

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำเสนอเนื้อหา โดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
2. ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 ลักษณะการดูแล
 - 2.3 ผลกระทบจากการดูแล
3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับหรือแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตประเภทหนึ่งซึ่งผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมส่วนใหญ่มักรับรู้มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; Kaplan & Sadock, 1995) นอกจากนี้อาการของโรคจิตเภท สามารถแบ่งออกได้ เป็น 2 กลุ่มอาการใหญ่ๆ คือ อาการด้านบวก และอาการด้านลบ

กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรมได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) อาการหลงผิด อาจเป็นอาการที่ผู้ป่วยมีลักษณะแปลกๆ พุดในเรื่องที่เป็นไปไม่ได้

ที่พบบ่อย ได้แก่ คิดว่ามีคนปองร้าย หวาดระแวง ทำที่ไม่เป็นมิตร มีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว และ พาลทะเลาะวิวาท ส่วนอาการประสาทหลอนจะพบบ่อยทางหู อาจเป็นเสียงคนพูดถึงเรื่องของ ตนเอง เสียงวิพากษ์วิจารณ์ เสียงสั่งให้ทำตามและเสียงอื่นๆ ที่ไม่มีความหมาย ทำให้ผู้ป่วยอาจ มีอาการพูด หรือหัวเราะคนเดียว แต่งตัวแปลกๆ สกปรก ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ หรือมี พฤติกรรมก่อความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่น

กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆ ไปควรมี ได้แก่ พุดน้อย คิดนานก่อนตอบ การแสดงออกด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย มักไม่สบตา (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร (avolition) เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (asociality) ในระยะ อาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการ ด้านลบนั้น มักพบในระยะหลังของโรค (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542)

ระยะของโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) ดังนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดี หากระยะนี้เป็นอยู่นาน
2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการชัดเจน ส่วนใหญ่ มักเป็น กลุ่มอาการด้านลบ
3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการจะคล้อยคลึงกับระยะที่ 1 ยังมีอาการ ทางจิตหลงเหลืออยู่ อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดัน ด้านจิตใจ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งทำให้อาการเสื่อมลงเรื่อยๆ

จะเห็นว่าลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป (Kaplan & Sadock, 1995) ครอบครัวจะไม่ทันสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยชัดเจนนัก จนกระทั่ง มีอาการด้านลบเกิดขึ้น จึงพามาพบแพทย์ ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ค่อยดี มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย และเป็นเรื้อรัง บุคลิกภาพและพฤติกรรมจะเสื่อมลงเรื่อยๆ ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ค่อนข้าง ยุ่งยากซับซ้อนกว่าโรคโดยทั่วไป

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำส่วนใหญ่เป็น ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ แต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หลงผิดประสาทหลอน ซึ่งอาการไม่รุนแรง ทำให้การทำหน้าที่ในสังคมน้อยลง และไม่สนใจสิ่งอื่น แต่ไม่มีผลต่อผู้ป่วยมาก อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อได้รับความกดดัน

หรือรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าอยู่ในระยะอาการหลงเหลือที่ต้องได้รับการดูแล ฟ้นฟูจากผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน

สาเหตุ

สาเหตุของโรคจิตเภทในปัจจุบันเชื่อว่ามาจากหลายสาเหตุดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542; Kaplan & Sadock, 1995)

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factor)

1.1 พันธุกรรม จากการศึกษพบว่า ร้อยละ 12 พบในบุตรที่บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 40 พบในบุตรที่ทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท และพบในพี่น้องร่วมบิดามารดากับผู้ป่วยได้ ร้อยละ 8

1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมุติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือสมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post synaptic receptor เนื่องจากพบว่า ยารักษาโรคออกฤทธิ์ โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2

1.3 กายวิภาคของสมอง มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่ง ที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคทางสมอง เช่น ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม พบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่ามีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง (expressed-emotion) ได้แก่ การตำหนิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2543) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ เชื่อว่า เศรษฐกิจต่ำเป็นผลหลังจากการเป็นโรคทำให้ยากจนลง มากกว่าที่โรคจะเกิดจากผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจต่ำอยู่แล้ว (ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร, 2534)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่า กลุ่มอาการเกิดขึ้นได้จากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว

เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้น โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

การรักษา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ 2542; Kaplan & Sadock, 1995) การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นแบบผสมผสานวิธีการหลายอย่างร่วมกัน โดยแต่ละวิธีก็มีส่วนช่วยรักษาอาการและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรค โดยกลไกต่างกัน ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้น เป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำนั้นส่วนใหญ่ มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้น อาจแบ่งเป็น 2 ระยะ

1.1 ระยะควบคุมอาการ ให้ยา เพื่อควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไป คือ chlorpromazine 300-500 mg ต่อวัน หรือ haloperidol 6-10 mg ต่อวัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายมาก อาจให้ benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หลังจาก 2 สัปดาห์ อาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 100-300 mg ของ chlorpromazine ต่อวัน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา อาจใช้ยาฉีดประเภทออกฤทธิ์ระยะยาว (long acting)

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT (electro convulsive therapy) ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิดคาทาโทเนีย (catatonic) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) ร่วมด้วย

3 การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ การรักษาด้านจิตสังคมมีดังนี้

3.1 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาฟังตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นๆ ที่เขาพอทำได้

3.2 การให้การแนะนำปรึกษาแบบครอบครัว (family counseling) จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตนเองทั้งสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2543)

3.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

3.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ในหอผู้ป่วย ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่น ในตนเองของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการรักษาผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีวิธีการรักษาหลายอย่าง และเมื่ออาการคงที่หรืออาการดีขึ้น แพทย์จะจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ด้วยสมรรถภาพในการทำงานและทักษะทางสังคมที่ลดลง จากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลโดยอย่างน้อยที่สุดก็เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติให้มากที่สุด

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ความหมาย

ผู้ดูแล (family caregiver; informal caregiver) หมายถึง ญาติหรือ สมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Davis อ้างใน จอม สุวรรณโณ, 2541) เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลหลัก โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในระยะรับการรักษาทางยาที่บ้าน ที่มารับการตรวจที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา และเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

โดยเกี่ยวข้องเป็น สามีภรรยา บิดามารดา บุตร หลาน พี่ น้อง หรือญาติ ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

ลักษณะการดูแล

ลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ทำให้การดูแลค่อนข้างยากส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป (Kaplan & Sadock, 1995) ทำให้สังเกตได้ยาก ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ค่อยดี มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยและเป็นเรื้อรัง บุคลิกภาพและพฤติกรรมจะเสื่อมลงเรื่อยๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) ทำให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนกว่าโรคโดยทั่วไปจากปัญหาดังกล่าว มีผลนำไปสู่กิจกรรมหรือลักษณะการดูแล ที่ผู้ดูแลต้องกระทำให้กับผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

1. การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ การเตือนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2538) คอยสังเกตพฤติกรรม และระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกคนอื่นๆ (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543)

2. การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม เช่น การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ให้กำลังใจ ช่วยแก้ปัญหาให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่แสดงอารมณ์หรือดูว่าผู้ป่วย (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2531) ลดความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวแก่ผู้ป่วย มีการกระตุ้นผู้ป่วยด้านสังคมอย่างเหมาะสม เช่น การชวนผู้ป่วยไปเที่ยวเตร่ สังสรรค์หรือร่วมงานกิจกรรมอื่น (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543)

3. การติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการรักษา ตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ เช่น การกระตุ้นเตือน หรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ พาไปพบแพทย์ตามนัด คอยประสานงานกับบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2538)

4. การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการเงิน ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและความสามารถที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้บ้าง ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวจะลดน้อยลง (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2538)

นอกจากนี้ จากการศึกษาเชิงคุณภาพของ ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ (Tungpunkom, 2000) ศึกษาแม่ที่ดูแลลูกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่บ้านพบว่า แม่ต้องให้การดูแลทั้งหมด 3 ด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านการดำรงชีวิตทั่วไป ด้านการบริหารยา และด้านการควบคุมอาการของผู้ป่วย จะเห็นว่าการดูแลมีความคล้ายคลึงกันในแต่ละการศึกษา สรุปได้ว่าลักษณะการดูแลนั้น ผู้ดูแลต้องให้การดูแลทั้งด้านการดำรงชีวิตทั่วไป การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วย และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นภาระของผู้ดูแลที่มีลักษณะต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน บางรายต้องดูแลตลอดชีวิต ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลเป็นอย่างมาก

ผลกระทบจากการดูแล

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวช ที่เป็นปัญหาที่สำคัญทางการแพทย์ สังคมและเศรษฐกิจ เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บิดามารดา ภรรยาสามี บุตร และญาติ ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบมากมาย ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลในด้านกิจวัตรประจำวัน บางครั้งมีอาการรุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดคนเดียว คำเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว บางรายพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ทำให้ผู้ดูแลทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม (นันทิกา ทวิชาชาติและคณะ, 2539)

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจหลายๆ ด้าน จะรู้สึกเครียด กังวล และมีอาการซึมเศร้า (เวทินี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, และ เอมหทัย ศรีจันทร์หาล้า, 2544; Doombos, 2002) และมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ดังเช่น การศึกษาของ วรกษ นิธิกุล (2535) ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า ญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเครียดในระดับสูง เกี่ยวกับความเข้าใจว่ามีโอกาสน้อยมากที่จะรักษาผู้ป่วยให้หายดีดังเดิม มีความเครียดในระดับปานกลางเกี่ยวกับด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วย ชีวิตสังคมและส่วนตัวของญาติและความน่าอับอายของโรคจิตเภท และการศึกษาของ ไกรวรรณ เจริญกุล (2539) สรุปผลการจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ปัญหาที่ถูกกล่าวถึง

มากที่สุด คือ ความกังวลใจ กลัวผู้ป่วยได้รับอันตรายจากอาการข้างเคียงของยาหรือการกินยา ติดต่อกันเวลานาน รองลงมาคือ ญาติรู้สึกเครียดมาก กลัวผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น และญาติรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกอึดอัดต่อท่าที่ซึมเฉยของผู้ป่วย

3. ด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality/religion/personal beliefs) มีผู้ดูแลจำนวนมากที่มีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ตั้งเครียดอยู่ตลอดเวลา มีการศึกษาพบว่า ความรู้สึกต่างๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย ความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด หดห่อท้อใจ ท้อแท้และสิ้นหวัง (วราวรรณ ยศธรรมเสนี อ้างใน ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ดังการศึกษาของ ขงภูภา ประเสริฐทรง (2543) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเศร้า และรู้สึกผิด คิดว่าครอบครัวเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย จนเกิดเป็นความโกรธ ผิดหวัง ต่อการรักษา โกรธที่บุคคลในบ้านเจ็บป่วยทางจิต รู้สึกหมดหวัง หมดพลังความรู้สึกเหล่านี้ ทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ อาจแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น การเจ็บป่วยทางกาย ความไม่สุขสบาย หรือแสดงออกทางด้านจิตใจ ความรู้สึกทางอารมณ์ (Dugan อ้างใน สมพรรัตน์พันธ์, 2541) ดังเช่น หลายการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร (วรกช นิธิกุล, 2535; Adamec, 1996; Doornbos, 2002) และผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิต บางรายมีความเชื่อว่ามีสาเหตุมาจากถูกทำทางไสยศาสตร์ เวทมนต์ หรือเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ (เวทินี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, และ เอ็มหทัย ศรีจันทร์หิรัญ, 2544) ดังการศึกษาของ กรองจิตต์ เมืองวุฒิ (2537) ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มาโรงพยาบาลสวนปรุงพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เชื่อว่าไสยศาสตร์มีส่วนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิต เช่น เชื่อว่าเป็นผลกรรมในชาติปางก่อน เกิดจากการถูกผีสิง ถูกเวทมนต์คาถา

4. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ระดับความเป็นอิสระของบุคคลลดลง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล, และ พรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) ที่ศึกษาสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัวพบว่า ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดน้อยลงกว่าเดิมร้อยละ 41.67 ส่วนการศึกษาของ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2536) และการศึกษาของ วรกช นิธิกุล (2535) ให้ผลสอดคล้องกันว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นภาระแก่ครอบครัวหลายๆ เรื่อง เช่น ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การระงับอันตรายต่างๆ ทำให้ญาติรู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ที่จะทำกิจกรรมได้ตามต้องการ

5. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) เนื่องจากปัญหาด้านต่างๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีการระในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคม ดังที่เคยปฏิบัติ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไปอย่างมาก ภาระการดูแล ดังกล่าวส่งผลให้กระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล และทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง ไป ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการทำกิจกรรมในชุมชนลดน้อยลง เนื่องจากไม่มีเวลาต้องดูแล และอยู่กับผู้ป่วย การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนต้องลดลง (วิลลาร์ดน์ ภูวราวุฒิพาณิชย์, 2537; มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ วรชัช นิธิกุล (2535) ศึกษาความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ให้การดูแลรู้สึกว่ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตั้งแต่ก่อน และการศึกษาของ ปัทมา ทัพเสริฟ ไท (2535) ศึกษาเรื่อง การเผชิญภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่โรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ พบว่าผู้ดูแลมีการเชิญเพื่อนบ้านมาสังสรรค์ที่บ้าน หรือไปเยี่ยมเยียนเพื่อน ๆ น้อยลง เพราะต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่ให้กระทำในสิ่งที่ครอบครัวอับอาย เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มักจะมีพฤติกรรมเป็นที่น่ารังเกียจ หรือเป็นอันตรายต่อสังคม

6. ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องการความช่วยเหลือ คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Martyns-Yellowe, 1992) ดังเช่น การศึกษาของ ประไพศรี บุรณางกูร (2538) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตพบว่า ครอบครัวเกือบ 3 ใน 4 มีฐานะการเงินไม่ดี เนื่องจากอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร และรับจ้าง โดยเฉพาะผู้ป่วย ที่ไม่สามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้ แต่ตัวผู้ป่วยเองจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ และจากการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล, และ พรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) พบว่า การมีผู้ป่วยจิต เภทในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคน อื่นๆ ลดลง

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ความเป็นอิสระของบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านเศรษฐกิจ ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งเรียกว่า การสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยให้ ผู้ดูแลสามารถปรับตัวภายใต้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และเหมาะสม

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ความหมาย

ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก ทั้งในทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพบว่า มีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียด และภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม (Milne, 1999; Pender, 1996; Schaeffer, Coyne, & Lazarus, 1981) ได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และการทำงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม (Tilden & Weinert, 1987) หรือบุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือ ด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของ หรือข้อมูลซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วขึ้น (Thoits อ้างใน เฉลิม วงศ์จันทร์, 2539) และเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูล ที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง นอกจากนี้ตัวเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976) หรือ เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ส่วนไวสส์ (Weiss as cited in Tilden, 1985) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคมซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนม มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่า มีผู้ให้ความรักความเอาใจใส่เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกันกับผู้คนในสังคม และได้รับการส่งเสริม ให้มีการพัฒนาเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมนับว่าเป็นกลไกหนึ่ง ที่ช่วยให้บุคคล จัดการกับปัญหาเมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในบุคคลที่อยู่ในภาวะปกติ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

นักวิชาการหลายท่าน ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็นประเภทต่างๆ สรุปพอสังเขปได้ดังนี้

ไวสส์ (Weiss as cited in Weinert, 1987) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ด้านความรักใคร่ผูกพัน (attachment) ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่นมั่นคง ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้ส่วนใหญ่จะได้จาก คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท

2. ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม (social integration) ทำให้บุคคลมีเป้าหมาย มีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิดเห็น ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

3. ด้านการมีโอกาสดูแลผู้อื่น (opportunity of nurturance) เป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุขซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ต้องการ หรือเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคล รู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า

4. ด้านการได้รับกำลังใจว่ามีคุณค่า (reassurance of worth) คือ การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่องชื่นชม ที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมได้เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้รู้สึกว่าขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์ (uselessness)

5. ด้านการได้รับการช่วยเหลือแนะนำในด้านต่างๆ (the obtaining of guidance/assistance) เป็นการช่วยเหลือในด้านคำแนะนำชี้แนะให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหา ช่วยเหลือทางการเงิน วัสดุสิ่งของ หรือแรงงาน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (hopelessness of despair)

คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) คือ ข้อมูลที่ทำให้บุคคล เชื่อว่าเขาได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการมีคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลนั้นเป็นที่ยอมรับและเห็นคุณค่าอีกด้วย

3. การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (network support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al. 1981 อ้างใน ทวีปประพิน สุขเขียว, 2543) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน อ่อนใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ
2. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (informal support) เป็นการให้คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคล สามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงินและบริการ

ทอยส์ (Thoist อ้างใน เฉลิม วงศ์จันทร์, 2539) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrumental aid) เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
2. การได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information aid) เป็นการได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งการได้รับคำแนะนำ และการป้อนกลับ
3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (socioemotional aid) เป็นการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (group belonging)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ตามแนวคิดของไวสส์ (Weiss as cited in Weinert, 1987) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำต่างๆ ซึ่งครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับหรือแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

บุคคลแต่ละคนมีความต้องการ หรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม มี 2 ประการ (Norbeck, 1982; Turner & Marino, 1994; Turner, Pearlin, & Mullan, 1998) ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล

1.1 เพศ พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชายเนื่องจาก เพศหญิงมีเครือข่ายทางสังคมที่ใหญ่กว่า มีความผูกพันใกล้ชิดทางอารมณ์ มีคนที่ไว้วางใจมากกว่าเพศชาย เพราะมีพฤติกรรมการแสดงออกมากกว่าเพศชาย ซึ่งสามารถให้และได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้ดีกว่าเพศชาย (Turner & Marino, 1994) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ กิบสัน ชีเวนส์ และ วาร์เรน (Gibson, Cheavens, & Warren, 1998) ที่ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมในผู้ที่มีความไวต่อสารเคมี พบว่า เพศหญิงรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ นิโคลลาส และ ลูเนอร์ (Nicholas & Leuner, 1999) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุชาวแอฟริกันในอเมริกา และผู้ใหญ่ชาวพื้นเมือง ของอเมริกาพบว่า เพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย แต่มีงานวิจัยอื่นๆ พบว่า เพศไม่มีผลต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การศึกษาของ กุลลิค (Gulick as cited in Gibson, Cheavens, & Warren, 1998) ในผู้ป่วยโรคสเคอร์โรซิส (Sclerosis) ที่พบว่า เพศชายได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าเพศหญิง

1.2 อายุ มีผลต่อปริมาณ และชนิดของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมจะเพิ่มขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 15-35 ปี และจะคงที่ เมื่ออายุ 35-55 ปี เมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง (Turner & Marino, 1994) เพราะกลุ่มทางสังคม เล็กลง เนื่องจาก มีการตายและการพลัดพราก (Norbeck, 1981)

1.3 สถานภาพสมรส บุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด คือ คู่สมรส ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากคู่สมรสย่อมมีความใกล้ชิดสนิทสนม รักใคร่ ผูกพัน เข้าใจกัน และพึ่งพากันเป็นพื้นฐาน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้ที่สมรสแล้วจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนที่เป็นโสด (Turner & Marino, 1994; Norbeck, 1981)

1.4 ระดับการศึกษา มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาจะมีหลักในการแก้ไขปัญหา และตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา

(วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) บุคคลที่มีการศึกษาระดับสูง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ เนื่องจากการได้รับการศึกษาในระดับสูงจะทำให้มีเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น และมีการติดต่อของสมาชิกในเครือข่ายมากขึ้น จึงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำ (Turner & Marino, 1994) จึงอาจกล่าวได้ว่าระดับการศึกษาอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ หรือแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อังครา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทรวงอก พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน

1.5 อาชีพ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีงานทำ มีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่มียานทำ (Atkison & Liem อ้างใน ปรีดา อุ๋นเสียม, 2539) เนื่องจากมีเครือข่ายทางสังคมมาก และมีการติดต่อกับสมาชิกของเครือข่ายมาก จึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (Norbeck, 1981)

2. ลักษณะของสถานการณ์ สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิต ของบุคคล มีผลต่อความต้องการ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการของชีวิตหรือมีภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ต้องการการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง แต่เป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากเกิดการเจ็บป่วย จะทำให้บุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางในช่วงระยะเวลาปานกลาง สำหรับบุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียด หรือปัญหาต่างๆ จะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง แต่ต้องการเป็นช่วงระยะเวลานาน และต่อเนื่อง (Norbeck, 1981)

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

บุคคลจะได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากระบบการสนับสนุนทางสังคมของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่ตนเองติดต่อ หรือมีความผูกพันซึ่งกันและกัน โดยที่ระบบการสนับสนุนทางสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตลอดช่วงชีวิตของบุคคล (Pender, 1996) ลินด์ซี และคณะ (Lindsey, Norbeck, Carrieri, & Perry, 1981) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ต่อไปนี้

1. บุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา บุตร คู่สมรส ญาติ
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
3. บุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา
4. เครือข่ายทางชุมชน เช่น กลุ่มคนที่ไปโบสถ์หรือไปวัดด้วยกัน

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน
2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

แบรนดท์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) กล่าวว่าในบุคคลแต่ละคนนั้นจะมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่งด้วยกัน คือ บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรทางด้านสุขภาพหน่วย บริการที่จัดให้ในชุมชน บุคคลที่มีปัญหาคล้ายกันและอื่นๆ นอกจากนี้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ สามารถแบ่งออกได้เป็น แหล่งที่เป็นทางการ และแหล่งที่ไม่เป็นทางการ แหล่งที่เป็นทางการ ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ องค์กรทางศาสนา องค์กรในชุมชน (Cobb, 1976) และแหล่งที่ไม่เป็นทางการ เช่น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน (House, 1981) บุคคลอาจได้รับแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพียงแหล่งเดียวหรือหลายแหล่งร่วมกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดของ แบรนดท์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ในการประเมิน แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท เนื่องจากมีการแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้ครอบคลุมกลุ่มบุคคลต่างๆ

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท

ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับนั้น มีทั้งประเมินด้านปริมาณ และคุณภาพ หรือประเมินเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งผู้ศึกษาได้นำเสนอเฉพาะการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

ทอยส์ (Thoist อ้างใน เกลิม วงศ์จันทร์, 2539) ประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของและแรงงาน การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับ การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม คำถามจะเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ

นอร์เบค, ลินเซย์, และ แครี่ไรรี่ (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1982) ได้สร้างเครื่องมือชื่อ Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ใช้ประเมิน การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด ของคาห์น (Kahn as cited in Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1982) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ค่าถามจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

แบรต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ได้สร้างเครื่องมือชื่อ Personal Resource Questionnaire (PRQ) ตามแนวคิดของ ไวสส์ (Weiss as cited in Weinert, 1987) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือแนะนำต่างๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประเมิน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ของศิริรภา นันทพงษ์ (2542) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ การสนับสนุนทางสังคมของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคมของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลจะได้รับทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเอง ด้านสังคม ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลให้แก่คนอื่นๆ ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น โดยจะประเมินการรับรู้ถึงความเพียงพอของการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินของแบรนต์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบทั้ง ความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ความตรงของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบทั้ง ความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามการทำนาย (predictive validity) ส่วนความเชื่อมั่นตรวจสอบโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.89 ส่วนด้านต่างๆ มีความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.61 ถึง 0.77 (Brandt & Weinert, 1981) แบบประเมินชุดนี้มีการใช้กันแพร่หลายในประเทศไทย และได้รับความเชื่อมั่นสูง จากการตรวจสอบหลายๆ การศึกษา เช่น จากการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 การศึกษาของ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536)

ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทภรรยาผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97 และในการศึกษาของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97

กรอบแนวคิด

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ศึกษาใช้แนวคิดของแบรนต์และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985) ซึ่งกล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการรับรู้ถึงการช่วยเหลือ ที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้ช่วยเหลือผู้อื่นและได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์แก่บุคคลอื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำต่างๆ โดยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่ง คือ บิดา มารดา บุตร คู่สมรส ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ผู้มีปัญหาด້ายกัน และกลุ่มอื่นๆ