

บทที่ 2

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้เป็นอาการหลัก ร่วมกับการมีอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงทางความคิดตัดสินใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถหายเป็นปกติ คือทุเลาอาการแบบไม่สมบูรณ์ (incomplete remission) ผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตได้ในสังคม แต่จะมีอาการกำเริบเป็นบางครั้ง หรือยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหลงผิดซึ่งไม่รุนแรงเหมือนขณะอาการกำเริบ เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตนเอง เป็นต้น (ธนุ ชาติธนานนท์ และคณะ, 2537) ผู้ป่วยจึงต้องรับประทานยา ด้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อคงสภาพการรักษาและต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการเช่น ความเครียด ความกดดันในเรื่องต่าง ๆ การดื่มสุรา (Gopinath & Chaturvedi, 1992) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีผู้ทำหน้าที่ดูแลและควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ การดูแล และช่วยฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยจะต้องเป็นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมจิตเวช เพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรค หรือการกำเริบของอาการทางจิตที่รุนแรง ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่ดูแลและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยในระยะที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่และต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในบางกิจกรรม โจนส์ (Jones, 1996) กล่าวถึงกิจกรรมการ

ดูแลที่ผู้ดูแลต้องกระทำให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ การดูแลการแต่งกายของผู้ป่วยทั้งความสะอาดและความเหมาะสมกับกาลเทศะ การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การดูแลสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเช่น สภาพที่อยู่อาศัย การจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน การดูแลด้านอาหาร การดูแลเรื่องการเดินทาง การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยหรือค่าใช้จ่ายในครอบครัว ผู้ดูแลอาจต้องช่วยดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำตามบทบาทเดิมของตนได้ เช่นการเลี้ยงดูบุตรที่อายุน้อย หรือการทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว จากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ดูแลสูญเสียเวลา การมีส่วนร่วมในสังคม ความมีอิสระและความเป็นส่วนตัวลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ การทำงาน แบบแผนการดำเนินชีวิตครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (Lawton, et. al, 1989) การที่ผู้ดูแลรับรู้ปัญหา ความยากลำบาก หรือสิ่งที่รบกวนต่อตนเอง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย เป็นภาระในการดูแลที่เกิดขึ้น (Crotty & Kuly, 1986)

ความหมายของภาระ

ความหมายโดยทั่วไปของภาระจากพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายของคำว่า "ภาระ" หมายถึงการงานที่หนัก หรือหน้าที่ที่ต้องรับเอา และจากพจนานุกรมของ กลอเรีย (The New Grolier Webster International Dictionary, 1976) ภาระ หมายถึง สิ่งที่ต้องทำ หน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องใช้แรงงานหรือยากในการดำเนินการ สิ่งที่ทำให้ทุกขใจ สิ่งที่น่าเบื่อ ความหมายของภาระของผู้ดูแลมีผู้กล่าวไว้หลากหลายดังนี้

เรนฮาร์ด (Reinhard, 1994) กล่าวถึงภาระว่าเป็นความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หากผู้ป่วยต้องการความดูแลมากแต่ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเพียงพอ และถ้าการดูแลนั้นจะต้องใช้ทักษะและความพยายามมากก็จะทำให้เกิดภาระ จอร์จและไกวเดอร์ (George & Gwyther, 1986) ให้ความหมายภาระว่า เป็นความยากลำบากหรือเป็นสิ่งที่รบกวนสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งคล้ายกับความหมายที่เพลทส์ (Platt, 1985) ได้ให้ไว้ว่า ภาระเป็นปัญหา ความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย หรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนิน

ชีวิตของบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ภาวะยังเป็นการรับรู้ถึงผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย (Poulshock & Demling, 1984) ภาวะในการดูแลนั้นเกิดขึ้นจากความต้องการ เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) เช่นเดียวกับการศึกษาของทอมส์สัน และคณะ (Thompson, et al., 1993) ที่กล่าวถึงภาวะว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วยซึ่งภาวะจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือมาก จะมีภาวะนั้นน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตนเองและมีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาวะมาก

มิลเลอร์และคณะ (Miller, et. al., 1991) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับภาวะแตกต่างจากทอมส์สันและคณะ ว่าภาวะเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแลในการรับผิดชอบและดูแลผู้ป่วย ส่วน เทสเลอร์ (Tessler, 1989 cited in Jones, 1996) กล่าวถึงภาวะในแง่ของงานที่ผู้ดูแลต้องทำ ว่าประกอบด้วยภาระการดูแลและสนับสนุนการทํากิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการควบคุมดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วย

ในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บราวน์ (Brown, 1967 cited in Platt, 1985) ให้ความหมายภาวะของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทว่า ภาวะคือปัญหาที่เกิดขึ้นในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของโปรเวนเชอร์ (Provencher, 1996) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้ให้ความหมายไว้ว่า ภาวะเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของไปและคาร์เปอร์ (Pai & Kapur, 1981) ซึ่งศึกษาภาวะของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช กล่าวถึงภาวะว่า นอกจากจะเป็นปัญหาแล้ว ยังเป็นความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช สำหรับการศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แนวคิดของไปและคาร์เปอร์ (1981) เป็นแนวทางในการศึกษา โดยให้ความหมาย ภาวะ หมายถึง ปัญหาและความยุ่งยากทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมของผู้ดูแลที่มีต่อการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นภาวะจึงเป็นได้ทั้งสิ่งเร้าที่มากกระทบต่อผู้ดูแลและเป็นปฏิกริยาตอบสนองของผู้ดูแลที่มีต่อสิ่งเร้า นั้น เช่น ในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เจ็บไม่พุด ไม่สามารถบอกความต้องการของตนได้ ผู้ดูแลประเมินว่าสิ่งเร้าดังกล่าวคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของตน เนื่องจากเกินความสามารถของตนในการดูแลเพราะต้องใช้

ทักษะและเวลามาก หรือไม่มีแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือ จึงทำให้เกิดภาวะ (Lefley, 1993) การมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวถือว่าเป็นภาวะ (Whitfield & Virgo, 1989 ; Lefley, 1987)

ชนิดของภาวะ

ในการศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทอมสันและดอลส์ (Thompson & Doll, 1982) กล่าวถึงภาวะว่าขึ้นอยู่กับการประเมินค่าและการให้ความหมายของแต่ละบุคคล ภาวะประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือองค์ประกอบด้านปรนัย (objective component) หรืออาจเรียกว่าด้านสังคมซึ่งได้แก่ ภาวะการเงิน บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ดูแล การรบกวนกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ปัญหากับเพื่อนบ้าน และองค์ประกอบด้านอัตนัย (subjective component) หรืออาจเรียกว่าด้านความรู้สึกเช่น ความรู้สึกว่าตนรับหน้าที่มากเกินไป รู้สึกเหมือนติดกับคือไม่สามารถทำอะไรหรือไปไหนได้ รู้สึกโกรธ รู้สึกถูกทอดทิ้ง ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของคุคส์และคณะ (Cook, et al., 1994) ที่แบ่งภาวะเป็น 2 ด้านคือ ด้านอารมณ์ (emotional involvement) เป็นความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย แต่ภาวะอีกด้านเป็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย (behavior conflict) ซึ่งส่งผลต่อผู้ดูแล เช่น พฤติกรรมของผู้ป่วยรบกวนเวลาของผู้ดูแล การรบกวนรายได้ของครอบครัว เช่นเดียวกับโนห์และเทอร์เนอร์ (Noh & Turner, 1987) ที่แบ่งภาวะออกเป็น 2 ด้านคือภาวะที่มีอยู่จริง (objective burden) หรือภาวะด้านปรนัยได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ข้อจำกัดทางสังคม การรบกวนต้องงานของครอบครัวและบุคคลในครอบครัวและภาวะตามความรู้สึกหรือ ภาวะด้านอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อพฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเลฟเลย์ (Lefley, 1987) เพียงเล็กน้อย กล่าวคือในระยะแรกที่เลฟเลย์ศึกษาเกี่ยวกับภาวะ แบ่งภาวะเป็น 2 ด้านคือด้านจิตอารมณ์ และด้านการเงิน แต่ต่อมาเลฟเลย์ (Lefley, 1993) ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและได้แบ่งภาวะเป็น 2 ด้านคือ ภาวะที่มีอยู่จริง ซึ่งเป็นการพึ่งพาเศรษฐกิจของครอบครัว ความพร้อมในบทบาทและหน้าที่ของผู้ป่วย การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับโลกภายนอก และภาวะตามความรู้สึก

เช่น ความรู้สึกถูกตีตราจากสังคม ความคับข้องใจ กังวลใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนการในอนาคต ที่มีต่อตัวผู้ป่วย ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกโศกเศร้า

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่านักวิจัยส่วนใหญ่แบ่งภาระเป็น 2 ด้าน สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งภาระออกเป็น 2 ด้าน ตามแนวคิดของไปและคาเปอร์ (Pai & Kapur, 1981) ได้แก่

1. ภาระที่มีอยู่จริง (objective burden) หรืออาจเรียกว่าภาระเชิงปรนัย เป็นความยุ่งยากหรือปัญหาที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งสามารถวัดหรือประเมินได้ชัดเจนได้แก่ การรบกวนเวลาส่วนตัว การรบกวนด้านรายได้หรือการพึ่งพาทางการเงิน การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อสุขภาพกายและจิตของผู้ดูแล

2. ภาระตามความรู้สึก (subjective burden) หรืออาจเรียกว่าภาระเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อการดูแลผู้ป่วยได้แก่ ทุกข์ใจ กังวลใจ อารมณ์เสียหรือขุ่นเคืองใจ รู้สึกถูกผู้ป่วยพึ่งพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแล

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถแบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล

- 1.1 ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย เนื่องจากบทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวแตกต่างกัน ทำให้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไปด้วย จึงส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแล (Cook, et al., 1994 ; Lefley, 1997) แต่การศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรัฐโอไฮโอพบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแล ร้อยละ 40 รองลงมาเป็นผู้สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 10 (Jones, 1996) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มีภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาหรือพี่น้องของผู้ป่วย (Thompson & Doll, 1982)

1.2 เขตที่อยู่อาศัย จากการศึกษาในประเทศไนจีเรีย (Martyns-Yellowe, 1992) พบว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่เขตในชนบทมีภาระมากกว่าผู้ดูแลที่อาศัยในเขตเมือง เนื่องจากระยะทางระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชหรือศูนย์บริการจิตเวชชุมชนกับบ้านของผู้ป่วยห่างไกลกัน และโรงพยาบาลจิตเวชหรือศูนย์บริการสุขภาพจิตชุมชนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเมือง จึงทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทางไปรับยา หรือไปตรวจ เช่นเดียวกับการศึกษาของนักวิจัยหลายคน ที่กล่าวถึงเขตที่อยู่อาศัยของผู้ดูแลว่าส่งผลต่อการนำผู้ป่วยมาตรวจหรือมารับยา (Maurin & Boyd, 1990 ; Ali & Bhatti, 1988 ; Dwyer & Miller, 1990)

1.3 กิจกรรมในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วย หากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายอย่างแทนผู้ป่วย และต้องรับผิดชอบงานภายในครอบครัวด้วย ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระมาก (Jones, 1996)

1.4 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกัน จะทำให้รับรู้ภาระต่างกัน (Lefley, 1987; Cook, et al., 1994) การศึกษาผู้ดูแล จำนวน 15 คน เป็นมารดาซึ่งอายุระหว่าง 45-62 ปี ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มารดาที่อายุน้อยมีภาระมากกว่ามารดาที่อายุมากกว่า (Greenberg, et al., 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหา ผู้ที่อายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่าจึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่อายุมากภาระจะน้อย (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

1.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3-8 คน (Crotty & Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้ป่วยเท่านั้น ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลสมาชิกภายในบ้านด้วย

1.6 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยลดภาระ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พฤติกรรมที่นำกลัวหรือแปลกประหลาดของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาวะของผู้ดูแล (Maurin & Boyd, 1990; Fadden, Bebbington, Kuipers, 1987) พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระเช่น ในประเทศอินเดียมีการศึกษาเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ซึ่งผู้ป่วยมีอาการไม่สนใจดูแลตนเอง เจ็บ เหนื่อยชา ไม่ค่อยพูด กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ผู้ป่วยที่แสดงอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีท่าทางแปลก ๆ ก้าวร้าว พบว่าคะแนนภาระไม่ต่างกันมากในช่วงที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งแรก แต่เมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาตรวจอีกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดที่มีอาการทางบวกมีคะแนนภาระที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Raj, Kulhara, & Avasthi, 1991) ระดับความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นตัวทำนายภาระของผู้ดูแลได้ (Tessler, Killian, & Gubman, 1987) ดังนั้นหากอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยคงที่และไม่รบกวนต่อผู้อื่น จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระน้อย (Song, Biegel, & Milligan, 1997) เนื่องจากผู้ดูแลสามารถวางแผนการให้การดูแลได้ นอกจากนี้จำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งยังคงอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาที่บ้านก็มีผลต่อภาระเช่นกัน หากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรืออาการทางจิตหลายอาการจะทำให้ผู้ดูแลเป็นภาระมาก (Salleh, 1994) และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ (Jones, 1996)

2.2 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จากการศึกษาในประเทศมาเลเซีย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาระของครอบครัว พบว่าจำนวนครั้งในการเข้าโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาระเพียงเล็กน้อย (Salleh, 1994)

การประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แบบวัดที่ใช้ในการประเมินภาระของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับความพร้อมในการดูแลตน และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เช่นหากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนมาก ผู้ดูแลย่อม

ต้องมีหน้าที่การดูแลมาก เครื่องมือที่ใช้วัดภาวะของผู้ดูแลส่วนใหญ่สร้างขึ้นเพื่อประเมินภาวะในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (Jones, 1996) สำหรับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีแบบสัมภาษณ์ที่สร้างโดย เกรดและเซนเบอรี่ (Grad & Sainbury, 1963) ใช้สัมภาษณ์ภาวะของญาติผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ทำการสัมภาษณ์และประเมิน นอกจากนี้ยังมีแบบสอบถามของโฮนิกและฮามิลตัน (Hoenig & Hamilton, 1964 cited in Loukissa, 1995) ซึ่งถามผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบจากผู้ป่วยต่องาน เวลาว่าง รายได้ สุขภาพ การดูแลเด็ก สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นภาวะที่มีอยู่จริง ส่วนภาวะตามความรู้สึกประเมินจากระดับของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล นอกจากนี้ยังมีแบบวัดภาวะของญาติผู้ป่วยจิตเวชของ เครียร์และคณะ (Creer & Colleagues, 1982 cited in Platt, 1985) ประเมินภาวะที่มีอยู่จริงโดยการถามผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขอนามัยของผู้ป่วย การจัดการงานบ้าน การช่วยเหลือด้านการเงินและพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วย สำหรับภาวะตามความรู้สึกประเมินจากความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกี่ยวกับงานทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินพฤติกรรมสังคม ซึ่งสามารถนำไปใช้ประเมินภาวะของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (The social behaviour assessment schedule) ของเพลส และคณะซึ่งจัดทำในปี 1980 (Platt, 1985) ที่ประกอบด้วยคำถามซึ่งประเมินภาวะที่มีอยู่จริงจำนวน 18 ข้อ และคำถามที่ประเมินความรู้สึกของผู้ดูแลต่อภาวะ 1 ข้อ แบบวัดของคูกส์และคณะ (Cook, et. al., 1990) การศึกษาที่ต้องการวัดภาวะของผู้ปกครองโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ในการวัดหรือประเมินภาวะของผู้ปกครองจะดูที่ปัญหาความขัดแย้งทางจิตอารมณ์ และความขัดแย้งในครอบครัว และแบบวัดภาวะของผู้ดูแลที่สร้างโดยเทสเลอร์ (Tessler, 1989 cited in Jones, 1996) ซึ่งประเมินกิจกรรมในแต่ละวันที่ผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะนั้นพบน้อย ส่วนใหญ่จะพบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะครอบครัวหรือศึกษาภาวะของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งในหลายการศึกษาที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชพบว่ากว่าครึ่งของผู้ป่วยจิตเวชเป็นจิตเวช (Rose, 1996 ; Reinhard, 1994) ไปและคาเปอร์ (Pai & Kapur, 1981) ศึกษาภาวะของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การสัมภาษณ์แบบ semi – structure interview โดยสัมภาษณ์จากญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มา

ให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 24 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นแบบวัดภาวะ
 ครอบครัวยุคผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 25 ข้อ แบบวัดนี้แบ่งภาระเป็น 2 ด้านคือ ภาระที่มีอยู่จริงจำนวน
 24 ข้อ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นหัวข้อย่อยอีก 6 หัวข้อได้แก่ ด้านเศรษฐกิจการเงิน ด้านการรบกวนต่อ
 กิจวัตรประจำวันของครอบครัว การรบกวนเวลาและความมีอิสระของผู้ดูแล การรบกวน
 ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล และ
 ภาระตามความรู้สึก ซึ่งเป็นการถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 จำนวน 1 ข้อ ซึ่งต่อมา ราช กุลฮารา และอวาสติ (Raj, Kulhara, & Avasthi, 1991) ได้นำแบบ
 วัดภาระนี้ไปศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศอินเดีย โดยเปรียบเทียบภาระใน
 ผู้ดูแล 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ กับกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ
 ทางบวก โดยทำการประเมินภาระในช่วงที่ผู้ดูแลนำผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรก และในช่วงที่
 ผู้ดูแลนำผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาเพื่อติดตามอาการ (follow up) นอกจากนี้แบบวัดนี้ยังมีผู้นำ
 ไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรีย เพื่อศึกษาภาระของผู้ดูแล
 ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช (Martyne – Yellowe,
 1992) และในประเทศมาเลเซียมีผู้นำแบบวัดของไปและคาเปอร์มาดัดแปลง เพื่อใช้ศึกษาภาระ
 ของครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยจิตเภท (Salleh, 1994)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดของไป
 และคาเปอร์มาดัดแปลงเพื่อให้สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับภาระ
 ตามความรู้สึก โดยระบุความรู้สึกต่าง ๆ ของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ประเมินความ
 รู้สึกของผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุมและมีความละเอียดมากขึ้น จึงมีข้อคำถามเกี่ยวกับภาระที่มีอยู่
 จริง 24 ข้อ และภาระตามความรู้สึก 4 ข้อ รวมเป็น 28 ข้อ แบบวัดภาระของไปและคาเปอร์เป็น
 แบบวัดที่สร้างจากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนและเคยใช้ในประเทศอินเดีย
 ไนจีเรีย มาเลเซีย ซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา และแบบวัดนี้มีเนื้อหาเหมาะสมตรงกับแนวคิด
 ในการศึกษาของผู้วิจัยที่เน้นทางด้านจิตสังคมของผู้ดูแล

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งในภาวะปกติและในภาวะวิกฤตของชีวิต ในระบบบริการทางสุขภาพมีการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ทั้งที่เป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เฮาส์ (House, 1981) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแล และการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงคุณค่าและการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ การประเมินตนเอง

ทอยส์ (Thoits, 1986) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ และสังคม สิ่งของหรือข้อมูลซึ่งการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็ว

ไวส์ (Weiss, 1974) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความพึงพอใจต่อความต้องการที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ในกลุ่มสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่แสดงถึงความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ที่บุคคลได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผู้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่าโดยบุคคลอื่นก็ยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วยและการสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (network support, socially support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์เป็นการแบ่งที่เน้นด้านจิตสังคมเท่านั้น เซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นความรู้สึกผูกพัน ความรู้สึกอบอุ่นใจ เชื้อม่นและวางใจ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของเครื่องใช้ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ การเงินหรือบริการ ซึ่งจากการแบ่งของคอบบ์และเซฟเฟอร์และคณะดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นเนตรนภา คู่พันธ์วิ (2534) จึงได้นำแนวความคิดของคอบบ์และแนวความคิดของเซฟเฟอร์และคณะ มาแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน เพื่อใช้ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยในประเทศไทย โดยแบ่งเป็น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ซึ่งหมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกันจากบุคคลใกล้ชิด การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทายและการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัย และโอกาสในการปรับปรุงตนเอง การสนับสนุน

ทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การได้รับการตอบสนองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารหมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานและบริการ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ แรงงานและการได้รับการบริการ แต่ในการศึกษาของเฮาส์ (House, 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นการให้การยกย่องไว้วางใจจริงใจเอาใจใส่และเห็นอกเห็นใจ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน (appraisal support) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง เปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม และการเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้และการสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงาน (instrument support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงินและแรงงาน แต่ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลของนอร์เบคและคณะ (Norbeck, et. al., 1991) การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็น 4 ด้าน ตามความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือและสิ่งของที่จำเป็น ซึ่งการแบ่งเช่นนี้ใช้เป็นแนวทางในการจัดการสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่ม

นอกจากนี้ยังมีผู้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กิจกรรมของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแบ่ง ซึ่งแตกต่างไปจากผู้วิจัยอื่น ๆ และมีจำนวนชนิดมากกว่าผู้อื่นที่ได้ทำการศึกษาไว้ โดยแบ่งตามลักษณะของงาน ดังเช่น ริชแมน (Richman, et al., 1993 cited in Nolan, Keady, & Grant, 1995) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเป็น 8 ชนิด ตามลักษณะงานด้านสังคมสงเคราะห์ เพื่อสะดวกต่อการติดตามผลการให้การช่วยเหลือบุคคล ได้แก่ การรับฟัง (listening) การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้โอกาสด้านอารมณ์ (emotional challenge) การให้คำยืนยันตามที่เป็นอย่างจริง (reality confirmation) การให้โอกาสใน

การทำงาน (task challenge) การชื่นชมต่อผลงาน (task appreciation) การช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น (tangible assistance) การช่วยเหลือบุคคล (personal assistance) ซึ่งการแบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กิจกรรมของการให้การสนับสนุนเป็นตัวบ่งชี้ จะทำให้ผู้ทำการศึกษาระเบินได้ชัดเจนกว่าการประเมินจากการรับรู้ของผู้ดูแล

ในประเทศไทยมีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมไว้ในหลายกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่แบ่งตามการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจึงมีการแบ่งไว้แตกต่างกัน และมีความหลากหลายไปตามแนวคิดของผู้ที่ทำการศึกษา และในการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมักมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้วย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการสนับสนุน

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคมจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม ซึ่งต้องมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์หรือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แหล่งสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ประเภทตามแนวคิดของแคปแลน (Caplan, 1974) ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ ซึ่งพบได้ในทุกสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ คู่สมรส และครอบครัว พบว่าทุกวัฒนธรรมมีแนวทางปฏิบัติในการผูกมัดบุคคลในสายเลือด หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันในครอบครัวว่าจะต้องช่วยเหลือกันและกันเมื่อมีปัญหาหรือมีความลำบากในการดำเนินชีวิต โรส (Rose, 1997) ได้กล่าวถึงครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชว่า ทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเช่น คู่สมรส บุตรหรือครอบครัวเดิมของผู้ป่วยเช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ มีหน้าที่จะต้องช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ฮอริวิทซ์ เรนฮาร์ด และโฮเวลล์ไวส์ (Horwitz, Reinhard, & Howell – White, 1996) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในแง่ของการแลกเปลี่ยนตอบแทนซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวตามแนวคิดทางสังคมสงเคราะห์ที่เรียกว่าระบบอุปถัมภ์แบบต่างตอบแทน (reciprocal) คือถ้าบุคคลช่วยทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น บุคคลนั้นจะได้รับความช่วยเหลือเป็นการตอบแทน เมื่อบุคคลนั้นรู้สึกเดือดร้อน หรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ หากทำประโยชน์กับผู้อื่นมากบุคคลนั้นก็จะได้การช่วยเหลือมาก

2. กลุ่มองค์กรหรืออาสาสมัครในชุมชนที่รวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคมโดยสมัครใจหรือสนใจที่จะช่วยเหลือผู้ที่ประสบความยุ่งยากเช่น The National Association of Psychiatric Survivors (NAPS) ซึ่งเป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของสหรัฐอเมริกา และ The National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) ซึ่งเป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นโดยครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่เน้นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยจัดโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อให้ความรู้และช่วยเหลือผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอ (Lefley, 1993)

3. กลุ่มบุคลากรทางวิชาชีพซึ่งดูแลสุขภาพคือ บุคคลที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ในกลุ่มนี้โรส (Rose, 1997) มีแนวคิดว่าบุคลากรในทีมจิตเวชมีความสำคัญในการลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมกับความรู้ของผู้ดูแล บุคลากรทางวิชาชีพที่มีทัศนคติที่ดีกับผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้และรู้สึกชื่นชม เกิดความสนใจในคำแนะนำ

นอกจากนี้ยังมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ อีกคือเพื่อน เช่นเพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน เพื่อนสนิท มีส่วนสำคัญต่อผู้ดูแล ในการปลอบโยนและรับฟังสิ่งที่ผู้ดูแลได้พูดถึงหรือพูดระบายปัญหาต่าง ๆ ซึ่งการได้พูดและระบายความรู้สึกจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้น แหล่งสนับสนุนทางสังคมอีกแหล่งหนึ่งมาจากความเชื่อของผู้ดูแล คือด้านจิตวิญญาณ สิ่งยึดเหนี่ยวในจิตใจของผู้ดูแล แม้ว่าจะไม่สามารถวัดในเชิงปริมาณได้ แต่ก็เป็นส่วนสำคัญในการให้การสนับสนุนทางสังคม (Rose, 1997) ผู้ดูแลอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหลายแหล่ง แต่จำนวนเครือข่ายที่มากนั้นไม่ได้หมายความว่าผู้ดูแลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และมีคุณภาพ (Robinson, 1990) เพราะการสนับสนุนทางสังคมบางชนิดได้รับอย่างจำกัด เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานและบริการมักจะได้รับจากญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดเท่านั้น (Rose, 1997)

ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหาเช่น ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลคำแนะนำในการดูแลจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทำให้เกิดทักษะในการดูแลมากยิ่งขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills, 1985) อธิบายกลไกการทำงานหรือผลของการสนับสนุนทางสังคมว่าทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา ผลทางจิตใจจะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมองเห็นวิถีทางที่จะหลีกเลี่ยงจากสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด ผลโดยอ้อมของการสนับสนุนทางสังคมคือช่วยลดซ้ำ หรือบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดโดยช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของภาวะเครียดลดลง (Lazarus & Folkman, 1986) กลไกการทำงานของ การสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้แก่บุคคล (Norbeck, 1981) ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มากกว่ารวมทั้งได้รับข้อมูลย้อนกลับที่มีผลส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยลดความเครียดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย (Thompson, et al., 1993) ซึ่งตรงกับทัศนะของเพนเดอร์ (Pender, 1987) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพโดยการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการช่วยให้บุคคลมีวิจารณญาณในการเลือกกลวิธีปรับตัวที่เหมาะสมเมื่อมีความเครียดและการปรับพฤติกรรมให้ผู้ดูแลรู้สึกดีต่อสถานการณ์ในการดูแล การรับรู้ภาระลดลง (Lawton, et al., 1989)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม แมคโดเวล และนิวเวล (McDowell & Newell, 1987) ได้กล่าวว่า มีทั้งแบบวัดด้านปริมาณและคุณภาพหรือประเมินเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เช่น แบบสัมภาษณ์ The Arizona Social Support Interview Schedule ซึ่งกำหนดระยะเวลาของ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมภายในหนึ่งเดือนที่ผ่านมา แบบสัมภาษณ์เครือข่ายทางสังคม (The Social Network and Support Interview Tool) ของไวส์ (Weiss, 1974) ซึ่งเป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อีกแนวคิดหนึ่งวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเช่น แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคลของโคเฮน (The Interpersonal Support Questionnaire) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของซาราลัน (The Social Support Questionnaire) การเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ มักจะขึ้นกับจุดประสงค์ในการศึกษาของแต่ละบุคคล เช่น แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของไบลีย์ และคณะ (Baillie, et al., 1988) ที่สร้างจากแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ดูแลในการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเชิงคุณภาพว่ามีผลต่อความเครียดหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีแบบวัดของแมคคาร์ที (MacCarthy & Brown, 1989) เป็นการสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยจิตเวชไปเข้าโปรแกรมโรงพยาบาลกลางวันของโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมในผู้ดูแล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดของเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อน ในประเทศไทย ที่มีข้อจำกัดทางด้านสังคมคล้ายกับผู้ป่วยจิตเวชเช่น การที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และถูกรังเกียจจากคนในสังคม แบบวัดนี้ได้ผ่านการหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และได้นำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทย

การสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือ เนื่องจากต้องรับภาระและมีหน้าที่ไม่เฉพาะดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีหน้าที่รับผิดชอบอื่น ๆ อีกเช่น การดูแลสมาชิกในครอบครัว การหารายได้ การมีส่วนร่วมในงานสังคม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแลกับทีมจิตเวชในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดผลดีต่อตัวผู้ป่วย ช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแล (Pallett, 1990) มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมีเพื่อน หรือญาติให้ความช่วยเหลือ

การได้รับบริการจากทีมจิตเวช การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ (Hatfield, 1979) ซึ่งจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลลงได้นอกจากนี้โรบินสัน (Robinson, 1990) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยนำผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 11 คน เข้ากลุ่มทักษะทางสังคม พบว่าผู้ดูแลรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น และการเข้ากลุ่มช่วยลดภาระที่มีอยู่จริงและภาระตามความรู้สึกของผู้ดูแลและยังทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น รู้จักใช้พฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแล นอกจากนี้การนำญาติเข้าร่วมกลุ่มประคับประคองซึ่งเป็นกลุ่มที่มีสมาชิกทั้งหมดเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสนทนากับปัญหาและความลำบากในการปรับตัวเมื่อต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลที่ได้เข้ากลุ่มเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกเป็นภาระ (Gonyea, 1990 ; Dwyer & Miller, 1990) ซึ่งการได้เข้าร่วมกลุ่มประคับประคองจิตใจ เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ซึ่งผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรผู้ให้การรักษาและบุคคลที่มีปัญหาคล้ายกัน โพทาสนิคและเนลสัน (Potasznik & Nelson, 1984) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกแง่ลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 43 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับช่วยลดระดับภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมยังทำให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทของตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น (Rose, 1997) ครอตตีและคูลี (Crotty & Kuly, 1986) สัมภาษณ์ผู้ที่มีความสำคัญในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งก่อนทำการศึกษาได้ถามผู้ป่วยจิตเวชถึงญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญต่อตัวผู้ป่วยซึ่งมารับบริการจากแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 56 ราย ร้อยละ 35.7 ของผู้ป่วยตอบว่ามารดา ร้อยละ 14.2 ของผู้ป่วยตอบว่าบิดา และเมื่อสอบถามจากบุคคลที่ผู้ป่วยระบุว่าเป็นผู้มีความสำคัญ และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย พบว่าการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น การมีคนรับฟังหรือพูดคุยปรับทุกข์ช่วยลดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล จากการศึกษานี้ผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 87 ไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพาญาติและเป็นภาระของรัฐบาล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อยเป็นภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมาก และจากการศึกษายังพบว่าภาระมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือแรงงานในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือหากผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการช่วยเหลือแรงงานในการดูแลผู้ป่วย หรือการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากจะมีภาระน้อย

นอกจากผู้ดูแลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดแล้ว บุคลากรในทีมจิตเวชได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ก็เป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลโดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น การศึกษาของเรินฮาร์ด (Reinhard, 1994) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือจากทีมจิตเวชกับภาระของผู้ดูแล การให้คำแนะนำจากทีมจิตเวชเกี่ยวกับอาการทางจิต การรับประทานยา การรับมือในภาวะวิกฤตและการวางแผนอนาคตของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการช่วยลดภาระในการดูแล ซึ่งการได้รับคำแนะนำและความรู้ต่าง ๆ เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล การได้รับความช่วยเหลือจากทีมผู้รักษาส่งผลให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ และภาระมีความสัมพันธ์ทางลบกับการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ กล่าวคือ หากได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งได้แก่จิตแพทย์ พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระน้อย แต่ในการศึกษาเชิงคุณภาพของฮอบส์ (Hobbs, 1997) ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญกับปัญหาของมารดาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และจากการศึกษาเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในผู้ดูแล อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซอง, ไบเกล และมิลลิแกน (Song, Biegel, & Milligan, 1997) ศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 103 คน ที่รับบริการจากศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเมืองคลีฟแลนด์รัฐโอไฮโอสหรัฐอเมริกา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายอาการซึมเศร้าที่เกิดในผู้ดูแลได้ การขาดการสนับสนุนหรือช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรวิชาชีพพร้อมกับระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลายอาการหรือบ่อยครั้ง จะมีภาระมาก

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแล จะทำให้บุคลากรในทีมจิตเวชสามารถส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม และเป็นแนวทางในการใช้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดภาระของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตามแนวคิดของไปและคาร์เปอร์(Pai &Kapur, 1981)การได้รับผิดชอบและดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีภาระ ในแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลจะเป็นสิ่งที่ช่วยบรรเทาหรือลดปัญหาและผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ตามแนวคิดของคอบบ์(Cobb, 1976) และเชฟเฟอร์และคณะ(Schaefer, et al., 1981) ได้แก่ ด้านสิ่งของแรงงาน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้วิจัยวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบวัดที่ดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเนตรนภา คู่พันธ์วี(2534) จากกรอบแนวคิดนำมาแสดงตามแผนภูมิ

