

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ ผู้วิจัยนำเสนอแนวคิดเพื่อชี้แนะการศึกษาทั้งในเชิงเนื้อหา และวิธีการดังนี้

#### 1. คำอธิบายเกี่ยวกับผู้ดูแล

##### 1.1 ผู้ดูแลคือใคร

จากรายงานวิจัยผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้านส่วนใหญ่คือญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในฐานะเครือญาติใกล้ชิดโดยสายโลหิตหรือการแต่งงาน เป็นบุตรหรือคู่สมรส มีอายุ 20 ปี ถึง 72 ปี และที่พบโดดเด่นคือผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (Schofield et al, 1998; Low, Payne, Roderick, 1999; Tang, 1999; Hatthakit, 1999; Thipsamniag, 2000; Teel, Duncan, Lai, 2001; Dewey, et al, 2002; William and Dahl, 2002; เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539; พรชัย จุลเมตต์, 2540; สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; สุกศิริ หิรันขุนหะ, 2541; พรทิพย์ พิมพ์สมาน, จริญญา สงวนเผ่า, พินทิพย์ สีน้อย, 2544)

รายงานวิจัยในสังคมตะวันตกพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสมีอายุตั้งแต่วัย 50 ปีขึ้นไป (Schofield et al, 1998; Low, Payne, Roderick, 1999) แต่ในประเทศจีนและประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นบุตรเป็นอันดับแรกดังนั้นผู้ดูแลจึงมีอายุได้ตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป (Tang, 1999; Hatthakit, 1999; Thipsamniag, 2000; Teel, Duncan, Lai, 2001; เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539; พรชัย จุลเมตต์, 2540; สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; สุกศิริ หิรันขุนหะ, 2541; พรทิพย์ พิมพ์สมาน, จริญญา สงวนเผ่า, พินทิพย์ สีน้อย, 2544) ข้อมูลเบื้องต้นเหล่านี้ชี้ให้เห็นความแตกต่างในธรรมชาติของลักษณะและวัฒนธรรมและความเชื่อในการดำรงชีวิตและดูแลผู้ป่วยในครอบครัว กล่าวคือในสังคมตะวันตกครอบครัวจะเป็นลักษณะพ่อแม่ลูกและลูกมักจะนิยมออกจากครอบครัวตั้งแต่วัยรุ่น ทำให้บิดามารดาอยู่กันตามลำพังและการดูแลกันเองในยามเจ็บป่วย ส่วนในสังคมไทยจะอยู่กันแบบเครือญาติไปมาหาสู่กัน ถึงแม้แนวโน้มครอบครัวจะมีลักษณะแยกครอบครัวออกไปตั้งเป็นครอบครัวใหม่ของตนเองและอยู่ห่างไกลจากครอบครัวเดิม แต่เมื่อบิดามารดาเจ็บป่วยบุตรมักจะกลับมาเยี่ยมเยียนและจัดการเกี่ยวกับการให้การดูแล (ละเอียด วรรณสารเมธา, 2539) นอกจากนี้ในบางครอบครัวจะมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและที่ไม่ใช่ญาติโดยมาจากการว่าจ้าง (พรชัย จุลเมตต์, 2540; สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; Hatthakit, 1999; Thipsamniag, 2000)

จากการวิเคราะห์สาระของผู้ดูแลจากงานวิจัยพบว่าองค์ประกอบในความหมายของผู้ดูแลที่ได้จากคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการหรือจากเกณฑ์ที่กำหนดในการเลือกประชากรเพื่อการศึกษาหรือผู้ให้ข้อมูลพบวก่อนที่จะเกิดมีผู้ดูแลเกิดขึ้นจะต้องมีสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องการพึ่งพาที่บ้านคือผู้ป่วยสโตรค และคุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่กล่าวถึงในงานวิจัยดังกล่าวจะประกอบด้วย

1.1.1 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ต้องพึ่งพา เช่น มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย เป็นสมาชิกของครอบครัว

1.1.2 ลักษณะการดูแลของผู้ดูแล ในมิติของ ระดับความรับผิดชอบ จำนวนกิจกรรม การดูแล ระยะเวลาและความต่อเนื่องในการดูแล รูปแบบของการดูแลช่วยเหลือด้านต่างๆ ของการดูแลและวิธีการได้รับ ผลตอบแทนการดูแล

1.1.3 ลักษณะการพักอาศัยของผู้ดูแลกับผู้ที่ต้องพึ่งพา (นิตยาสุทธยากร, 2531; นภาภรณ์ แก้วภรณ์, 2533; เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539; พรชัย จุลเมตต์ 2540; จินะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540; อารมณ บุญเกิด, 2540; สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; สุดศิริ หิรันชุนหะ, 2541; Tang, 1999; Low, Payne, Roderick, 1999; Thipsamniag, 2000) อย่างไรก็ตามนิยามผู้ดูแลตามมุมมองของผู้ดูแลเองยังไม่มีการศึกษาว่าเป็นอย่างไร

## 1.2 เหตุผลของการที่ต้องมาเป็นผู้ดูแล

การที่ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวต้องมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามารถอธิบายได้หลายแนวคิดดังนี้

1.2.1 แนวคิดทางสังคมวัฒนธรรม Biegel (1991) กล่าวว่าการที่บุคคลให้การช่วยเหลือผู้อื่นเนื่องจากความคล้ายคลึงกันของผู้ให้การช่วยเหลือและผู้รับการช่วยเหลือ คนที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันย่อมมีความคล้ายคลึงกันในเชิงทัศนคติ สัญชาติ เชื้อชาติ ความเชื่อทางการเมือง และวิถีชีวิต นอกจากนี้บรรทัดฐานทางสังคม (social norm) ยังเป็นตัวกำหนดให้คนในสังคมนั้นให้การช่วยเหลือดูแลผู้อื่นเช่น การยินดีช่วยเหลือผู้อื่นเป็นการตอบแทน (reciprocity) การให้ในเชิงความสัมพันธ์อันดีโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย (equity) และความรู้สึกรับผิดชอบต่อสังคมคือการช่วยเหลือผู้อื่นที่อยู่ในฐานะเดือดร้อน (social responsibility)

1.2.2 แนวคิดทางด้านจิตวิทยาเป็นมุมมองในเชิงส่วนบุคคลว่าการที่คนช่วยเหลือผู้อื่นเนื่องจากมีแรงจูงใจ 2 ชนิด ชนิดแรกคือแรงจูงใจเพื่อตนเอง (egoistic motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากต้องการตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นแรงจูงใจที่คาดว่าจะได้รับรางวัลตอบแทนในการช่วยเหลือซึ่งอาจเป็นค่าจ้าง การยอมรับของสังคม คำชมว่าเป็นคนดี

หรือคาดว่าจะเกิดสิ่งไม่ดีกับตนเองถ้าไม่ช่วยเหลือ เช่น ทำไปเพื่อป้องกันคำครหาหรือความรู้สึกผิด ถ้าไม่ช่วยเหลือ

ชนิดที่สองคือแรงจูงใจเพื่อผู้อื่น (altruistic motivation) เป็นแรงจูงใจที่ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ แรงจูงใจประเภทนี้มุ่งประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้รับความช่วยเหลือไม่ใช่ตนเอง ความรู้สึกที่ดีเช่นนี้มีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น พื้นฐานของความเป็นญาติความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ ความสัมพันธ์ในอดีตระหว่างผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ หรืออาจเป็นผลรวมของปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือดูแลของญาติผู้ดูแลที่บ้านนั้น

ผู้ช่วยเหลืออาจมีทั้งแรงจูงใจแบบ เพื่อผู้อื่น และ เพื่อตนเอง กล่าวคือในระยะแรกเริ่มของการเป็นผู้ช่วยเหลือในฐานะญาติผู้ดูแลที่บ้านนั้นบุคคลมักจะทำไปเพราะมีความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ แต่เมื่อช่วยเหลือไปนานๆ ก็อาจจะทำไปเพราะป้องกันคำครหา หรือต้องการสิ่งตอบแทน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ญาติผู้ดูแลที่บ้านอาจมีแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือแบบเพื่อผู้อื่น และแบบเพื่อตนเอง สลับสับเปลี่ยนไปในแต่ละระยะของการให้การดูแลผู้ป่วย (Biegel, 1991; ยุกาพิน ศิริ โพธิ์งาม, 1996)

จากการศึกษาเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีค์ในประเทศไทย (สุคศิริ หิรันชนหะ, 2541) พบว่าผู้ดูแลให้เหตุผลของการที่ต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลที่สะท้อนมาจากมุมมองของผู้ดูแลเองว่า เป็นหน้าที่ มีความสนิทกับผู้ป่วย เป็นการตอบแทนคุณความดี เป็นเวรกรรม เป็นผู้ที่สามารถหยุดงานมาดูแลได้ และเพราะเป็นผู้ชายร่างกายแข็งแรง จากเหตุผลที่ให้ของผู้ดูแลในสังคมไทยวิเคราะห์ได้ว่า เหตุผลของการมาเป็นผู้ดูแลมีความหลากหลายมิได้มองเพียงมิติใดมิติหนึ่ง เหตุผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองส่วนบุคคลของผู้ดูแลในเชิงบริบททางสังคมคือบรรทัดฐานทางสังคมและความรับผิดชอบทางสังคม (เป็นหน้าที่ เป็นการตอบแทนคุณความดี) มุมมองทางความเชื่อทางศาสนาเช่นศาสนาพุทธสอนว่า ทุกสิ่งเป็นสภาวะที่ต้องเกิดขึ้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ (เป็นเวรเป็นกรรม) เป็นกฎแห่งกรรมที่มีมาแต่อดีตส่งผลต่อปัจจุบันและปัจจุบันส่งผลในชาติหน้า เป็นเรื่องของบุญคือการกระทำในสิ่งที่ดี เป็นเรื่องของบาปคือการกระทำในสิ่งที่ไม่ดี ในศาสนาอิสลามเชื่อว่าการดูแลพ่อแม่จะเป็นทางสู่สวรรค์หรือพบแต่สิ่งที่ดีงาม

มุมมองทางสถานะเพศ (gender) ที่มองว่าผู้ชายเป็นเพศที่แข็งแรงเหมาะที่จะเป็นผู้ดูแลที่ไม่รู้สึกตัวหรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย นอกจากนี้ยังมีมุมมองในเชิงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้การช่วยเหลือและผู้รับความช่วยเหลือคือระดับของสัมพันธ์ภาพของทั้งสองฝ่ายที่มีต่อกัน มีความรักความผูกพันและความเห็นอกเห็นใจต่อกัน (สนิทกับผู้ป่วย ผู้ป่วยเจาะจงให้เป็น

ผู้ดูแล) นอกจากนี้เหตุผลด้านความพร้อมส่วนบุคคลจากเงื่อนไขด้านเวลา คือเป็นผู้ที่มีเวลาหรือสามารถหยุดงานมาดูแลได้ (สุคศิริ หิรันขุนหะ, 2541; Subgranon, 2000; Hatthakit, 1999)

จากแนวคิดและมุมมองของเหตุผลทั้งจากทฤษฎีและการศึกษาเชิงประจักษ์ที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ว่าการที่จะเข้าใจเหตุผลของการต้องกลายมาเป็นผู้ดูแลนั้นเป็นองค์รวมและความหลากหลายขึ้นกับบริบทต่างๆ นอกจากนี้ลักษณะส่วนตัวของผู้ดูแลทั้งในเชิงอายุ ระยะเวลาพัฒนาการ (stage of life) และความคาดหวังที่เกี่ยวข้องต่างๆจะเปลี่ยนแปลงบริบทของการให้การดูแลและมีผลต่อประสิทธิภาพของผู้ดูแล (Schofield, 1998) ดังนั้นการศึกษาเหตุผลของการมาเป็นผู้ดูแลในแต่ละบริบทเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องแสวงหาและทำความเข้าใจว่าสิ่งเหล่านั้นคืออะไร

กรณีกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติและมาด้วยการว่าจ้างมักจะมีเหตุผลว่าเป็นการบริการที่อาจมาจากระบบบริการสุขภาพที่เป็นของรัฐหรือบริการที่มาจากลักษณะต่างๆซึ่งผู้ดูแลมักต้องมีการอบรมศึกษาหรือฝึกทักษะเฉพาะ

กรณีที่ไม่ใช่ญาติ และไม่มีการว่าจ้างมาเป็นผู้ดูแลมักเรียกว่าอาสาสมัคร การมาทำหน้าที่นี้อาจมีเหตุผลของการได้มีโอกาสทำในสิ่งที่ต้องการ และสอดคล้องกับความสามารถที่เขามีอยู่ เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เป็นการลดบทบาททางสังคมลง และเพิ่มความเข้มแข็งในบทบาทนอกครอบครัว (Baldock & Ungarson, 1991 cited by Schofield, 1998) นั่นคือผู้ดูแลแบบอาสาสมัครมีแรงจูงใจส่วนตัวในการทำบทบาทผู้ดูแล และมีโอกาสในการเลือกที่จะยุติการเป็นผู้ดูแลได้โดยไม่ต้องมีความรู้สึกรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ดูแลอาสาสมัครให้การดูแลแล้วอาจเกิดความรู้สึกผูกพันกับผู้รับการดูแล แต่ก็สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงผู้ดูแลได้นั่นคือผู้ดูแลแบบอาสาสมัครมีโอกาสที่จะทำหรือหยุดการทำหน้าที่เมื่อใดก็ได้ (Schofield, 1998)

### 1.3 ปัญหาที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแล

ผลจากการต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาดังนี้

#### 1.3.1 ปัญหาด้านจิตใจอารมณ์

มีการกล่าวถึงปัญหาด้านจิตใจในการศึกษาวิจัยมากที่สุด 3 ประเด็น คือ ภาวะซึมเศร้า การเป็นภาระและความเครียด โดยมีการรายงานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Anderson et al, 1995; Dennis, 1998; Kotila et al, 1998; Low, Payne, Roderick, 1999; Han & Haley, 1999; Teel, Duncan, Lai, 2001) และสามารถพบได้ตั้งแต่ช่วง 3 เดือนหลังจากเกิดภาวะสโตรคขึ้นไป และพบว่าเพศหญิงจะมีอาการมากกว่าเพศชาย (Kotila, 1998) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงมากขึ้นเพียงใดขึ้นกับลักษณะทั้งของผู้ป่วย เช่น ระดับการพึ่งพาสูงของผู้ป่วย มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ สภาพการพึ่งพาก่อนเจ็บป่วย (Dennis, et al, 1998) การรับรู้เกี่ยวกับการหาย การมี

กิจกรรมลดลงของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้า (Wade, Legsmith, Hewers, 1986) และกับลักษณะของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ โดยผู้ดูแลอายุน้อยจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุ สุขภาพกาย สุขภาพจิต (Han&Haley, 1999; Teel, Duncan, Lai, 2001) ในผู้ที่เป็นการพยาบาลว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเสื่อมด้านการรับรู้ ความรู้สึกเป็นห่วงในอนาคต และระดับความสามารถของผู้ป่วย (Forsberg-Warlebey, Moller, Blomstrand, 2001) นอกจากนี้เรื่องภาวะซึมเศร่ายังมีประเด็นด้านอารมณ์ที่พบจากการวิจัยต่างๆคือ

#### ความรู้สึกเป็นภาระ

Scholte et al. (1998) พบว่าผู้ดูแลรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระในรูปของการแบกรับความรับผิดชอบอย่างมาก มีความรู้สึกไม่มั่นใจในความต้องการของผู้ป่วย รู้สึกวิตกกังวลตลอดเวลา ระบุว่าชีวิตสังคมของตนถูกพันธนาการและรู้สึกว่าผู้ป่วยพึ่งพาตนเองเฉพาะการให้การช่วยเหลือ ส่วนตัวทำนายความรู้สึกเป็นภาระนั้นเป็นปัจจัยทางด้านผู้ดูแลทั้งสิ้น คือ ความเจ็บป่วยทางอารมณ์ ความเหงาว่าเหว่ ข้อจำกัดทางร่างกายของตนเอง ข้อมูลที่ได้รับ ความต้องการการสนับสนุนทั้งด้านจิตใจและการช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วย

#### ความรู้สึกตึงเครียดของผู้ดูแล

ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกตึงเครียดในช่วง 6 เดือน หลังจากดูแลผู้ป่วยสโตรค์ และพบว่าสาเหตุของการเกิดความรู้สึกตัวเครียด คือ ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย เวลาที่อยู่กับผู้ป่วยและความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยสโตรค์ ซึ่งถ้ามีมากจะทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดมาก (Bugge, Alexander, Hagen, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียดในช่วง 1 ถึง 6 เดือนของการดูแล ซึ่งตัวที่ก่อให้เกิดความเครียด คือพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การพึ่งพาสูง สภาพอารมณ์ที่ฉุนเฉียว ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถูกกักกัน และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วย (Teel, Duncan, Lai, 2001; William, 1994)

#### 1.3.2 ความรู้สึกสูญเสียของผู้ดูแล

เนื่องจากต้องแบกรับความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสโตรค์ที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ที่คุ้นเคยในตัวผู้ป่วย จากการที่ผู้ป่วยที่เป็นญาติใกล้ชิดที่ช่วยเหลือตนเองได้มีสุขภาพดีกลายเป็นผู้ป่วย และมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง (Grant, 1996) และการที่ต้องทำหน้าที่ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในบทบาท ซึ่งมักจะมีผลให้เกิดความรู้สึกว่าความเป็นตัวของตัวเองลดน้อยลง (Pearlin, Lieberman, Menaghan, and Mullan, 1981 อ้างใน Grants & Devis, 1996) Grant, Devis (1996) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรค์ที่บ้านมีความรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเองดังนี้

- (1) การสูญเสียความเป็นตัวเองที่เคยเป็นมาก่อนกล่าวคือ ต้องเปลี่ยนแปลงทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสโตรค ซึ่งไม่เคยทำมาก่อน
- (2) การสูญเสียความเป็นตัวเองในแง่ความเป็นส่วนตัว การที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และสติปัญญาทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง กล่าว ไม่กล้าละทิ้งผู้ป่วยไปทำกิจกรรมของตนเอง
- (3) การสูญเสียความสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากการต้องมาเป็นผู้ดูแล ทำให้สมาชิกครอบครัวรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลลังเลที่จะติดต่อขอความช่วยเหลือในการทำหน้าที่เพราะทุกคนรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล
- (4) ความรู้สึกสูญเสียการรู้จักตนเอง เนื่องจากต้องรับบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นบทบาทไม่คุ้นเคยมาก่อน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหากับสิ่งที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน และ รู้สึกไม่แน่นอนในการแก้ปัญหาและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยสโตรค

### 1.3.3 ปัญหาด้านชีวิตสังคม การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต

จากการต้องมาเป็นผู้ดูแลพบว่าเวลา และการต้องถูกจำกัดในสถานที่ที่เป็นประเด็นสำคัญต่อชีวิตสังคมของผู้ดูแล เนื่องจากระยะเวลาที่อยู่กับผู้ป่วยที่ยาวนาน และการต้องทำภารกิจให้กับผู้ป่วยหลายอย่าง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปเช่น การเปลี่ยนแปลงนิสัยด้านโภชนาการทั้งรูปแบบอาหาร วิธีการรับประทาน ปัญหาของการรับประทาน ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน การเปลี่ยนแปลงการออกกำลังกาย คือไม่มีเวลาออกกำลังกาย ไม่มีโอกาสเข้าสังสรรค์กับชุมชน ขาดการปะทะสังสรรค์กับครอบครัว กับเพื่อน การดูแลตนเอง ภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่มุ่งเป็นไปในแง่ลบมากกว่าแง่บวก (Periad & Ames, 1993)

### 1.3.4 ปัญหาด้านครอบครัว

การต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายจิตใจทำให้เกิดปัญหากับครอบครัว คือ เกิดความรู้สึกไม่เข้าใจกัน ความรู้สึกถูกทอดทิ้งกันในระหว่างสมาชิก ความรู้สึกตัวเครียด นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว ถ้าผู้ป่วยสโตรคเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว รวมทั้งครอบครัวของบุตรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (Anderson et al, 1995; Teel, Duncan, Lai, 2001)

### 1.3.5 ปัญหาในด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

ในฐานะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องเป็นผู้ช่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยสูญเสียการดูแลตนเอง และด้านสติปัญญาการรับรู้ พบว่ามีกิจวัตรประจำวันที่จะต้องทำจำนวนมาก เช่น ช่วยเคลื่อนย้ายจากเตียง ทำความสะอาดร่างกาย การพาเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่าย

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมด้านการเตรียมอาหาร ช่วยในการเดินทาง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องใช้ทั้งเวลา และพลังงาน อย่างมาก (Grant, 1996)

### 1.3.6 ปัญหาด้านการแสวงหาและการใช้แหล่งช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม

ผู้ดูแลกล่าวถึงปัญหาในการแสวงหา และใช้แหล่งช่วยเหลือทั้งในด้านการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในการดูแล การช่วยเหลือเฉพาะของคนพิการตามสิทธิ์ และค่าใช้จ่าย เพราะการรักษาบางเรื่องไม่ครอบคลุมในการประกันสุขภาพที่มีอยู่ (Grant, 1996)

### 1.3.7 ปัญหาด้านการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม

ความเหงา และความเบื่อเป็นปัญหาของผู้ดูแลที่รู้สึกทั้งในตนเอง และผู้ป่วยซึ่งต้องการการสนับสนุนจากแหล่งช่วยเหลือ (Grant, 1996)

### 1.3.8 ปัญหาทางสุขภาพกาย

ผู้ดูแลจะรู้ดีว่าสุขภาพของตนเองไม่แข็งแรง รู้สึกเหนื่อยและอ่อนล้า นอนไม่หลับ ตกใจง่าย ใจสั่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ และหายใจไม่เต็มอึด (William, 1994; สายพินเกษมกิจวัฒนา; 2537)

## 1.4 ความต้องการของผู้ดูแล

จากการวิเคราะห์การศึกษาวิจัยจำนวน 5 เรื่องเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน (Vanetian & Corrigan, 1995; Ragsdale, et al, 1993; Schofield, 1998; สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2540; พรทิพย์ พิมพ์สมาน, จริญญา สงวนเผ่า, พินทิพย์ สีน้อย, 2544) พบว่าผลกระทบจากการต้องการดูแลผู้ป่วยสโตรคในครอบครัวทำให้เกิดความต้องการในผู้ดูแลที่บ้านดังนี้

1.4.1 ความต้องการความรู้และข้อมูล เช่น ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย การฟื้นฟู การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดจนคำปรึกษา แนะนำเมื่อเกิดปัญหา

1.4.2 ความต้องการสนับสนุนด้านกำลังใจ ประคับประคองจิตใจ ให้ผู้อื่นเห็นคุณค่าในตนเองที่ต้องมาทำเป็นผู้ดูแล ต้องการให้ผู้อื่นห่วงใยเข้าใจตนเองในฐานะผู้ดูแล และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ต้องการ การช่วยเหลือในการป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วยด้านจิตใจ และการเผชิญปัญหาต่างๆ

1.4.3 ความต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วย และการจัดการภาระงาน กิจกรรมต่างๆภายในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงซึ่งมีบทบาทความรับผิดชอบด้านอื่นๆ เช่นการดูแลบุตรและงานบ้าน

1.4.4 ความต้องการด้านการมีเวลาส่วนตัว เพื่อที่จะมีโอกาสผ่อนคลาย ทำกิจกรรมส่วนตัว หรือเข้าสังคมพบปะสังสรรค์ และดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง

1.4.5 ความต้องการด้านแหล่งช่วยเหลือทั้งด้านสิ่งของ ค่าใช้จ่าย เพราะความเจ็บป่วยทำให้เกิดผลกระทบในเรื่องรายได้ อาจอาจเป็นได้ทั้งค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น หรือ การขาดรายได้ที่เคยหาได้ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว

**โดยสรุป** จากการทบทวนเกี่ยวกับความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่างานวิจัยมุ่งเน้นการศึกษาในด้านผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยสตรีค โดยมีรูปแบบของการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยมีการกำหนดตัวแปรต้น (antecedent variable) ซึ่งส่วนใหญ่มาจากตัวผู้ป่วยสตรีค ตัวแปรต้นเหล่านั้นได้แก่ ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยสตรีคที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย ส่วนตัวแปรตาม ส่วนใหญ่เป็นการประเมินภาวะจิตสังคม ภาย สุขภาพจิต ของผู้ดูแล เช่น ภาวะซึมเศร้า การรับรู้การเป็นภาระ ความเครียด การรับรู้ความช่วยเหลือทางสังคม ความพึงพอใจในชีวิต

การศึกษาเหล่านี้มุ่งอธิบายในตัวแปรที่สนใจโดยตัดบริบทต่างๆออกทำให้ขาดความเข้าใจผลการศึกษาลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการดูแลผู้ป่วยสตรีคที่บ้าน มีการศึกษาเพื่ออธิบายให้เห็นเป็นภาพรวมโยงใยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่สนใจน้อยมาก

## 2. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคในประเทศไทย

จากหลักฐานรายงานการศึกษาวิจัยที่ปรากฏจำนวน 20 เรื่อง พบว่าเริ่มมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคที่บ้านตั้งแต่ปี พ.ศ.2531 (นิตยา สุทธยากร, 2531) งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา (วิทยานิพนธ์) ทั้งในระดับปริญญาโทและปริญญาเอกมีส่วนน้อยที่เป็นงานในสถาบันการรักษาลักษณะงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 17 เรื่อง และเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 2 เรื่อง (Subgranon, 2000; นันทพร ศรีนิยม, 2545) และวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 1 เรื่อง (สุดศิริ หิรินชุนหะ; 2541) สำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ มีจำนวน 11 เรื่อง ที่เป็นการศึกษา เชิงบรรยายและหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล เช่น ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ของผู้ดูแล ความสามารถในการเผชิญปัญหา การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และตัวแปรเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยของผู้ดูแล กับตัวแปรตามเกี่ยวกับผู้ดูแลเช่น ความมั่นใจ ความเหนื่อยหน่าย ความรู้สึกเป็นภาระ ความพึงพอใจ การทำบทบาทของผู้ดูแล ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ความต้องการในฐานะผู้ดูแล และ ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นการอธิบายภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคว่าเป็นอย่างไร (นิตยา สุทธยากร, 2531; จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน, 2536; เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2538; อรุณา ชูบุรี, 2538;

จินตนา, สมนึก, 2540; เพียงใจ ตรีไพรวงศ์, 2540; จอม สุวรรณโณ, 2540; สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; เสาวลักษณ์ วงศ์จรรโลงสิน, 2541; ทิตยา , ทิพสำเหนียก, 2543; พรทิพย์ พิมพ์สมาน, จริญญา สงวนเผ่า, พินทิพย์ สีนุ้ย, 2544) ในการทำวิจัยเชิงทดลอง (นภาพรณ์ แก้ววรรณ, 2533; อารมณ บุญเกิด, 2540; จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540; พรชัย จุลเมตต์, 2540; จารึก ธานีรัตน์, 2545) จะมุ่งหาการจัดกระทำที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถ มีทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน

การศึกษาเชิงทดลองสะท้อนให้เห็นว่า การศึกษาเหล่านี้มุ่งผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยสโตรคได้รับการดูแลที่ดี โดยให้ความสนใจสุขภาพ และความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลก่อนข้างน้อยตัวแปรที่นำมาเป็นตัวจัดกระทำล้วนได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาในต่างประเทศ โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิด เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจ ทฤษฎีความเครียดการเผชิญปัญหา ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติ ทฤษฎีเหล่านี้จะเป็นกรอบในการกำหนดตัวแปรที่ศึกษาดังนั้นผลการศึกษาจะเป็นการอธิบายตัวแปรเกี่ยวกับผู้ดูแล ภายใต้กรอบทฤษฎีนั้น ทำให้ไม่มีโอกาสได้ค้นพบตัวแปรใหม่ที่เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยสโตรค

สำหรับในประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ได้เริ่มมีการศึกษาโดยมีฐานความเชื่อว่า ความเป็นจริงทางสังคมนั้นหลากหลาย ซับซ้อนนั้นขึ้นอยู่กับบริบท มีทั้งความเกี่ยวพันและขัดแย้ง และมีความเป็นพลวัตร จึงเริ่มมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยให้ความสำคัญกับผู้ที่อยู่ในสังคมนั้นว่าเป็นผู้รู้ข้อเท็จจริงที่สุด สูดศิริ (2541) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน โดยศึกษาในจังหวัดภาคใต้ วิเคราะห์สถานการณ์กระบวนการดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน ตามมุมมองของผู้ดูแลครอบครัว เครือญาติ และกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้ภาพที่เป็นจริงของสถานการณ์การดูแล และร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านพัฒนารูปแบบการดูแลเหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งการพัฒนารูปแบบนี้ต่างจากการศึกษาเชิงทดลองในการศึกษาเชิงปริมาณที่ผ่านมาเพราะไม่ได้วิเคราะห์หาสภาพการณ์ที่เป็นจริง แต่ใช้ฐานความเชื่อว่าความรู้เป็นสากลดึงเอาการจัดกระทำที่พิจารณาว่าเหมาะสมมาทดลองหรือยืนยันกฎเกณฑ์ทำให้การศึกษางานเรื่องไม่มีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Subgranon (2000) ได้ศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นสโตรคในจังหวัดฉะเชิงเทราซึ่งเป็นบริบทภาคกลาง โดยวิธีการวิจัยทฤษฎีติดดิน ผลการศึกษาได้ข้อความรู้จากมุมมองของผู้ดูแลเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน ที่มีบริบท 7 บริบทที่เอื้อต่อการคงการดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน และได้ข้อค้นพบว่าศาสนามีอิทธิพลให้เกิดบริบทที่คงการดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน นันทพร (2545) ได้ศึกษาประสบการณ์เผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในจังหวัดภาคใต้ทำให้เกิดความเข้าใจการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในมุมมองของผู้ดูแล ซึ่งจะเอื้อประโยชน์อย่างมากในการเข้าใจการจัดบริการแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย สโตรค

สำหรับจังหวัดขอนแก่น ทิตยา (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคโดยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลจากสองโรงพยาบาลในจังหวัด เป็นการทำวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ความต้องการในการดูแลกับความพึงพอใจในชีวิต การศึกษานี้ได้ผลยืนยันกฎเกณฑ์เฉพาะความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแล แต่ไม่ยืนยันกฎเกณฑ์ที่ว่า ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยสตรีคมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล หลักฐานนี้น่าจะเป็นตัวอย่างของการอธิบายว่ามีบริบทอะไรที่ไม่เอื้อต่อการพิสูจน์กฎเกณฑ์นี้ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคที่ผ่านมาโดยดูจากตัวแปรที่ศึกษา และวิธีการแสวงหาความรู้พบว่ามีช่องว่างเกี่ยวกับข้อความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลว่ารับรู้ และให้ความหมายต่อการเป็นผู้ดูแลที่บ้านอย่างไรในบริบทอีสาน แบบแผนของการเป็นผู้ดูแล รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยสตรีคที่บ้าน ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลที่บ้าน ตามมุมมองของผู้ดูแลเองในบริบทอีสาน ยังไม่มีการศึกษา และอธิบายอย่างเป็นระบบ จากความเชื่อเรื่องความเป็นจริงในโลกมีความหลากหลาย ทั้งเชิงชีวภาพ และวัฒนธรรม ดังนั้นความเป็นจริงในทุกตารางนิ้วของแผ่นดินไทยก็มีความหลากหลายเช่นกัน ถ้าสังคมไทยรู้ความจริงเกี่ยวกับแผ่นดินไทย การรู้จริงนั้นจึงจะเป็นฐานให้ทำอะไรได้ถูกต้อง ดังนั้นถึงเวลาที่จะต้องมีการศึกษาความหลากหลายทางชีวภาพ และวัฒนธรรมพร้อมๆกันไปในทุกพื้นที่ทุกจังหวัด (ประเวศ วะสี, 2539 อ่างในเอกวิทย์ ณ ถลาง, 2540) ดังนั้นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคในเขตชุมชนเมืองจังหวัดขอนแก่น จะเป็นการเติมเต็มช่องว่างเกี่ยวกับข้อความรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย สตรีค ในบริบทอีสานเช่นกัน

### 3. แนวคิดทฤษฎีบทบาท

ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยสตรีคและมีการให้การดูแลกันโดยสมาชิกของครอบครัวแสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์กันเกิดขึ้นตามสิทธิ และหน้าที่ของแต่ละบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทของแต่ละคน ดังนั้นการที่จะทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีคที่บ้านจึงจำเป็นต้องนำแนวคิดทฤษฎีบทบาทมาเป็นตัวชี้้นำในการศึกษาทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของการเป็นผู้ดูแล เพราะเมื่อมีบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์ ก็จะมีความหมายเรื่องของบทบาทเกิดขึ้น

### 3.1 ความหมายของบทบาทและทฤษฎีบทบาท

**3.1.1 บทบาทหมายถึง** กลุ่มพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐานและตามความคาดหวังของสังคม ตามสถานภาพของบุคคลนั้น (Nye & Bernado, 1974)

บทบาท หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ที่คาดหวังของบุคคลที่ดำรงอยู่ในตำแหน่งสังคม (Joos, Nelson & Lyness, 1985)

จากคำจำกัดความจะเห็นได้ว่าในเรื่องของบทบาทจะมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องคือ ตัวบุคคล การแสดงหรือพฤติกรรมและฐานะ

**3.1.2 ทฤษฎีบทบาท** หมายถึง กลุ่มของแนวคิดและกลุ่มของสมมุติฐานที่ทำนายว่า บุคคลจะแสดงบทบาทอย่างไรภายใต้บทบาทที่ถูกกำหนดหรือภายใต้สถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งคาดว่าจะมีการแสดงพฤติกรรมที่คาดหวัง (Hardy & Conway, 1978,)

#### 3.1.3 กลุ่มมุมมองที่สำคัญในทฤษฎีบทบาท

มุมมองที่สำคัญในการศึกษาบทบาทและการแสดงบทบาทที่นำมาใช้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ในวิชาชีพสุขภาพ มี 2 มุมมอง คือมุมมองเชิงหน้าที่นิยมและมุมมองเชิงปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Hardy & Conway, 1978)

##### มุมมองเชิงหน้าที่นิยม (Functionalist perspective)

มุมมองนี้มองว่าสถาบันต่างๆที่เกิดขึ้นในสังคมเกิดขึ้นเพื่อการตอบสนองความต้องการในสังคมนั้นๆ โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ภาคส่วนแรงงานในสังคม เป็นตัวแสดงถึงการถึงการพัฒนาการ โดยสังคมนั้นมีการพัฒนามากเท่าใด โครงสร้างสังคมก็มีความซับซ้อนมากเท่านั้น

มุมมองแบบโครงสร้างหน้าที่ มอง สังคม บทบาท สถาบัน วัฒนธรรม และบรรทัดฐานทางสังคม ว่าเป็น “ข้อเท็จจริงทางสังคม” (social facts) ของสังคมนั้น ข้อความจริงจะมีการถ่ายทอดมาตามชั้นวัย เรียกว่า เป็นกระบวนการสังคมนิยม (socialization process)

บทบาทได้ถูกสร้างว่าเป็น “ข้อเท็จจริงทางสังคม” ตามมุมมองของนักหน้าที่นิยมการแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นจากการชี้นำของสังคมนั้น ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง และจะมีการต่อต้านไม่ยอมรับ (sanction) ถ้าบุคคลแสดงพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนบรรทัดฐานของสังคมนั้น บรรทัดฐานที่เป็นที่ยอมรับของสังคมเป็นแรงผลักดันที่เข้มแข็งที่สุดในการคงไว้ซึ่งบทบาทต่างๆ ซึ่งการยอมรับในบรรทัดฐานนั้นๆทั้งหมด เรียกว่า “จิตสำนึกโดยรวม” (conscience collectivity)

บทบาทตามมุมมองหน้าที่นิยม เป็นกลไกเบื้องต้นที่จำเป็นต้องมีในระบบสังคม โดยมีสัมพันธ์ภาพเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวระหว่างบทบาทและโครงสร้างของสังคม คล้ายกับระบบอวัยวะและหน้าที่ของสิ่งมีชีวิต

โดยสรุปมุมมองเชิงหน้าที่นิยมมองว่าบทบาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งในสังคม ซึ่งเป็นไปตามความคาดหวังและความต้องการทางสังคม มีกฎเกณฑ์บังคับให้เป็นไปตามสังคม และมีบทลงโทษหากมีการฝ่าฝืน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเกิดขึ้น โครงสร้างในสังคม และโอกาสของแต่ละบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงแบบแผน เป็นไปได้อย่างมีข้อจำกัด

### มุมมองในเชิงปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic interactionist perspective)

มุมมองนี้มองบทบาทและพฤติกรรมบนความหมายของการกระทำหรือสัญลักษณ์ของผู้กระทำในกระบวนการของการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มุมมองนี้เน้นที่ความหมายของสัญลักษณ์ทั้งหมดไม่ได้มีนัยสำคัญกับผู้กระทำทุกคน สัญลักษณ์จะแยกแยะได้โดยผู้กระทำ แต่ละคนในสังคม และสัญลักษณ์ต้องมีความหมายตามธรรมชาติของสังคมของบุคคลที่แสดง นอกจากนี้ สัญลักษณ์ที่มีนัยสำคัญต้องมีความหมายเหมือนกันในผู้แสดงแต่ละคนที่อยู่ในสถานการณ์ ที่พวกเขาเหล่านั้น ได้ถูกผสมผสานอยู่ในกระบวนการสื่อสารเดียวกัน และที่สำคัญสัญลักษณ์ที่มีนัยสำคัญจะสามารถยับยั้งหรือเอื้อต่อการเกิดการกระทำของบุคคลอื่นทั้งสามารถควบคุมการกระทำของผู้กระทำหรือบุคคลอื่น การแสดงบทบาทของผู้อื่น หมายถึง บุคคลมีความเข้าใจในความหมายหรือทำที่ของผู้อื่น และความหมายนั้นยังควบคุมพฤติกรรมของผู้อื่น ในการแสดงบทบาทด้วย

มุมมองนี้มองว่าการเกิดอัตลักษณ์เชิงบทบาท (role identity) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและเป็นผลลัพธ์ของการที่บุคคลเข้าใจตนเอง และมุมมองจากผู้อื่นด้วย

วิธีการเชิงปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ สามารถนำมาศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ได้เหนือกว่ามุมมองเชิงโครงสร้างหน้าที่ เนื่องจากมุมมองเชิงโครงสร้างหน้าที่ไม่สามารถศึกษาพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่องในสังคมที่ซับซ้อน นอกจากนี้มุมมองเชิงหน้าที่ไม่ได้คำนึงถึงอิทธิพลบุคลิกภาพและประสบการณ์การเลี้ยงดูในวัยเด็กว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ ของพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคล รวมทั้งไม่ได้คำนึงถึง ลักษณะทางด้านจิตใจ และสังคมของมนุษย์ มองแค่ความมนุษย์เป็น สิ่งมีชีวิต ที่ตอบสนองต่อเป้าประสงค์ (objects) ที่มีในสิ่งแวดล้อม โดยไม่มีการตีความจากตัวบุคคล มุมมองทั้งสองนำมาเปรียบเทียบดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบมุมมองในปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2 รูปแบบ

<p>มุมมองเชิงหน้าที่ (Functionalist view)</p>	<p>มุมมองเชิงปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic interactionist view)</p>
<p>1. เป้าประสงค์และบุคคล คือ ตัวกระตุ้นเร้าที่มีต่อบุคคลแต่ละคน</p>	<p>1. บุคคลแต่ละบุคคลสร้าง เป้าประสงค์บนพื้นฐานของกิจกรรมของเขา บุคคลให้ความหมายต่อ เป้าประสงค์ (object) และตัดสินใจบนพื้นฐานการพิจารณาของตนเอง</p>
<p>2. การกระทำ คือการตอบสนองต่อความต้องการตามความต้องการบรรทัดฐานของสถานการณ์นั้นๆ</p>	<p>2. บุคคลตัดสินใจตามความปรารถนาที่จะทำอะไรและอย่างไร บุคคลเป็นผู้พิจารณาเกี่ยวกับเบาะแสทั้งภายใน ภายนอกตีความตามนัยของตนเองในการกระทำ</p>
<p>3. สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรม</p>	<p>3. ด้วยกระบวนการตัดสินใจของตนเองบุคคลยอมรับหรือปฏิเสธหรือปรับเปลี่ยนความหมายเป็นตัวที่มีอิทธิพล (ความคิดของบุคคลเองมีอิทธิพลต่อการแสดง)</p>
<p>4. การกำหนดรายละเอียดของการกระทำหรือบรรทัดฐาน เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่ถูกต้อง เป็นความจริงทางสังคม</p>	<p>4. ทักษะคติของบุคคลอื่น เป็นพื้นฐานของการแสดงการกระทำของบุคคล</p>
<p>5. การกระทำ คือ หนึ่งเดียว เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ มีเริ่มต้น มีสิ้นสุด</p>	<p>5. การกระทำเปิดเผยตลอดเวลาและการสิ้นสุดการกระทำจะไม่สามารถทำนายได้ที่จุดเริ่มต้น</p>
<p>6. การกระทำจะมีการตอบสนองจากผู้อื่นทั้งแบบดีหรือไม่ดีก็ตาม</p>	<p>6. การแสดงตรวจสอบความตรงโดยการตอบสนองของผู้อื่น</p>
<p>7. บุคคลกระทำ บนพื้นฐานของความเป็นจริงตามวัตถุประสงค์ทั่วไป</p>	<p>7. ความเป็นจริง นิยามโดยผู้แสดงแต่ละคน บุคคลให้นิยามสถานการณ์ตามที่เขามองและแสดงออกตามการรับรู้</p>
<p>8. การแสดงของกลุ่ม คือ การแสดงออกของความต้องการทางสังคม และค่านิยมทางสังคมที่มีร่วมกัน</p>	<p>8. การกระทำของกลุ่ม คือการแสดงของบุคคลทั้งหลาย ที่เผชิญต่อสถานการณ์ชีวิตของเขาทั้งหลาย</p>

มุมมองทั้ง 2 มุมมองดังกล่าวนี้มีองค์ประกอบที่ร่วมกันอยู่ดังนี้คือ

(1) **โครงสร้างบทบาท** หมายถึง องค์ประกอบของบทบาท ซึ่งได้แก่ บุคคล พฤติกรรมและตำแหน่งหรือสถานะ

บุคคลอาจเรียกว่า อีโก้ ตนเองหรือผู้กระทำ (Biddle & Thomas, 1966) นักโครงสร้างนิยมจะดูคุณลักษณะเฉพาะของผู้ที่อยู่ในบทบาทและดูที่ภารกิจที่กระทำ ส่วนนักปฏิสัมพันธ์ จะอธิบายคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสู่บทบาท การรับรู้ในบทบาท และ ปฏิสัมพันธ์ในบทบาท

การกระทำหรือพฤติกรรมมักอธิบายว่าเป็นการกระทำโดยผู้สวมบทบาทนั้นๆ ซึ่งพฤติกรรมนั้นมักจะมีอิทธิพลมาจาก บรรทัดฐานหรือการไม่ยอมรับ การแสดงเป็นสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ได้

ฐานะ มักจะถูกนิยามว่าเป็น อายุ เพศ และการศึกษาซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานของการได้ตำแหน่งเฉพาะและฐานะอาจต้องการความชำนาญ หรือความสามารถเฉพาะ ฐานะจึงหมายถึง การระบุโดยชื่อ เช่น แพทย์ พยาบาล คนที่อยู่ในฐานะนั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้แต่ฐานะไม่สามารถเปลี่ยนได้

(2) **สังคมกรรมทางบทบาท (role socialization)** คือ กระบวนการของการได้มาซึ่งบทบาทเฉพาะหมายรวมถึงบทบาทที่คาดหวัง การเรียนรู้บทบาท และการแสดงบทบาทซึ่งมองเห็นกระบวนการได้ดังนี้ คือ

(2.1) บทบาทที่คาดหวัง คือ การที่คาดหวังในบทบาทใดๆตามสิทธิโดยสิทธิส่วนตัว หน้าที่ ความรับผิดชอบ ของตำแหน่งใดๆ ในระบบสังคมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ดำรงบทบาทในโครงสร้างของสังคม หรืออาจจะกล่าวได้ว่าเป็นความเชื่อโดยบุคคลทั้งหลายในสังคม

(2.2) พฤติกรรมเฉพาะ ในตำแหน่งเฉพาะนั้นๆ บทบาทที่คาดหวังว่าจะช่วยในการผสมผสานบุคคลเข้าสู่ระบบและสื่อสารโดยการบอกกล่าวโดยตรง และการยอมรับหรือไม่ยอมรับ การเสนอแนะโดยกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลที่มีความสำคัญอื่นๆ บทบาทที่คาดหวังอาจมองได้หลายมิติเช่น จากทั่วไปสู่ลักษณะเฉพาะ หรือมิติของขอบเขตของพฤติกรรมหรือความชัดเจนในการแสดงบทบาท และลักษณะที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ

(2.3) การเรียนรู้บทบาท (role learning) คือกระบวนการที่วางตนเองให้เหมาะสมในระบบโครงสร้างเชิงสังคม การเรียนรู้มาตั้งแต่วัยทารก และการเรียนรู้ก็คือว่าเป็นการเตรียมพร้อมเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ และมีการพัฒนาตลอดวงจรชีวิต (Hardy & Conway, 1978)



บทบาทที่จะแสดงซึ่งความไม่ชัดเจนอาจมาจาก ความไม่ชัดเจนจากองค์กรที่ระบุบทบาท หรือจาก ตัวผู้แสดงบทบาทอาจไม่ชัดเจนในบทบาทของตนเอง แม้บทบาทที่ระบุอาจชัดเจนแล้ว

**โดยสรุป** ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของบทบาทตามมุมมองปฏิสัมพันธ์ สัญลักษณ์มาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการทำความเข้าใจชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน โดยมองว่า การทำบทบาทของผู้ดูแลเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยสโตรค ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยมีการสร้างเป้าประสงค์บนพื้นฐานกิจกรรม ให้ความหมายและตัดสินใจ บนพื้นฐานของการ พิจารณาและตีความด้วยตนเองว่าจะทำอะไรอย่างไร ในกระบวนการตัดสินใจของผู้ดูแลอาจมีการยอมรับหรือปฏิเสธ หรือปรับเปลี่ยนความหมาย นอกจากนี้ทัศนคติของผู้ป่วยยังเป็นพื้นฐานการกระทำ ของผู้ดูแล โดยถือว่าเป็นการตรวจสอบความตรงของการกระทำโดยการตอบสนองจากผู้ป่วยสโตรค นอกจากนี้แนวคิดทฤษฎีของบทบาท ทำให้เข้าใจธรรมชาติของการเกิดบทบาท ความหมายเชิง โครงสร้าง และการเรียนรู้ในการแสดงบทบาท ว่ามีกระบวนการอย่างไรตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นใน การแสดงบทบาท ซึ่ง แนวคิดทฤษฎีนี้จะกระตุ้นให้นักวิจัยเกิดแนวคิดในเก็บรวบรวมข้อมูล การ วิเคราะห์และตีความเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแล ซึ่งอาจได้ทั้งตัวผู้ป่วยและบุคคลอื่นๆ

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีเชิงตีความแบบปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic interactions)

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นวิธีการที่ศึกษาการ กระทำของมนุษย์ และกลุ่มมนุษย์ เน้นที่ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในธรรมชาติหรือในชีวิต ประจำวันของมนุษย์ ให้ความสนใจ “ประสบการณ์” ด้านพฤติกรรมว่า มนุษย์ให้ความหมายต่อเหตุ การณ์นั้นๆอย่างไร แสดงออกอย่างไรตามความเชื่อของมนุษย์ ตามแนวคิดทฤษฎีนี้ ความหมายที่ กำหนดโดยมนุษย์จะชี้นำพฤติกรรม (Morris, 1977 cited by Chenitz & Swanson, 1985) ดังนั้น ความจริง (reality) หรือ ความหมายของสถานการณ์นั้น ได้ถูกสร้างขึ้นโดยมนุษย์เองและนำไปสู่ การกระทำ และผลที่ตามมาของการกระทำ (Chenitz & Swanson, 1985)

George Herbert Mead นักจิตวิทยาสังคมได้อธิบายทฤษฎีนี้ให้ชัดเจนขึ้นว่า มนุษย์พัฒนา “จิต” (mind) “ตนเอง” (self) และกลายเป็นผู้ที่มีเหตุผล โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผ่าน กระบวนการทางสังคม ซึ่งการพัฒนาความเป็นตนเองของบุคคล คือการที่บุคคลสร้างความหมาย เกี่ยวกับตนเองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นพยายามสร้างความหมายว่าตนเองเป็นใคร สวม บทบาทของผู้อื่นในการมองตนเองนั้นมนุษย์ได้เรียนรู้ตั้งแต่เยาว์วัย

**สมมุติฐาน (premise) ของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ 3 ข้อมีดังนี้ (Blumer, 1969)**

สมมุติฐานที่ 1 มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆบนพื้นฐานของความหมายของสิ่งเหล่านั้นที่มีต่อมนุษย์ ซึ่งสิ่งเหล่านั้นได้แก่ วัตถุ บุคคล สถาบัน ความคิดที่นำเสนอ กิจกรรมของผู้อื่น สถานการณ์ต่างๆ

สมมุติฐานที่ 2 ความหมายเกิดมาจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลนั้นกับผู้อื่น

สมมุติฐานที่ 3 ความหมายที่เกิดขึ้นจะถูกถ่ายทอดและปรับเปลี่ยนผ่านทางกระบวนการตีความโดยบุคคลนั้นในสิ่งที่บุคคลเกี่ยวข้องหรือเผชิญอยู่

จากข้อสมมุติฐานดังกล่าวอยู่บนฐานความเชื่อว่า มนุษย์เป็นทั้งผู้ที่ตอบสนองและเป็นผู้ที่เผชิญกับสิ่งต่างๆ และมุ่งสู่การกระทำที่ต้องการ ในแนวคิดทฤษฎีนี้เน้นเกี่ยวกับพัฒนามโนทัศน์เกี่ยวกับ “ตนเอง” ซึ่งจะขึ้นพื้นฐานไปสู่การให้ความหมาย และการแสดงพฤติกรรมของตนเอง

พฤติกรรมหรือการกระทำต่อสิ่งนั้นของมนุษย์ได้มีการวางแผนมาก่อนบนพื้นฐานของความหมายและค่านิยมที่มีต่อมนุษย์ นั่นคือพฤติกรรมเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการแปลความของมนุษย์ทั้งส่วนตัวหรือกลุ่ม ที่ชี้้นำให้มนุษย์ให้ความหมายสิ่งต่างๆ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มนุษย์เข้าไปเผชิญหรือมีปฏิสัมพันธ์

ในประเด็นชีวิตสังคม พฤติกรรมของกลุ่มเป็นสิ่งที่กลุ่มบุคคลยึดถือปฏิบัติร่วมกัน โดยทุกคนต้องรับรู้ความหมายร่วมกัน โดยให้การสื่อสารเป็นกลไก ก่อให้เกิดการกลมเกลียวทางสังคมและภาษาที่รับรู้ร่วมกัน ทำให้แต่ละคนในกลุ่มมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีความหมายในกลุ่มคนในสังคมนั้นๆ

การศึกษาพฤติกรรมมนุษย์แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ ระดับพฤติกรรม หรือ ระดับปฏิสัมพันธ์และระดับสัญลักษณ์ โดยต้องมีการสังเกตพฤติกรรมในสถานการณ์ บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพได้นั้น ทั้งสองฝ่ายต้องพยายามสวมบทบาทหรือเข้าถึงอีกฝ่าย เพื่อที่จะมีการรับรู้การแสดงของอีกแต่ละฝ่ายที่แสดงออกต้องได้ตามอีกฝ่ายหนึ่งหรือสื่อความหมายให้ทราบและเข้าใจทั้งสถานการณ์ตามบริบทวัฒนธรรมในมุมมองของอีกฝ่ายหนึ่งได้

**โดยสรุป** การสร้างระบบสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและสอดคล้องกับบริบทของประชาชนต้องการองค์ความรู้พื้นฐานที่หนักแน่นเกี่ยวกับวิถีคิด การดำเนินชีวิตของประชาชนดังนั้น ในการทำความเข้าใจในประสบการณ์ชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยสโตร์คที่บ้านจำเป็นต้องศึกษาวิถีชีวิต ความเป็นอยู่แบบแผน ของการกระทำของผู้ดูแลรวมทั้งระบบคิด ระบบความเชื่อ ค่านิยมและความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตร์คที่บ้าน ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีเชิงตีความแบบปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มาเป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานเบื้องต้นในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อตรวจสอบและอธิบายความหมายและพฤติกรรมของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสโตร์คที่บ้านภายใต้บริบท

ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมตามสภาพที่เป็นจริงหรือในโลกของผู้ดูแลแต่ละคนและเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยตระหนักถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลในกระบวนการให้ความหมายของปรากฏการณ์ทางสังคมรวมทั้งการปรับบทบาทของนักวิจัยในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมกับการดูแลผู้ป่วย

เนื่องจากการศึกษาความจริงเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีที่บ้าน โดยมีเป้าหมายสำคัญที่จะทำความเข้าใจกับชีวิตผู้ดูแลตามมุมมองของผู้ดูแลเอง และจากความเชื่อว่าเป็นจริงดังกล่าวนั้นมีความเป็นองค์รวมขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและบริบทที่แวดล้อมผู้ดูแล วัฒนธรรมนับว่าเป็นข่ายโยงใยในระบบสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ดูแล แนวคิดเชิงวัฒนธรรมจึงมีความสำคัญเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการการศึกษาค้นคว้า

### 5.1 คำอธิบายเกี่ยวกับวัฒนธรรม

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงสาระเกี่ยวกับความหมายของวัฒนธรรม ลักษณะพื้นฐานของวัฒนธรรมและการศึกษาเชิงวัฒนธรรมมีมุมมองอย่างไรบ้าง

#### 5.1.1 ความหมายของวัฒนธรรม

งามพิศ (2535) ได้อธิบายความหมายของวัฒนธรรมว่าเป็นระบบความเชื่อ กิจกรรม เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ หรือวิถีชีวิตของมนุษย์ในด้านต่างๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิต

Leninger (1978 cited by Mendyka & Bloom, 1997) อธิบายวัฒนธรรมว่าเป็นกลุ่มของความเชื่อ ค่านิยม ความเข้าใจต่างๆร่วมกัน และแบบแผนพฤติกรรมของกลุ่มคนเฉพาะที่ได้มีการเรียนรู้ ถ่ายทอดตลอดเวลาผ่านการปลูกฝังวัฒนธรรม (enculturation) หรือ การรับวัฒนธรรมใหม่ (acculturation)

Clinton (1986 cited by Mendyka & Bloom, 1997) อธิบายว่า วัฒนธรรมเป็นแบบแผนของการใช้ชีวิตที่ได้เรียนรู้ ความเชื่อในเรื่องสุขภาพและพฤติกรรมที่ถ่ายทอดจากชนรุ่นหนึ่งสู่ชนรุ่นอีกรุ่นหนึ่ง โดยขบวนการปลูกฝังวัฒนธรรมตั้งแต่วัยเด็ก

Mendyka & Bloom (1997) ได้อธิบายว่าวัฒนธรรมคือสัญลักษณ์ที่มีความหมายที่ได้มีการแลกเปลี่ยนในระหว่างบุคคลโดยมีการสื่อสารผ่านทางสัมพันธภาพ ถ่ายทอด และดำรงรักษาไว้ในระหว่างบุคคลตลอดไป เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมจากเหตุการณ์ต่างๆในอดีต

ซึ่งสัญลักษณ์ที่มีความหมายนั้นอาจอยู่ในรูปของระบบคิด ความเชื่อทัศนคติที่มีผลต่อการกำหนดรูปแบบของประสบการณ์ชีวิตประจำวันของสมาชิกกลุ่ม

**โดยสรุป** นิยามของวัฒนธรรม หมายถึง สัญลักษณ์ที่มีความหมายสะสมมาจากประสบการณ์ที่ผ่านมาของสมาชิกกลุ่มทั้งที่เป็นนามธรรม คือระบบคิด ระบบเชื่อ ค่านิยม ความเข้าใจ และเป็นรูปธรรมคือ กิจกรรมที่เป็นแบบแผน เป็นวิถีชีวิต ชีวิตความเป็นอยู่ ซึ่งมีการสร้างขึ้นโดยมีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ร่วมกัน สื่อสาร ถ่ายทอดและดำรงรักษาไว้ตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อการเป็นกรอบในการกำหนดสร้างประสบการณ์ชีวิตของบุคคล และมีเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาปัญหาเพื่อความอยู่รอดของบุคคล

### 5.1.2 ลักษณะพื้นฐานของวัฒนธรรม

นักมนุษยวิทยาได้สรุปลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของวัฒนธรรมไว้ 6 ประการ (ยศ สันตสมบัติ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามที่สรุปข้างต้นดังนี้คือ

(1) วัฒนธรรมเป็นระบบความคิดและค่านิยมที่สมาชิกมีส่วนร่วมกัน ซึ่งเป็นตัวกำหนดมาตรฐานพฤติกรรม คนในวัฒนธรรมจะสามารถคาดคะเนพฤติกรรมของผู้อื่นในสถานการณ์ต่างๆ และทำพฤติกรรมให้สอดคล้องได้

(2) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้ ทีละเล็กทีละน้อยตั้งแต่เด็กจนเติบโตในสังคมแห่งนั้นๆ เป็นมรดกทางสังคมและมีการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง โดยผ่านกระบวนการถ่ายทอด หรือกระบวนการเรียนรู้ทางวัฒนธรรม

(3) วัฒนธรรมมีพื้นฐานจากการใช้สัญลักษณ์ ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสื่อสารความหมายกันและกัน และเก็บรวบรวมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมอย่างเป็นระบบ และสามารถถ่ายทอดยังชนรุ่นหลังต่อไป

(4) วัฒนธรรมเป็นองค์รวมของความรู้ และภูมิปัญญาในลักษณะที่ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อความอยู่รอด

(5) วัฒนธรรมเป็นกระบวนการที่มนุษย์กำหนดความหมายให้กับชีวิตและสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวเราซึ่งกลายเป็นการสร้างแนวความคิดพื้นฐานของระบบต่างๆในสังคม

(6) วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเป็นผลจากความคิดค่านิยมที่มาจากวัฒนธรรมอื่น หรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี

### 5.1.3 มุมมองในการนำมิติวัฒนธรรมมาใช้ในการศึกษาวิจัย

อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2544) ได้เสนอแนะพื้นฐานวิธีคิดในการนำมิติทางวัฒนธรรมมาเป็นมุมมอง ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมดังนี้

(1) มองปัญหาเป็นองค์รวม คือ มองความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งต่างๆ ว่ามีความสัมพันธ์ โดยไม่แยกแยะเป็นส่วน ต้องมองประสบการณ์หรือปัญหาอย่างเป็นระบบ มองให้เห็นภาพรวมโดยมองความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกัน

(2) มองวิธีคิดของคน การมองภาพรวมว่าคนมีวิธีคิดอย่างไร วิธีคิดนั้นหมายถึงอะไร โดยต้องตอบให้ได้ในภาพรวมของการมองที่เน้นที่ระบบวิธีคิด จะช่วยให้เราเชื่อมโยงปัญหาต่างๆ เข้าด้วยกันเป็นองค์รวม ดูว่าคนอธิบายสิ่งเหล่านั้นอย่างไร

(3) มองจากมุมมองของบุคคลที่เราศึกษา โดยวิเคราะห์มุมมองของบุคคลว่าเขาหมายความว่าอย่างไร หรือสิ่งนั้นสะท้อน และสื่อความหมายแทนอะไรบ้าง ใช้ระบบคิดอย่างไร เชื่อมโยงวิธีคิดในระบบนิเวศกับความสัมพันธ์คนในสังคมอย่างไร ดังนั้นมิติทางวัฒนธรรมจึงต้องมองแบบองค์รวม มองที่ระบบวิธีคิด มองจากมุมมองของบุคคลและมองให้เห็นการเชื่อมโยง

(4) ให้ความสำคัญกับอุดมการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอำนาจ ซึ่งครอบคลุมความคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรี สิทธิ และความมีตัวตนของกลุ่มคน

(5) มองในเชิงความเคลื่อนไหว เพราะวัฒนธรรมจะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ

(6) มองให้เข้าใจถึงความพยายามที่จะปลดปล่อยให้ยอมรับศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หมายถึง มิติทางวัฒนธรรมต้องให้ความสำคัญกับวิธีคิดที่จะส่งเสริมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีความเป็นอิสระของตัวเอง ไม่ถูกครอบงำทางความคิด ด้วยวิธีการปลดปล่อยการครอบงำด้วยการส่งเสริมให้เห็นศักยภาพและเข้าใจภูมิปัญญาคน มองคนเป็นคน เห็นศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นคน

## 5.2 การศึกษาเชิงวัฒนธรรมเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยในสังคมอีสาน

มีรายงานการศึกษาในสังคมไทยเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย เครือญาติจะมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ เกื้อกูลกันและกัน ตามสิทธิหน้าที่บางประการที่มีต่อกัน ตามความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งใกล้ชิด เครือญาติจึงเป็นที่พึ่งของบุคคล ทั้งเบื้องต้นและบั้นปลายของชีวิต (สนิท สมัครการ, 2535) สังคมไทยโดยเฉพาะในชุมชนอีสานให้ความสำคัญกับการนับถือเครือญาติมาก ทั้งเครือญาติสายตรงและเครือญาติเกี่ยวข้องที่เกิดจากการแต่งงานของญาติสายตรงและเพื่อนบ้านใกล้ชิดซึ่งที่เคยพึ่งพาอาศัยกันมาก่อน ทั้งนี้เนื่องจากแบบแผนการทำงานในสังคมแบบเกษตรกรรมที่ต้องช่วยเหลือพึ่งพากันเพื่อให้ทันกับฟ้าฝนหรือฤดูกาล การทำกิจการสำคัญใหญ่ๆ ที่ต้องใช้แรงงาน ทุน เวลา

มาก ๆ ดังนั้นการอยู่ร่วมกันเป็นเครือญาติ ครอบครัวจึงเกิดขึ้นและดำรงอยู่เพื่อคลี่คลายข้อจำกัดของมนุษย์ (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2539; เกศินี สราญฤทธิชัย, 2543)

เครือญาติจะช่วยเหลือกันมากเป็นพิเศษเมื่อมีการเกิด การแต่งงาน การเจ็บป่วย การตาย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยซึ่งต้องการความอบอุ่นและช่วยเหลือเป็นพิเศษ ญาติต้องมาดูแลทุกข์สุขช่วยเหลือ เพื่อพิสูจน์น้ำใจและความจริงใจต่อกัน การเฝ้าไข้หรือการดูแลกันของเครือญาติจึงเป็นหน้าที่ของสมาชิกและเครือญาติซึ่งชุมชนได้สั่งสอนและให้ความสำคัญอย่างสูงสุด เป็นความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวและชุมชน ดังจะเห็นได้จากการเยี่ยมไข้ซึ่งจะมีตั้งแต่การสื่อสารรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่สื่อสารกันอย่างรวดเร็วทั้งชุมชนการไปเยี่ยมไข้มีตั้งแต่ระยะก่อนเข้ารับรักษา ขณะตรวจ ขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและขณะพักฟื้นเมื่อกลับมาอยู่บ้าน โดยลักษณะของการเยี่ยมไข้หรือการช่วยเหลือจะเป็นทั้งการสนับสนุนด้านสิ่งของเงินทอง กำลังใจ เช่น ถวายอาหาร รับประทานอาหาร ปรบใจเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเหงา เครียด

นอกจากนี้เมื่อมีคนป่วยในบ้านยังมีการทำพิธีกรรมต่างๆ เพื่อเป็นสิริมงคล เช่น การผูกแขนด้วยฝ้ายที่เป่าคาถาอาคมเพื่อให้ผู้ป่วยหายไม่สบาย หรือไม่กลัวผี การมีพิธีสู่ขวัญคนเจ็บป่วย โดยมีการมาชุมนุมกันของเครือญาติทำพิธีทำให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตของผู้ป่วยที่ขาดขวัญเปรียบเสมือนชีวิตที่มีความทุกข์ เทียบแห่ง หงอยเหงาขาดชีวิตชีวากลับมามีความสุข มีขวัญกำลังใจ มีความหวัง ในรายที่ป่วยหนักเครือญาติใกล้ชิดจะมาอยู่เป็นเพื่อนจนหายเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต (สำลี รักสุทธิ, 2544; ละเอียด วรรณสารเมธา, 2539) พิธีกรรมหรือประเพณีดังกล่าวสะท้อนถึงความเป็นสังคมที่เกื้อกูลกันของสังคมอีสาน

การเป็นเครือญาติยังเนื่องมาจากความเชื่อถือในเรื่องผีบรรพบุรุษ (ผีเชื้อ ผีแนว) ถ้าพี่น้องไม่ช่วยเหลือกัน ไม่ปรองดองกันถือว่าผิดผี ผีบรรพบุรุษจะจับคนตายให้เกิดความเจ็บไข้มีอันเป็นไป และความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำหนดค่าเกี่ยวกับมนุษย์ (มนุษย์ทัศน์) คนดีในคตินิยมดั้งเดิมของอีสานคือ คนที่ไม่บ่กพร่องในหน้าที่และดำเนินชีวิตตามฮีตตามคอง (บรรทัดฐานทางสังคม) และหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนา หลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนามีผลต่อการกำหนดค่านิยมพฤติกรรมบุญในสังคมไทย คำสอนได้แก่ สัมมาทิฐิ ความกตัญญู ความเคารพผู้ใหญ่ ความเมตตากรุณา ได้สร้างให้คนทั้งหลายอยู่ร่วมกันแบบพึ่งพาอาศัย และบำเพ็ญกุศลอยู่เป็นนิจ

คนอีสานดั้งเดิมมีการดูแลสุขภาพในด้านการรักษาพยาบาลโดย รักษาด้วยสมุนไพร พิธีกรรมในชุมชน สถานที่รักษาอาจเป็นที่บ้านผู้ป่วย บ้านหมอยาที่ทำพิธีกรรม หรือบ้านหมอยา ผู้ที่ทำพิธีได้แก่ หมอยา หมอธรรม หมอลำผีฟ้า บรรยายภาสการรักษาเวทล้อมด้วยคนจำนวนมาก มีทั้งบริวารของหมอ ผู้ป่วยและญาติพี่น้อง ในเวลากลางวันญาติจะน้อยเพราะไปทำงาน ในเวลากลางคืนญาติพี่น้องจะผลัดเปลี่ยนกันมาเฝ้าเพราะเกรงว่าผู้ป่วยอาจมีอันเป็นไปโดยไม่ได้ตั้ง

ลา ในรายที่ป่วยหนักนิมนต์พระมาโปรดเพื่อชี้ทางไปสวรรค์ ด้วยคตินิยมดังกล่าวทำให้สายสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเครือญาติและบุคคลทั่วไปยังคงดำรงอยู่ (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2540)

ในปัจจุบันการดูแลรักษาจะมีลักษณะหลายรูปแบบผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการรักษาแบบทางเลือก เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นเครือญาติจะมีบทบาททั้งในการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล การสนับสนุนทางด้านสังคม ตั้งแต่ระยะเจ็บป่วย ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล และระยะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล การสนับสนุนในกระบวนการรักษาจะเริ่มตั้งแต่เจ็บป่วย การตัดสินใจเลือกแหล่งการรักษา การสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านจิตใจ เช่น การประกอบพิธีกรรมการรดน้ำมนต์ การบิณฑบาต การขอขมา การบอกเจ้าที่เจ้าทาง การสนับสนุนด้านข่าวสาร เช่น การรักษา การปฏิบัติตน การแนะนำหมอที่รักษา การส่งข่าว การแสวงหาแหล่งรักษา การสนับสนุนด้านสิ่งของ (ละเอียด วรรณสารเมธา, 2539) กลไกของเครือญาติในสังคมอีสานจึงเป็นเป็นบริบทหนึ่งที่มีผลต่อประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว

ในต่างประเทศมีการศึกษาวิจัยในเชิงวัฒนธรรม (Dilworth-Anderson, 2002) ที่ทำให้เกิดความเข้าใจถึงความสำคัญของมุมมองเชิงความแตกต่างของโครงสร้างเชิงสังคม เช่นการศึกษาโดยการเปรียบเทียบผู้ดูแลในครอบครัวในรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลียระหว่างกลุ่มคนผิวขาวชาวออสเตรเลีย และ กลุ่มชนที่อพยพมาจากประเทศที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาแม่ ศึกษาเปรียบเทียบในด้านลักษณะสังคมประชากร ประสบการณ์การดูแลสุขภาพ และความพอใจของผู้ดูแล และการได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดและ ข้อมูลพื้นฐานด้านสังคมประชากร ของผู้ดูแลและผู้พึ่งพา ข้อมูลครอบครัวและบริการที่ได้รับ ได้ข้อค้นพบ ว่าในด้าน ลักษณะสังคมประชากร มีทั้งความเหมือนและความแตกต่าง โดยมีความเหมือนในเรื่องของลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล คือมีความหลากหลายเหมือนกัน การเข้ารับการรักษาในสถาบันการรักษา เพศของผู้ดูแลถึงแม้จะมีสัดส่วนผู้ดูแลเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แต่กลุ่มที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาแม่มีจำนวนผู้ดูแลเป็นผู้ชายมากกว่า ส่วนด้านความแตกต่างกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นหลัก พบว่าอายุของผู้ดูแลจะน้อยกว่าและ ระดับการศึกษาต่ำกว่า ส่วนลักษณะของการพักอาศัยจะมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลจะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยมากกว่า กลุ่มชนผิวขาวชาวออสเตรเลีย

ด้านลักษณะความพิการและการพึ่งพาของผู้รับการดูแลและผู้ให้การดูแล ทั้งสองกลุ่มชนที่ศึกษามีความเหมือนกันในด้านความหลากหลายของความพิการและการพึ่งพา กิจกรรมและปริมาณการช่วยเหลือและเวลาที่ใช้การดูแล ส่วนด้านความแตกต่างกัน คือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่ต้องการพึ่งพา ได้แก่พฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาการสื่อสาร การติดต่อสังคมและด้านค่าใช้จ่าย ในด้านสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาแม่ รายงาน

ภาวะสุขภาพคือยกว่า แต่อย่างไรก็ตามภาวะด้านอารมณ์และความขัดแย้งในครอบครัวไม่แตกต่างกัน แต่ในกลุ่มที่ไม่ใช้ภาษาแม่เป็นหลัก มีความหลากหลายและแตกต่างกันในระหว่างเพศ

จากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นภาพผู้ดูแลในมิติสำคัญต่างๆ และชี้ให้เห็นว่าไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลในกลุ่มชนที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน โดยเฉพาะด้านภาษาก็จะมีได้ทั้งความเหมือนและความแตกต่างๆ กันเกี่ยวกับสาระการเป็นผู้ดูแล โดยลักษณะของความเหมือนจะเป็นเรื่องของความจริงเกี่ยวกับธรรมชาติของการดูแลของมนุษย์ที่ต้องการให้การดูแลกันช่วยเหลือในครอบครัว ลักษณะของความพิการ และการพึ่งพาและปัญหาของผู้รับความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นข้อความจริงด้านชีววิทยา และการได้รับความช่วยเหลือจากทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพราะอยู่ในบริบทที่มีลักษณะโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพเดียวกัน ส่วนความต่างได้แก่ ลักษณะของผู้ดูแลด้านอายุการศึกษาสัดส่วนเพศชายที่เป็นผู้ดูแลที่ต่างกัน สภาพการพักอาศัย ปัญหาของผู้ดูแลและการเป็นผู้ดูแลในฐานะที่เป็นผู้อพยพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความช่วยเหลือที่เกิดขึ้นของกลุ่มมีการอธิบายเหตุผลรายละเอียดที่แตกต่างกัน การศึกษานี้เป็นการแสดงภาพ ความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลที่มาจากวัฒนธรรมในเชิงวิถีชีวิตที่ต่างกัน มีสังคมประเพณีและแนวคิดและความเชื่อที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่แสดงภาพอธิบายอย่างเป็นทางการของผู้ดูแลที่จะแสดงให้เห็นวิถีชีวิตของคนที่มีวัฒนธรรมต่างกัน อย่างชัดเจน จึงควรที่จะต้องมีการศึกษาในกลุ่มเชื้อชาติหรือกลุ่มชนที่มีวัฒนธรรมเฉพาะ เพื่อให้เกิดความกระจ่างชัด ถึงธรรมชาติและผลกระทบของการดูแลต่อสุขภาพและความผาสุกของผู้ดูแลและแยกแยะมุมมองของการเป็นผู้ดูแล นำไปสู่การแสวงหากลวิธีส่งเสริมความผาสุกของผู้ดูแล

การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางวัฒนธรรมในด้านการใช้ภาษาสื่อสารทำให้มีความเข้าใจว่าวัฒนธรรมที่ต่างกัน จะมีผลต่อลักษณะของการเป็นผู้ดูแล การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของวัฒนธรรมโดยมีความเชื่อว่า คนที่มีวัฒนธรรมต่างกันน่าจะมี ความแตกต่างในประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแล ในด้านต่างๆ แต่ภาพที่ได้จะเห็นเป็นเปรียบเทียบโครงหลักว่าเหมือนหรือต่างอย่างไร แต่ยังขาดการอธิบายรายละเอียดในเชิงเหตุผลว่าทำไมอย่างไร เพราะอะไร ดังนั้นนอกจากจะได้ภาพโครงหลักน่าจะมีการเสริมลงสู่รายละเอียด ซึ่งน่าจะมีที่มาของการอธิบายเหตุผลที่หลากหลายตามแต่สังคมและสภาพการณ์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษามุมมองของผู้ดูแลในแต่ละวัฒนธรรมและอธิบายอย่างลึกซึ้งและเชื่อมโยง อันจะทำให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งตามมุมมองของคนในสังคมนั้นๆ

การศึกษางานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการให้เหตุผลของการเป็นผู้ดูแลได้แก่การศึกษาของ Subgranon (2000) ซึ่งได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในจังหวัดฉะเชิงเทราที่เป็นจังหวัดในภาคกลาง เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสตรีที่ที่บ้าน โดยศึกษาจากมุมมองของ

ผู้ดูแลได้ข้อค้นพบหลักว่าวัฒนธรรมเป็นบริบทที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไว้ที่บ้าน โดยมีเหตุผล ความเชื่อทางศาสนาของระบบการตอบแทนบุญคุณ บาป บุญ การกตัญญู เป็นบริบทอย่างหนึ่งที่เอื้อให้คงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน

**โดยสรุป** จากแนวคิดเชิงวัฒนธรรม จะช่วยเป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้วิจัยมีความตระหนักและมีแนวทางในศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน ในสังคมวัฒนธรรมอีสานที่ครอบครัวยึดมั่นในความเป็นเครือญาติ การให้ความสำคัญของระบบอาวุโส ยึดมั่นในความกตัญญู (สมพร และคณะ, 2546) ซึ่งต่างจากสังคมในสังคมตะวันตกที่แม้จะดูแลกันแต่ลักษณะครอบครัวมีความอิสระและมีความหลากหลายของการเป็นครอบครัวมากกว่า (Mark & Lambert, 1999) วัฒนธรรมเป็นกรอบที่กำหนดสร้างการรับรู้และทัศนคติของประสบการณ์ในชีวิตประจำวันของบุคคลและวิถีชีวิตของเขาที่อยู่ในสังคมนั้นๆ ดังนั้นการศึกษาเพื่ออธิบายภาพประสบการณ์ชีวิตในฐานะเป็นผู้ดูแลที่บ้านที่ชัดเจนอย่างเป็นองค์รวมจะต้องมองอย่างเชื่อมโยงจากระบบความคิด ความเชื่อ ความนิยม ที่เป็นตัวกำหนดอยู่เบื้องหลังประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแล และจากมุมมองของผู้ดูแลเอง ดังนั้นแนวคิดนี้จะช่วยกระตุ้นให้ได้แนวทางทั้งในการเลือกสถานที่ในการเก็บข้อมูล การกำหนดวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การตั้งคำถามในการสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูล และมีมุมมองที่กว้างในการวิเคราะห์และตีความข้อมูลอย่างเชื่อมโยงทั้งในเชิงของเงื่อนไขปัจจัย แรงจูงใจและมีมิติประสบการณ์ชีวิตผู้ดูแลในแต่ละบริบทที่ผู้ดูแลอาศัยอยู่

## 6. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสโตรค

การบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการดำเนินการทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรท้องถิ่น มีกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ โดยมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและประสานกิจกรรมสุขภาพ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขที่ทำหน้าที่รับผิดชอบหลักในเรื่องนี้ ยังมีภาครัฐอื่นเช่น กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงศึกษาธิการ (เดิมคือทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ) ให้บริการเฉพาะกลุ่ม เฉพาะเป้าหมาย (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2543)

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีวิวัฒนาการมาโดยลำดับซึ่งเห็นได้จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมและแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 1-9 ทั้งนี้มีการคำนึงถึงปัจจัยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง การศึกษา สิ่งแวดล้อม การคมนาคม เทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีบทบาทต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนโลก ประเทศไทยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งสังคมโลกได้มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้มีความเหมาะสมในสังคมไทยยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ประเทศไทยได้ประกาศใช้ ธรรมนูญรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ออกมาบังคับใช้ในการปกครอง

ประเทศ ซึ่งเน้นความเสมอภาคและสิทธิมนุษยชนของประชาชนเป็นหลัก ระบบบริการสุขภาพจึงได้มีการปรับเปลี่ยนเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง โดยมุ่งผลการบริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง (universal coverage) มีประสิทธิภาพ (efficiency) มีคุณภาพ (quality) และมีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ (accountability)

## 6.1 โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพไทย

โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพไทย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

**6.1.1 ทรัพยากรทางสาธารณสุข** ประกอบด้วยบุคลากรที่เป็นผู้นำเทคโนโลยีทางสาธารณสุขมาใช้ บริการและให้บริการสุขภาพ สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐที่มีกระจายอยู่ในทุกระดับทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังมีสถานบริการของภาคเอกชน ได้แก่ ร้านขายยา คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน

**6.1.2 โครงสร้างองค์ประกอบของระบบบริการสาธารณสุข** โครงสร้างองค์กรของระบบบริการสาธารณสุข มีทั้งภาคราชการ เอกชนและสวัสดิการสังคม แต่องค์กรที่สำคัญที่มีหน้าที่โดยตรงต่อการสาธารณสุขคือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

(1) **โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง** มีกลุ่มภารกิจสำคัญ 3 กลุ่ม คือ

1. **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์** มีหน้าที่พัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และถ่ายทอดองค์ความรู้สู่การบริการ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงมีหน่วยงานที่สังกัด คือ กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข** มีหน้าที่พัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีหน่วยงานที่สังกัด คือ กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย

3. **กลุ่มภารกิจสนับสนุนงานบริการสุขภาพ** มีหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยการพัฒนาระบบกลไกที่เอื้อต่อการจัดการบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและได้รับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน มีหน่วยงานที่สังกัด คือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์



6.2.2 การบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิหรือขั้นกลาง เป็นการบริการเน้นด้านการรักษาพยาบาล ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและบริการผู้ป่วยที่สถานีอนามัย คลินิกเอกชน หรือเครือข่ายส่งต่อมา มีความเฉพาะทางมากขึ้นสถานที่ให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการการแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางรวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน

6.2.3 การบริการสุขภาพระดับตติยภูมิหรือขั้นสูง เป็นการบริการรักษาพยาบาลที่เน้นการให้บริการที่ซับซ้อน ดูแลรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะสาขาลดลงจนให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพด้านป้องกันและฟื้นฟูสภาพร่างกาย สถานที่ให้บริการคือโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเฉพาะทางและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

การบริการแต่ละระดับจะมีการประสานเครือข่าย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยใช้ระบบส่งต่อ โดยมุ่งหวังใช้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขได้อย่างคุ้มค่า อีกทั้งลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบที่เชื่อว่า สามารถสร้างสุขภาพแก่ประชาชน จากนโยบายและแนวคิดดังกล่าวยังมีความชัดเจนน้อยประกอบกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้สถานบริการสุขภาพ แต่ละแห่งมีการจัดการบริการดังกล่าวเป็นของตนเอง ประคินและคณะ (2546) ได้ทำการสังเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พบโครงสร้างของการจัดบริการเป็น 5 ลักษณะ คือ

1. การจัดให้มีศูนย์สุขภาพในอาคารในบริเวณโรงพยาบาลในเขตเมือง
2. การสร้างศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลหรือเขตเมืองเพื่อเป็นต้นแบบของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบุคลากรประจำปฏิบัติงาน
3. การปรับหรือจัดให้มีหน่วยเวชปฏิบัติครอบครัวหรือทีมเยี่ยมงานที่ประกอบด้วยวิชาชีพ โดยไปเยี่ยมทั้งผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเรื้อรัง และประชาชนทั่วไป
4. การพัฒนาสถานีอนามัยที่มีศักยภาพ ศูนย์สาธารณสุข หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเดิมให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีการปรับแนวคิดและวิธีการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่เดิม เน้นบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมาก่อน จัดการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบจัดบุคลากรวิชาชีพจากโรงพยาบาลคู่สัญญาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (contracting unit for primary care, CUP) เป็นครั้งคราว
5. การเป็นร้านขายยาโดยให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและการสร้างเสริมสุขภาพ

บุคลากรหลักที่ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิคือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บางแห่งมีแพทย์หรือเภสัชกรประจำทุกวันหรือบางวัน และมีทันตแพทย์เป็นบางวัน ในศูนย์สุขภาพชุมชนนอกเมือง บางแห่งมีทันตภิบาล พนักงานสุขภาพภิบาล ร่วมด้วย

การทำงานมุ่งเน้นการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ โดยแต่ละวิชาชีพมีบทบาทดังนี้ แพทย์ ตรวจวินิจฉัยให้การรักษาโรคทั่วไป โรคเรื้อรังแก่ประชาชนทุกกลุ่ม สอนให้คำแนะนำ และเยี่ยมบ้าน บริหารจัดการหน่วยบริการ พยาบาล ตรวจสอบสุขภาพเด็กให้ภูมิคุ้มกัน ตรวจสอบครกให้ การสอน แนะนำเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง ตรวจสอบและให้การรักษาโรคเบื้องต้น บริการเยี่ยมบ้าน ดำเนินการข้อมูลทำแฟ้มประวัติครอบครัวเฝ้าระวังโรคระบาดต่างๆ สร้างความร่วมมือกับชุมชนและบริการจัดการหน่วยบริการ (เมื่อไม่มีแพทย์) เภสัชกรให้บริการทางเภสัชกรรมใน PCU (primary care unit) ที่หน่วยงานและที่บ้านบริการยาและเวชภัณฑ์ ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาเรื่องการไ้ยา เยี่ยมบ้าน ทันตแพทย์ให้การรักษารฟัน ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพในช่องปาก และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของประชาชน

### 6.3 วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพกับการดูแลผู้ป่วยสตรีค

ผู้ป่วยสตรีคจัดว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังประเภทหนึ่ง ที่เริ่มด้วยมีการดำเนินโรคอย่างเฉียบพลัน และมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยสตรีคจึงเป็นผู้ป่วยที่ต้องการ การพึ่งพาจากผู้อื่น ในการดำรงชีวิตประจำวันต้องการการดูแลเพื่อควบคุมภาวะเสี่ยงต่อการกลับเป็นและการช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง

เมื่อแรกเริ่มเกิดอาการเจ็บป่วยมักเป็นลักษณะที่เฉียบพลันและต้องการการรักษาเยียวยาแบบเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิตและไม่ให้เกิดความพิการซึ่งเป็นผลจากพยาธิสภาพ โดยผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ตามระบบบริการได้ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ โดยทั่วไปหากผู้ป่วยอยู่ในภาวะอาการเฉียบพลันมักเข้าใช้บริการในระดับที่สูงขึ้น โดยการส่งต่อจากหน่วยบริการสุขภาพ หรือการตัดสินใจของครอบครัว

ในระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจะมีการบริการทั้งด้านการรักษา และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยสตรีค เมื่อผู้ป่วยสตรีคมีอาการคงที่และได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้าน มีระบบส่งต่อสู่หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยอยู่

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินับว่าเป็นหน่วยบริการที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยสตรีค และครอบครัวในการให้การดูแลติดตามให้ผู้ป่วยและครอบครัวโดยทั่วไปหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีภารกิจสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้าน ติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งผู้ป่วย สตรีค ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของประคิน และคณะ (ประคิน สุจฉายาและคณะ, 2546) พบว่าลักษณะการบริการในระดับปฐมภูมิยังไม่สมบูรณ์

และมีความหลากหลายในรูปแบบของการบริการ โดยเฉพาะในเรื่องของความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจาก นโยบายของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติ แนวความคิดและวิธีการทำงาน ตลอดจนทัศนคติและทักษะในการทำงานของบุคคลากร

จากระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่พบว่าผู้ป่วยสโตร์คสามารถเข้าถึงระบบบริการในระดับต่างๆ ของการบริการสุขภาพ ทั้งทางด้านการรักษาและฟื้นฟูตามแต่โอกาสและเงื่อนไขของผู้ป่วยสโตร์คและครอบครัว และเมื่ออยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ ยังสามารถได้รับบริการต่อเนื่องได้จากหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน

จากสภาพระบบบริการที่ให้บริการที่แบ่งตามความซับซ้อนของการบริการจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสโตร์คในฐานะที่เป็นสมาชิกของครอบครัว สามารถมีส่วนร่วมสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการสุขภาพได้ในทุกระดับของการบริการทั้งที่ในสถานบริการ และที่ครอบครัว ในฐานะเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประสานงานระหว่างสถานบริการกับครอบครัว ดังนั้นการที่จะให้บริการผู้ป่วยสโตร์คที่ครอบคลุม ระบบบริการ นอกจากจะเป็นผู้ที่เตรียมผู้ดูแลในฐานะสมาชิกครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านควรคำนึงถึงการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตร์คด้วย ทั้งนี้เพื่อเอื้อให้เกิดภาวะสุขภาพทั้งผู้ป่วยสโตร์คและผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลนับว่าเป็นหุ้นส่วนอย่างไม่เป็นทางการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ควรที่จะได้รับการสนับสนุนทั้งด้านความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลด้วย

## 7. สรุปแนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวผู้วิจัยใคร่สรุปการนำเอาองค์ความรู้สำคัญจากวรรณกรรมมาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษาเรื่อง “ประสบการณ์ชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยสโตร์คที่บ้าน” ซึ่งเป็นการศึกษาที่สะท้อนถึงการดำรงชีวิตอยู่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยสโตร์คที่บ้านที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดที่จะนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้สองส่วนคือ โดยสรุปได้ดังนี้

แนวคิดเชิงทฤษฎีซึ่งเป็นแนวคิดกว้าง เพื่อเอื้อต่อการศึกษา ค้นหาความหมายที่แท้จริงในทรรศนะคนใน (emic view) ในที่นี้คือทรรศนะของผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสโตร์คที่บ้านแนวคิดเหล่านี้เป็นตัวช่วยกำหนดขอบเขตความสนใจ ประเด็นปัญหาการวิจัยนำไปสู่การสร้างคำถามการวิจัย การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล แนวคิดเบื้องต้นส่วนแรกได้แก่ การเป็นผู้ดูแลทฤษฎีบทบาท วัฒนธรรม ส่วนที่สองคือ ทรรศนะเชิงตีความ ปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ในการตรวจสอบและอธิบายสถานการณ์ต่างๆ ในบริบททางสังคม

คำอธิบายของผู้ดูแลทั้งในเชิงคุณลักษณะ เหตุผลของการมาเป็นผู้ช่วยเหลือ การแยกแยะประเภทผู้ดูแล ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ประเด็นเหล่านี้ช่วยเป็นจุดเริ่มต้นให้เห็นธรรมชาติของปรากฏการณ์ของการเป็นผู้ดูแล

การเป็นผู้ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัวเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่กระทำตามบทบาทซึ่งได้มีการกำหนดตามโครงสร้างทางสังคมในระดับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวที่เป็นระบบย่อยของสังคมดำรงอยู่ได้ การทำบทบาทผู้ดูแลมีกระบวนการเข้าสู่และกระบวนการเรียนรู้บทบาทของผู้ดูแล ตลอดจนการปรับบทบาทตามพลวัตรของสถานการณ์ในครอบครัวที่มีผู้ป่วย

มนุษย์ทุกคนเป็นสมาชิกของสังคม ใช้ชีวิตและมีความสัมพันธ์กันภายในสังคมนั้นๆ ในแต่ละสังคมจะมีวัฒนธรรมเป็นของตนเอง ลักษณะทางสังคมของแต่ละสังคมมีผลต่อการวิถีการดำรงชีวิตและพฤติกรรมของสมาชิกในสังคมนั้นๆ พฤติกรรมทั้งหลายมีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ถ่ายทอดทั้งทางตรงทางอ้อมและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเป็นผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยในครอบครัว นับว่าเป็นวัฒนธรรมหนึ่ง เป็นการสะท้อนการพฤติกรรมภายใต้ความเชื่อของแต่ละสังคม

การศึกษาครั้งนี้ต้องการทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีที่บ้าน ในบริบทสังคมอีสาน วิธีการศึกษาวิจัยที่จะได้มาซึ่งความเข้าใจดังกล่าวผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งอยู่บนพื้นฐานปรัชญา ปรากฏการณ์นิยม ที่ให้ความสำคัญกับการให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ตามการรับรู้ของบุคคลในสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ ซึ่งเชื่อว่าเป็นผู้ที่รู้เรื่องดี แล้วนำมาสร้างเป็นองค์ความรู้ อธิบาย “ความจริง” ที่ปรากฏเชื่อมโยง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นวิธีการที่เหมาะสม