สมาชิกได้รับการสนับสนุนทางสังคมบวก และทำให้เกิดความเครียดน้อยตามมาเช่นกัน ส่วนความต้องการในการดูแล ไม่มีอิทธิพลต่อความเครียด ซึ่งต่างไปจากการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ เพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นมีชีวิตอยู่ในช่วงสั้น และทุกข์ทรมานมากกว่าโรคเรื้อรังอื่นๆ ทำให้สมาชิกในครอบครัวมองความต้องการในการดูแลเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้โดยไม่คำนึงถึงว่าจะส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างไร

วิชุดา วารุณประภา (2540, น. บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ปัญหาและความต้องการบริการสังคมสงเคราะห์ของผู้ป่วยในเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยศึกษาผู้ป่วยในเรื้อรังที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเรื้อรัง มีปัญหาด้านร่างกาย ร้อยละ 26.2 ด้านจิตใจ ร้อยละ 46.3 ส่วนด้านเศรษฐกิจ สังคม พบว่ามีปัญหาค่าใช้จ่ายร้อยละ 7.5 ส่วนความต้องการ ผู้ป่วยต้องการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางการแพทย์และต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ความสะอาดของห้องน้ำ อาหาร ต้องการได้รับความช่วยเหลือในการบริการปรึกษาปัญหา โดยที่ร้อยละ 83.8 ต้องการได้รับความรู้เรื่องโรค ร้อยละ 68.8 ต้องการผู้ช่วยให้กำลังใจและร้อยละ 65.0 ต้องการผู้ช่วยเหลือด้านปัญหาเศรษฐกิจ

ชูชื่น ชีวพูนผล (2541, น. บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผลการศึกษาพบว่า ถึงแม้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคล จะเป็นสิ่งที่พัฒนาจากประสบการณ์ชีวิต ที่สั่งสมมาตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นก็ตาม พยาบาลผู้ให้บริการอาจช่วยส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลได้ เช่น การให้ข้อมูลความรู้และคำแนะนำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในผู้ป่วยและสถานการณ์ของการดูแลและสามารถปรับเปลี่ยนการให้ความหมายหรือคุณค่าของสถานการณ์การดูแลในด้านที่ดีได้มากขึ้น

รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543, น. บทคัดย่อ) ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว พบว่า ปัญหาและความต้องการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยเป็น

โรคมะเร็งและผลกระทบที่ทำให้บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเด็กโรคมะเร็ง เข้าใจถึงภาวะการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของเด็กไม่ว่าจะอยู่ในระยะแรกวินิจฉัย ระยะโรคสงบ ระยะกลับเป็นซ้ำและระยะสุดท้าย โดยผลการศึกษาก็คือ การให้การดูแลเด็กและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม โดยควรคำนึงถึงความต้องการของเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและให้ความสำคัญต่อการดูแลบิดามารดาของเด็กป่วย เพราะบิดามารดาอยู่ในภาวะทุกข์กายและทุกข์ใจไม่ยิ่งหย่อนกว่าบุตร การดูแลทั่วไปที่มุ่งการดูแลรักษาให้บุตรอยู่ในสภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงมากขึ้นและการจัดการดูแลโดยเน้นให้ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางจะช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เข้าใจ คลายความวิตกกังวลในการดูแลบุตรหรือกำลังต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยของบุตรเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึง ความจำเป็นในการแสวงหาทางสว่างทางจิตวิญญาณที่ครอบครัวต้องการในยามที่ชีวิตโลกทัศน์โดยรวมค่อนข้างมืดมน การสนับสนุนให้ครอบครัวมีกิจกรรม การให้คำปรึกษากับครอบครัวที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง ที่นอกเหนือจากการให้คำแนะนำและข้อมูลทั่วไป เด็กและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ แพทย์พยาบาล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณในการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของเด็ก

นิลรัตน์ วัชรวิชาติ (2543, น. 108) ศึกษาเรื่อง บทบาทผู้หญิงในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคมมีผลต่อคุณภาพ ในการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ เศรษฐกิจ หน้าที่การงาน รวมทั้ง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสมดุลหรือไม่สมดุลในการที่จะดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง นั่นคือ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วย เรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพ

เพียวรี ประเสริฐศรี (2545, น. บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลที่มีปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ อายุ ลักษณะครอบครัว สถานภาพ/บทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษาและอาชีพแตกต่างกัน มีการปรับตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลที่มีปัจจัยเกี่ยวกับรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแตกต่างกัน มีการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สุภานัน เทียนมหาสาทิศ (2546, น. 97-99) ศึกษาเรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ศึกษากรณีโรงพยาบาลรามารามาศิบัติ ผลการศึกษา พบว่า บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก

โรคมะเร็งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย ด้านบทบาทของครอบครัว พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ การปฏิบัติตาม บทบาทของผู้ดูแลที่ให้ความสนใจแก่ผู้ป่วยมากกว่าจะทำให้มีการดูแลผู้ป่วยที่ดีกว่า ด้าน สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีสัมพันธภาพในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า สัมพันธภาพของครอบครัวที่อยู่ในระดับมาก จะพบในเรื่อง ที่ครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียวกัน ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นได้ คนในครอบครัวมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีโอกาสอยู่พร้อมหน้าและทำกิจกรรมร่วมกันเสมอ ครอบครัวจะ บริโภคอาหารและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ส่วนสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดูแลกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณป่วยมี ความสำคัญต่อครอบครัว มาก ผู้ดูแลเข้าใจในสภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งว่าต้องใช้เวลาใน การรักษาพยาบาลนานนับปี ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะมีการดูแลผู้ป่วยดีกว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สอดคล้องกับแนวคิด ที่ได้ศึกษาข้างต้น เมื่อมีผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรังร้ายแรงในครอบครัว ปัญหาของโรคไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่ส่งผลกระทบต่อ สมาชิกคนอื่นในครอบครัว ด้วยโดยเฉพาะ สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะได้รับผลกระทบ ด้านร่างกาย ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้าน จิตใจและจิตวิญญาณ จึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดย การจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น สมาชิกในครอบครัวอาจจะใช้แหล่งประโยชน์ภายใน ครอบครัว ได้แก่ การให้กำลังใจ การแบ่งงานกันทำ การปรึกษาหารือกัน การปรับบทบาทกัน หรือ ใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัว ได้แก่ การแสวงหาข้อมูล การแสวงหาความช่วยเหลือจาก ชุมชนและสังคม การขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน และการยึดความเชื่อทางจิตวิญญาณ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ ในการจัดการปัญหาของสมาชิก ในครอบครัวจะใช้วิธีการใดนั้น ขึ้นอยู่กับตัวแปรด้านข้อมูลลักษณะประชากรของสมาชิกใน ครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาในการดูแล รายได้ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง นอกจากนี้ ยังมีตัวแปรที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ตัวแปรด้าน สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งมีทั้ง สัมพันธภาพเชิงบวก ได้แก่ การมี ส่วนร่วมในกิจกรรม การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การยอมรับซึ่งกันและกัน และสัมพันธภาพเชิงลบ ได้แก่ ความขัดแย้ง ความเบียดเบียน ความไม่สนใจกัน ดังนั้น ในการศึกษา เรื่องสัมพันธภาพของ ครอบครัวที่มีผลต่อการจัดการปัญหาเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ศึกษาจึงกำหนด กรอบแนวคิดในการศึกษา ไว้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

