

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม ซึ่งในการศึกษาผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดโดยการอาศัยการศึกษาจากเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังจะได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

2.1 ผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาทและบทบาทของสมาชิกในครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.4 ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางจิตที่พบโดยทั่วไป และยังไม่ทราบสาเหตุชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุใด ส่วนใหญ่การดำเนินของโรคมักจะเกิดขึ้นช้า ๆ บอกได้ยากว่าอาการของโรคเริ่มต้นเมื่อไร ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีความเสี่ยงในด้านบุคลิกภาพ ขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งทางด้านการงานและชีวิตส่วนตัว ตลอดจนสัมพันธภาพทางสังคมบกพร่องไป อาการของโรคจิตเภทมักเกิดขึ้นบ่อย ๆ และเรื้อรัง (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533) และพบว่า 80% ของโรคจิตเภทจะมีการดำเนินของโรคเป็นโรคเรื้อรัง (Anderson, 1986 cited in Baker, 1989) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าโรคเรื้อรัง โดยจะต้องมีอาการของความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และต้องมีระยะอาการกำเริบอย่างน้อยนาน 1 เดือน (Kaplan & Sadock, 1996) ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ ไม่ว่าโรคใดก็ตามจะมีพยาธิสภาพหรือความเสี่ยงของอวัยวะที่เกิดขึ้น ที่ไม่มีโอกาสกลับคืนสู่ปกติได้เหมือนเดิม มีระยะการดำเนินโรคที่มีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนสามารถสังเกตได้ มีระยะกำเริบและระยะสงบของโรคที่ไม่อาจคาดคะเนได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด (Cluff, 1981 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ดังเช่นโรค

จิตเภท (Schizophrenia) จะพบลักษณะอาการและอาการแสดงทั้งในระยะกำเริบ (Acute) และระยะสงบ (Chronic) อย่างชัดเจนสลับกันไป โดยในระยะกำเริบนั้นผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการด้านบวก (Positive symptoms) เช่น ประสาทหลอน (Hallucination) หลงผิด (Delusion) ผิดปกติด้านความคิด (Thought disorder) และ ความรู้สึกที่หลกหลาย (Altered sense of self) เป็นสำคัญ อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาให้หายไ้ ย่อมเป็นผลเสียทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว และเมื่อกลุ่มอาการด้านบวกหมดไป จะพบอาการเรื้อรังที่เป็นกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เช่น อาการพูดน้อย เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ แยกตนเองออกจากสังคม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดสมรรถภาพทางการพูด เป็นต้น (เลอสรณ์ พุ่มชูศรี, 2531) อาการเหล่านี้ยังคงปรากฏอยู่กับผู้ป่วยตลอดไป แต่ถ้าเมื่อใดผู้ป่วยประสบกับสิ่งกระตุ้นเร้าที่ไม่ดี และหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจเป็นผลให้อาการในกลุ่มบวกกำเริบขึ้นได้อีก แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาอย่างต่อเนื่องก็ตาม ด้วยเหตุนี้เอง ผู้ป่วยจิตเภทบางราย จึงต้องกลับเข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุก ๆ คนในครอบครัว ดังคำกล่าวของ Baker (1989) ที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวและทุก ๆ คนในครอบครัวก็มีผลต่อผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เช่น สมาชิกในครอบครัวแตกความสามัคคี เกิดภาวะตึงเครียดในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวบางคนเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไปมีพฤติกรรมรุนแรง และวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย หรืออาจกล่าวอีกแนวหนึ่งว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทส่วนมาก มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) กับผู้ป่วย (Herz, 1984; de Cangas, 1990 cited in Leltner, 1995) ซึ่งบราวน์และคณะ ได้ตั้งข้อสมมติฐานว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อผู้ป่วยเช่นนี้ และจะตรงกันข้ามกับผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ จะมีอัตราการเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคต่ำ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ซึ่งจะเห็นได้ว่า สภาพแวดล้อมของครอบครัว มีผลกระทบต่ออาการดำเนินของโรคจิตเภท จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ครอบครัวจะต้องปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในครอบครัวให้เป็นไปตามลักษณะที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทยังพบกับประสบการณ์ที่รุนแรง และภาวะเครียดที่เรื้อรัง (Baker, 1989) ที่อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวบางคนเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เพิกเฉยต่อการเป็นญาติผู้ดูแลได้ (Gomez & Gomez, 1991) และ Baker (1989) ยังกล่าวถึงแหล่งของความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัวว่าเกิดจากการที่ครอบครัวต้องการแหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน เนื่องจากการ

ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการให้การดูแลที่ยาวนานไม่มีที่สิ้นสุด ประกอบกับการที่ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ย่อมทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้ง การสูญเสียเป็นแหล่งของความเครียดอีกอย่างหนึ่งของครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวจะเกิดความรู้สึกสูญเสีย เสียหายที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ เสียหายอนาคตของผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น ครอบครัวอาจตั้งความหวังว่า ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่หาเลี้ยงครอบครัวดูแลมารดาเมื่อยามแก่เฒ่า แต่เมื่อเหตุการณ์กลับเปลี่ยนแปลงไม่เป็นดังที่หวังไว้ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทย่อมพบกับความรู้สึกสูญเสียได้ ตลอดจนความรู้สึกผิดกับการที่ไม่สามารถช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยให้หายขาดได้ แต่เมื่อใดที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา เช่น เอะอะอาละวาด มีพฤติกรรมแปลก ๆ ก้าวร้าว เป็นต้น ครอบครัวอาจเกิดความรู้สึกที่เปลี่ยนไปจากเดิม เกิดความรู้สึกถูกรบกวน อับอาย จากที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคจิต หรืออาจแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นโอกาสกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจึงมีมากขึ้น ดรุณี รุจกรกานต์ (2536) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตต่อครอบครัวว่า การมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวยังคงเป็นมลทินในสังคมไทย คนทั่วไปจะหลีกเลี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นผลให้ครอบครัวต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย สมาชิกในครอบครัวจะพบกับความรู้สึกผิดบาป เกิดความเครียดทางอารมณ์ ซึ่งภาวะทางอารมณ์ของครอบครัวที่เกิดขึ้นนี้มีหลายรูปแบบ เช่น ความรู้สึกโศกเศร้า ความรู้สึกผิดบาป โกรธ กลัวและหมดสิ้นความหวัง เป็นต้น จากการวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (ปรารภนา บริจันทร์ และคณะ, 2536) พบว่า ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นครั้งที่ 2 มีความวิตกกังวลแตกต่างจากญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งที่ 1 - 2 และพบว่าญาติผู้ป่วยที่มีหนี้สิน และไม่มีหนี้สินมีความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ญาติผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ทั้งแบบเน้นการแก้ปัญหาและเน้นด้านอารมณ์ เช่น ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น พยายามควบคุมเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด คิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาพยายามมองเหตุการณ์ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างมีความหมาย กังวลใจ มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น เตรียมพร้อมรับเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ปลอบใจตนเองและได้รับการปลอบใจหรือการช่วยเหลือ จากญาติสนิทหรือเพื่อน

การที่บุคคลต้องอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่มากและยาวนาน ทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ แปรเปลี่ยนไป จากการศึกษาถึงสภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของ

คู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า คู่สมรสต้องการออกจากบ้าน ต้องการเวลาร่วมมีความรู้สึกอื่น ๆ ที่เป็นอาการที่บ่งบอกถึงภาวะเหนื่อยหน่าย ห้อแท้ หดท้อใจ (Burnout syndrome) ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่มีค่า ไม่มีคนเข้าใจ และยังพบอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ หายใจไม่อิ่ม หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ ความรู้สึกที่สำคัญและพบมากที่สุดคือ มีความรู้สึกโดดเดี่ยว (Ekberg & Foxall, 1986 อ้างใน จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2536) นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแล ยังเป็นข้อบ่งชี้ถึงประสบการณ์ และทักษะในการดูแลเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อความชำนาญ และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา การดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ดังเช่นการศึกษาของเกย์นอร์ (Gaynor, 1989 อ้างใน วิภาวรรณ ชะอุ่ม, 2537) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคสมอง จำนวน 87 ราย พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับความผาสุกและภาระในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้

จะเห็นได้ว่า ลักษณะปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท มีผลกระทบต่อครอบครัวและสภาพแวดล้อมทางครอบครัวมีผลต่อผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนรับผิดชอบช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งในผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้การวางแผนช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท และบทบาทของสมาชิกในครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ

2.2.1 ทฤษฎีบทบาท

ทฤษฎีบทบาทมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการศึกษาปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ (Interactionist perspective) โดยมีความเชื่อว่าบุคคลเมื่อต้องมาอยู่รวมกันย่อมมีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นอย่างมีขอบเขตของสิทธิและหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทของแต่ละบุคคล องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังจากกลุ่มนักสังคมศาสตร์และจิตวิทยา ได้แก่ กลุ่มละครจิตบำบัด กลุ่มสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ และกลุ่มโครงสร้าง ทั้ง 3 กลุ่มนี้ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท และพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทในรูปแบบที่แตกต่างกัน เนื่องจากการให้ความหมายของบทบาทและพฤติกรรมที่แสดงถึงบทบาทของทั้ง 3 กลุ่ม มีความแตกต่างกันไป เช่น กลุ่มสัญลักษณ์ปฏิสัมพันธ์ จะมอง

ความหมายของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของผู้แสดงบทบาท ในขณะที่บทบาทในแง่ของกลุ่ม
โครงสร้างจะให้ความสำคัญที่ "ความคาดหวัง" ของสังคมมากกว่า

ความหมายของบทบาท

คำว่า "บทบาท" ได้มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

Hardy and Conway (1988) กล่าวว่า บทบาทประกอบด้วย ทัศนคติ
พฤติกรรมการแสดงตามความคาดหวังของสังคมและพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริงตามบทบาทหน้าที่
ทางสังคม

Joos et al (1985) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่า เป็นกิจกรรม หรือ
พฤติกรรมแสดงออกของบุคคลตามความหวังของสังคม และตำแหน่งทางสังคมที่ครองอยู่
ขณะนั้น

Young and Mack (1959) ให้ความหมายว่า บทบาทคือ หน้าที่ของฐานะ
ตำแหน่ง เมื่อบุคคลได้ดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง และสิ่งที่ตามมากับตำแหน่งนั้นเป็นเครื่อง
กำหนดสำหรับดำรงฐานะตำแหน่งนั้น เรียกว่า บทบาท

ทัศนา บุญทอง (2525) กล่าวถึงความหมายของบทบาทว่า บทบาทเป็น
รูปแบบที่ถูกกำหนดขึ้นตามผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่นในสังคมตามกระบวนการ
ทางสังคม

รุจา ภูไพบูลย์ (2534) ได้ให้ความหมายของบทบาทว่า เป็นความมุ่ง
หมายและความคาดหวังของบุคคลในสังคม หรือเป็นการให้ทำนายและประเมินพฤติกรรม
บทบาท หรือการปฏิบัติบทบาทของบุคคล

สุพัตรา สุภาพ (2522) กล่าวว่า บทบาทคือ การปฏิบัติตามสิทธิ และ
หน้าที่ของสถานภาพหรือ ตำแหน่ง เช่นมีตำแหน่งเป็นพ่อ บทบาทคือต้องเลี้ยงลูก เป็นครู
บทบาทคือต้องสอนนักเรียน และยังกล่าวต่อไปว่า บทบาทจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างมี
ประสิทธิภาพ และบทบาทจะกำหนดความรับผิดชอบของงานต่าง ๆ

จากแนวคิดดังกล่าว ความหมายของบทบาท สรุปได้ว่า หมายถึง รูปแบบพฤติกรรมหรือ
กิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อให้บุคคลได้ปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพหรือตำแหน่งที่
บุคคลดำรงอยู่ ตามความคาดหวังของสังคม และความคาดหวังของตนเอง

ประเภทของบทบาท

โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะแสดงพฤติกรรมบทบาทแตกต่างกันตามอายุ เชื้อชาติ
อาชีพ หรือคุณลักษณะแต่ละตำแหน่ง เช่น บทบาทพยาบาลประจำการ หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือ

ผู้ตรวจการ เป็นต้น ซึ่งในแต่ละบทบาทหรือแต่ละตำแหน่งนี้ บุคคลจะมีพฤติกรรมการแสดงบทบาท (Role performance) ที่เปลี่ยนไปตามตำแหน่งนั้น ๆ บทบาทที่เกิดขึ้นกับบุคคลจึงประกอบไปด้วยลักษณะต่าง ๆ คือ

1. บทบาทจริง (Actual role) หมายถึง บทบาทที่เกิดขึ้นจริง หรือพฤติกรรมที่แท้จริงของบุคคลซึ่งจะถูกควบคุมโดยอารมณ์ ทัศนคติ พฤติกรรมส่วนตัว ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงของบุคคล (อรุณ รักธรรม 2526)

2. บทบาทที่คาดหวังหรือบทบาทในอุดมคติ (Role expectation or ideal role) หมายถึง บทบาทที่ผู้ครองบทบาทหรือตำแหน่งทางสังคมควรจะมีปฏิบัติ หรือเป็นความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง รวมทั้งความคาดหวังของตนเองว่าควรจะมีปฏิบัติอย่างไร

3. บทบาทที่ควรกระทำ (The Perceived role) หมายถึง บทบาทที่บุคคลทุกคนเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ควรได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนกับบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้แต่เป็นบทบาทที่บุคคลกระทำแล้ว ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น (Broom & Selznick, 1973 อ้างใน อนงลักษณ์ จันทรสาม, 2536)

4. บทบาทที่องค์กรกำหนด (Role perscription) หมายถึง ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบที่องค์กร หรือหน่วยงานกำหนดเป็นมาตรฐาน สำหรับให้บุคคลในหน่วยงานปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความพร้อมเพรียง การปฏิบัติตามขอบเขตหน้าที่ที่รับผิดชอบที่องค์กรกำหนดให้ (อรุณ รักธรรม, 2526)

จากที่กล่าวมาแล้วเกี่ยวกับประเภทของบทบาท สรุปได้ว่า บุคคลคนหนึ่งประกอบไปด้วยหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ทั้งที่เป็นบทบาทติดตัวมาแต่กำเนิด และบทบาทที่ได้รับมาภายหลังโดยในแต่ละบทบาทบุคคลจะสามารถดำรงบทบาทของตนเองได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังเช่น บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของบุคคลที่ได้รับมาภายหลัง และเป็นบทบาทที่บุคคลหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น บุคคลจึงต้องรับรู้และยอมรับในบทบาทพร้อมทั้งแสดงบทบาทดังกล่าวตามความรู้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถที่จะครองบทบาทของญาติผู้ดูแลได้หรือไม่ดี บุคคลอาจพบกับปัญหาในการแสดงบทบาทได้ เช่น เกิดความขัดแย้งในบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท เป็นต้น

ปัญหาในการแสดงบทบาท

ในการแสดงบทบาทใด ๆ ของบุคคลนั้นอาจไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม นั้นย่อมนัยความว่า ผู้ครองบทบาทเกิดปัญหาในการแสดงบทบาท ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการแสดงบทบาท ได้แก่

1. ความคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) เกิดจากบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้ไม่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้ที่แสดงบทบาท สาเหตุอาจเกิดจากผู้แสดงบทบาทมารับบทบาทใหม่ ยังไม่รู้ถึงความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาท ทำให้ผู้ครองบทบาทไม่ทราบว่าจะเลือกปฏิบัติบทบาทอย่างไรบ้าง

2. ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) ความขัดแย้งในบทบาทเกิดขึ้นเมื่อผู้ครองบทบาทอยู่ในสภาพที่มีหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจพบความขัดแย้งในบทบาทจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างบทบาท ความขัดแย้งในความคาดหวังบทบาท ความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับบทบาท เป็นต้น

3. ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป (Role overload) เกิดจากผู้ครองบทบาทมีความสามารถที่จะแสดงบทบาทได้ระดับหนึ่งที่เหมาะสมแล้ว แต่ถูกคาดหวังจากสังคมให้แสดงบทบาทมากเกินไปที่จะแสดงบทบาทให้เป็นที่พึงพอใจได้

4. ความคาดหวังในบทบาทน้อยเกินไป (Role underload) เกิดจากสังคมไม่ให้ความคาดหวังหรือความสำคัญต่อบทบาทนั้น

5. บทบาทไม่สอดคล้องกัน (Role incongruity) เกิดจากผู้ครองบทบาทมีความสามารถไม่สอดคล้องกับบทบาทที่ได้รับมา

6. ความสามารถเกินกว่าบทบาท (Role overqualification) เกิดจากผู้ครองบทบาทมีแรงจูงใจ ทักษะ ความรู้ มากกว่าคุณสมบัติที่สังคมคาดหวัง

7. ความสามารถน้อยกว่า (Role underqualification) เกิดเมื่อผู้ครองบทบาทขาดความสามารถ หรือขาดสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการครองบทบาทนั้น ๆ

จากปัญหาที่เกิดขึ้นในการแสดงบทบาทของบุคคลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกันทั้งตัวผู้ครองบทบาท สังคม หรือบทบาทที่ได้รับมาซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ อาจส่งผลให้ผู้ครองบทบาทเกิดความล้มเหลวในบทบาท (Role Failure) และเกิดภาวะเครียดในบทบาท (Role Stress) ได้

2.2.2 บทบาทของสมาชิกในครอบครัวกับการดูแลสุขภาพ

ครอบครัวถือได้ว่าเป็นสถาบันแรก หรือสถาบันพื้นฐานของสังคม ที่มีความสำคัญที่สุด เมื่อใดที่ครอบครัวประสบกับปัญหา ปัญหาที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อและสัมพันธ์กับสมาชิกทุก ๆ คนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีภาวะของการเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมมีผลทำให้สมาชิกที่เจ็บป่วยนั้นขาดหรือบกพร่องในหน้าที่ของตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ฉะนั้นสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่ทดแทน และให้การดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยนั้น (อำไพ ชนะกอก, 2537) เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าเมื่อไรที่ครอบครัวต้องประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวมีภาวะการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ครอบครัวจะต้องต่อสู้กับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น เพื่อความผาสุกของสมาชิกในครอบครัว แต่ถ้าเมื่อใดครอบครัวไม่สามารถที่จะต่อสู้หรือล้มเหลวในการเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยนั้นครอบครัวย่อมต้องมีผลผลิต หรือการทำหน้าที่ของครอบครัวลดลง ในทางตรงกันข้ามถ้าครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้นย่อมหมายความว่าครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหานั้น และสามารถให้การดูแลสุขภาพที่เจ็บป่วยได้ดี การให้การดูแลสุขภาพที่บ้านถือได้ว่าเป็นภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัว ฉะนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ครอบครัวจะต้องทราบถึงภารกิจ หรือหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

ภารกิจทางด้านสุขภาพของครอบครัว (Health task of the family) (อำไพ ชนะกอก, 2537)

1. มีความสามารถในการสังเกต คือสามารถสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัว ยอมรับปัญหาสุขภาพหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น
2. มีความสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง คือ สามารถตัดสินใจที่จะนำกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมมาให้การดูแลรักษาสมาชิกที่เจ็บป่วยที่บ้าน
3. สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลสมาชิกที่เจ็บป่วย พิกการ หรือสมาชิกที่อยู่ในวัยชรา หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือต่าง ๆ ได้เหมาะสม
4. สามารถจัดและรักษาสิ่งแวดล้อมของบ้านเรือน ให้เหมาะสมกับสภาพความต้องการที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและพัฒนาการที่ดีของสมาชิกในครอบครัว
5. สามารถรักษาสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัว ชุมชน และสถานบริการต่าง ๆ รวมทั้งมีความพึงพอใจที่จะไปใช้แหล่งบริการทางด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนนั้น

ทิพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530) กล่าวถึงบทบาทครอบครัวกับการดูแลสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยที่กระทำกันภายในครอบครัวไม่ว่าการดูแลนั้น ๆ จะเป็นการกระทำอย่างอิสระหรืออยู่ภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยที่บุคลากรทางการแพทย์จะให้การช่วยเหลือสนับสนุน และส่งเสริมให้ครอบครัว สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับที่ครอบครัวมีความสามารถที่จะจัดการดูแลด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ตามลำพังอยู่แล้ว นอกจากนี้การที่จะให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ดียิ่งขึ้นนั้น ครอบครัวจึงควรมีหน้าที่ดังนี้

1. ให้การดูแลสุขภาพ และความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สามารถสังเกตภาวะแทรกซ้อน หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้
2. ครอบครัวต้องให้การส่งเสริมสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน และช่วยแบ่งเบาภาระของสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น
3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่าย ๆ ในการดูแลรักษาเบื้องต้นได้
4. ครอบครัวต้องให้ความรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพอนามัยต่าง ๆ เช่น สถานบริการใกล้บ้าน การอ่านหนังสือ วิทย์และโทรทัศน์ เป็นต้น
5. สามารถที่จะเลือกและตัดสินใจว่า ควรจะให้การดูแลในรูปแบบใด ที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีปฏิบัติการณ์การดูแลที่เหมาะสม ถูกต้องแก่สมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวจะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดในการที่จะส่งเสริมและพัฒนาสมาชิกในครอบครัว ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข แต่ถ้าเมื่อใด ที่ครอบครัวประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวมีภาวะการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ครอบครัวจึงต้องมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกที่อยู่ในฐานะญาติผู้ดูแล (Primary caregiver) จะต้องแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากกว่าบุคคลอื่น ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงต้องรับรู้บทบาทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องดูแลสุขภาพสมาชิกคนอื่นที่เจ็บป่วย เพื่อให้สามารถให้การดูแลสุขภาพสมาชิกที่เจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

2.3 บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนามากขึ้นโดยพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชนให้มากที่สุด ผู้ป่วยส่วนมากจะกลับไปอยู่กับครอบครัวของตนเอง ดังนั้นการบำบัดรักษาในชุมชนจึงจำเป็นต้องจัดเตรียมการดูแลให้เพียงพอ (Johnson, 1990 cited in Provencher, 1996) เป็นผลให้ความสำคัญของครอบครัวมีความเด่นชัดมากขึ้น การให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้มีประสิทธิภาพนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะเวลาที่ยาวนาน ญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล (Primary caregiver) จึงต้องมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทหากปราศจากความช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยส่วนมากจะไม่สามารถเลือกทางที่ดีที่สุดที่จะหลีกเลี่ยงจากการกระตุ้นเร้าที่มากหรือน้อยเกินไปได้ จากการศึกษาค้นคว้าครอบครัวจะค่อย ๆ เรียนรู้ถึงวิธีที่ดีที่สุด ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทั้งนี้ต้องอาศัยความอดทน ความเข้าใจและเห็นใจ และการเสียสละของญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจิตเภท ถึงแม้ว่าอาการทางจิตจะลดลงมาแล้วก็ตาม แต่จะพบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการทางจิตรุนแรงกำเริบขึ้นจากเดิมได้ ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ในระยะแรก ๆ ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการรุนแรงนั้น ญาติจะรู้สึกตื่นตกใจและไม่คาดฝัน แต่ต่อมากจะค่อย ๆ เรียนรู้ว่าโรคจิตเภทบางชนิดนั้นไม่ใช่ปัญหาในระยะสั้นเท่านั้น หากแต่อาการที่เรื้อรังเหล่านี้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะยาวและต่อเนื่องระหว่างช่วงที่มีอาการรุนแรงนั้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถไตร่ตรองเรื่องราวต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล ดังนั้นการกระทำใด ๆ ของผู้ป่วยนั้นญาติผู้ดูแลจะต้องจัดการแทนผู้ป่วยเกือบทุกอย่าง เช่น ดำเนินการตามกฎหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล หรือช่วยป้องกันมิให้ผู้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น แม้แต่ในบางครั้งหลังจากที่อาการรุนแรงผ่านไปแล้วก็ตาม ผู้ป่วยก็อาจยังไม่สามารถเข้าใจสิ่งต่าง ๆ หรือสามารถดูแลตนเองได้ ญาติผู้ดูแลจะยังคงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง

การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยในฐานะญาติผู้ดูแลตามบทบาทและหน้าที่ของการเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ว่า เมื่อใดที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง มีภาวะของการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่น ๆ จะต้องให้การช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นั่นย่อมหมายความว่า ญาติผู้ดูแลจะต้องรับรู้และเข้าใจในบทบาทของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วย

ที่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย โดยที่ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลตามบทบาทการดูแลที่จำเป็นดังนี้

1. บทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและสวัสดิภาพของผู้ป่วย โดยมีบทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปดังนี้

1.1 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้มีการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลและการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและถูกสุขลักษณะ

1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ได้มีการพักผ่อนในแต่ละวัน อย่างเพียงพอ

1.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.5 ดูแลและป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพของผู้ป่วย

2. บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแล กระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยตามกระบวนการของชีวิต เช่น สังเกตพัฒนาการของผู้ป่วย ว่าเข้าสู่หรือเหมาะสมกับวุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ หรือไม่ ป้องกันผลเสียที่อาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสม พร้อมทั้งหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวุฒิภาวะ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะทางสังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. บทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีกิจกรรมการดูแล ดังนี้

3.1 แสวงหาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น บุคลากรทางด้านสุขภาพอนามัย เพื่อนบ้าน เป็นต้น

3.2 ให้ความสนใจและรับรู้ผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการพูดคุยแนะนำผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3.5 รับรู้และสนใจที่จะดูแล และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล) ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างไม่คาดคิด เช่น วุ่นวายมากขึ้น หงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงนอนไม่หลับ แยกตัวเองมากขึ้น และไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2538)

จากบทบาทการดูแลที่จำเป็นอย่างยิ่งดังกล่าว สามารถที่จะจัดระบบการดูแลผู้ป่วยได้ 3 ลักษณะคือ

1. การให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด เป็นกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยด้วยตนเองทั้งหมด โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลนั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้เลย โดยญาติผู้ดูแลจะแสดงบทบาทเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยชัดเจน ภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองปกป้องผู้ป่วย

2. การให้การดูแลผู้ป่วยบางส่วน เป็นกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ที่ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแลนั้น ซึ่งการช่วยเหลือลักษณะนี้ จะขึ้นอยู่กับความต้องการการดูแลและความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยที่ญาติผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่างในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เท่านั้น

3. การให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมการสอน ให้คำแนะนำปรึกษาสนับสนุน กระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในด้านสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น ญาติผู้ดูแลสามารถกระทำได้อย่างเต็มที่ (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2538) เนื่องจากในภาวะเช่นนี้ผู้ป่วยจะสามารถจัดการ หรือดูแลตนเองได้ตามความต้องการการดูแลทั้ง 5 อย่าง คือ 1) ความต้องการอากาศ น้ำ อาหาร 2) การขับถ่าย 3) การรักษาอุณหภูมิในร่างกายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 4) กิจกรรมและการพักผ่อน 5) การอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Underwood, 1989)

ลึบคิน (Lubkin, 1986 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) จำแนกบทบาทของผู้ดูแลออกเป็น 2 บทบาท ได้แก่

1. ผู้ช่วยเหลือ ดูแล (Care provider) เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในทุก ๆ ด้านทั้งด้านร่างกาย และด้านส่วนบุคคลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มักจะยึดติดกับแบบแผนการรักษาที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การให้ยาตามเวลา และอื่น ๆ

เป็นต้น มักจะเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษา ดูแลร่างกายให้สบาย แต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

2. ผู้จัดการดูแล (Care manager) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือ ดูแล โดยจะทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานแสวงหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมและจัดการติดต่อให้กับผู้ป่วยได้รับการต่าง ๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น เป็นผู้พาผู้ป่วยเรื้อรังไปจ่ายซื้อของหรือหาความเพลิดเพลิน ชักชวนเพื่อนที่สนิทสนมผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเพื่อนเดินทางไปพักผ่อน เป็นต้น

Minister of Supply and Services Canada (1991) กล่าวถึงคำแนะนำสำหรับครอบครัวในการเผชิญกับผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. คำแนะนำในระยะแรก (early stage)

1.1 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงต่ำ ช้า และชัดเจนหรือเป็นประโยคสั้น ๆ ง่าย ๆ เพื่อป้องกันการสับสนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องพูดซ้ำและถามย้ำกับผู้ป่วย

1.2 การกระทำต่าง ๆ ของญาติ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน เช่น ฉันกำลังเก็บเสื้อผ้าของคุณที่ซักแล้วไว้ในตู้ คุณสามารถที่จะเลือกมาสวมใส่ได้ในวันนี้ตามความต้องการ

1.3 ญาติควรสร้างตารางการทำกิจกรรมง่าย ๆ สำหรับผู้ป่วยว่าในแต่ละวันจะทำอะไรบ้าง

1.4 ให้คำยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเริ่มหิวผมของตนเองหลังจากที่ไม่ผ่านการหิวมาแล้ว 3 วัน และญาติควรให้ข้อเสนอแนะ และสาธิตว่าทำอย่างไรการหิวผมจึงจะทำได้ดีและสวยงาม

1.5 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเร้าที่มากเกินไป และพยายามลดความเครียด ความตึงเครียดต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ครอบครัวควรเปิดโอกาสและเต็มใจให้ผู้ป่วย ร่วมรับประทานอาหาร

1.6 ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ใช้การบังคับ

2. คำแนะนำในระยะการปรับตัว (period of adjustment)

2.1 พูดคุยซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยอยู่เสมอ

2.2 เริ่มให้ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง การแต่งตัว และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.3 มอบหมายงานบ้านให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตามความสามารถ เช่น การทำความสะอาด ถัดจากจะไม่สามารถเช็ดถ้วยชามนั้นให้แห้งได้

2.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเหมาะสม แต่ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยไปร่วมรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อน 1 - 2 คน หรือกลุ่มเพื่อนหลาย ๆ คน หรือเท่าที่ญาติสามารถจัดให้ได้ อาจจะเป็นในเครือญาติเดียวกันก็ได้

2.5 วางแผนที่จะนำผู้ป่วยออกไปพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านในแต่ละสัปดาห์ เช่น การไปชักรถเที่ยว เดินเล่นในสวนสาธารณะ เป็นต้น

2.6 ไม่ควรใช้คำถามกับผู้ป่วยมากเกินไป เช่น "คุณกำลังคิดเกี่ยวกับอะไร ? ทำไมคุณทำอย่างนั้น ?" แต่ควรจะมีการพูดคุยในเรื่องง่าย ๆ สบาย ๆ เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับภาพยนตร์เรื่องใหม่

2.7 การสนทนาหรือการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย ควรจะเป็นเรื่องที่สนุกสนาน ง่าย ๆ สบาย ๆ เช่น พูดคุยเกี่ยวกับชีวิตในวัยเด็ก การให้ดูโทรทัศน์ การฟังเพลง เป็นต้น

2.8 หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยว่าไม่อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ซึ่งญาติควรหาแนวทางช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.9 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การมารับประทานอาหารให้ตรงเวลา

2.10 สอนและแนะนำผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียด ตลอดจนวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

2.11 สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ควรมีการพูดคุยให้ความเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย เช่น ชักชวนผู้ป่วยไปดูภาพยนตร์ด้วยกัน

2.12 ให้ความสนใจในความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยอยู่เสมอ ตลอดจนตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.13 การฝึกทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูในด้านอาชีพของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่สำคัญที่ญาติควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงอยู่เสมอ โดยค้นหาข้อมูลว่าผู้ป่วยเคยได้รับประสบการณ์ การฝึกทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูอาชีพอะไรบ้างจากโรงพยาบาล

ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการฝึกทักษะและฟื้นฟูอาชีพนั้น ๆ มีอย่างน้อยเพียงใด จากนั้น จัดสรรงานอาชีพหรือกิจกรรมทางด้านสังคมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น ค้นหาศูนย์ฝึกอาชีพในชุมชนว่ามีเพียงพอและเหมาะสมในการที่จะนำผู้ป่วยไปฝึกอาชีพหรือไม่ อย่างไร และควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณาคัดเลือกรางานที่จะทำนั้นด้วยตนเอง ไม่ใช้การผลักดันหรือบังคับผู้ป่วยให้ทำตามความต้องการของญาติ

3. คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤต

3.1 เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธยา เป็นปัญหาที่สำคัญที่พบมากสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย โรคจิต ดังนั้น สิ่งแรกที่ญาติควรปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา คือ ฝ้าสังเกต พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยมีการแอบทิ้งยาหรือไม่ ควรมีการควบคุมกำกับ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ระวัง สนใจ เกี่ยวกับผลดี ผลเสียของการรับประทานยา ตลอดจนอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการขาดยา แต่ถ้าเมื่อใด ผู้ป่วยยืนยันที่จะปฏิเสธยาหรือลืมรับประทานยา ญาติอาจช่วยผู้ป่วยได้โดยจัดทำ กล่องสำหรับเก็บยาในแต่ละมือหรือในแต่ละสัปดาห์ ญาติไม่ควรที่จะบดยาใส่ในอาหารของผู้ป่วย เพราะเป็นการสร้างความไม่ไว้วางใจให้เกิดขึ้นในตัวตนเอง และญาติอาจตัดสินใจไปปรึกษาแพทย์ หรือนำผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการฉีดยาแทน

3.2 เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สร้างความอับอายให้กับครอบครัว เช่น พูดหว่านเหวคน เดียว แต่งตัวไม่เหมาะสม หรือไม่สวมใส่เสื้อผ้าเดินออกนอกบ้าน พูดเสียงดัง สูบบุหรี่ในที่ห้ามสูบ เป็นต้น ญาติควรพูดเตือน แนะนำให้ผู้ป่วยหยุด หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ไม่แสดงท่าทีโกรธ หัวเราะ ขบขันผู้ป่วย แต่ควรที่จะเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น พร้อมทั้งบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมาว่ามีผลเสียอย่างไร และควรจะแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมอย่างไร

3.3 เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน อาการกำเริบเฉียบพลันที่อาจพบได้ในผู้ป่วยจิตเภท เช่น ไม่นอน แยกตัวจากสังคมมากขึ้น บกพร่องในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล มีความผิดปกติในด้านการพูด หูแว่ว ภาพหลอน ก้าวร้าว เป็นต้น อาการเหล่านี้ อาจส่งผลให้ครอบครัวพบกับความยุ่งยากในหลาย ๆ ด้าน เช่น การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง กิจกรรมหรืองานประจำของสมาชิกในครอบครัว การไปทำธุระนอกบ้าน การเลี้ยงดูทารก สัมพันธภาพในครอบครัว สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้น ครอบครัวควรรู้จักวิธีเผชิญปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน คือควรมีการจดบันทึกเบอร์โทรศัพท์ของตำรวจ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ศูนย์ช่วยเหลือจิตเวชฉุกเฉิน หรือบุคคลที่สามารถติดต่อขอ



ความช่วยเหลือได้ เพื่อขอความช่วยเหลือและควบคุมผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล สอบถามแพทย์
พยาบาล บุคลากรทางจิตเวชเกี่ยวกับเวลาที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
ตลอดจนเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล ตำรวจ และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องและเป็น
จริง นอกจากนี้ สิ่งที่น่าท้อใจไม่ควรกระทำ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ ได้เถียงผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ดัง
เพราะการแสดงออกดังกล่าวอาจทำให้ เป็นการกระตุ้นเร้าผู้ป่วยให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่น่าสนใจและให้ความสำคัญ
เป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการที่จะให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
หลังจากผู้ป่วยกลับเข้าสู่ครอบครัวแล้ว ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบบทบาทของการเป็น
ญาติผู้ดูแลเพื่อให้การมีส่วนร่วมนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันปัญหาหรือความยุ่ง
ยากที่อาจจะเกิดขึ้นจากการให้การดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อ
ให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัว (Fox, 1979 cited in Reinhard, 1994)

2.4 ภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โดยทั่วไปแล้วครอบครัวจะมีหน้าที่รับผิดชอบช่วยเหลือและดูแลซึ่งกันและกัน ระหว่าง
สมาชิกแต่ละคน เช่น บิดา มารดามีหน้าที่ที่ต้องดูแลลูกหลาน สามีภรรยาจะรับผิดชอบดูแล
ความสุขสบายซึ่งกันและกัน ปกป้องหรือช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน และเมื่อมีสมาชิกคนใด
คนหนึ่งเจ็บป่วยไม่สบายด้วยสาเหตุใดก็ตาม สมาชิกในครอบครัวก็ต้องร่วมกันรับผิดชอบช่วย
เหลือดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดยเฉพาะภรรยาส่วนมากจะ
เป็นผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536) เนื่องจากผู้หญิงมักจะถูก
คาดหวังจากสังคมว่าจะต้องรับผิดชอบดูแลต่อสมาชิกทุกคนหรือจัดการทุก ๆ สิ่งในบ้าน ทั้งใน
ยามปกติและยามเจ็บป่วย บุตรสาวต้องรับผิดชอบดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Soldo and
Mythivoma, 1983 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) จากการศึกษาของ Keltner, (1995)
พบว่า ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะเป็น
มารดามากกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว บุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Primary caregiver) ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านซึ่งนับว่า
เป็นภารกิจที่ยาวนาน ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และยังเป็นเรื่องที่ต้องกระทำด้วยความเข้าใจ ตั้งใจ
ต้องการทักษะ ความชำนาญในการให้การดูแลผู้ป่วยสามารถวางแผนให้การช่วยเหลืออย่างเป็น
ระบบ ด้วยเหตุนี้ ญาติผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ มีทักษะในการบริหารจัดการ
เกี่ยวกับการให้การดูแล การบริหารเวลา รวบรวมข้อมูลข่าวสาร และสามารถจัดการกับภาวะ

วิกฤต ที่อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่สามารถคาดคะเนได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) และที่สำคัญที่สุด ญาติผู้ดูแลจะต้องประเมินได้ว่าการให้การดูแลส่งผลให้ตนเองเกิดความรู้สึก อย่างไรบ้าง ซึ่งการประเมินเกี่ยวกับภาระที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล สามารถประเมินได้ 4 ลักษณะ คือ

- 1) ไม่รู้สึกอะไรต่อการรับภาระการเป็นญาติผู้ดูแล นั้นหมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อญาติผู้ดูแล
- 2) เกิดความรู้สึกในทางลบ หมายถึง การรับบทบาทญาติผู้ดูแลทำให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อญาติผู้ดูแล เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิต
- 3) เกิดความรู้สึกในทางบวก หมายถึง การเป็นญาติผู้ดูแลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข
- 4) เกิดความรู้สึกหลาย ๆ ด้านรวมกัน เนื่องจากสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและระยะเวลาที่แตกต่างกัน อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่หลากหลายได้ (Klien, 1989)

ภาระ (Burden)

ภาระ มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังเช่น

Platt, (1985) ให้ความหมายของภาระ ว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงปัญหา ความยุ่งยาก หรือเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล

Oberst, และ Hughes, (1991) กล่าวถึงภาระว่า เป็นความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลโดยที่งานหรือกิจกรรมที่ทำมักเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และความต้องการของ ผู้ป่วยแต่ละโรคมีความแตกต่างกัน กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในการให้การดูแลย่อมแตกต่างกันไป

Bull, (1990) กล่าวถึงภาระว่า ภาระเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Simmons, (1990) กล่าวถึงภาระว่า เป็นผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะรวมถึงความบกพร่องในด้านภาวะสุขภาพ สังคม กิจกรรมส่วนตัว รายได้ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ต่อการเลี้ยงดูบุตร

Pai & Kapur (1981) แบ่งภาระที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตไว้เป็น 2 ลักษณะ คือ

- 1) ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) เช่น ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ งานประจำของครอบครัว กิจกรรมพักผ่อนของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพ และผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัว

2) ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) เป็นความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่บ้าน

Hoeniq และคณะ (1967) กล่าวว่า ภาระที่เกิดขึ้นต่อญาติผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีลักษณะ 2 ประการ

1) ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของครอบครัว เช่น ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว การเลี้ยงดูบุตร และผลกระทบต่องานประจำของครอบครัว

2) ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นภาระที่หนักหน่วง

Montgomery (1995) ได้ให้ความหมายของภาระไว้ 2 ลักษณะ เช่นกัน คือ

1) ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลมีภาระงานที่จำเป็นจะต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และในขณะเดียวกันต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน อันจะเป็นผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหลาย ๆ ด้าน ของสมาชิกในครอบครัว

2) ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) หมายถึง ทัศนคติ หรือปฏิกิริยาด้านอารมณ์ของญาติผู้ดูแลต่อการให้การดูแลผู้ป่วย

จากความหมายและแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ภาระ (Burden) หมายถึง ผลกระทบในด้านลบที่เกิดขึ้นต่อญาติผู้ดูแลและครอบครัว จากการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้งที่เป็นผลกระทบในเชิงรูปธรรม (Objective burden) และผลกระทบในเชิงนามธรรม (Subjective burden)

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลกระทบหรือก่อให้เกิดปัญหาแก่ครอบครัวคือ ก่อให้เกิดปัญหาด้านการประกอบอาชีพแก่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะต้องใช้เวลาส่วนมากในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมากกว่างานประจำที่เคยทำอยู่ ปัญหาด้านความไม่สะดวก และความยากลำบากในการแสดงบทบาทของญาติผู้ดูแลในฐานะญาติผู้ดูแลปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของญาติผู้ดูแล เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นหน้าที่ที่ไม่คุ้นเคย และไม่มีความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาในการแสดงบทบาท ความคลุมเครือในบทบาท บทบาทที่มากเกินไป และเกิดความขัดแย้งในบทบาท และสุดท้ายอาจเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากการแสดงบทบาท ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกาย อาจเกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวมีความเหน็ดเหนื่อย เครียด ซึมเศร้า พักผ่อนไม่เพียงพอ จนเป็นผลให้เกิดความเจ็บป่วยได้

รวมทั้งความรู้สึกแยกตัว วิตกกังวล ความรู้สึกผิด ความไม่พอใจ และเกิดความคับข้องใจได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ แพลท (Platt, 1985) ที่ว่าภาระของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่แสดงถึงปัญหา ความยุ่งยาก หรือเหตุการณ์ที่สร้างความลำบากให้แก่ญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นักวิจัยบางท่านยังมองว่า ภาระเป็นภาระการตั้งเครียดทางอารมณ์ และความยุ่งยากทางสังคมเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับครอบครัว (Noh & Avison, 1988) ดังเช่นการศึกษาวิจัยของวิง (Wing et al, 1964 cited in Fadden, 1987) ซึ่งทำการศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 113 คน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่กับครอบครัว พบว่า 59% ของผู้ป่วยทั้งหมดมีผลก่อให้เกิดภาระตั้งเครียดทางสังคมแก่ครอบครัว และจากการศึกษาของ Oberst & Hughes (1991) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านถูกรบกวนในกิจกรรมที่ทำแต่ละวันคือ กิจกรรมการดูแลสุขภาพร่างกาย และกิจวัตรประจำวันส่วนตัว กิจกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อน ภาระงาน ความรับผิดชอบภายในบ้านและนอกบ้าน การไปธุระต่าง ๆ นอกบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ การสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหรือสมาชิกภายในครอบครัวคนอื่น ๆ การจัดการเรื่องเงินภายในบ้าน ความสัมพันธ์กับเครือญาติ ตลอดจนการถูกรบกวนในการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตของสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ และตัวญาติผู้ดูแลเอง นอกจากนี้ ยังพบว่าการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) กับญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ขาดความสนใจในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และอาจพบว่าญาติผู้ดูแลขาดความใส่ใจ ความเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย เหล่านี้เป็นผลให้ญาติผู้ดูแลมีอาการปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับจนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มเหล้า เกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด (Stress) (Minister of Supply and Services Canada, 1991)

จะเห็นได้ว่าภาระของผู้ดูแลเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลนั้นเป็นสาเหตุให้ญาติผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจสังคม โดยภาระที่เกิดขึ้นนี้สามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) และภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) ภาระเหล่านี้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขให้บรรเทาเบาบางลง อาจส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลมากกว่าที่กล่าวมาทั้งหมดได้ ดังนั้น พยาบาลหรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความสนใจ ใส่ใจ รับรู้ในความทุกข์ยากของญาติผู้ดูแล เพื่อวางแผนให้การ

ช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้เหมาะสม และช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถครองบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ต่อไป

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทบาทของญาติผู้ดูแล

Montgomery et al (1985) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้การดูแล และประสบการณ์ของภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) และภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการให้การดูแล ภาระเชิงรูปธรรมและภาระเชิงนามธรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 80 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบวัด Objective burden แบบวัด Subjective burden และแบบวัดการให้การดูแล ผลการวิจัยพบว่า การให้การดูแลในด้านการอาบน้ำ แต่งตัว การให้การพยาบาล การหัดเดิน การเดินทางและการทำธุระต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับภาระที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษายังพบว่า ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) มีความสัมพันธ์กับภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.34$)

จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และวัชรนิบูล เศรษฐภูมิวิรินทร์ (2539) ได้ศึกษาบทบาทบิดาในการส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดาที่มีบุตรอายุ 13-20 ปี จำนวน 255 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับบทบาทของบิดาในการส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรวัยรุ่น ผลการศึกษพบว่า บิดาแสดงบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิตวัยรุ่นมากที่สุด คือ บทบาทด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย รองลงมาคือ บทบาทด้านการให้คำปรึกษาแนะนำด้านสังคมและการปรับตัว บทบาทด้านอบรมสั่งสอนและส่งเสริมการเรียนรู้และบทบาทการสนับสนุนทางอารมณ์ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ชนิดของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับบทบาทบิดาในการส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอายุบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิตบุตรวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ภาระของญาติผู้ดูแล

Eakes (1995) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดามารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ Chronic Sorrow Questionnaire ผลการศึกษา

พบว่าบิดามารดาเกิดความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน เศร้าใจ สิ้นหวัง และเกิดความยุ่งยากใจเป็นอย่างมาก นับตั้งแต่ทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและความรู้สึกเหล่านี้ยังคงเกิดขึ้นกับตนเองตลอดเวลา อาจจะมีลดน้อยลงไปบ้างแต่ก็ยังคงมีความรู้สึกอยู่บ้าง นอกจากนี้ยังพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ของบิดามารดาที่ดูแลผู้ป่วย คือ ขาดการพักผ่อนที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีวันสิ้นสุด ขาดเวลาและพลังงาน การดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ภาวะเศรษฐกิจลดลงเรื่อย ๆ กับการใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

Greenberg et al (1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) ต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความรู้สึกเป็นกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้สึกกลัว (Fear) และความรู้สึกสูญเสีย (Loss) ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพของมารดา

Musolf (1991) ได้ศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้สูงอายุ บุคคลที่เจ็บป่วย และบุคคลที่มีความพิการ ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบที่พบมากในญาติผู้ดูแล คือ การเปลี่ยนแปลงในงานประจำเนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว กิจกรรมทางสังคมที่เคยทำต้องหยุดชะงักลง เช่น กิจกรรมทางศาสนา การพบปะเพื่อนบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องตื่นแต่เช้าทุกวันเพื่อประกอบอาหารดูแลบ้าน และดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

Provencher (1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 70 คน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย หลังจากที่ถูกผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนาน 1 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ Objective Burden Questionnaire (OBQ) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด Social Behavioral Assessment Schedule (SBAS) ผลการศึกษาพบว่าผลในด้านลบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลที่พบมากที่สุด คือ สัมพันธภาพที่ตึงเครียดในบ้าน ถึง 74% ภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหา 57% และปัญหาด้านสุขภาพ 53% นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ การทำงานประจำ ไม่มีเวลาพักผ่อน การดำเนินชีวิตทั้งญาติผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวถูกขัดขวาง

Jones(1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) และภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) กลุ่มที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง โดยทำการศึกษาแบบกึ่งทดลองในระยะยาว (Longitudinal quasi-experimental) ตั้งแต่ปี 1991-1994 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ Caregiver burden จำนวนกลุ่มตัวอย่างปี 1991 มีจำนวน 189 รายปี 1992 มีจำนวน 157 รายและปี 1993 มีจำนวน 168 ราย ผลการศึกษาพบว่าภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) และภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย นั้นย่อมแสดงให้เห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

Pratt et al (1995) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาระและกลวิธีเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย Alzheimer disease กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย Alzheimer disease จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Caregiver Burden Scale (J.M Zarit et al, 1981) และ The Family Crisis-Oriented Personal Evaluation Scale (F - COPEs) ผลการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนของภาระที่เกิดขึ้น ไม่นับยสำคัญทางสถิติกับญาติผู้ดูแลที่มีความแตกต่างกันในด้าน อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษาและสภาพที่อยู่อาศัย และยังพบว่า ระดับคะแนนมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาระสุขภาพของญาติผู้ดูแล กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้ง Internal coping และ External coping ของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับคะแนนของภาระที่เกิดขึ้น

Pai & Kapur (1981) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์เปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจและงานประจำของครอบครัว โดยทำการศึกษากับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 24 ราย ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดในด้านเศรษฐกิจ การถูกขัดขวางในด้านกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว และพบอาการเครียดเกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล

วิลาวรรณ ชะอุ่ม (2537) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาระในการดูแลน้อย มีความผาสุกโดยทั่วไปในระดับทุกขโคกรุนแรงปานกลาง และมีความผาสุกจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 37 ในระดับทุกขโคกรุนแรงมาก มีร้อยละ 26 และพบว่า ภาระในการดูแลและปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไป แต่เมื่อนำตัวแปรทั้งหมดเข้าสมการเพื่อทำนายความผาสุกโดยทั่วไป พบว่า ภาระในการดูแลเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด

จริยา วิริยะศุภร (2539) ทำการศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของภาระการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดา มารดาผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง จำนวน 74 ราย ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดารับรู้ถึงภาระการดูแลในระดับสูงปานกลาง ค่าเฉลี่ยในด้านปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลสูงกว่าค่าเฉลี่ยด้านความยากลำบากในการดูแล และจากการศึกษายังพบว่า คุณภาพการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับแหล่งประโยชน์ครอบครัว พลังความสามารถในการดูแล และการเผชิญความเครียดในการดูแลได้ร้อยละ 57 แหล่งประโยชน์ครอบครัว พลังความสามารถในการดูแล และการเผชิญความเครียดในการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบกับภาระการดูแล และร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 30

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะเห็นได้ว่า งานวิจัยที่เกี่ยวกับบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในและต่างประเทศยังไม่มีปรากฏมากนัก และจากงานวิจัยที่ปรากฏยังไม่ทราบแน่ชัดว่าส่วนมากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอะไร และในแต่ละบทบาทนั้นญาติผู้ดูแลปฏิบัติอย่างไรบ้าง สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับภาระของญาติผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า มีการศึกษาในต่างประเทศค่อนข้างมาก ซึ่งในแต่ละงานวิจัยศึกษาเกี่ยวกับภาระของญาติผู้ดูแลได้อย่างชัดเจน แต่สำหรับในประเทศไทยแล้ว งานวิจัยดังกล่าวยังพบว่ามีค่อนข้างน้อยและยังไม่ชัดเจน และการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ทำให้ขาดความเข้าใจในสภาพการณ์ที่เป็นจริง และความรู้สึกที่ซ่อนเร้นอยู่ของญาติผู้ดูแล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป