

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่มีความต้องการจะอยู่ร่วมกัน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข มนุษย์จึงปฏิสัมพันธ์กันในหลายลักษณะจากบุคคลที่เป็นสังคมแวดล้อม การปฏิสัมพันธ์ในลักษณะอาศัยพึ่งพากัน เป็นความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในสังคมมาตั้งแต่อดีต ดังนั้น การช่วยเหลือสนับสนุนกันจึงเป็นค่านิยมของชาวไทย แต่เมื่อสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนา ด้านวัตถุให้เจริญอย่างสังคมตะวันตก ทำให้แบบแผนโครงสร้างการดำเนินชีวิตของคนไทย เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ทำให้คนในครอบครัวต้องแยกออกจากกันไปต่างคนต่างทำมาหากิน พ่อแม่ไม่มีเวลาดูแลลูกด้วยตนเอง คนในชุมชนเดียวกันต่างคนต่างอยู่ ไม่สนใจช่วยเหลือกันทำให้ต้องเผชิญปัญหาชีวิตโดยลำพัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึงสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง สามี ภรรยา ลูกหลาน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลความรู้ ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ การเงิน กำลังงาน ความมั่นคงทางอารมณ์ จิตใจ การยอมรับ ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม อาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติ หรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดีมีความสุข อยู่ในครอบครัว สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นจัดเป็นประเภทใหญ่ 2 ประเภท (คนทำงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้, 2552) คือ แหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ การสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้มีสุขภาพจิตเข้มแข็งขึ้น และสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น จากการที่มีคนหลายคนมาปฏิสัมพันธ์ด้วย โดยการแสดงความเห็นอกเห็นใจ สนใจ ปลอดภัย ปรึกษาปัญหาด้านจิตใจ ทำให้บุคคลไม่ต้องเผชิญปัญหาโดย

ล้าพัง ซึ่งตามธรรมชาติบุคคลทั่วไปมักจะแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแหล่งทรัพยากรในการขจัดภาวะเครียดหรือช่วยให้เผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้นจากบุคคล ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมคือ สมาชิกเครือข่ายทางสังคมใน 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 สมาชิกเครือข่ายในครอบครัว (Primary Network) ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน และพี่น้อง เป็นต้น ระดับที่ 2 สมาชิกเครือข่ายนอกครอบครัว (Mutual-help group) ได้แก่ ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นายจ้าง เป็นต้น ระดับที่ 3 สมาชิกเครือข่ายที่เป็นอาสาสมัคร (Gatekeepers) ได้แก่ เจ้าหน้าที่มูลนิธิ เจ้าหน้าที่ของรัฐและองค์กรเอกชนที่ให้บริการสังคม เป็นต้น ระดับที่ 4 สมาชิกเครือข่ายที่เป็นผู้ให้บริการเฉพาะทาง (Professional) ได้แก่ การได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ เป็นต้น (Gottlieb, 1982, p. 24)

หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องเป็นข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส มีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ยอมรับในสังคม ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม การสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ประเภทที่น่าสนใจ คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจ เป็นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ มีความรัก ความผูกพัน การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำข้อเท็จจริง แนวทางเลือก แนวทางปฏิบัติซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ การสนับสนุนด้านสิ่งของและการอำนวยความสะดวก เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนโดยตรงต่อความจำเป็นของตน เช่น แรงงาน เงิน เวลา

ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และ ซัยม์ (Berkman and Syme) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามิดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่า ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจการศึกษาของ คอบบ์ (Cobb, 1976) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายการสนับสนุน

ทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์กเลอร์ (Burgler) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ผลต่อสุขภาพจิต ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย ศึกษาในผู้ขายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และ Kaplan; Cassel; & Gore (1977, pp. 47-58) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรค ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามีความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคม

การรักษาทางจิตเวชได้มีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงอยู่เกือบตลอดเวลาในยุคแรก ๆ ของวงการจิตเวชนั้น ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ยังมีความผูกพันอยู่กับอำนาจเหนือธรรมชาติ มนุษย์ยังมีความเชื่อในเรื่องของจิตวิญญาณและอำนาจลึกลับเมื่อมนุษย์เกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยในลักษณะคลุ้มคลั่ง ไร้สติ ขาดการควบคุมตนเอง การรักษาในสมัยนั้นจึงเน้นการรักษาในรูปแบบการกักขัง จับมัด ใส่โซ่ตรวน เป็นการแยกผู้ป่วยออกจากสังคมโดยสิ้นเชิง เป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยออกไปทำความวุ่นวายให้กับครอบครัว หรือสังคมภายนอก ต่อมาได้เปลี่ยนรูปแบบการรักษาเป็นระบบเปิด ยกเลิกการกักขังหรือล่ามโซ่ เน้นการบำบัดรักษาทางยาและทางจิตใจ มีการฟื้นฟูและพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม และสังคม

ภายนอกโรงพยาบาล และพร้อมที่จะกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ ในปี พ.ศ.2545 โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา” ได้นำแนวคิดจิตเวชชุมชน (ฝน แสงสิงแก้ว, 2520, น. 4) มาใช้โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชนให้มากที่สุด และพยายามให้การรักษาในรูปแบบผู้ป่วยนอก เพราะมองเห็นว่าสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญและมีความจำเป็นต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างมาก รวมทั้งหลักการที่จะรักษาและตั้งผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงไว้ในชุมชน และตั้งทรัพยากรในชุมชน คือ ครอบครัว เข้ามาเป็นตัวช่วยสนับสนุนในการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชต้องการการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย เอื้ออาทร และต้องการกำลังใจในการบำบัดรักษาจากครอบครัวเพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ ซึ่งจะช่วยให้อาการป่วยทางจิตเวชดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิตเวชจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวจึงต้องมีบทบาทเข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแล ประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมภายนอกโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วย และการสนับสนุนช่วยเหลือจนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้

จากสถานการณ์ที่ผ่านมา ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมักจะมีเจตคติต่อผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลน่ากลัว น่าสมเพชเวทนา เป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นภาระของครอบครัว และไม่ได้ได้รับการยอมรับให้อยู่ร่วมในสังคมหรือร่วมกิจกรรมเหมือนสมาชิกอื่น หรือมีการควบคุมดูแลเกือบตลอดเวลา จากคำกล่าวของนายแพทย์ประสพ รัตนากร ซึ่งเคยกล่าวไว้ในที่ประชุมแพทย์ว่า โรคจิตเวชเป็นโรคที่รักษายากโรคหนึ่ง ก็เพราะความรู้สึกเข้าใจผิดของปวงชนที่เสมือนหนึ่งม่านเหล็กมาบังแสงความหวังในการรักษา ด้วยเสียงพูดประโยคสั้น ๆ ที่ฝังใจกันหนักหนาว่า “ลองบ้าแล้วก็บ้าตลอดชาติ” (สมชาย จักรพันธุ์, 2533, น. 44) โดยมักจะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนไร้ความสามารถทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำ จากความรู้สึกเช่นนี้จะกลายเป็นความกดดันทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่ได้ได้รับการยอมรับจากครอบครัว และชุมชน จนมีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชขึ้นอีก ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลครั้งแล้วครั้งเล่า ซึ่งในความเป็นจริงผู้ป่วยจิตเวชสามารถรักษาให้หายได้เป็นบางส่วน บางส่วนมีอาการทุเลาสามารถกลับไปประกอบอาชีพ ดำรงชีวิตในสังคมได้ ซึ่งนับเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด และมีบางส่วนที่ยังต้องพึ่งบริการทางการแพทย์ตลอดไป

การป่วยทางจิตเวชทำให้อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมของผู้ป่วยผิดเพี้ยนไปจากคนปกติทั่วไป ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นประจำ มักจะตกอยู่ในภาวะวิตก กังวล สับสน หนักใจ ห่วงใย สงสาร รำคาญ

เบื้องต้น บางครั้งหวาดกลัวกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่ต้องการขอให้แพทย์รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล อยู่บ้านผู้ป่วยไม่ยอมกินยา หรือกินยาแล้วยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยไม่เชื่อฟังคนในครอบครัว ขอให้ไปอยู่สถานสงเคราะห์ ครอบครัวผู้ป่วยทำหน้าที่สนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วย แต่โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่ผู้ป่วยเป็นแล้วรักษาให้หายขาดได้ยากมักจะมีอาการเรื้อรัง ต้องกินยาประจำความสามารถในการรับผิดชอบดูแลตัวเองลดลง หลายคนเป็นภาระต้องพึ่งพาการดูแลจากคนในครอบครัว ซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวบางคนที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวไม่สามารถประกอบอาชีพสร้างฐานะทางเศรษฐกิจขาดความมั่นคงทางสังคม แม้รัฐจะมีมาตรการที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะมีโอกาสใช้บริการร่วมกับประชาชนทั่วไปได้ก็ตามแต่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนมากกว่าประชาชนทั่วไป สังคมจึงควรตระหนักถึงเรื่องการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวอย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวได้ตลอดไปอย่างมีความสุขตามอัตภาพ

มูลเหตุจูงใจในการศึกษา

จากข้อมูลทางระบาดวิทยา (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2551, น. 18, 161) ปีงบประมาณ 2549-2551 จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปี 2549 จำนวน 965,150 คน ปี 2550 จำนวน 999,455 คน ปี 2551 จำนวน 1,030,596 คน แต่การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในปัจจุบันยังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด เนื่องจากมีโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้บริการโดยตรงทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้น 17 แห่ง จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจะมีเพิ่มขึ้นทุกปีตามอัตราส่วนของประชากร จำนวนเตียง และด้านงบประมาณใกล้เคียงกันทุกปี ทำให้ขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจำนวนจำกัดตามไปด้วย จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้สำรวจอัตรากำลังของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในปี พ.ศ.2551 พบว่ามีจิตแพทย์ 242 อัตรา นักสังคมสงเคราะห์ 84 อัตรา นักจิตวิทยา 113 อัตรา นักกิจกรรมบำบัด 24 อัตรา พยาบาลวิชาชีพ 1,605 อัตรา พยาบาลเทคนิค 219 อัตรา นักวิชาการสาธารณสุข 52 อัตรา เป็นต้น และจำนวนเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งรับผู้ป่วยจิตเวชได้เท่าเดิม จึงเป็นอัตราที่ไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อจำกัดดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น โดยการหมุนเวียนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตดีขึ้นกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน เพื่อรับผู้ป่วยจิตเวชรายอื่นที่มีอาการรุนแรงไว้บำบัดรักษาในโรงพยาบาล

ต่อไป การรักษาในปัจจุบันจึงเน้นการรักษาด้วยระยะเวลานั้น และให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจากได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงตกเป็นภาระหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในฐานะที่ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกื้อกูล และสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข การที่ครอบครัวให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวให้สามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด จึงถือเป็นจุดหมายสำคัญ หรือถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อจากการรักษาทางการแพทย์ เพราะการป่วยทางจิตเวชผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูต่อเนื่องอีกนาน แต่ละรายดีขึ้นช้าเร็วไม่เท่ากัน หลายรายต้องป่วยเรื้อรังตลอดไปไม่มีทางหายขาดได้เลยต้องกินยาตลอดชีวิต นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีหน้าที่ร่วมรับผิดชอบการบำบัดรักษา ป้องกันและฟื้นฟูการเจ็บป่วยทางจิตเวชจากประสบการณ์ของผู้ศึกษาที่ได้มีโอกาสฝึกภาคปฏิบัติที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ได้สัมผัสกับความเดือดร้อนทุกข์ใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวหลายรูปแบบ เช่น ผู้ป่วยอยู่บ้านไม่เชื่อฟังผู้ดูแล ไม่ยอมกินยา ขอให้แพทย์ช่วยรับไว้ในโรงพยาบาล ขอไม่รับผู้ป่วยกลับบ้าน ขอให้ช่วยส่งไปสถานสงเคราะห์ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวขาดความมั่นคงทางจิตใจ คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และประสบปัญหาทางเศรษฐกิจสังคม จึงเล็งเห็นความสำคัญในความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว โดยใช้แนวคิดแรงจูงใจให้ความช่วยเหลือ (Monitoring for Helping) ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547, น. 10-11) ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลและแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน การดูแลในครอบครัวมักเริ่มต้นจากความเอื้ออาทร แล้วจึงพัฒนาไปสู่การตอบสนองความต้องการของบุคคล ผู้ดูแลที่จะเกิดแรงจูงใจให้ความช่วยเหลือน่าจะต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจึงจะเกิดแนวคิดแรงจูงใจให้ความช่วยเหลือ

ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมตรงกับความต้องการจำเป็น จะสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชไว้ในครอบครัวได้อย่างราบรื่น คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น จะเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช ป้องกันครอบครัวแตกแยกล่มสลาย และผู้ป่วยต้องถูกทอดทิ้งไว้ในโรงพยาบาลหรือสถานสงเคราะห์ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา” เพื่อศึกษาปัญหาการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวและเพื่อศึกษาความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว นำผลการศึกษามาหาแนวทางส่งเสริมให้สังคมมีการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมแก่ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ตลอดจนเผยแพร่ให้ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม และสนใจสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลกันมากขึ้น สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นสถาบันทางวิชาการจิตเวช และให้การบำบัดรักษาซึ่งมีผู้ป่วยจิตเวชมาใช้บริการรักษามากจึงมีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะใช้เป็นสถานที่สำหรับการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว
2. เพื่อศึกษาความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเป็น 3 ส่วน คือ

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาแบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ ลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว และความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว
2. ขอบเขตด้านประชากร คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวที่มาใช้บริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและยินดีให้สัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์-15 มีนาคม 2553
3. ขอบเขตด้านสถานที่ คือ กลุ่มงานจิตเวชผู้ป่วยนอก และกลุ่มงานจิตเวชทั่วไปผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว หมายถึง ข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ ได้แก่ ปัญหาทางด้านจิตใจภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ ปัญหาทางด้านร่างกาย และปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ

ปัญหาทางด้านจิตใจ ภาวะความเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ คือ ปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ หมายถึง อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกโดดเดี่ยว

ปัญหาทางด้านร่างกาย หมายถึง อาการปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย

ปัญหาทางด้านสังคมเศรษฐกิจ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านรูปแบบการทำงาน รายได้ลดลง ความขัดแย้งภายในครอบครัว รายได้ไม่เพียงพอ

ความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว หมายถึง สิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวต้องการได้รับเพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จิตใจ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและการอำนวยความสะดวก

- การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรักความผูกพัน

- การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการรับรอง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้ช่วยเหลือผู้อื่น

- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้การแนะนำปรึกษา ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการอำนวยความสะดวก หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในเรื่องวัสดุสิ่งของใช้จำเป็น การเงิน การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาคนใดคนหนึ่งซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเฝ้าดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช เช่น เวลามาติดต่อบพบแพทย์เพื่อรับยาสมาชิกในครอบครัวคนนี้จะมาด้วย มารับยาแทน เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากจะเป็นผู้นำพาส่งเข้ารับการรักษ ผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในก็

จะเป็นผู้มาเยี่ยมเป็นประจำ เวลาผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะเป็นผู้มารับผู้ป่วยกลับบ้านเป็นส่วนใหญ่
หรือเป็นสมาชิกในครอบครัวคนที่ผู้ป่วยมีความผูกพันใกล้ชิดพึ่งพาอาศัยมากที่สุด

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ได้ทราบปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว
2. ได้ทราบความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว
3. ได้แนวทางในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้ตรงกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวที่มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ ร่างกาย เศรษฐกิจและสังคม
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชไว้ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ลดความตึงเครียดวิตกกังวล เหมือนอยู่โดดเดี่ยวในสังคม
5. นำเสนอข้อมูลเพื่อกำหนดแนวทางในการจัดบริการ การสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว สำหรับองค์กรผู้รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช