

บทที่ 2

แนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา” ครั้งนี้จะทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง ที่ศึกษาวิจัยตามประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม
2. แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคม
3. แนวคิดการดูแล
4. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
5. ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดที่นักสังคมสงเคราะห์สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ปัญหา หรือสภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี โดยมีต้องละทั้งวิธีการสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติอยู่โดยปกติ แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคมเป็นการขยายหรือเสริมทักษะในการวิเคราะห์วินิจฉัย ตลอดจนการกำหนดวิธีการ หรือแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื้อหาแนวคิดมีทฤษฎีที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์ และทำความเข้าใจอยู่หลายทฤษฎี ในที่นี้จะขอยกมากล่าว 5 ทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์ (มนทิรา ตุลาคุปต์, 2544, น. 22)

มาสโลว์ ได้กล่าวไว้ว่ามนุษย์เรามีลำดับความต้องการจากระดับต่ำสุดไปจนถึงระดับสูงสุด ซึ่งความต้องการระดับต่ำสุดจะต้องได้รับการตอบสนองก่อน ความต้องการระดับถัดไปจึงจะพัฒนาตามมา ซึ่งมาสโลว์ได้แบ่งลำดับความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ชั้น ดังนี้

1.1 ความต้องการทางร่างกาย (Physiological needs) ได้แก่ อาหาร อากาศ น้ำ ความอบอุ่น เครื่องนุ่มห่ม ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน ยารักษาโรค เป็นต้น ซึ่งถือเป็นความจำเป็นลำดับแรกสำหรับการดำรงอยู่ของชีวิตมนุษย์

1.2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Security Safety needs) ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความต้องการหลักประกันของชีวิต และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เป็นต้น

1.3 ความต้องการการยอมรับ (Affiliation needs) ได้แก่ ความต้องการที่จะได้รับความรักจากผู้อื่น การคบหาสมาคม ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และความรู้สึกที่ดี ๆ เป็นต้น

1.4 ความต้องการการยกย่อง (Esteem needs) ได้แก่ ความต้องการที่จะได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ความภาคภูมิใจ เป็นต้น

1.5 ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Need of self – actualization) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการที่จะไปถึงสิ่งที่ตนปรารถนา และต้องการให้ผู้อื่นเห็นคุณค่า และยอมรับในความสำคัญของตนเอง ซึ่งความต้องการขั้นนี้นั้นมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างกัน

ทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์ เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการบำบัดความต้องการของมนุษย์อย่างแท้จริง เมื่อมนุษย์ได้รับการสนองตอบความต้องการโดยเฉพาะด้านร่างกาย ซึ่งเป็นความต้องการด้านพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงอยู่ของมนุษย์ ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ พัฒนาไปสู่ความมั่นคงด้านต่าง ๆ ต่อไป การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้เกิดการเติมเต็มในลำดับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว

2. ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) (มณฑลทัศน์, 2538).

ทฤษฎีบทบาทมีการมองใน 2 ลักษณะคือ แนวโครงสร้าง และแนวปฏิสรีรค์ สัญลักษณ์นิยม ในลักษณะแนวโครงสร้างนิยมนั้น บทบาทจะถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดกฎเกณฑ์ไว้ในสังคม ถูกคาดหวังไว้ว่าบุคคลในสถานภาพใดควรมีบทบาทอย่างไร เมื่อบุคคลเข้าดำรงในสถานภาพนั้น ๆ ก็จะมีบทบาทตามที่สังคมคาดหวังไว้เช่นนั้นและบุคคลอื่น ๆ ก็คาดหวังบทบาทของผู้ที่อยู่ในสถานภาพต่าง ๆ ตามที่คิดว่าเป็นค่านิยม บรรทัดฐานที่กำหนดให้มีบทบาท

พฤติกรรมนั้น ๆ ส่วนการมองบทบาทในแนวปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์นิยม จะให้ความสำคัญกับกระบวนการ ซึ่งบุคคลจะทำความเข้าใจได้ว่า บุคคลอื่นให้ความหมายและคาดหวังกับตนเองอย่างไร ในการที่จะมีบทบาทในสังคม อันจะเกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีการปฏิสังสรรค์ทางสังคมต่อกัน การเข้าใจทฤษฎีบทบาทจะทำให้สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมมนุษย์ได้

คำสำคัญเกี่ยวกับบทบาท

- บทบาททำให้เกิดการแบ่งหน้าที่ระหว่างสมาชิก ตามความถนัดและความสามารถ
- ทำให้สมาชิกในสังคมรู้ถึงฐานะและความรับผิดชอบของตนเอง
- ทำให้สังคมมีความเป็นระเบียบ สมาชิกในสังคมปฏิบัติตามหน้าที่ของตนไม่ก้าวร้าว

กัน

- ทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้จักหน้าที่และความรับผิดชอบของตนตามสถานภาพ

และบทบาท

พูนพร ศรีสะอาด (2534, น. 50) ทฤษฎีบทบาทเป็นทฤษฎีทางสังคมวิทยา คำว่า “บทบาท” หมายถึง สิทธิ หน้าที่ในการประพฤติปฏิบัติของบุคคลหนึ่ง ที่มีต่อบุคคลอื่นในสังคม ตามสถานภาพของตนเอง ตัวอย่างบทบาท ได้แก่ บทบาทการเป็นบิดา หน้าที่ตามบทบาทก็จะ ได้แก่ การเลี้ยงดูเอาใจใส่ในบุตรและภรรยา เป็นแบบอย่างที่ดีของบุตร บุคคลคนหนึ่งอาจจะสวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น เป็นพ่อ เป็นครู เป็นสามี เป็นประธานสมาคม ฯลฯ โดยทั่วไปบทบาทเป็นความคาดหวังจากสังคมให้ต้องมีพฤติกรรมที่สอดคล้องไปตามบทบาทนั้น ๆ บทบาทอาจจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ (1) บทบาทที่ได้จากตำแหน่ง และ (2) บทบาทที่ถูกกำหนดโดยบุคลิภาพของบุคคล ได้แก่ ค่านิยม ทัศนคติ และประสบการณ์ เป็นต้น ทฤษฎีบทบาทเกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนทางสังคมโดยตรง บุคคลยังเปลี่ยนแปลงบทบาทได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปย่อมมีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ทั้งในด้านบวกและด้านลบ นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีความเข้าใจในทฤษฎีบทบาทเมื่อปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงการสนับสนุนทางสังคม

สรุปจากความหมาย แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท คือ

บทบาท หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลซึ่งอยู่ในฐานะหรือตำแหน่ง หรือมีสถานภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งสังคมได้กำหนดให้มีหน้าที่ต้องปฏิบัติ บทบาทและสถานภาพเป็นสิ่งที่ควบคู่กัน นั่นคือ สถานภาพจะกำหนดว่าบุคคลนั้นมีหน้าที่ต้องปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างไร ส่วนบทบาทเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่สังคมได้กำหนดไว้ในแต่ละสถานภาพ การแสดง

บทบาทจะสอดคล้องกับบรรทัดฐานของสังคมในสถานภาพหนึ่งบุคคลอาจจะต้องแสดงบทบาทมากมาย

3. ทฤษฎีความใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment Theory)

มนุษย์จำเป็นต้องมีความใกล้ชิดสนิทสนมเพื่อให้ตนเองดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติทางอารมณ์ ไม่ใช่เพียงทารกเท่านั้นที่ต้องการการโอบอุ้มสัมผัสอย่างสนิทสนม แม้แต่ผู้ใหญ่ก็ต้องการความใกล้ชิดจากคนที่คุ้นเคยเพื่อให้เกิดความอบอุ่นทางใจ (Scott , 1981, pp. 20-22) และยังช่วยลดความรู้สึกเครียดลงได้ ทฤษฎีความใกล้ชิดสนิทสนมนี้นำไปอธิบายเสริมเรื่องความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวที่มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจย่อมต้องการความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ก็คือความใกล้ชิดสนิทสนมนั่นเอง อาจจะมีการพูดจาหยอกล้อกันเล่นได้ ปกซำกันได้ทุกเรื่อง ช่วยเหลือเกื้อกูลกันด้วยความเห็นใจ ไม่มีข้อจำกัดในการติดต่อสัมพันธ์

4. ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการสื่อสารระหว่างบุคคล

พูนพร ศรีสะอาด (2534, น. 44); สุภัตตรา แก้วประดิษฐ์ (2535, น. 16) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลและสามารถทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการได้ ในขณะที่เดียวกัน การติดต่อสื่อสารใด ๆ ก็ต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อให้สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่อไปยังเพื่อนบ้าน หรือบุคคลในเครือข่ายใกล้ชิด ดังนั้นการสื่อสารระหว่างบุคคลก็นับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญประการหนึ่ง ทฤษฎีนี้นำไปอธิบายสนับสนุนความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวที่ต้องการความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของโรคทางจิตเวช ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ และการปรึกษาแนะนำจากบุคลากรทางจิตเวช

5. ทฤษฎีความผูกพัน

พูนพร ศรีสะอาด (2534, น. 50) ความผูกพันเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่มั่นคงยาวนานจนตลอดชีวิต ให้ความรู้สึกปลอดภัย ลดการเสี่ยงภัยอันตราย และเป็นพื้นฐานของ

ความคิดสร้างสรรค์ มนุษย์เป็นสัตว์สังคม และมีความต้องการที่จะผูกพันระหว่างมนุษย์ด้วยกัน ความผูกพันที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความผูกพันระหว่างมารดากับทารก ซึ่งเป็นพื้นฐานการรู้จักสร้าง ความผูกพันของบุคคลไปตลอดชีวิต ความผูกพันมีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมโดยตรง

กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต (2553) ทฤษฎีความผูกพัน มีพื้นฐานมาจาก ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของมนุษย์และครอบครัว ทฤษฎีนี้อธิบายว่าความผูกพันเป็น สายสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งมนุษย์แสวงหาและต้องการไปตลอดชีวิต และจะเป็นที่ต้องการ มากขึ้นเมื่อได้รับความเครียดหรือความกดดัน ความผูกพันแตกต่างจากการพึ่งพา เนื่องจากผู้ที่มีความผูกพันยังคงเป็นตัวของตัวเอง หัวใจสำคัญของทฤษฎีความผูกพันคือการก่อเกิด ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์นี้จะถูกถ่ายทอดไปยังความสัมพันธ์ ระหว่างเด็กกับผู้อื่นในสังคมต่อไป ความผูกพันที่มั่นคงเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาการด้านสติปัญญา ด้านสังคมจิตใจ และการปรับตัวของเด็ก ความผูกพันที่มั่นคงจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู มีความมั่นคงทางจิตใจ ปฏิบัติตัวสม่ำเสมอในการเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของเด็ก และการ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และจิตใจเด็กอย่างเหมาะสม ในช่วง 2 ขวบปีแรกเป็น ช่วงวิกฤต หากเด็กได้รับความทุกข์ทรมานทางใจเนื่องจากต้องแยกจากหรือสูญเสียแม่ไป อาจจะก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์จิตใจได้ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการสร้างความผูกพันระหว่างแม่ กับลูกคือ Sensitivity คือความสามารถที่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูจะเข้าใจสัญญาณหรือการแสดงออก ทำท่าของเด็กอย่างถูกต้อง และตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมซึ่งเด็กจะแสดงออกต่างกัน ในช่วงเวลาที่ต่างกัน ทฤษฎีความผูกพันกล่าวถึงรูปแบบพฤติกรรมของเด็ก 4 ประเภท อันเป็นผล จากการตอบสนองของพ่อแม่ผู้ดูแลเด็ก คือ Avoidance เด็กจะหลีกเลี่ยงแยกตัวจากพ่อแม่ Secure เด็กที่ผูกพันใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่ Ambivalent เด็กมีความรู้สึกสับสน และ Disorganized เด็กจะขาดความมั่นคงทางอารมณ์อย่างมากเนื่องจากถูกทอดทิ้ง

สรุปทฤษฎีทั้งหมดที่รวบรวมมาเป็นทฤษฎีที่มีเนื้อหา ความหมายที่ให้นักศึกษาคำนึงถึง บทบาทหน้าที่ การกระทำที่มีผลต่ออารมณ์จิตใจของมนุษย์ด้วยกันในการเกี่ยวข้อง หรือปฏิสัมพันธ์ ต่อกันในชีวิตประจำวัน ซึ่งทุกทฤษฎีจะสามารถนำมาอธิบายการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จิตใจ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวต้องการได้รับความรัก ความผูกพันกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

2. แนวความคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (คนทำงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้, 2552) ให้ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมไว้ 6 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. **ความหมาย** การสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แคมป์แพลน (Caplan) ได้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ พิลิสุก (Pilisuk) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

2. **แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม** โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบการสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้แก่ แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ การสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม พิลิสุก (Pilisuk) หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

- 3.1 ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
- 3.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - 1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าและมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงใจ
 - 2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าเขาเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
 - 3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะ ทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของหรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

4. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เฮ้าส์ (House) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

4.1 Emotional Support คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

4.2 Appraisal Support คือ การสนับสนุนด้านการให้ประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4.3 Information Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ

4.4 Intrumental Support คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

5. ระดับของการสนับสนุนทางสังคม นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กอทต์ลิบ (Gottlieb, 1985, pp. 5-12) ได้แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

5.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ

ในสังคม ชุมชนที่เขาคาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของ เครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

5.3 ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของ บุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มี ความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้าง ของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความ ใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

6. ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ มีรายงานการศึกษามากมายที่ บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อสุขภาพอนามัย พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่ม ใหญ่ คือ

6.1 ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

1) ผลโดยตรง จากรายงานผลการศึกษาของ เบอร์กแมน และไซม์ (Berkman and Syme) ซึ่งติดตามผลในวัยผู้ใหญ่ จำนวน 700 คน ที่อาศัยอยู่ในเมือง อามีดา รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นเวลานาน 9 ปี โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไปของสุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่ สำคัญ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ได้รับการสนับสนุนทาง สังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ การศึกษาของ คอบบ์ และแคสเซล (Cobb and Cassed) พบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายการสนับสนุน ทางสังคม นอกจากนี้การศึกษาทางระบาดวิทยาสังคมยังพบว่า คนที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่าย เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ และมี ผลทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดลงอีกด้วย

2) ผลต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to Regimens) มีรายงานผลการศึกษาเป็นจำนวนมากที่บ่งบอกถึงผลของการ สนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ ซึ่งเบอร์กลอร์ (Burgler) พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนใน

การควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

3) ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคคอบบ์ (Cobb, 1976); แลงกลี (Langlie, 1977, pp. 244-260) ได้รายงานผลการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.2 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต มีลักษณะเช่นเดียวกับ สุขภาพกาย คือ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความ เครียด ซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคลได้อีกด้วย กอร์ (Gore) ศึกษาในผู้ขายว่างงาน จำนวน 110 คน พบว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และแคพแลน (Caplan, 1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ช่วยลดผลของความเครียดที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจในผู้ที่ทำงาน ซึ่งพบว่ามี ความเครียดมาก และยังพบอีกว่า ผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคม

Brandt and Weinert (1985, อ้างถึงใน ประภาศรี พุ่มมีผล และคณะ, 2548, น. 67) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือ การได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการช่วยเหลือแนะนำในด้านต่าง ๆ ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะลดภาวะเครียด และส่งผลให้มารดาดูแลเด็กออกทีสติกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ของ Becker and Maiman (1980, อ้างถึงใน ประภาศรี พุ่มมีผล และคณะ, 2548, น. 67) ได้เสนอความคิดเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา นอกจากนี้ Haynes (1979, อ้างถึงใน ประภาศรี พุ่มมีผล และคณะ, 2548, น. 67) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนจากครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งในการครอบครัว จะมีผลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและสมาชิกในสังคมที่บุคคลนั้นมีส่วนติดต่อสัมพันธ์ด้วย

ผลงานวิจัยหลายเรื่องได้ชี้ให้เห็นว่าการเจ็บป่วยของบุตร ทั้งชนิดปัจจุบันและเรื้อรังจะกระทบกระเทือนต่อชีวิตของสมาชิกทั้งครอบครัวเช่นเดียวกัน ปัญหาสุขภาพที่เกิดกับหัวหน้าครอบครัว (ที่มีส่วนรับผิดชอบครอบครัว) ก็มีผลกระทบกระเทือนต่อสมาชิกของทุกคนในครอบครัวเช่นเดียวกัน สมาชิกในครอบครัวอาจจะเกิดความรู้สึกคับข้องใจ โกรธ รู้สึกผิด เสียใจ เศร้าใจ เป็นต้น

ครอบครัวจะมีบทบาทที่สำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งปฐมนิเทศของนิสิตทางด้านสุขภาพ เช่น บริโภคนิสัย การแปรงฟัน การล้างมือ ฯลฯ บิดามารดาเป็นครูคนแรกที่จะเป็นผู้สอนเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวยังเป็นหน่วยของสังคมที่ช่วยให้บุคคลเกิดหรือสร้างคำจำกัดความ หรือความหมายของบุคคลที่จะแสดงว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนอย่างไรจึงจะเรียกว่า “เจ็บป่วย” และครอบครัว (หรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ เช่น เพื่อนสนิท) อาจจะมีส่วนช่วยให้สุขภาพของบุคคลดีขึ้น โดยช่วยผ่อนคลาย “ความกดดัน” ที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล Cassell (1976, อ้างถึงใน ประภาศรี พงษ์มีผล และคณะ, 2548, น. 68) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าบุคคลที่ผ่านความกดดันของชีวิต เช่น การตกงานหรือถูกไล่ออกจากงาน ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมักจะผ่านวิกฤติการณ์ หรือสามารถป้องกันตนเองจากการมีปัญหาลูกสืบเนื่องจากความกดดันนั้นได้ดีกว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาความกดดันที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทั้งชนิดปัจจุบันและเรื้อรัง ผลงานวิจัยหลายเรื่องชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ รวมทั้งการฟื้นจากสภาพการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามผลสรุปนี้ก็ยังไม่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับทั่วไป การวิจัยในเรื่องนี้ควรจะได้ทำต่อไป เพื่อหาชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่จะมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงสภาวะการเจ็บป่วยในตัวผู้ป่วย ได้มีผู้เสนอแนะว่าวิธีการหนึ่งที่สิ่งสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการหายจากการเจ็บป่วย ก็โดยการที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลทั้งในช่วงการป้องกันโรคและการรื้อฟื้นหลังหายจากโรคดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และได้แสดงรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพชนิดต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการรื้อฟื้นจากโรค ได้รวมองค์ประกอบด้านการมีสัมพันธภาพทางสังคมหรือแรงสนับสนุนทางสังคม การแสดงออกทางด้านบวกของบุคคลใกล้ชิดหรือมีส่วนสัมพันธ์กับผู้ป่วยจะเป็นสิ่งสำคัญต่อการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล

ความคิดที่ว่า พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยและจากบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ได้ชี้ให้เห็นถึงคุณค่าของบุคคลผู้ซึ่งให้ความสนใจ ใส่ใจ กับความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ได้ช่วยเตือน ให้ความช่วยเหลือ

ความสนับสนุนอย่างทันทีทันใดแก่ผู้ป่วย ในการที่จะช่วยเปลี่ยนความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม ให้ไปสู่พฤติกรรม เพื่อที่จะพิจารณาว่าวิธีนี้ (การให้การสนับสนุนทางสังคม) มีความเป็นไปได้หรือ มีคุณค่าหรือไม่นั้น ควรจะได้ทำความเข้าใจถึงความหมายและสถานะการณ์ซึ่งก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้อง

ในการที่จะช่วยผู้ป่วยเปลี่ยนหรือแปลความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรม นั้น สมาชิกของครอบครัวหรือญาติมิตร อาจจะทำให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ รวมทั้ง อำนวยความสะดวก หรือสร้างสภาพการณ์ของความจริงใจ ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจผู้ให้ การสนับสนุนอาจจะให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือแนวคิดใหม่ ๆ เกี่ยวกับการแก้ปัญหาบางอย่างหรือมี ส่วนร่วมในการช่วย ผู้ป่วยแก้ปัญหา (คนทำงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้, 2552)

โครเนนเวลท์ (Cronenwelt, อ้างถึงใน สุรพล ไชยเสนาะ, 2536, น. 35) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ จิตใจ เป็นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ มี ความรัก ความผูกพัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นการประเมินเปรียบเทียบ พฤติกรรม เช่น การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง หรือ เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายกัน ทำให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนว ทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของและการอำนวยความสะดวก การเงิน แรงงาน เป็นการช่วยเหลือ โดยตรงต่อความจำเป็นของตน เช่น แรงงาน เงิน เวลา

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (สุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2531, น. 43-47)

การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการสื่อสารสองทาง ประกอบด้วยผู้ให้และผู้รับ จึงมี ลักษณะ เป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของ สุภาภรณ์ ดั่งแพง ได้รวบรวมประเภทการสนับสนุนทางสังคมไว้จำนวนรวมทั้งสิ้น 8 ประเภท ดังนี้

1. ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าได้รับความ รักความทะนุถนอม เอาใจใส่ มักจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว ความ ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เพราะฉะนั้นหากขาดความ ใกล้ชิดสนิทสนมบุคคลจะรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) เป็นการร่วมกิจกรรมทางสังคม ก่อให้เกิดการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนหรือระดมความคิดและพลังงาน นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกห่วงใย และเข้าใจขณะกระทำกิจกรรมร่วมกันด้วย มักเป็นความสัมพันธ์ของเพื่อนร่วมงาน หุ่นส่วน สมาชิกองค์กร หากขาดการสนับสนุนทางสังคมประเภทนี้บุคคลจะรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต

3. การส่งเสริมให้รู้คุณค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) การได้รับการยอมรับจากสังคมในการแสดงบทบาททางสังคม เช่น ช่วยเหลือครอบครัว ช่วยเหลือเพื่อน ๆ เป็นต้น หากขาดไปจะทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นตนเอง

4. โอกาสจะได้โอ้อุ้มเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) เป็นความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น เช่น พ่อแม่เลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโต เป็นต้น เป็นความปรารถนาจะให้ผู้อื่น สุขสบาย เป็นที่พึ่งพาของผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือผู้ที่ด้อยกว่า เป็นต้น หากขาดไปจะทำให้คนรู้สึกว่างเปล่า ขาดจุดหมาย

5. ความเป็นมิตรที่ดี (Reliable Alliance) เป็นความจริงใจต่อกัน ไว้วางใจกันได้ เป็นที่คาดหวังของกันและกันอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะมีเยื่อใยที่ดีต่อกันหรือไม่ มักจะเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว หากขาดไปบุคคลจะรู้สึกถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำแนะนำชี้แจง (Guidance) มักเป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลเผชิญภาวะตึงเครียด หรือภาวะวิกฤติ ต้องการการปลอบใจ กำลังใจ คำแนะนำเพื่อผ่อนคลายความเครียดและเผชิญภาวะการณ์ได้มั่นคงขึ้น

7. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ทำให้บุคคลปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม

8. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและบริการอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ตลอดจนเวลาและแรงงานเพื่อให้ได้รับความสะดวกสบาย

นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ทำงานในทีมงานจิตเวชร่วมกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด ที่มีบทบาทในการดำเนินงานในลักษณะสอดคล้องกับประเภทการสนับสนุนทางสังคม (อำเภอรัตน อักษรพรหม, 2534, น. 5) ดังนี้

1. การสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย (Social Casework) ซึ่งประยุกต์มาใช้ในการทำจิตบำบัดเฉพาะราย (Individual Psychotherapy) ในงานจิตเวชนักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีบทบาทในการศึกษาข้อมูล (Intake Interview) ที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วย โดยเน้นปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังให้การปรึกษาแนะนำ (Counseling) การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและการจัดบริการทางสังคมต่าง ๆ

2. การสังคมสงเคราะห์กลุ่มชน (Social Groupwork) ซึ่งประยุกต์มาใช้ในการทำกลุ่มจิตบำบัด (Group Psychotherapy) ในงานจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีบทบาทในการทำกลุ่มบำบัด (Group Therapy) กลุ่มแก้ไขปัญหา (Problem Solving Group Therapy) กลุ่มสังสรรค์สัมพันธ์ (Social Interaction Group) และกลุ่มครอบครัวบำบัด (Family Group Therapy) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรู้จักบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น เท่ากับเป็นการขยายขนาดเครือข่ายทางสังคมให้กว้างขึ้น และโอกาสที่จะได้รับการเกื้อกูลทางสังคมเพิ่มขึ้น

3. การจัดระเบียบชุมชน (Community Organization) ซึ่งประยุกต์มาใช้ในการทำสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health) นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชมีบทบาทในการประสานงานกับบุคคลในชุมชน ทั้งที่เป็นประชาชนและเจ้าหน้าที่ระดับชุมชน เพื่อให้ประชาชนเกิดการตระหนักที่จะดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวช ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทางจิตภายในชุมชน

สรุปการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ ความมั่นคงทางอารมณ์ และจิตใจ ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่น โดยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2 ประเภท คือ แหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ส่วนแหล่งทุติยภูมิ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการสื่อสารติดต่อสัมพันธ์ด้วยข้อมูลข่าวสารที่ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ รัก ห่วงด้อย่างจริงใจ ยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ปัจจัยนำเข้าจะต้องช่วยให้ผู้รับบรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ จัดประเภทการสนับสนุนทางสังคมได้ 4 ประเภท คือการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของและการอำนวยความสะดวกของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับกว้าง การมีส่วนร่วมในสังคม ระดับกลุ่มเครือข่าย มองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ระดับแคบหรือระดับลึก เป็นความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด และการสนับสนุนทางสังคมมีผลดีต่อผู้ได้รับทั้งทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์จิตเวชเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทในการดำเนินงานในลักษณะที่สอดคล้องกับประเภทของการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวด้วย ข้อมูลเรื่องการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจอย่างรอบด้าน เพื่อนำไปอธิบายให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจตรงกัน เห็นประโยชน์ และตั้งใจตอบแบบสอบถามอย่างสมำคใจทั้งฉบับ และใช้อธิบายความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว

3. แนวคิดการดูแล

การดูแล (Caring) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยทั่วไป เป็นการช่วยให้คนมีความเติบโตและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ การดูแลคือกิจกรรมการช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม ซึ่งมีกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ (Assertive) ต่อผู้อื่น ที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก (Empathic) ความสนใจเอาใจใส่ (Attention) การประคับประคอง (Supportive) ด้านการฟัง พูดหรือสัมผัส การให้ข้อมูล (Education) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) ความต้องการของบุคคลกลุ่มบุคคล อาจกล่าวได้ว่าการดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติเป็นเรื่องของการให้ความสนใจและห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 9) ในทางวิชาการได้มีผู้ให้ข้อคิดเห็นต่อแนวคิดการดูแลที่สำคัญ

โดยสรุปจาก ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Monitoring for Helping) ประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Egoistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่ผลักดันให้บุคคลช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อหวังผลตอบแทนจากการกระทำนั้น ๆ และแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ ความสงสารที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและสังคมจากการศึกษาเพื่ออธิบายแนวคิดเรื่องการดูแลโดยรวมแนวคิดของนักวิชาการ จากบทความวิชาการ และการวิจัยสามารถแบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลได้ 5 ทศนะ ได้แก่ การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรม ตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือสังคม การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิด การดูแลเป็นการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาล ต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์ และศาสตร์อื่น ๆ

3.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล คือผู้ให้การสนับสนุนและมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพ ศรัทธาและความหวัง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 14) มิติของความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเพราะความสัมพันธ์เป็นญาติที่ใกล้ชิดหรือมีข้อผูกมัดทางอารมณ์กับ

ผู้ป่วย บางครั้งเรียกว่า ญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีใบอนุญาต เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน แต่มีหน้าที่ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพิงโดยได้รับค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health Care Assistant) ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) ได้แก่ ญาติ เพื่อน หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ของผู้รับการดูแลที่ไม่ได้เสียค่าบริการ แต่เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ที่อ่อนแอ หรือผู้ที่ต้องการที่พึ่งในบ้าน หรือชุมชน ดังนั้นผู้ดูแล คือ บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้อย่างเต็มที่ และอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้ที่ทำหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อคนอื่นหรือผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น บุคคลเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นผู้ที่มีอาชีพเป็นผู้ดูแล และอาสาสมัครผู้ดูแล

ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

การดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทุกประเภท ถือว่าเป็นภารกิจที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นงานหนักที่ต้องใช้เวลา กำลังกาย ความรู้และการเสียสละอย่างมาก ดังนั้นจึงก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลในหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ นำไปสู่ความเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นความรู้สึกอันเนื่องมาจากความกังวลใจ ความรู้สึกสับสน ความไม่แน่ใจ ความเบื่อหน่าย หรือความลำบากในการรับบทบาทผู้ดูแล ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่พบบ่อย ได้แก่ ความคลุมเครือในบทบาท ไม่ทราบว่าตนจะปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้องเหมาะสม การขาดความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทที่คาดหวัง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถพอที่จะดูแล ผู้ดูแลบางรายต้องรับบทบาท ทั้งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวผู้ทำงานบ้าน และผู้ดูแลในเวลาเดียวกันทำให้บทบาทบางอย่างบกพร่องหรือทำไม่ได้ไม่เต็มที่ซึ่งขณะเดียวกันก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจตามมาได้

ปัญหาที่มีต่อผู้ดูแล

การศึกษาปัญหาของผู้ดูแล นิยมเขียนในหัวข้อผลกระทบจากการดูแล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลกระทบด้านลบมากกว่าด้านบวก โดยผลกระทบที่ชัดเจนมี 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกาย และผลกระทบด้านสังคมเศรษฐกิจโดยมีรายละเอียดดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 64-67)

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล (Physiological Problem) มีลักษณะดังนี้

1.1 อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของสิ่งที่ตนรักไป ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่

1.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองในภายหลัง

1.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเองโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาลหรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

1.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบเพื่อนฝูง การพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวกเหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสับเปลี่ยนทำให้เกิดความอ่อนเพลีย และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เจ็บป่วยได้ โดยลักษณะปัญหาจำแนกได้ดังนี้

2.1 ปวดหลัง (Back age) ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปัญหาปวดหลัง บ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียด ที่จะสื่อให้ทราบว่ภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นมันวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น ๆ

2.2 อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย เกิดโรคแทรกซ้อนได้ และทำให้ผู้ดูแลอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้

2.3 มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase Health Problem) ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย อาจรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจเป็นปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

3. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic Problem)

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับการะในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลา เป็นทำงานบางเวลาหรือบางรายอาจต้องเสียเวลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

3.2 รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

3.4 รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ในขณะที่ครอบครัวมีการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแลมี 5 ประการ คือ

1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Demands on Information) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
2. ความต้องการด้านเวลา (Demands on Time) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมานานกับระยะเวลาการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นยาวนานนั้น ทำให้เกิดผลกระทบกับเวลาของการดูแลที่มากขึ้น
3. ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแล (Assistance With Care) การได้รับการช่วยเหลืออย่างเป็นทางการหรือจากการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มนั้น จะสามารถลดภาระของผู้ดูแลลงได้
4. ความต้องการทางด้านรายได้ (Demands on Finances) ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าอุปกรณ์ ค่าน้ำ ไฟ และค่าโทรศัพท์ ทั้งนี้ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลส่วนมากจะมีบทบาทในเรื่องช่วยเหลือค่าใช้จ่าย
5. ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความกลัวต่าง ๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแล กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต รวมทั้งต้องการพูดคุยกับเพื่อนหรือญาติ เพื่อลดความตึงเครียด

ความเครียดในบทบาทผู้ดูแล

การพิจารณาความเครียดในบทบาท สามารถอธิบายตามแนวคิดได้ 2 แนวคิด ได้แก่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 88-89) แนวคิดโครงสร้างและการทำหน้าที่ทางสังคม (Structural Functional) เน้นความเข้าใจในแบบแผนพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคมหรือความคาดหวังในบทบาท เพื่อที่จะดำรงระบบของสังคมความเครียดในบทบาทจึงเกิดจากการแสดงบทบาทไม่สอดคล้องกับบรรทัดฐานของสังคมหรือความคาดหวังในบทบาท แนวคิดสัญลักษณ์การปฏิสัมพันธ์ (Symbol Interactions) เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของบทบาท

และพฤติกรรม การตอบสนองต่อคู่บทบาท เป็นผลจากการตีความสัญลักษณ์ การแสดงออกของอีกฝ่าย การตีความนี้ได้รับอิทธิพลจากอดีตและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม ความเครียดในบทบาทจึงเกิดจากการตีความ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเป็นสำคัญได้ว่าความเครียดด้านความคลุมเครือในบทบาท หมายถึงความรู้สึกของผู้ดูแลในความไม่แน่ใจและไม่ชัดเจนในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาและไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถพอที่จะดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาได้

ประเภทของความเครียดในบทบาท

เมื่อพิจารณาถึงขอบเขตของความเครียดในบทบาท พบว่า มีความแตกต่างกัน นักวิชาการเกี่ยวกับการดูแล นิยามจำแนกความเครียดในบทบาทออกเป็น 4 ประเภท คือ

- (1) ความคลุมเครือในบทบาท (Role Ambiguity) เกิดจากความคาดหวังในบทบาทไม่ชัดเจน
- (2) การดำรงบทบาทมากเกินไป (Role Overload) เกิดจากการที่ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ตามเวลาที่มีอยู่ได้ทั้งหมด
- (3) ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) เกิดจากความคาดหวังในบทบาทขัดกันระหว่างบทบาทหรือระหว่างบุคคล
- (4) ความไม่สอดคล้องกับบทบาท (Role Incongruity) เกิดจากอัตมโนทัศน์และค่านิยมส่วนตัวขัดกันกับความคาดหวังในบทบาท

สาเหตุของความเครียด

ภาระงานที่ต้องดูแลผู้ที่ต้องการการดูแลบางประเภท นอกเหนือจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่ ผู้ดูแลบางรายต้องรับบทบาท ทั้งเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวผู้ทำงานบ้าน ในเวลาเดียวกันทำให้บทบาทบางอย่างบกพร่องหรือทำได้ไม่เต็มที่ขณะเดียวกันก่อให้เกิดปัญหาความเครียดตามมาได้ สาเหตุของความเครียด อาจสรุปได้ 2 สาเหตุ ได้แก่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547, น. 93-94)

1. Primary Stressor

เป็นความเครียดที่เกิดจากความต้องการดูแลของผู้ป่วยจากสาเหตุข้อจำกัดทางร่างกายและความต้องการส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ต้องใช้ความรู้และทักษะด้านการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ผู้ดูแลขาดความมั่นใจและรับรู้ถึงข้อจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพประกอบกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยมักเป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิดง่าย จึงมีความต้องการความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือในการดูแล ด้านการเงินจากแหล่งประโยชน์เพื่อการสนับสนุนให้สามารถทำตามความต้องการของผู้ป่วยได้

2. Secondary Stressor

เป็นความเครียดที่เกิดจากผลของการให้การดูแลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แบ่งผลกระทบที่ได้รับจากการเป็นผู้ให้การดูแลออกเป็น 4 กลุ่ม คือ การสูญเสียอิสระ การสูญเสียการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ การมีเวลารว่างลดลง ภาวะเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพแก่ผู้ให้การดูแลประกอบกับแรงกดดันจากความคาดหวังในบทบาทผู้ดูแลจากญาติและครอบครัวในบางราย รวมไปถึงบริบทเสริมอื่น ๆ เช่น โครงสร้างและสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ความขัดแย้งในหมู่ผู้ให้การดูแลได้สร้างความสับสน ท้อแท้ วิตกกังวลแก่ผู้ดูแล บางรายมีอาการเศร้าซึม รู้สึกสูญเสียและมีอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง อันเนื่องมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547, น. 100-108) ได้รวบรวมปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลไว้สรุปได้ดังนี้ เพศ ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง มีความเครียดในบทบาทสูงกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพเป็นสามี อายุ ผู้ดูแลที่อายุมากขึ้นจะรับรู้ถึงภาระการดูแลที่มากขึ้นด้วย ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีการศึกษาดีจะมีการใช้เหตุผล สถิติปัญญา และวิธีการแก้ปัญหา รู้จักที่จะหาแหล่งสนับสนุนความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ มาได้มาก ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ถ้าหากว่ามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน มีความรักใคร่ผูกพันกัน มักจะเกิดความยินดีและเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือ ความรู้หรือทักษะในการดูแล หากผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหานั้นมาก่อนจะทำให้มีความเครียดมากกว่าปกติ การสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ เช่น ข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือบริการต่าง ๆ เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมที่ีจะช่วยในการเผชิญความเครียดหรือเอาชนะสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล การมีฐานะที่มั่นคงจะเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ดูแลเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น สุขภาพของผู้ดูแล หากผู้ดูแลที่มีสุขภาพอ่อนแอจะมีการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี บทบาทหน้าที่ อาชีพของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีงานประจำอยู่แล้ว อาจประสบปัญหาในการจัดสรรเวลาในการดูแลหรือมีเวลาจำกัดในการพักผ่อน พื้นฐานทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล การเป็นคนมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย วิตกกังวลง่าย หรือเป็นคนซึมเศร้า เป็นคนรู้สึกผิดง่าย การมีปัญหาด้านอารมณ์นั้น จะรบกวนบทบาทหน้าที่ของการเป็นผู้ดูแล พฤติกรรมการทำร้ายต่อผู้ป่วย อาจเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านอารมณ์เพิ่มมากขึ้น ประสบการณ์จากการดูแล หากผู้ดูแลมีการปรับตัวช้า อาจเกิดสถานการณ์ที่ตึงเครียดและเกิดการเฉื่อยชาได้ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีมีการช่วยเหลือและพึ่งพาอาศัยกันแล้ว สามารถบ่งบอกได้ถึงว่าจะได้รับ

การดูแลที่ดีจากผู้ดูแล การอาศัยในครัวเรือน การอาศัยในครัวเรือนเดียวกัน หากได้รับการแบ่งเบา บทบาทหน้าที่ลง ซึ่งอาจทำได้โดยการหาผู้ช่วยเหลือในการดูแลด้านการทำงานบ้านต่าง ๆ

วิธีการเผชิญความเครียด

การมีสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยอยู่ในความดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลมักละเลยความต้องการของตนเอง เป็นผลให้เกิดความเหนื่อยล้ามีความเครียดสูง และเกิดปัญหาทางสุขภาพขึ้นได้ การดูแลบุตร เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยอาจเป็นงานที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเหล่านี้ มีภาระงานหนักยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำรงบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่มีอยู่และการดำรงชีวิตประจำวันของตนเอง ญาติผู้ดูแลจึงต้องปรับตัวอย่างมาก เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและตนเองมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งนับว่าผู้ดูแลแต่ละรายจะมีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน

วิธีการเผชิญความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ว่าสามารถจัดการได้มากน้อยเพียงใด

ภาวะความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ง่ายและเป็นภาวะต่อเนื่อง จากเหตุหนึ่งไปสู่อีกเหตุหนึ่งนักวิชาการเชื่อว่าความเครียดเกิดจากความไม่ลงตัวในบทบาท ไม่ว่าจะเป็นบทบาทที่ขาดหายไปหรือบทบาทที่มากเกินไป ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลพึงเข้าใจในสาเหตุเหล่านี้และพยายามแสวงหาแนวทางในการลดความเครียดของผู้ดูแลลง ทั้งนี้ ด้วยมุ่งหวังให้เกิดผลดีต่อกระบวนการให้การดูแล รวมถึงผู้ดูแลและผู้ป่วย

สรุปการดูแลเป็นเรื่องสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล คือกิจกรรมช่วยเหลือผู้ดูแล มีกระบวนการให้ความช่วยเหลือต่อผู้อื่น เข้าถึงความรู้สึก สนใจ เอาใจใส่ ปรึกษาปรึกษา ฟัง พูด สัมผัส การให้ข้อมูล และการอำนวยความสะดวก ความต้องการของบุคคล กลุ่มบุคคล อันประกอบด้วยแนวคิด แรงจูงใจในการช่วยเหลือ และแนวคิดค่านิยมของบุคคล สังคม ผู้ดูแล คือบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ซึ่งจะต้องคำนึงถึงภาระอารมณ์จิตใจของผู้ดูแล ผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ ความต้องการของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดโครงสร้างการทำหน้าที่ของสังคม และแนวคิดสัญลักษณ์การปฏิสัมพันธ์ ประเภทของความเครียดในบทบาท 4 ประเภท คือ ความคลุมเครือในบทบาท การดำรงบทบาทมากเกินไป ความขัดแย้งในบทบาท ความไม่สอดคล้องกับบทบาท สาเหตุของความเครียดเกิดจากความต้องการการดูแลที่เป็นพิเศษของผู้ป่วย และผลของการให้การดูแล ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับการดูแล ความรู้ทักษะการดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจ พื้นฐานทางอารมณ์ ประสบการณ์ การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น วิธีเผชิญความเครียดขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ดูแลในการ

จัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใด ข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ดูแลมากขึ้น เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม และอภิปรายผลการศึกษา

4. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันหรือหน่วยทางสังคมพื้นฐานที่สุดในสังคมมนุษย์ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวเสมือนกระจกสะท้อนให้เห็นสังคมใหญ่ หากประชาชนมีสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีมีสวัสดิการสังคมที่ดี สมาชิกในครอบครัวก็มักจะมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีหรือมีสวัสดิการครอบครัวที่ดีตามไปด้วย แนวคิดนี้อธิบายครอบครัวจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1. กลุ่มสังคมวิทยา-มานุษยวิทยา 2. กลุ่มจิตวิทยา 3. กลุ่มสาขาอื่น ๆ และกลุ่มที่มีแบบแผนพิเศษ แต่ละแนวคิดทฤษฎีมีความเหลื่อมล้ำและคาบเกี่ยวกันค่อนข้างมาก ดังมีข้อมูลโดยสรุปจาก กิติพัฒน์ นนปัทมะดุลย์ (2545) ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มสังคมวิทยา-มานุษยวิทยา

1.1 แนวคิดมานุษยวิทยา มีวิธีศึกษาครอบครัว 4 วิธี คือ ศึกษาโดยกำหนดประเด็นเรื่อง (topic) เช่น วัฒนธรรมในเชิงวัตถุ ชีวิตทางเศรษฐกิจความสัมพันธ์ทางสังคม ชีวิตศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและอื่น ๆ ใช้เทคนิคจากบทละครเรื่องราโชมอน (The Rashomon like Technique) เป็นการเรียบเรียงชีวประวัติที่ลึกซึ้งของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ใช้วิธีเลือกศึกษาอย่างลึกซึ้งในประเด็นเฉพาะหรือในประเด็นปัญหาพิเศษสำคัญ การศึกษาครอบครัวแบบองค์รวม (holistic) โดยผ่านการสังเกตอย่างละเอียดลึกซึ้งในแบบแผนของการดำเนินชีวิตประจำวันโดยผนวก 3 วิธีแรกเข้ามาดำเนินการด้วย

1.2 แนวคิดโครงสร้างการหน้าที่ (Structural – functional approach)

แนวคิดโครงสร้างการหน้าที่ศึกษาครอบครัวใน 3 ประเด็นใหญ่คือ การทำหน้าที่ของครอบครัวต่อสังคม คือ การขัดเกลาทางสังคมและการสร้างเสถียรภาพให้กับบุคลิกภาพของวัยผู้ใหญ่ การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวเกี่ยวกับการแบ่งแรงงานระหว่างเพศและการทำหน้าที่ต่อการดำรงสภาพครอบครัวเอาไว้ การหน้าที่ของครอบครัวต่อสมาชิกเป็นรายบุคคล ตลอดจนต่อพัฒนาการของบุคลิกภาพ คือ การศึกษาสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและบุคลิกภาพของสมาชิกครอบครัวในเชิงปัจเจก

1.3 แนวคิดสถาบัน (Institutional frame of reference)

ในการวิเคราะห์ครอบครัวจะได้รับการพิจารณาเป็นสถาบันที่มีการหน้าที่หลากหลายประการ เช่น การให้ความรักใคร่ การปกป้อง การขัดเกลาทางสังคม การศาสนา การ

นันทนาการ แนวคิดนี้สนใจการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว การศึกษาเชิงพยากรณ์ถึงการค่อย ๆ แตกสลายของสถาบันครอบครัวและค่านิยมที่ตามมา พยากรณ์ถึงการที่ผู้ชายจะมีอำนาจหน้าที่ในครอบครัวน้อยลง และผู้หญิงจะมีอิทธิพลมากขึ้นในครอบครัว มองว่าครอบครัวเป็นระบบเปิดและเป็นตัวแปรตามที่สำคัญในระบบสังคม และเป็นตัวแปรอิสระด้วย ครอบครัวเป็นองค์กรที่มีเสถียรภาพอย่างยิ่งในระบบยาว แต่ในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรุนแรงอย่างยาวนานใหญ่ หรือเมื่อเกิดการปฏิวัติขึ้นครอบครัวก็สามารถปรับตัวไปได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเงื่อนไขทางสังคม (Social conditions) อย่างมาก

1.4 แนวคิดความขัดแย้งทางสังคม ทฤษฎีความขัดแย้ง (Social conflict theory) มองว่าทุกสังคมไม่อยู่นิ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และทุกขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงจะแสดงให้เห็นถึงความขัดแย้งทางสังคม และความไม่เห็นพ้องต้องกันเสมอ ทุกสังคมจะต้องมีกลุ่มคนที่มีอำนาจครอบงำกลุ่มคนกลุ่มอื่น ๆ อยู่เสมอ เมื่อใดที่ประชาชนเริ่มตระหนักในผลประโยชน์การรวมตัวเป็นชนชั้นทางสังคมก็จะเกิดขึ้น การเจรจาต่อรองด้วยกระบวนการที่ชอบธรรมอาจเป็นไปได้จึงไม่จำเป็นต้องใช้ความรุนแรงความขัดแย้งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในทุกระบบสังคมรวมทั้งระบบครอบครัว ชีวิตสมรส ชีวิตการทำงาน การศึกษาวิจัยพบว่าความขัดแย้งในครอบครัวมีผลในการทำลายสวัสดิภาพของความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กในครอบครัว ความขัดแย้งในครอบครัวมีผลต่อการปรับตัวของเด็ก ความภาคภูมิใจและความรู้สึกที่ตนมีคุณค่าของเด็ก มีผลต่อความเป็นอยู่ด้านจิตใจของเด็ก เด็กอยู่ในโครงสร้างครอบครัวแบบใดไม่มีผลเท่ากับการที่มีความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัว ครอบครัวที่มีความขัดแย้งน้อยกว่าจะทำให้เด็กมีความสุขและมีพัฒนาการที่ดีกว่าเด็กที่อยู่ในบรรยากาศความขัดแย้งของครอบครัวอย่างมาก

2. กลุ่มจิตวิทยา

2.1 แนวคิดจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) โดย Sigmund Freud เช่น ศึกษาปัจเจกชนในครอบครัวและครอบครัวในฐานะสถาบันหนึ่งความผิดปกติทางจิต (mental disorders) ศึกษาพยาธิสภาพทางจิตที่ได้รับการมองว่าเป็นผลมาจากบาดแผลทางใจ อิทธิพลของประสบการณ์ทางครอบครัวตั้งแต่เด็กเล็ก ๆ มีต่อปัจเจกชน ไม่มีพฤติกรรมใดเกิดขึ้นโดยบังเอิญอย่างเด็ดขาด ทุกพฤติกรรม มาจากพลังของ Id.

2.2 แนวคิดจิตวิทยาสังคม (Social – Psychology)

จิตวิทยาสังคมศึกษาพฤติกรรมของคนและพฤติกรรมของกลุ่มคนในสถานะแวดล้อมทางสังคม ในการศึกษาครอบครัวแนวคิดจิตวิทยาสังคมศึกษา 3 ส่วนด้วยกันคือ ความนึกคิดต่ออัตตา (Self-concept) มีข้อสันนิษฐาน เช่น ประสบการณ์ทั้งหมดในชีวิตของคนมีผลต่อ

บุคลิกภาพทั้งหมดของเขา พ่อแม่สามารถที่จะมีอิทธิพลทั้งในทางบวกและลบ สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูคนให้เติบโตและแยกตัวออกเป็นอิสระได้ การปฏิสัมพันธ์ของบุคลิกภาพ (Personality interaction) มีข้อสันนิษฐาน เช่น กระบวนการสร้างบุคลิกภาพขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่-ลูก อิทธิพลภายนอกของบุคลิกภาพจะถูกส่งสมกันในการกระทำที่ผ่านสถาบันอันหลากหลายและหนึ่งในสถาบันหลักคือครอบครัว ทฤษฎีความต้องการ (Needs theory) มีข้อสันนิษฐาน เช่น เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีพี่น้องมักจะปรับตัวในชีวิตสมรสน้อยกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูมาโดยคนเดียวตามลำพัง พ่อแม่มีส่วนอย่างมากในการทำให้ชีวิตในวัยเด็กของบุคคลมีความสุข วินัยในบ้านมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็ก

2.3 แนวคิดพัฒนาการ (Developmental approach)

แนวคิดพัฒนาการศึกษามนุษย์ ซึ่งเป็นทั้งสมาชิกของครอบครัวและเป็นปัจเจกบุคคลในเวลาเดียวกัน มองครอบครัวเป็นหน่วยของบุคลิกภาพอันมีปฏิสัมพันธ์ สมาชิกครอบครัวแต่ละครอบครัวมีลักษณะเฉพาะของตนเอง มีความซับซ้อนของอายุและบทบาทที่คาดหวังซึ่งกันและกัน มีความหลากหลายในเรื่องของจำนวนของสถานภาพ ตำแหน่งแห่งที่ องค์ประกอบด้านอายุ และอาชีพ

2.4 แนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic interaction frame of reference)

เป็นการเน้นความสำคัญของความหมาย นิยาม สถานการณ์ สัญลักษณ์ การตีความ และกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในบุคคลอื่น ๆ หลักการสำคัญของแนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ คือ มนุษย์มีพฤติกรรมกระทำต่อสิ่งต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของสิ่งนั้นเป็นการกระทำผ่านสัญลักษณ์และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การอธิบายให้ความหมายต่อสิ่งใด ๆ นั้นเป็นผลผลิตอันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของมนุษย์ในสังคม สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวได้รับการคาดหวังให้ต้องผสมผสานบทบาทหลาย ๆ ชุดของตนให้เข้ากับบทบาทของครอบครัว รวมทั้งบทบาทที่อยู่นอกครอบครัวด้วย

2.5 แนวคิดสถานการณ์ (Situational approach)

วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อแยกแยะสถานการณ์ออกเป็นองค์ประกอบและกระบวนการต่าง ๆ เพื่อกำหนดและวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างปรากฏสถานการณ์และเงื่อนไขตลอดจนตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เพื่อดันหากฎเกณฑ์ต่าง ๆ มองว่าครอบครัวเป็นหน่วยของการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ทุกพฤติกรรมจะมีจุดมุ่งหมายที่มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ เช่น พัฒนาการของเด็ก การดำเนินงานภายในครอบครัว วิฤตการณ์ของครอบครัวสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับปทัสถานของครอบครัวเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว

2.6 แนวคิดการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social exchange approach)

แนวคิดนี้มองว่าบุคคลพยายามที่จะทำให้รางวัลตอบแทน จากความสัมพันธ์นี้ให้มากที่สุดโดยใช้ต้นทุนให้น้อยที่สุด ถ้าบุคคลหนึ่งได้รับรางวัลตอบแทนมากกว่าต้นทุนที่เสียไป บุคคลนั้นก็นับได้ว่ามีกำไรหรือได้รับประโยชน์ บุคคลทุกคนที่อยู่ในความสัมพันธ์ทางสังคมประเภทใดก็ตามจะมีแรงจูงใจให้สร้างรางวัลให้มากที่สุด และเสียต้นทุนให้น้อยที่สุด ทำให้เขาและเธอสามารถพอใจกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดำรงอยู่และมองว่าความสัมพันธ์นี้เป็นประโยชน์ เมื่อคู่สมรสในครอบครัวเป็นฝ่ายให้ประโยชน์หรือรางวัลกับอีกฝ่ายหนึ่ง บรรทัดฐานของการต่างตอบแทนแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้น กล่าวคือ ผู้ที่รับรางวัลหรือผลประโยชน์จะต้องเป็นฝ่ายให้คืนรางวัลหรือผลประโยชน์ โดยให้คืนในคุณค่าของรางวัลที่ทัดเทียมกัน ถ้าสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งกระทำสิ่งหนึ่งให้กับครอบครัวอย่างพิเศษ นอกเหนือจากภาวะปกติ เขาหรือเธอก็คาดหวังว่าสมาชิกคนอื่นจะมีการกระทำตอบแทนที่เป็นพิเศษคืนกลับมาด้วย ประเภทของแนวคิดการแลกเปลี่ยนทางสังคม แบ่งเป็น 2 แนวคิด คือ แนวคิดการพึ่งพิงทางอำนาจ (Power Dependency Model) และทฤษฎีความเท่าเทียม (Equity Theory) โดยมีพื้นฐานการมองที่ผลประโยชน์หรือกำไรหรือปัจจัยผลผลิตที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางสังคมนั้นควรจะมีสัดส่วนแตกต่างกันไปกับการลงทุน หรือปัจจัยนำเข้ามากน้อยต่างกัน ตัวอย่างสามิวุฒิศึกษามากกว่า และสามารถหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวมากกว่าภรรยาซึ่งมีระดับการศึกษาต่ำกว่าและมีรายได้น้อยกว่า พึ่งจะได้รับกำไรหรือผลประโยชน์มากกว่าตามทฤษฎีเท่าเทียม ภรรยาอาจไปเรียนเพิ่มเติมหรือไปหางานใหม่ที่มีรายได้มากขึ้น หากภรรยาไม่สามารถขยับให้มีสมดุลในความสัมพันธ์ทางสังคมแล้ว เธอก็อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเป็นผู้ถูกเอารัดเอาเปรียบ เพราะเธอจะต้องพึ่งพิงสามีมากกว่า แนวคิดการแลกเปลี่ยนทางสังคมมีข้อสันนิษฐานว่า คนทุกคนมีพื้นฐานในการกระทำที่มีเหตุผล และสามารถควบคุมพฤติกรรมและการกระทำของตนได้อย่างที่ต้องการ ทว่าคนเราก็ไม่สามารถจะมีพฤติกรรมกระทำที่นำไปสู่การสร้างประโยชน์หรือกำไรได้ในทุกเรื่องหรือทุกการกระทำ และเราก็มักจะเผชิญกับอุปสรรคเสมอ เมื่อเราพยายามที่จะมีอิทธิพลเหนือการกระทำของผู้อื่น

3. กลุ่มสาขาอื่น ๆ และกลุ่มที่มีแบบแผนพิเศษ

3.1 แนวคิดเศรษฐกิจ (Economic approach) แนวคิดเศรษฐกิจที่ใช้ศึกษาครอบครัวนี้มาจากแนวคิดพื้นฐาน 4 ประการคือ มาตรฐานการดำรงชีวิต เน้นในเรื่องของการวิเคราะห์ประเพณี นิสัย การแข่งขันกัน การเอาแบบอย่างกัน รสนิยม และวิถีในการบริโภค การใช้เงิน อาชีพ และรายได้ สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจเป็นตัวบ่งชี้ในการ

กำหนดชนชั้นทางสังคมได้ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ งานอาชีพ การศึกษารูปแบบและขนาดของบ้านและที่พักอาศัย สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจของสังคม เช่น นักเศรษฐศาสตร์การพัฒนามักนำระบบเครือญาติไปใช้อธิบายพัฒนาการทางเศรษฐกิจของประเทศ ด้อยพัฒนาและว่าเป็นอุปสรรคขัดขวางการเลื่อนชั้นทางสังคมของปัจเจกบุคคล พฤติกรรมการบริโภคและแรงจูงใจ จุดสนใจในด้านนี้ของแนวคิดเศรษฐกิจก็คือการเชื่อมโยงครอบครัวและปรากฏการณ์ของบุคคล ความต้องการจำเป็นค่านิยมและการใช้ประโยชน์ตลอดจนปัจจัยทางจิตวิทยาเข้าไว้ด้วยกันกับพฤติกรรมทางเศรษฐกิจ

3.2 แนวคิดกฎหมาย (Legal approach) ธรรมชาติของแนวคิดกฎหมายกฎหมายครอบครัวจำแนกออกเป็น 2 ประเด็น คือ พิทักษ์ประโยชน์ของผู้ซึ่งสัมพันธ์ซึ่งเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัว พิทักษ์ประโยชน์ภายในครอบครัว และการพิทักษ์ประโยชน์ของสมาชิกครอบครัวที่สัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือสถาบันทางสังคมอื่นที่อยู่นอกครอบครัวเป็นเรื่องเกี่ยวกับการกระทำ ประเด็นครอบครัวที่แนวคิดกฎหมายศึกษาครอบครัว เช่น สิทธิหน้าที่ของปัจเจกชน การเปลี่ยนแปลงในเชิงประวัติศาสตร์และเชิงสมมุติฐานของกฎหมายครอบครัว การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างกันในเชิงวัฒนธรรม ช่องว่างระหว่างความเป็นจริงกับอุดมคติในเรื่องของค่านิยมและการปฏิบัติตนในครอบครัว

3.3 แนวคิดคริสต์ศาสนา (Christian approach) แนวคิดนี้มีความสนใจหลัก ๆ อยู่กับการศึกษาค่านิยมและเสถียรภาพของความซื่อสัตย์ในชีวิตสมรส การเลี้ยงดูเด็กและการพิทักษ์คุ้มครองเด็ก และทางเลือกที่จะหย่าร้างกันของคู่สมรสนั้นเป็นทางเลือกสุดท้าย จุดสนใจของแนวคิดอยู่ที่การทำให้ชีวิตครอบครัวบรรลุผลสำเร็จและมีเสถียรภาพ มีชีวิตสมรสที่ซื่อสัตย์ภักดีเสถียรภาพทางสุขภาพจิต ไม่สนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ข้อเสนอแนะเฉพาะที่สำคัญ เช่น ครอบครัวเป็นสิ่งที่พระเจ้าเป็นเจ้าดูแลบันดาล ครอบครัวเป็นพื้นฐานของระบอบประชาธิปไตยต่อต้านการทำแท้ง การค้าประเวณี การกระทำที่ละเมิดต่อศักดิ์ศรีแห่งชีวิตมนุษย์ การสมรสแบบผัวเดียวเมียเดียวมีฐานะเป็นสถาบันหนึ่งของพระเจ้าเป็นเจ้าคู่สมรสต้องจงรักภักดีต่อกัน ลูกต้องเคารพเชื่อฟังและภักดีต่อพ่อแม่อย่างไม่มีเงื่อนไขใด ๆ สัมพันธภาพในแต่ละครอบครัวมีความเป็นอิสระภายในที่ไม่มีสถาบันอื่นใดจะสามารถทดแทนการจัดการต่อชีวิตเด็ก

3.4 แนวคิดความเป็นหญิงชายและสตรีนิยม (Gender relations and feminist approaches) แนวคิดนี้กำหนดจากความพยายามในการจัดการเลือกปฏิบัติทางเพศต่อผู้หญิงซึ่งมีประวัติความเป็นมายาวนาน โดยมีการเรียกร้องสิทธิในการออกเสียงเลือกตั้งถือครองที่ดินสิทธิในการฟ้องถูกฟ้องร้องทางศาล ซึ่งแต่เดิมผู้ชายฝ่ายเดียวมีสิทธิเหล่านี้ หญิงและชายมี

ความคาดหวังต่อบทบาทของครอบครัวและบทบาทการแต่งงานที่แตกต่างกัน หญิงมักจะต้องเป็นฝ่ายทำงานบ้านอย่างหนักได้รับผลตอบแทนจากครอบครัวน้อยถูกลดอำนาจและครอบงำโดยความคิดชายเป็นใหญ่ในสังคมไทย จรรยา สุวรรณทัต ได้จำแนกบทบาทของพ่อไว้ 3 แนวคิดคือ แนวคิดแบบดั้งเดิม ถือว่าพ่อมีหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว แม่เลี้ยงดูลูก ๆ แนวคิดแบบสมัยใหม่ พ่อมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเด็กให้มีเอกลักษณ์ทางเพศที่เหมาะสม การเรียนพัฒนาจริยธรรมของเด็ก แต่พ่อยังไม่ใกล้ชิดกับลูกเท่าแม่ ลูกชายจึงหันไปคบเพื่อนร่วมวัย เรียนรู้จากกลุ่มเพื่อนมากกว่าจากพ่อของตน

แนวคิดที่พึงประสงค์ คือ การเห็นว่าพ่อและแม่ควรมีบทบาทร่วมกันในการอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิด พ่อต้องไม่ถือว่าภาระเลี้ยงดูลูกเป็นของแม่แต่ผู้เดียว แนวคิดนี้ปรารถนาให้พ่อและแม่มีบทบาทร่วมกันอย่างใกล้ชิดในการเลี้ยงดูลูกเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับสังคมที่มีการปกครองในระบบประชาธิปไตย

สรุปแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มสังคมวิทยา-มานุษยวิทยา กลุ่มจิตวิทยา และกลุ่มสาขาอื่น แต่ละกลุ่มพยายามศึกษาครอบครัวอย่างละเอียดทุกแง่มุม เพื่ออธิบายครอบครัว กลุ่มสังคมวิทยา-มานุษยวิทยา ศึกษาวัฒนธรรม เศรษฐกิจสังคม ความสัมพันธ์ชีวประวัติของสมาชิกในครอบครัว วิฤต การดำเนินชีวิต โครงสร้างการทำหน้าที่ของครอบครัว ครอบครัว เป็นสถาบันหนึ่งในสังคม มีการเปลี่ยนแปลงมีความขัดแย้ง มีผลต่อการทำลายสวัสดิภาพความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กในครอบครัว กลุ่มที่สองกลุ่มจิตวิทยา แนวคิดจิตวิเคราะห์ ศึกษาพยาธิสภาพทางจิตที่ได้รับการมองว่ามาจากบาดแผลทางใจ แนวคิดจิตวิทยาสังคมเชื่อว่าประสบการณ์ทั้งหมดในชีวิตมีผลต่อบุคลิกภาพของเขา ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูก และแบบของการเลี้ยงดู แนวคิดพัฒนาการ จุดรวมพื้นฐานก็คือการกระทำของคนในครอบครัว แนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์การตีความ แนวคิดสถานการณ์ การวิเคราะห์สถานการณ์ แนวคิดการแลกเปลี่ยนทางสังคม โดยสมาชิกในครอบครัวจะต้องต่างแลกเปลี่ยนตอบแทนกันอย่างสมดุลตามแนวคิดฟิงฟิงและทฤษฎีความเท่าเทียม กลุ่มที่สามกลุ่มสาขาอื่น ๆ และกลุ่มที่มีแบบแผนพิเศษ เช่นแนวคิดเศรษฐกิจ ศึกษามาตรฐานการดำรงชีวิตเศรษฐกิจสังคมพฤติกรรมการบริโภคและแรงจูงใจ แนวคิดกฎหมายพิทักษ์ประโยชน์ภายในครอบครัว และภายนอกครอบครัวของสมาชิกครอบครัว แนวคิดคริสต์ศาสนา คือการทำให้ชีวิตครอบครัวบรรลุผลสำเร็จ ชื่อสัตย์ภักดีมีเสถียรภาพ แนวคิดความเป็นหญิงชาย และสตรีนิยม ที่พึงประสงค์คือพ่อแม่ควรมีบทบาทร่วมกันในการอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิด การศึกษาทำความเข้าใจผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิด

เกี่ยวกับครอบครัว รูปแบบปฏิสัมพันธ์ ปัญหาของครอบครัวเพราะผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว นำมาอธิบายลักษณะความคาดหวังของครอบครัวหรือผู้ดูแล

5. ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว

เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญมาก บทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่พึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกในครอบครัวให้สามารถอยู่ในสังคมได้ด้วยดี บทบาทหน้าที่ของครอบครัว ล้วนมีอิทธิพลต่อสังคมทั้งสิ้น ดังนั้น จึงได้มีผู้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ไว้ 4 ประการ คือ (ณัฐไชย ตันติสุข, 2533, น. 16)

1. หน้าที่ให้ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว
2. หน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัว
3. หน้าที่ในการสืบสกุล
4. หน้าที่ในการอบรม เลี้ยงดูบุตรให้รู้ระเบียบสังคมไทย

การตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญประการหนึ่งคือการตอบสนองด้านความรักความเอาใจใส่ ซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัวในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก ซึ่งแสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพดี บุคลิกภาพมั่นคง เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีมีภาพลักษณ์ที่ดี มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว รู้สึกว่าได้รับความรักความอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้งตลอดจนรู้สึกว่ามีคนช่วยเหลือเมื่อตนเองอยู่ในภาวะลำบาก และครอบครัวยังเป็นต้นกำเนิดของความรัก การยอมรับการได้รับรางวัลและการสนับสนุนของบุคคล (Friedman and McCown, อ้างถึงในชาติชาย ไบทัตทิมา, 2547, น. 33)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ผลิตเทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเขียนบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการไว้ดังต่อไปนี้ (สดีโส คัมภรพย์อนันต์ และ สุรีย์ บุญเคย, 2546, น. 17-19)

ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากที่จะช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำคัญที่สุดคือความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท โดยเฉพาะข้อความที่ว่า “ไม่มีคนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเภท แต่ทุกคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยจิตเภท

บทบาทของญาติที่สำคัญ ได้แก่ การช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ทั้งนี้เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานในการรักษา และเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบได้สูง ซึ่งอาจเกิดการขาดยา ผู้ป่วยมีความเครียด หรือขาดการดูแลใส่ใจจากญาติ การป้องกันการกำเริบของโรคทำได้ ดังต่อไปนี้

1. ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต การดูแลตนเองไม่ดีทำให้อนามัยส่วนตัวไม่ดี ซึ่งอาจทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยเกียจคร้าน และทำให้ญาติมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยซึ่งญาติต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ญาติควรช่วยเหลือโดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้าน เช่น มอบหมายให้ล้างถ้วย ล้างชาม กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น

2. คอยสังเกตอาการกำเริบ

ความข้างสังเกตของญาติในอาการเตือนของผู้ป่วย เช่น ญาติสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเริ่มสับสน เริ่มระแวง ไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเงียบ ฯลฯ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ในการป้องกันการกำเริบได้และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันทั่วถึง

3. ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย

ความเครียดบางอย่างอาจเป็นปัญหากับผู้ป่วยในช่วงที่กำลังจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ได้ ซึ่งญาติจะช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบได้โดยการปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ พยายามค้นหาสิ่งที่คุณป่วยสามารถทำได้ แล้วช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับตัวตามความสามารถ พุดกับผู้ป่วยสั้น ๆ ให้ได้ใจความ อย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่าง ๆ ถ้าไม่จำเป็น และรักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย

- หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย

- ลดความตึงเครียดของตัวเอง โดยญาติควรหาเวลาส่วนตัว หรือพักผ่อนบ้างด้วยการผลักดันให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทน เพราะถ้าญาติมีความตึงเครียดน้อยลง ผู้ป่วยก็จะเครียดน้อยลงด้วย

4. ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วยแม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ ที่ผู้ป่วยจะดีขึ้นก็ตาม

สนับสนุนผู้ป่วยให้ค่อย ๆ ปรับตัวโดยไม่เร่งรัด ญาติอาจชมเชยและให้กำลังใจ เช่น ให้ผู้ป่วยอาบน้ำเอง หัดทักทายสวัสดีกับคนอื่น เป็นต้น จุดเล็ก ๆ เหล่านี้จะรวมเป็นจุดใหญ่ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

5. อย่าลืมดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับยาและให้ผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากโรคจิตเภทต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ดังนั้น การรับยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าญาติเห็นว่าโรคดีขึ้นแล้ว หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาแล้วไม่ไปรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยา และเกิดปัญหาขึ้นได้ ดังนั้น จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนจะหยุดยา และควรดูแลผู้ป่วยให้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นหลังจากกลับไปอยู่บ้านก็มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายได้อีก ท่าทีของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวล้วนมีผลต่อผู้ป่วยทั้งสิ้นทั้งทางบวกและลบ คือ ถ้าครอบครัวมีความอบอุ่นสมาชิกมีความเข้าใจ ยอมรับ ให้การช่วยเหลือ จะมีผลต่อการบำบัดรักษาที่เป็นไปในทางที่ดี แต่ถ้าครอบครัวไม่มีความอบอุ่น สมาชิกไม่ให้การยอมรับ แสดงท่าทีรังเกียจ ย่อมส่งผลต่อผู้ป่วยในด้านลบ ดังนั้นบทบาทของครอบครัวจึงมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ชะฤทธิ พงศ์อนุตร และคณะ (2530, น. 42-43) การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเป็นงานที่ยากลำบากยิ่งงานหนึ่ง แต่ก็ไม่เกินความสามารถของญาติที่จะกระทำได้ เพียงแต่ญาติจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเมตตาตลอดจนความอดทน ก็จะสามารถนำความชื่นใจมาสู่ผู้ป่วยและญาติได้ นอกจากนี้ญาติไม่พึงตั้งความหวังไว้สูงเกินไป เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตึงเครียด และคับข้องใจแล้ว ยังจะทำให้ญาติเกิดความรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้หรือโกรธผู้ป่วยได้ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น หลายครั้งที่ภาระหนักของญาติโดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมาก แต่ส่วนใหญ่แล้วหากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และได้รับการปฏิบัติจากญาติอย่างเหมาะสม ก็มักจะสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวและในสังคมได้ตามสมควร ซึ่งอาจจะเป็นภาระน้อยกว่าญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยอีกหลายประเภท เช่น ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ตาบอด อัมพาต ปัญญาอ่อน รุนแรง เป็นต้น

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมากที่เมื่ออาการดีขึ้นแล้วสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ช่วยเหลืองานในครอบครัวได้ ซึ่งนับเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอง ต่อครอบครัว ตลอดจนต่อสังคมโดยรวม ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหลายจึงไม่ควรสิ้นหวัง ท้อแท้ใจ หากแต่ยังควรมีความหวัง (ที่ไม่สูงเกินไป) ในตัวผู้ป่วยว่าสักวันหนึ่งเขาจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้ แต่ทั้งนี้ความหวังของญาติจะเป็นจริงได้ต้องอาศัยคุณสมบัติที่สำคัญยิ่งของญาติ นั่นคือ ความรัก ความเข้าใจ การให้อภัย ความเมตตา และความอดทน

ญาติจะช่วยผู้ป่วยไม่ให้กลับเป็นซ้ำได้ดังนี้

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ไม่เพิ่ม ไม่ลดหรือหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์
2. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มาก ๆ ในครอบครัว อารมณ์ที่วุ่นวายนี้หมายถึงอารมณ์โกรธ เกลียด ก้าวร้าว รวมไปถึงความรู้สึกหึงหวงที่มากเกินไป วิธีปฏิบัติของญาติ คือ
 - หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางไม่ดี ทั้งทางคำพูด น้ำเสียงหรือท่าที
 - ยอมรับผู้ป่วยตามสมควร รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตามสมควร ไม่แสดงความรำคาญต่อความประพฤติของผู้ป่วย
 - หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธเกลียดหรือรังเกียจผู้ป่วย ตัวอย่างที่แสดงถึงความโกรธเกลียดนี้ ได้แก่ การไม่สนใจ ไม่พูดคุยกับผู้ป่วยเลย การคอยจับผิด การตำหนิต่อผู้ป่วยอย่างไม่มีเหตุผล การดูว่าผู้ป่วยจากเรื่องหนึ่งแล้วพูดพาดพิงไปถึงเรื่องอื่นซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน เช่น ผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน ก็ตำหนิว่า “ไม่ช่วยงานบ้านเลย เป็นคนขี้เกียจสันหลังยาว เรียนหนังสือก็ไม่จบ งานก็ไม่ทำ เป็นคนที่แย่ที่สุดในโลกเลย”
 - ไม่พูดข่มขู่ให้ผู้ป่วยกลัว หรือวิตกกังวล
 - ไม่ผลักไล่ส่งผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น เช่น ให้ไปอยู่โรงพยาบาลหรือจะให้ไปอยู่ที่บ้านญาติคนอื่น หรือให้ไปอยู่คนเดียว
 - ไม่แสดงความหึงหวงผู้ป่วยจนเกินไป บ่อยครั้งที่ญาติทำเช่นนี้ด้วยความหวังดีต่อผู้ป่วย ซึ่งกลับไม่เป็นผลดี ญาติไม่ควรดูแลผู้ป่วยเสมือนเขาเป็นเด็กเล็ก ๆ ที่ต้องทำอะไรให้เขาหมด ไม่ควรวิตกกังวลกับผู้ป่วยมากเกินไป ไม่จำเป็นต้องไปช่วยตัดสินใจวางแผนชีวิตให้ผู้ป่วยไปเสียทุกเรื่อง เพราะนั่นจะทำให้ผู้ป่วยขาดความรับผิดชอบ กลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา และถดถอยกลับเป็นเด็กเล็ก ๆ ซึ่งทำให้อาการกำเริบได้อีก ลักษณะนี้พบได้มากในกรณีที่ญาติเป็นพ่อแม่ของผู้ป่วย มีแม่ของผู้ป่วยรายหนึ่งมีความวิตกกังวลในเรื่องของผู้ป่วยแทบทุกเรื่อง เช่น คอยดูแลเรื่องอาหารให้ผู้ป่วยได้รับประทานตรงตามเวลา ให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูง ช่วยตั้งนาฬิกาปลุก เพื่อให้ผู้ป่วยตื่นไปทำงานได้ทัน และไม่ยอมไปเที่ยวหรือร่วมกิจกรรมใด ๆ โดยให้เหตุผลว่าต้องดูแลผู้ป่วยไม่มีเวลาจะไปไหนอีก

สรุปความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว การตอบสนองด้านความรักความเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัว แสดงออกโดยการให้ความรักความอบอุ่นความเอาใจใส่เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพดี บุคลิกภาพมั่นคง ธรรมชาติภาพจิตและบุคลากรทางจิตเวชได้รวบรวมความรู้เพื่อญาติใน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น บทบาทของญาติที่สำคัญ คือ การช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง คอยสังเกตอาการ ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย สนับสนุนจุดดีของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา และให้ผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด ไม่พูดซ้ำๆ ให้ผู้ป่วยกลัว วิตกกังวล ไม่ผลักดันไล่ส่งผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น ไม่แสดงความห่วงใยผู้ป่วยจนเกินไป ไม่ควรดูแลผู้ป่วยเหมือนเขาเป็นเด็กเล็ก ๆ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยขาดความรับผิดชอบ กลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา และถดถอยกลับเป็นเด็กเล็ก ๆ ซึ่งทำให้อาการกำเริบได้อีก

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผู้ทำการศึกษาไว้แล้วมีประเด็นที่สำคัญดังนี้

6.1 การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

ไพรัช บวรสมพงษ์, (2542, น. 105-107) ศึกษา อัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ศึกษาเฉพาะกรณี : โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ปทุมธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นชาย ระยะเวลาดื่มสุรา 16-25 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับสูง ได้แก่ สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ดี อัตมโนทัศน์อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ มีสุขภาพแข็งแรง รู้สึกไม่สุขสบายเท่าที่ควรจะเป็น รู้สึกว่าตนเองไม่ใช่คนสำคัญ รู้สึกสะเทือนใจน้อยใจง่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ได้แก่ มีคนไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้ บุคคลรอบข้างมักแสดงให้รู้สึกว่าพอใจที่ได้ใกล้ชิดไม่รู้สึกรู้ว่าถูกทอดทิ้ง หรืออยู่โดดเดี่ยว คนใกล้ชิดให้ความเคารพไม่ดูถูก มีโอกาสตัดสินใจในกิจกรรมของครอบครัว มีผู้มาปรึกษาและขอคำแนะนำ เป็นต้น รองลงมา มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ รู้สึกว่ารับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเสมอ พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา สังสรรค์กับเพื่อน ๆ ญาติพี่น้อง หรือบุตรหลาน จัดที่อยู่อาศัยให้มีอากาศดี พฤติกรรมดูแลตนเองในระดับต่ำ ได้แก่ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ นอนหลับในเวลากลางคืนเป็นปกติ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง หาวีรผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด ดังนั้นจึงควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

เพื่อลดภาวะความเครียดความวิตกกังวล เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความคิดริเริ่มใหม่ขึ้นมาแทนความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง และเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดียิ่งขึ้น

ชุมพร รุ่งเรือง (2542, น. 177-178) ศึกษา “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลหนองคาย” พบว่า ลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย อายุพบมากที่สุด 61-70 ปี เจ็บป่วยเรื้อรังระยะเวลาเจ็บป่วยเกินกว่า 2 ปี แหล่งสนับสนุนทางด้านอารมณ์คือ บุตร คู่สมรส ญาติพี่น้อง ด้านการประเมินคือ แพทย์ บุตร และพยาบาล ด้านข้อมูลข่าวสารคือพยาบาล แพทย์ และบุตร ด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน คือ บุตร พยาบาล คู่สมรส ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยในได้รับสูงสุดด้านอารมณ์ รองลงมาคือด้านการประเมิน และผู้ป่วยนอกได้รับการสนับสนุนในระดับสูงคือด้านอารมณ์ รองลงมาคือด้านข้อมูลข่าวสาร ปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ระดับของการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงสุดจะได้แก่ ด้านอารมณ์ และที่ได้รับน้อยที่สุดคือด้านวัตถุประสงค์ของ การเงิน และแรงงาน

ภัทรานิ ไพบูลย์ (2537, น. 100-102) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร “พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านอายุ ด้านลักษณะครอบครัว ด้านลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ด้านระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีผลต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา รายได้ของครอบครัวมีผลต่อการปรับตัว ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ด้านระดับความรุนแรงของโรค มีผลต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้านลักษณะครอบครัว ด้านลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ไม่มีผลต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์

6.2 การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

ศศิธร แก้วนพรัตน์ (2541, น. 74-77) ศึกษา “การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขวิทยาจิต” พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาจำนวน 110 ราย บิดา จำนวน 16 ราย มีอายุในช่วง 30-34 ปี มากที่สุด สถานภาพการสมรสคู่ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาอาชีวศึกษารายได้ที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท จำนวนบุตรในครอบครัวเฉลี่ยครอบครัวละ 2 คน มีบุตรที่เป็นออทิสติก 1 คน ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคม บิดามารดาเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับมาก เครือข่ายที่สนับสนุนคือกลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ บุคลากรในศูนย์สุขวิทยาจิต รองลงมาคือ กลุ่มปฐมนุญมิ ได้แก่ คู่สมรส และบุตร โดยได้รับการกำลังใจและการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 3.33 โดยกลุ่มวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือองค์กรของรัฐหรือเอกชนและกลุ่มปฐมนุญมิตามลำดับ ในลักษณะการให้ข้อมูลความรู้การดูแลช่วยเหลือบุตรออทิสติก การสนับสนุนด้านบริการ ได้รับในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.63 จากกลุ่มวิชาชีพมากที่สุด เป็นบริการให้คำแนะนำปรึกษา ติดต่อจัดหา ระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกอยู่ในระดับน้อย แสดงถึงสถานการณ์ที่บิดามารดารู้สึกสบายใจ เมื่อได้รับคำแนะนำปรึกษาข้อสงสัย และวิธีการช่วยเหลือบุตรจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และรู้สึกว่าตนเองอยู่ตามลำพังและโดดเดี่ยวน้อยที่สุด ส่วนสถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดาที่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความวิตกกังวลกับพฤติกรรมของบุตร และทำที่ของครอบครัวต่อบุตรออทิสติกทำให้บิดามารดา รู้สึกมีทุกข์ พบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกที่มีอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวแตกต่างกันจะมีระดับความเครียดไม่ต่างกัน แต่ส่วนของการสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเด็กออทิสติกและการดูแลช่วยเหลือยังอยู่ในขอบเขตที่จำกัด โรงเรียนที่สามารถช่วยได้ก็ขาดความรู้ ความเข้าใจ ทำให้บิดามารดายังคงมีความวิตกกังวลกับอนาคตของบุตร เกิดความไม่แน่ใจว่าบุตรจะได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ประภาศรี พุ่มมีผล และคณะ (2548, น. 69) การวิจัยเรื่อง “การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก” ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุระหว่าง 21-48 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพการสมรสคู่ การศึกษาระดับปริญญาตรี รายได้พอใช้ ระยะเวลาในการดูแล 14.88 ชั่วโมงต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า 3 ปี จ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้บัตรทอง มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส รองลงมา ได้แก่ บิดา มารดา บุตร มีอายุเฉลี่ย 4.93 ปี อยู่ในช่วงอายุ 3 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปี

กลุ่มตัวอย่างประเมินความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ความพร้อมในการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก มีอยู่ในระดับปานกลาง และมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรมีการประเมินมารดาในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียด เพื่อวางแผนทางการช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการ

6.3 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ประไพศรี บุรณางกูร (2538, น. 25-26) การวิจัยเรื่อง “การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต” พบว่า ญาติผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 30-44 ปี รองลงมาอายุ 45-59 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1-6 เป็นส่วนมาก สถานภาพการสมรสคู่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา มารดา รองลงมาสามีภรรยา อาชีพเกษตรกร รองลงมารับจ้างฐานะพอใช้ รองลงมาไม่มีหนี้สิน ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา รองลงมาบุรีรัมย์ ปัจจัยด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ปัญหาด้านความหวงใยต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ลำบากใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกังวลว่าอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร ต้องตามใจและถนอมน้ำใจผู้ป่วยอยู่เสมอ ไม่ทราบว่าจะดูแลผู้ป่วย ถ้าญาติต้องเสียชีวิตไป ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็นค่าเดินทางและค่ายา เพื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติต้องขาดรายได้เมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติต้องเสียเวลาทำงานเพื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

มะลิ ชูโต (2541, น. 111-113) ศึกษาเรื่อง “ความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา” พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 28 ปี การศึกษามัธยมศึกษา สถานภาพการสมรสโสด ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,028 บาท สมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดคือพ่อแม่ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อกัน ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกดีต่อสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 50.00 เช่นรักทุกคนในครอบครัว เข้ากันดีขึ้นภายหลังป่วยเข้าโรงพยาบาล สงสารที่ต้องป่วยให้เขาดูแล ผู้ป่วยที่รู้สึกไม่ดีต่อสมาชิกในครอบครัวจำนวนเท่ากัน เช่น ไม่ชอบแม่จู้จี้ ญาติทุกคนพูดจាកันไม่ดี พ่อติดสุราไม่รับผิดชอบ น้องเจ้าอารมณ์ เฉย ๆ ต่อกัน ไม่สบายใจกับปัญหาของพ่อแม่ ปรารถนาให้ทุกคนในครอบครัวดีต่อกัน สมาชิกในครอบครัวแสดงความรู้สึกดีต่อผู้ป่วยร้อยละ 47.83 คือ รักสงสาร ห่วงใย แสดงความรู้สึกไม่ดีต่อ

ผู้ป่วยร้อยละ 52.17 คือ รำคาญ หนักใจ เสียใจ ผู้ป่วยเอาแต่ใจตนเอง เปื่อหน่าย ผู้ป่วยเป็นคนเข้ากับคนยาก แสดงว่าผู้ป่วยจิตเวชและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกต่อกันทั้งดีและไม่ดีอย่างใกล้เคียงกัน แต่สมาชิกในครอบครัวแสดงความรู้สึกไม่ดีต่อผู้ป่วยมากกว่า ข้อสังเกตจากการบอกเล่าของสมาชิกในครอบครัว พ่อส่วนใหญ่มีลักษณะไม่ส่งเสริมสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น พ่อพิการ ติดสุรา บ่นเก่ง มีภรรยาหลายคน ไม่ค่อยพูดจา เจ้าอารมณ์ เสียงดัง ไปอยู่กับภรรยาใหม่ ดุลงโทษรุนแรง ปล่อยให้แม่จัดการทุกอย่างในครอบครัว ส่วนแม่มีลักษณะพูดพ้อเรื่องไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวซ้ำซาก แม่ยากจนรับภาระเลี้ยงดูลูกคนเดียว แม่เครียดถูกสมาชิกในครอบครัวบีบคั้นจิตใจที่ช่วยเหลือผู้ป่วย การเปรียบเทียบทัศนะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย โดยรวมไม่แตกต่างกัน ญาติมีทัศนะต่อการทำหน้าที่ครอบครัวด้านการสื่อสารอยู่ในเกณฑ์ดีกว่าผู้ป่วยอย่างมีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้ป่วยและญาติมีทัศนะที่สอดคล้องกันว่าการทำหน้าที่ครอบครัวด้านการควบคุมพฤติกรรม และญาติด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ที่ดีที่สุด โดยรวมความสัมพันธ์ในครอบครัวตามทัศนะของผู้ป่วยและญาติอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี

สมส่วน สำนวนพันธ์ (2550, น. 66-69) การวิจัยเรื่อง “การศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ศึกษาเฉพาะกรณีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา” พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุ 31-40 ปี ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา รองลงมาการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่อาชีพค้าขายธุรกิจส่วนตัว รองลงมาเป็นกลุ่มว่างงาน สถานภาพการสมรส สมรสแล้วอยู่ด้วยกัน รองลงมาโสด ฐานะทางการเงินของครอบครัวเหลือเก็บ พอใช้ ที่อยู่อาศัยบ้านของตนเอง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นชาย ช่วงอายุ 31 - 50 ปี ยังมีอาการกำเริบเป็นบางครั้ง ป่วยมาแล้วสูงสุด 504 เดือน ต่ำสุด 12 เดือน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภทเป็นบิดา สัมพันธภาพอยู่ในระดับดี รองลงมาสัมพันธภาพไม่ดี มีผู้ป่วยในครอบครัว 1 คน รองลงมาผู้ป่วยในครอบครัว 2 คน ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ยังไม่ดีพอคะแนนสูงสุด 12 คะแนน ต่ำสุด 4 คะแนน สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ไม่เคยถูกผู้ป่วยทำร้าย รองลงมาที่มีความรู้สึกสงสาร รักเห็นใจผู้ป่วย ระดับปานกลาง ได้แก่ เปื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย รองลงมาผู้ป่วยเวลามีอาการกำเริบมักจะทำลายข้าวของ ด่าทอ และการมีผู้ป่วยในครอบครัวทำให้วิถีชีวิตของครอบครัวเลวลง ระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัว พยายามหาที่อยู่ให้ผู้ป่วยไปอยู่ที่ไหนก็ได้ที่ไม่ใช่บ้านมากที่สุดอยู่ในระดับมาก รองลงมาสมาชิกครอบครัวมีความยุ่งยากลำบากใจเมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านอยู่ในระดับมาก การที่มีผู้ป่วยจิตเวชในบ้านทำให้เพื่อนบ้านรังเกียจใน

ระดับมาก แต่ก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยกับเพื่อน เวลาเกิดปัญหาไม่มีเงินซื้อยาให้ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ตัดสินใจไม่ไปซื้อยาอยู่ในระดับมาก รองลงมากู้ยืมเงินมาใช้จ่ายดูแลผู้ป่วยระดับมาก เช่นกัน ด้านอารมณ์จิตใจสมาชิกส่วนใหญ่มีความคิดทำร้ายตนเองเพื่อจะได้หนีไปให้พ้นผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ก็มีอารมณ์เสียหรือให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดี จัดอยู่ในระดับมาก สมาชิกในครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยกินยาและไปพบแพทย์ตามนัด พาไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชทันที และมีการปรึกษานักวิชาการทางการแพทย์ทันทีเมื่อเกิดปัญหาการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยซึม พูดน้อย แยกตนเองก็จะเข้าไปพูดคุยไต่ถามทุกข์สุขอย่างเอาใจใส่ ค่าเฉลี่ย 3.78 ซึ่งอยู่ในระดับมาก รองลงมาสมาชิกหางานง่าย ๆ ให้ผู้ป่วยทำ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่เคยทำก่อนป่วย ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภทไม่ดี และมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเภทไม่ดี การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ดีไปด้วย ส่วนปัจจัยภูมิหลังและลักษณะทั่วไปของสมาชิกครอบครัวไม่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกัน แต่ความสัมพันธ์ของสมาชิกกับผู้ป่วยแตกต่างกันการดูแลแตกต่างกันด้วย

ผลงานวิจัยที่ประมวลมาทั้งหมดนี้ มีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคมสำหรับพ่อแม่ผู้ดูแลเด็กออทิสติก และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เช่น ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช การทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ผู้วิจัยคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวเป็นอีกแง่มุมหนึ่งที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่สมบูรณ์แบบมากยิ่งขึ้น

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าข้างต้นผู้ศึกษาจึงได้สนใจศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว และความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ซึ่งนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดงานวิจัยได้ดังนี้

