

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวช วิทยาลัยที่มารับบริการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
3. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น
4. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและโรคทางจิตเวชในวัยรุ่น
5. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นกลไกอย่างหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกัน และชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมว่า ได้มีการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงเจตนาที่จะสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลตามบทบาทต่างๆ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ได้มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้นจะทำให้บุคคลเกิดความ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเอง และสามารถแก้ปัญหาได้เหมาะสม นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวจะส่งเสริมให้บุคคลมีความกล้าที่จะเผชิญกับความเครียด โดยช่วยจัดหาข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีหลายแนวคิด ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาค้นคว้า และให้ความหมายไว้ต่างๆ กัน ดังนี้

พูนพร ศรีสะอาด (2543, หน้า 30-31) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ปัจเจกบุคคลในสังคมได้รับความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง การมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือ การให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความช่วยเหลือในด้านเงิน เวลา แรงงาน ความคิด การประเมิน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ในทางบวก การให้สิ่งของ การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ ช่วยบรรเทาในภาวะวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมมีทั้งการให้และการรับ

เกื้อกูล ถนอมจิต (2543, หน้า10) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด หรือ อยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุขคนใดคนหนึ่งหรือหลายบุคคลรวมกัน โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าว ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัย และมีสุขภาพดี

ฟาร์เบอร์ (Farber, 1983, p. 5) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ประกอบขึ้นด้วยความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางอารมณ์ และทรัพยากรอื่นๆ และยังได้อธิบายลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้คือ

(1) การสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ หมายถึง การได้รับความสนใจ กำลังใจ การยอมรับ การพบปะสังสรรค์ และความสนิทสนม

(2) การสนับสนุนทางการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น

(3) การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหา หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหาด้านการทำงาน และเรื่องส่วนตัว

ฟิลิสุก (Mate Pilisuk, 1982, pp. 21-29) ได้ให้แนวคิดตรงกันว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เพียงแต่ความช่วยเหลือด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกที่ว่า ตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤตและการคุกคามของความเจ็บป่วยได้อีกด้วย

แมกไควร์ (Macquire, 1983, p. 51) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรงแต่เป็นความรู้สึกเป็นเจตคติ เป็นกิริยาที่แสดงออกมาถึงความสนใจ มีเมตตากรุณา ที่ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ร่วมงาน เมื่อบุคคลเหล่านี้มารวมกัน โดยมีจุดประสงค์ในการให้ความช่วยเหลือ ก็จะเป็นการเกิดเครือข่ายของการสนับสนุนในสังคม

คาห์น (R.L. Kahn, 1979, p. 77-85 อ้างถึงใน จิตรา เจริญภัทรเกสัช, 2537, หน้า 47) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้เกิดสิ่งต่อไปนี้อย่างหนึ่งหรือมากกว่า คือ ความผูกพันในด้านดีจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง การรับรองพฤติกรรมของอีกคนหนึ่ง การช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทองหรืออื่นๆ

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัวและรู้สึกว่าได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางสังคม เช่น ได้รับความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจ เอาใจใส่ ได้รับการยอมรับ ความห่วงใย มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้รับข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจแบ่งออกเป็นหลายรูปแบบซึ่ง แคปแลน Kaplan (1974, cited in Friendman & King, 1994, p. 433-434) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ หมายถึง การสนับสนุนการให้ความรัก ความผูกพัน การเอาใจใส่ และความเห็นอกเห็นใจ

(2) การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

(3) การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ และบริการ

คอบบ์ (Cobb, 1976, p. 300-301) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

(1) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่า เขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่

(2) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่า เขามีคุณค่าและได้รับการยกย่อง นับถือ

(3) การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

เฮ้าส์ (House, 1981 cited by Murray, 1995 p.63) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ด้าน คือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการให้ความรัก เอาใจใส่ ยกย่องเห็นคุณค่า การยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ และกำลังใจ

(2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลด้านการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลย้อนกลับ ไปใช้ในการประเมินตนเอง การรับรองทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และทำให้เปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

(3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การให้คำปรึกษา การตักเตือน และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

(4) การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง การเงิน แรงงาน รวมทั้งการเสียสละเวลาเพื่อช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ

จาคอบสัน (Jacobson, 1986, p.252) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือ ยกย่องและให้ความรัก ตลอดจนให้การดูแลเอาใจใส่ และให้ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

(2) การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive Support) หมายถึง ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

(3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials Support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่างๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

โทอิตส์ (Thoits, 1982, p. 145-159) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

(2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำ และการป้อนกลับ

(3) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socio Emotional aid) หมายถึงการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1987 อ้างถึงใน พลอยวไล ไกรนรา, 2548, หน้า 15) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 2 ประเภท คือ

(1) ด้านสนับสนุน (Support) ซึ่งหมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์ และสามารถตอบสนองความต้องการสถานการณ์ต่างๆ เช่น สิ่งของต่างๆ คำปลอบใจ ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

(2) ด้านการแนะนำ (Advice) เป็นการให้ข้อมูลหรือการแนะนำต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้รับนำกลับมาคิดพิจารณาว่าตนจะอย่างไรจึงจะบรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการได้

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, et. Al., 1982 อ้างถึงใน อรุณี เกสรอุบล, 2544, หน้า 31) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การให้ความผูกพัน ความมั่นใจ อบอุ่น ความรู้สึกเชื่อถือ และไว้วางใจในตัวบุคคล การสนับสนุนประเภทนี้จะช่วยทำให้บุคคลรู้สึกว่ายังเป็นที่ยอมรับและใส่ใจจากผู้อื่น

(2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำ หรือการให้ข้อมูลข่าวสาร และการสะท้อนให้บุคคลรับรู้พฤติกรรม และการกระทำของตนเองว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะคงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ทางสังคมได้ และมีความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

(3) การสนับสนุนที่เห็นเป็นรูปธรรม เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง เช่น การให้สิ่งของ เงินทอง และการให้บริการรูปแบบต่างๆ เช่น การดูแลยามเจ็บป่วย การช่วยทำงาน หรือแบ่งเบาภาระหน้าที่ การสนับสนุนประเภทนี้ ถ้าถูกเสนอให้ด้วยความเต็มใจและไม่หวังผลตอบแทน อาจจะเป็นสัญญาณบ่งบอกว่ายังมีคนใส่ใจตัวเราอยู่และผู้รับนั้นมีความเคารพต่อการช่วยเหลือ

ทิลเดน (Tilden, 1985, cited in Weiss, 1974 อ้างถึงใน กาญจนา พานิชมาท, 2546, หน้า 25) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าอยู่ในรูปแบบของความรู้สึกอึดใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคม จากความสำเร็จในสัมพันธภาพ และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

(1) ความรักใคร่ผูกพัน เป็นความรู้สึกอบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย มีคนรักใคร่เอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากบิดามารดา คู่สมรส ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว

(2) การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้คนมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน รู้สึกมีเป้าหมายและมีคุณค่าต่อสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคมและรู้สึกเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิต

(3) โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นผู้พึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ เกิดความคับข้องใจจะทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย

(4) ส่งเสริมให้มีความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว และผู้ร่วมงาน ถ้าได้รับการส่งเสริมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

(5) ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี ความรู้สึกเช่นนี้ได้มาจากครอบครัวหรือเครือญาติ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความรู้สึกเช่นนี้ ทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

(6) การได้รับคำชี้แนะ เป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง

ไวส์ (Weiss, 1974, p. 146) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด คือ

(1) การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิด ความใกล้ชิดส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกว่าเหว ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้จะพบใน คู่สมรส เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

(2) การสนับสนุนทางสังคมด้านมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยกย่องว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

(3) การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยกย่อง การที่ผู้ใหญ่ในครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโตและความสบายของบุตรหลาน แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าได้รับการยกย่องเป็นที่ต้องการและเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้

(4) การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับบทบาท การได้รับการยอมรับบทบาทในสถาบันครอบครัวหรือสังคม จะทำให้มีความเชื่อมั่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

(5) การสนับสนุนทางสังคมด้านการยกย่องช่วยเหลือ เป็นการได้รับคำแนะนำ
ชี้แนะ หรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถในการนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

ตารางที่ 2.1 การที่นักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
ผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

นักวิชาการ	ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม			
	การสนับสนุนทาง สังคมด้านอารมณ์	การสนับสนุนทาง สังคมด้านการ ประเมิน	การสนับสนุนทาง สังคมด้านข้อมูล ข่าวสาร	การสนับสนุนทาง สังคมด้านสิ่งของ และบริการ
Kaplan (1994)	✓		✓	✓
Cobb (1976)	✓	✓		
House (1981)	✓	✓	✓	✓
Jacobson (1986)	✓		✓	✓
Thoits (1982)	✓	✓	✓	✓
Pender (1987)	✓		✓	
Sehacfer, et.Al (1982)	✓		✓	✓
Tilden (1985)	✓	✓	✓	
Weiss (1974)	✓	✓	✓	
Farber (1983)	✓		✓	✓

จากแนวคิด ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้
ข้างต้นมีทั้งส่วนที่เหมือนกันและต่างกัน สรุปได้ว่า ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และม
ีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่จะให้การสนับสนุนบุคคลอื่น
นั้นควรมีองค์ประกอบครบทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ
เฮ้าส์ (House, 1981) เนื่องจากเห็นว่าแนวคิดและทฤษฎีนี้มีความครอบคลุมและเหมาะสมที่จะใช้

เป็นเกณฑ์ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือการที่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจ เอาใจใส่ การยอมรับ ความห่วงใย ความรักความผูกพัน ความไว้วางใจ เชื่อใจ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหา จากบุคคลในครอบครัว เนื่องจากวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มักได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน สูญเสียความรู้สึกมีค่าในตนเอง ดังนั้นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเกิดความมั่นคงทางจิตใจ

(2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการสนับสนุนผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น จากสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับการให้การรับรองพฤติกรรม และการให้คำแนะนำเมื่อปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นประเมินตนเองกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ข้อมูลป้อนกลับต่างๆ ที่ได้รับจากความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเกิดความมั่นใจมากขึ้น มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่โดดเดี่ยว

(3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การที่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่าง ๆ ที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีความเข้าใจ เกิดความมั่นใจ สนใจในตนเอง สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นได้ และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

(4) การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Instrumental Support) การที่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับความช่วยเหลือโดยตรงเรื่องวัสดุสิ่งของ เงินทอง แรงงาน หรือเวลา จากสมาชิกในครอบครัว การรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นให้ได้ผลดี ต้องให้ความสำคัญของการมารับการรักษา ตามแผนการการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นยังเป็นเด็ก สมาชิกในครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือในการพาไปตรวจรักษา ดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการไม่สบายต่างๆ การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับความสะดวก สามารถปรับตัวต่อบทบาทของตัวเอง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

3. แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

ภัทรานี ไพบูลย์ (2537) ได้สรุปเกี่ยวกับแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เนื่องจากบุคคลต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมตลอดชีวิต ซึ่งมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ตามบทบาทในการดำเนินชีวิตประจำวัน และในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหรือภาวะความเครียดที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลแต่ละคนนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของบุคคลหรือ

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่จำเป็นนั้นจะต้องมาจากแหล่งที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น และจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีผู้จัดแบ่งกลุ่มไว้แตกต่างกัน ดังนี้

แคปแลน (Kaplan 1987, p.50-51) ได้จำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

(1) ระบบความผูกพันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

(1.1) เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรงได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลูก หลาน ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของบุคคลเพราะเป็นแหล่งถ่ายทอดความเชื่อ ค่านิยม แบบแผนพฤติกรรมประสพการณ์ต่างๆ จะให้ความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักกันอย่างลึกซึ้ง ให้ความช่วยเหลือกันอย่างมาก

(1.2) บุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คู่ันเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน คนใกล้ชิดคู่ันเคย

(2) องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organization support) หมายถึงกลุ่มบุคคลที่รวมตัวเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

(3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่ให้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ ได้แก่ บุคคลในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือวิชาชีพอื่นที่ให้การส่งเสริมสนับสนุน

เพนเดอร์ (Pender, 1987, p.396-397) ได้แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ระบบ ดังนี้

(1) ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ ญาติพี่น้องซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของบุคคลเพราะเป็นแหล่งถ่ายทอดความเชื่อ ค่านิยม แบบแผนพฤติกรรมประสพการณ์ต่างๆ

(2) ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่มีประสพการณ์ ความชำนาญ สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์คับขันในชีวิตได้

(3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religion or denomination) เป็นแหล่งที่ช่วยให้บุคคลได้พบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ทำศนคติ คำสอนเกี่ยวกับการดำรงชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ซึ่งได้จาก ผู้ปฏิบัติธรรม พระ นักบวช

(4) ระบบการสนับสนุนวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional support system) เป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนผู้เจ็บป่วยซึ่งจะมีความสำคัญเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ

(5) ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากองค์กรอาสาสมัคร เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

ดังนั้นกล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุด โดยมีส่วนช่วยในการให้ความรู้ การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพอนามัยแก่สมาชิกในครอบครัว ทั้งในขณะที่มีสุขภาพปกติ และขณะเมื่อมีความเจ็บป่วย อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้ติดต่อสื่อสารกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมกลุ่มอื่น

4. หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม มีหลักการสำคัญประกอบด้วย (วันทนิษฐ์ วาสิกะสิน, 2537, หน้า 99-100)

(1) กระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่หลักเป็น “ผู้ให้” และทำหน้าที่หลักเป็น “ผู้รับ” การสนับสนุน

(2) กระบวนการติดต่อสื่อสาร โดยทั่วไปประกอบด้วย

(2.1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ายังมีคนที่เอาใจใส่ มีความรัก และมีความหวังดีต่อตนเองอย่างจริงจัง

(2.2) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

(2.3) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

(3) ปัจจัยนำเข้าไปในกระบวนการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ

(4) การช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ เช่น ในด้านการสาธารณสุข ก็คือ การมีสุขภาพดี ในด้านสวัสดิการสังคมอื่นๆ ก็คือ การมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ไม่ประสบปัญหาความเดือดร้อนทางสังคม หรือความสามารถแก้ปัญหาหรือเผชิญปัญหาและความเดือดร้อนได้อย่างเหมาะสม

5. ระดับของการให้การสนับสนุนทางสังคม

โกทท์ลิป (Gottliffe 1985 อ้างถึงใน ภัทรพงศ์ ประกอบผล, 2534, หน้า 43) ได้แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

(1) ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในสังคม โดยดูจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆด้วยความสมัครใจ และการดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในสังคม

(2) ระดับกลางหรือระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่เครือข่ายสังคม ด้วยการวิเคราะห์กลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ ความเป็นมิตรการสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

(3) ระดับจุลภาค หรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา สมาชิกในครอบครัวญาติสนิท เป็นต้น

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคม

ในการที่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีการปรับตัวที่เหมาะสมและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในสังคมได้ดีหรือไม่นั้น นอกจากจะขึ้นกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการด้วยกัน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความรู้เรื่องโรคจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวช สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว

6.1 เพศกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการศึกษาของ บินน์ (Binn, 1973 อ้างถึงใน จิตรา เจริญภัทรเกศซ์, 2537, หน้า 61) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเพศที่เป็นเครือข่ายทางสังคมกับบทบาทในการให้การรักษากับบุคคลในครอบครัว พบว่า เพศหญิงจะมีบทบาทสูงในด้านสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในด้านการรักษาเยียวมากกว่าเพศชาย พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ (2533, หน้า 85-86) ได้ศึกษาสภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื่อเฮดส์ในชายรักร่วมเพศ พบว่า ความรู้สึกนึกคิดครั้งแรกที่รู้ว่าติดเชื่อเฮดส์รู้สึกเสียใจ บุคคลในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนคอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ส่วนมากเป็นสตรี คือ มารดา พี่สาว และน้องสาว รัชฎา รักขนาม (2543, หน้า 1) ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม ผลการศึกษาปรากฏว่า ผู้ให้การดูแล

ผู้ป่วยทุกรายเป็นเพศหญิง เหตุที่มาดูแลเพราะมีเวลาว่าง ไม่มีภาระส่วนตัว และปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรักและความผูกพัน และอุรพันธ์ อนุตตินาวิณ (2538, หน้า 76) ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษากรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาท พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น เพศน่าจะมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.2 อายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการศึกษาของ Leflery, 1987 ; Cook, et al., (1993 อ้างถึงใน อัญชลี ทรงผาศุก 2547, หน้า 26) ได้ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่าอายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะให้การสนับสนุนที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น อายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.3 ระดับการศึกษากับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรเกษ (2537, หน้า 3) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบาราศณราคร พบว่า สมาชิกที่ให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 37 อยู่ในระดับประถมศึกษา สอดคล้องกับ อุรพันธ์ อนุตตินาวิณ (2538, หน้า 76) ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: ศึกษากรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาท พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.0

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น ระดับศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.4 สถานภาพสมรสกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการศึกษาของจิตรา เจริญภัทรเกษ (2537, หน้า 3) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น: ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น

โรงพยาบาลบาราคนราคร พบว่า สมาชิกที่ให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.00 สอดคล้องกับ อรุพันธ์ อนุวัฒน์วิน (2538, หน้า 75) ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษากรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาท พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดเป็นผู้ที่สมรสแล้ว ร้อยละ 62.0 และการศึกษาของ ยุวดี โชติวัฒนพงษ์ (2536) ได้ศึกษาเรื่องความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดที่เกิดจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี พบว่า คู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะมีสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.5 อาชีพกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการศึกษาของจิตรา เจริญภัทรเกษ (2537, หน้า 3) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น : ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลบาราคนราคร พบว่า สมาชิกที่ให้การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยประกอบอาชีพค้าขาย และรับจ้างทั่วไป มีจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 23 ส่วนการศึกษาของ อรุพันธ์ อนุวัฒน์วิน (2538, หน้า 77) เรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : ศึกษากรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาท พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อาชีพรับราชการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อาชีพของผู้ดูแลและไม่มีมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น อาชีพน่าจะมีสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.6 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการศึกษาของ ศิริมา นามประเสริฐ, ดุษฎี आयวัฒน์ และสุเกศินี สุภธีระ (2545, หน้า 1) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ จิตรา เจริญภัทรเกษ (2537, หน้า 3) เรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น : ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลบาราคนราคร พบว่า ครอบครัวขาดรายได้ ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางของญาติที่มาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ทำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะของการมีหนี้สินต้องขอยืมจากบุคคลอื่น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น รายได้เฉลี่ยของครอบครัวน่าจะมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.7 ระยะเวลาเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จิตรา เจริญภัทรเกษ (2537, หน้า 51) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น: ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบาราศนราครุ กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ดี จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตที่ยาวนานขึ้น และผู้ป่วยเอดส์ก็จะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ในทางตรงข้ามถ้าสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมน้อย จะทำให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกหมดกำลังใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย จะทำให้อาการป่วยมากขึ้นเป็นๆ หายๆ ไม่สนใจดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองทำให้การดำเนินชีวิตสั้นลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น ระยะเวลาที่เจ็บป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.8 ระดับความรุนแรงของโรคกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

ศิริมา นามประเสริฐ, คุษฎี อายุวัฒน์, สุเกสินี สุภธีระ (2545) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคเอดส์ นอกจากนี้ ภาวะดี มโนหาร, สมบัติ ไชยวัฒน์ และลดาวลัย ภูมิวิษุเวช (2537, หน้า 1) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ส่วนการศึกษาของ ภรภัทร อิมโอส (2548) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น ระดับความรุนแรงของโรค

น่าจะมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.9 ภาระในการดูแลผู้ป่วยกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการศึกษา Crotty & Kuly (1986 อ้างถึงใน อัญชลี ทรงผาสุก (2547, หน้า 26) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จากบุคคลในครอบครัวได้แก่ การได้รับความรัก เอาใจใส่ จะช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับจินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็กมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นนั้นและไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น ภาระในการดูแลผู้ป่วยน่าจะมี ความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.10 ความรู้เรื่องโรคจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการศึกษาของ Scoot (1986, อ้างถึงใน ละเอียด รอดจันทร์ วัชรภรณ์ อุทโยภาศจันท์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, 2542, หน้า 2) ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า ครอบครัว ญาติ ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน และญาติคิดว่าผู้ป่วยหายดีแล้วจึงไม่ต้องรับประทานยา สอดคล้องกับ Leavitt 1975 (Cited in Rose, 1996, p. 70) ที่พบว่า การที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาสู่ครอบครัวนั้น เป็นเพราะว่าครอบครัวไม่ได้เตรียมความพร้อม ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับ จารุวรรณ ต. สกุล (2542 อ้างถึงใน สมส่วน ตำราญพันธ์, 2550, หน้า 3) ศึกษาเรื่องปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่า มีสาเหตุมาจากครอบครัวผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ส่วนการศึกษาของ อรุพันธ์ อนุวัฒน์นาวิน (2538, หน้า 137) ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษากรณีผู้ป่วยใน สถาบันประสาท พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีความรู้เรื่อง โรคในระดับมากและความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น ความรู้เรื่อง โรคจิตเวชและ

การดูแลผู้ป่วยน่าจะมีการสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

6.11 สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากการศึกษาของ วัธนีย์ หัตถพนม และคณะ (2539) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สอดคล้องกับ สดไศ คุ่มทรัพย์อนันต์, สุรีย์ บุญเฉย (2547) ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมกับการกลับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ส่วนการศึกษาของ ดวงตา อุทุมพฤกษ์พร (2534, หน้า 4) ศึกษา ปัจจัยเรื่องสัมพันธภาพระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตและการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช นั้นเกี่ยวข้องกับแสดงอารมณ์อย่างมากของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ ในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย คู่พิทักษ์ และคณะ (2527, หน้า 17) พบว่า ครอบครัวต่างคนต่างไม่สนใจซึ่งกันและกัน ทะเลาะกันเป็นประจำในครอบครัว การไม่ช่วยเหลือ ไม่ลงรอยกัน ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจากครอบครัว เกิดความเครียด มีอาการกำเริบ ญาติต้องนำผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ดังนั้น สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวน่าจะมีการสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำปัจจัยนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ในหลายประเทศใช้ “สถาบันครอบครัว” เป็นกลวิธีสำคัญในการป้องกันปัญหาสังคมและการพัฒนาสังคมไปพร้อมกัน สิ่งที่ทุกประเทศต้องการเป็นอย่างยิ่งคือ “ครอบครัวที่มีคุณภาพ” ประกอบด้วย การชื่นชมเห็นคุณค่าของสมาชิกในครอบครัว มีเวลาอยู่ร่วมกันและทำกิจกรรมที่ทุกคนพอใจร่วมกัน การติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นอย่างดี มีเวลาพูดคุยกันภายในครอบครัว มีการแก้ปัญหาร่วมกันอย่างไม่ปกปิด และพยายามที่จะช่วยแก้ไขในสิ่งต่างๆ ร่วมกัน ตลอดจนมี

ความสามารถในการจัดการกับภาวะวิกฤตในครอบครัวได้เป็นอย่างดี สมาชิกในครอบครัวพยายามที่จะต่อสู้ปัญหา และร่วมคลี่คลายทุกปัญหาที่เกิดขึ้น

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคม และเป็นหน่วยย่อยพื้นฐานที่มีความสำคัญที่สุด และมีความคงทนที่สุดทำหน้าที่สร้างสรรค์สมาชิก ให้การเลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เจริญเติบโต ให้การอบรมสั่งสอน ให้ความรักความอบอุ่น กำหนดสถานภาพและบทบาท ตลอดจนกำหนดสิทธิ และหน้าที่ของสมาชิกมีต่อกันและกัน จึงเป็นหน่วยงานทางสังคมที่มีความผูกพันกัน ด้วยความรักความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นที่พึ่งพิงทางวัตถุและจิตใจ ทำให้คนในครอบครัวมีความอบอุ่น และมั่นคงในชีวิต ครอบครัวโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่อยู่รวมภายในบ้านเดียวกัน และมีปฏิริยาต่อกันในบทบาทต่างๆ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่น้อง และเครือญาติ เป็นต้น เมื่อสมาชิกอยู่รวมกัน ย่อมต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีความรัก ความผูกพันต่อกัน และมีหน้าที่รับผิดชอบซึ่งกันและกัน ภายใต้กฎเกณฑ์และความผูกพันทางอารมณ์ เช่น ความรัก ความดีใจ เสียใจ ฯลฯ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนจะมีพฤติกรรมไปตามบทบาทของตน ในขณะที่เดียวกันครอบครัวก็ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ที่สำคัญหลายอย่าง คือ การให้กำเนิดสมาชิกใหม่ เลี้ยงดูสมาชิก อบรมสั่งสอน ให้ความคุ้มครอง จัดหาอาชีพ และควบคุมการดำเนินชีวิตของสมาชิก (จันทร์ชนก โยธินชัชวาล 2540, หน้า 32)

1. ความหมายของครอบครัว

การอธิบายความหมายของครอบครัวนั้น ได้มีผู้อธิบายและให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายท่าน ดังนี้

จาก Comprehensive Dictionary of Psychology and Psychological Term (1968) ให้ความหมายของครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันโดยสายโลหิตหรือการแต่งงาน ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร เป็นหลัก

อมรา พงศาพิชญ์ และสุริยา วีระวงส์ (2536, หน้า 11) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน โดยทั่วไปหมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิต และหรือทางกฎหมาย ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ สามีภรรยา ลูก และญาติพี่น้อง และแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ที่พึ่งพิงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน มีความเอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งในทางเศรษฐกิจและสังคม

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545, หน้า 141) ให้ความหมายของครอบครัวว่า ครอบครัว คือกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันโดยสายโลหิต หรือบุคคลที่อยู่รวมกันในบ้านเดียวกัน และมีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ มีกรอบวัฒนธรรม ประเพณีเดียวกัน

ฮาเบอร์ และคณะ (Haber et al 1987 อ้างถึงใน นกัสนิธิ คำสอน, 2548, หน้า 28) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันโดยการแต่งงาน มีความรักใคร่กัน ชัดแย้งกันในบ้างครั้ง แต่สามารถที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน รับผิดชอบร่วมกันในการอบรมบุตรหลาน มีระบบระเบียบในการปกครองดูแล มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันเองในครอบครัว

โดยสรุป ครอบครัว หมายถึง สถาบันแรกของมนุษย์ทุกคน เป็นหน่วยหนึ่งของสังคมที่ประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันในฐานะสามี ภรรยา พ่อแม่ พี่น้อง มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยการสมรส การสืบสายโลหิตหรือการยอมรับตามกฎหมาย มีการตัดสินใจร่วมกัน มีการรับรู้ความสุข มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และมีการถ่ายทอดวัฒนธรรมและจริยธรรมต่างๆ เพื่อการดำรงอยู่ในสังคมต่อไป

2. ความสำคัญของครอบครัว

ครอบครัวเป็นการรวมตัวของบุคคลที่มีความรัก ความผูกพันกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญที่สุดเพราะเป็นหน่วยสังคมแรกที่หล่อหลอมชีวิตของคนในครอบครัวให้การเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน ครอบครัวเป็นแหล่งผลิตคน เข้าสู่สังคม สังคมจะดีมากขึ้นเพียงใดขึ้นอยู่กับครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่ทำให้การอบรมสั่งสอน หล่อหลอม พฤติกรรมการกระทำ ความคิด ความรู้สึก เรียกโดยรวมว่า ช่วยหล่อหลอมบุคลิกภาพของมนุษย์ สร้างและพัฒนาคุณภาพของมนุษย์ในสังคม (วราภรณ์ ตระกูลสฤณี, 2545, หน้า 60)

3. ประเภทของครอบครัว

เมอร์ดีค (Murdock อ้างถึงใน สุพิตรา สุภาพ 2534, หน้า 37) ได้แบ่งประเภทของครอบครัวออกได้ 3 แบบ คือ

(1) ครอบครัวเดี่ยว หรือครอบครัวขนาดเล็ก (Nuclear family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และบุตร เป็นครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดที่สุด ซึ่งจะพบเห็นทั่วไป และมีแนวโน้มจะมีครอบครัวแบบนี้มากขึ้นในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ครอบครัวเดี่ยวยังมีความเป็นอิสระแต่ก็จะห่างเหินจากญาติพี่น้อง อาจทำให้เกิดความวุ่นวายและขาดความสุขได้

(2) ครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวเดี่ยว และญาติพี่น้อง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ป้า ลุง เป็นต้น อาจอยู่ภายใต้ครัวเรือนเดียวกันหรือเขตบ้านเดียวกัน โดยอาจจะปลูกบ้านอยู่ใกล้เคียงกัน แม้จะแต่งงานแล้วก็ตาม ครอบครัวดังกล่าวมีความรักความอบอุ่น แต่ขาดความเป็นอิสระ เพราะสมาชิกอาวุโสสูงสุดจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้า

ครอบครัว เป็นระบบครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันกันมาก ครอบครัวแบบนี้ จะพบมากในสังคมเกษตรกรรม เช่น ประเทศจีน อินเดีย ไทย เป็นต้น

(3) ครอบครัวผสมหรือครอบครัวซ้อน (Composite or Compound Family) หมายถึง ครอบครัวที่ชายหรือหญิง มีคู่ชีวิตได้มากกว่า 1 คน และนำมาอยู่อาศัยรวมกัน ในครอบครัว เดียวกัน

4. การทำหน้าที่ของครอบครัว

แมนเนอร์ (Manor, 1985, p. 356) ได้กล่าวถึงการศึกษาะบบครอบครัวว่าควรจะ คำนึงถึง โครงสร้าง และหน้าที่เบื้องต้นของครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการของ สมาชิกในครอบครัว โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับ

(1) หน้าที่พื้นฐาน เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัว เช่น อาหาร ที่ อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางร่างกาย อารมณ์ สังคม เชื้อชาติปัญญา และ บุคลิกภาพ

(2) หน้าที่ในกระบวนการพัฒนา สมาชิกครอบครัวสามารถมีพัฒนาการผ่าน ขั้นตอนของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) หน้าที่ในการแก้ปัญหาวิกฤติ มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาของ ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เช่น ปัญหาการขาดรายได้ การเจ็บป่วย หรือการตายอย่างกะทันหัน ของหัวหน้าครอบครัว

คูวัล (Duvan อ้างถึงใน วิระวรรณ อุประมาณ, 2538, หน้า 12) อธิบายถึง หน้าที่ของ ครอบครัวที่ควรปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว คือ

(1) ให้การดูแลทางด้านเสรีภาพ เช่น ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่ ได้รับการประทาน อาหาร มีที่พักอาศัย ได้รับเครื่องนุ่งห่ม ได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

(2) เป็นแหล่งพักผ่อนทั้งร่างกาย และจิตใจ ครอบครัวเป็นแหล่งที่มีรายได้ รายจ่าย มีการซื้อสิ่งต่างๆ ของการดำรงชีวิต มีที่พักผ่อนหย่อนใจ ครอบครัวเป็นที่พักผ่อนทางจิตใจ เช่น เป็น ที่ให้ความรักความอบอุ่นเป็นบ่อเกิดของการเคารพนับถือ และมีอำนาจหน้าที่ต่างๆ ร่วมกัน

(3) มีการแบ่งหน้าที่ร่วมกันในการทำงาน ครอบครัวควรมีหน้าที่จัดแบ่งว่าใคร จะเป็นผู้หารายได้ ใครเป็นผู้ทำความสะอาดบ้าน ใครเป็นผู้ดูแลบุตรหรือสมาชิกอื่นๆ

(4) ทำให้บุคคลในครอบครัวได้มีการสังสรรค์ร่วมกันทางสังคม ครอบครัวมี หน้าที่ทำให้สมาชิกรู้จักควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสมโดยการระบายออกด้วยการพูดคุยร่วมกัน

(5) ทำหน้าที่ผลิตสมาชิกใหม่ของครอบครัว ครอบครัวจึงต้องมีการวางแผนในการให้กำเนิดบุตรตามความเหมาะสม ทำการเลี้ยงดูบุตร ให้การศึกษา ให้ความรักความอบอุ่น ให้อิสระเสรีตามที่เห็นสมควร

(6) ครอบครัวควรรักษาไว้ซึ่งความเป็นระเบียบมีขอบเขต การบริหารในครอบครัวควรมีระเบียบที่ทุกคนอยู่กันอย่างมั่นคง

(7) ครอบครัวต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นๆในสังคม ครอบครัวควรมีการติดต่อสร้างสัมพันธ์กับองค์กรต่างๆ หรือแหล่งทางสังคมอื่นๆ เช่น ชุมชนที่เป็นเครือข่ายของตนเองเพื่อจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์จำเป็น

(8) ครอบครัวควรมีแรงจูงใจและมีศีลธรรมจรรยา ครอบครัวควรมีหน้าที่สร้างแรงจูงใจ มีการสนับสนุนให้รางวัลสมาชิกตามความเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จต่างๆ ครอบครัวควรมีการฝึกให้สมาชิกในครอบครัวให้มีความซื่อสัตย์สุจริต มีความรักใคร่ซึ่งกันและกัน ครอบครัวควรเป็นแหล่งที่ทำให้ทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม และเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่เป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรง ครอบครัวควรเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับอุปสรรคและแก้ปัญหาหาร่วมกันได้

วรรภา คำเจียกเทศ (2530, หน้า 12-15) ได้กล่าวถึงหน้าที่ที่ครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยหน้าที่ต่อไปนี้

(1) หน้าที่ทางชีววิทยา คือ การให้กำเนิดบุตร บิดามารดา จะต้องเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพ สามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้

(2) หน้าที่ให้ความรัก ซึ่งหน้าที่นี้ไม่มีสถาบันใดทำหน้าที่แทนครอบครัวได้ เด็กจะดีได้ต้องได้รับความรักจากบิดามารดา การเลี้ยงดูของบิดามารดาจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการให้ความรักของครอบครัว

(3) หน้าที่กำหนดฐานะ ครอบครัวต้องเป็นผู้ที่เสริมแรงให้กำลังใจ ฝึกอบรมสมาชิกครอบครัวให้มีความทะเยอทะยาน กระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะของตนเองให้สูงขึ้น

(4) หน้าที่ปกป้องความปลอดภัย นับแต่ปฏิสนธิ บิดามารดาจะต้องปกป้องบุตรให้การดูแลความปลอดภัยจากความร้อนหนาว จนอยู่รอดได้

(5) หน้าที่ทางการศึกษา การศึกษามีได้หมายถึงการอ่านออกเขียนได้เท่านั้น แต่ยังหมายถึง การเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อม อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างปกติสุข และทำประโยชน์แก่ส่วนรวมได้

(6) หน้าที่ด้านเศรษฐกิจ คือการหาเงินมาใช้จ่ายเลี้ยงดู สนองความต้องการในด้านต่างๆ ของสมาชิก

(7) หน้าที่ทางศาสนา การอยู่รอด ความผาสุก ความสงบสุขของสังคมปัจจุบัน จะต้องขึ้นอยู่กับหน้าที่ที่ครอบครัวตระหนักในหน้าที่นี้ และศาสนายังเป็นเครื่องผ่อนคลายความกดดันในชีวิตประจำวัน

(8) หน้าที่ทางสันตนาการ คือ การปลดปล่อยความเคร่งเครียด ทั้งทางกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว จะช่วยทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น

ฟริตแมน (1981 อ้างถึงใน นภัตศิริ คำสอน, 2548, หน้า 31) กล่าวถึง องค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของสมาชิก หล่อหลอมบุคลิกภาพให้แก่สมาชิก

(2) ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จะทำให้สมาชิกที่เป็นเด็กได้รับรู้สถานะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว

(3) ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม

(4) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ให้แก่สมาชิกทุกคน ทั้งด้านทรัพย์สิน และอุปกรณ์ต่างๆ

(5) ด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า หน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่เหมาะสม ประกอบด้วย การให้ความรักความอบอุ่น กำลังใจ เอาใจใส่ ดูแลความเป็นอยู่ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ให้การศึกษาอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบกฎเกณฑ์ทางสังคม คุ้มครองความปลอดภัย และให้การรักษาเมื่อเจ็บป่วย

5. สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว

ริชาร์ด ซี. แกรนด์อลล์ (Richard C. Grandall อ้างถึงใน จันทร์ชนก โยธินัชชวา 2540, หน้า 33) กล่าวถึง สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวว่าเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary Relationship) ที่มีองค์ประกอบ ดังนี้

(1) จำนวนของบทบาท (Number of role) ความสัมพันธ์ในครอบครัว จะมีความสัมพันธ์กันหลายบทบาท เนื่องจากครอบครัวมีการปฏิสัมพันธ์กันหลายด้าน ทำให้เกิดความสนใจได้รู้จักค่านิยม ความเชื่อถือ ตลอดจนบุคลิกที่แท้จริงของกันและกัน

(2) การสื่อสาร (Communication) ความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิเป็นความสัมพันธ์แบบเปิด มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างสมาชิก

(3) อารมณ์ (Emotion) ความสัมพันธ์ในครอบครัว จะก่อรูปจากอารมณ์ต่าง ๆ ระหว่างสมาชิก ก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันรักใคร่ ความขัดแย้ง

(4) ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก (transferability) ความสัมพันธ์แบบปฏิสัมพันธ์ ก่อรูปขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ที่แน่นอน เป็นการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแต่ละคนไป มีความรู้สึกผูกพัน เฉพาะเจาะจงยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

กุลวรรณ วิทยาวงศรุจิ (2536 อ้างถึงใน กิตติมา รวีแดง, 2545, หน้า 53) กล่าวว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัว หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่บิดามารดาปฏิบัติต่อบุตร พฤติกรรมที่บุตรปฏิบัติต่อบิดามารดา และพฤติกรรมที่บิดาและมารดาปฏิบัติต่อกัน โดยได้จำแนกพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีสัมพันธภาพภายในครอบครัว ไว้ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและรับรู้เรื่องราวต่างๆ หมายถึงการที่ลูกได้มีส่วนร่วมกับพ่อแม่ในการแสดงความคิดเห็น และรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับทุกข์ สุข ความลับในเรื่องต่างๆของพ่อแม่ เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาการงาน

(2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง บุตรควรมีส่วนร่วมกับพ่อแม่ในการตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ ภายในบ้าน เช่น การจัดระเบียบกฎเกณฑ์ภายในบ้าน

(3) การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว หมายถึง กรที่พ่อแม่ และลูก ได้มีกิจกรรมร่วมกันในการพักผ่อนหย่อนใจเมื่อมีเวลาว่าง

(4) ความรักความห่วงใยของพ่อแม่ หมายถึง พฤติกรรมของพ่อแม่ที่ลูกรับรู้ว่าเป็นพฤติกรรมที่แสดงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อบุตร เช่น การช่วยเหลือคลี่คลายปัญหาต่างๆ การให้ความเป็นกันเองต่อลูก

(5) การที่ไม่มีข้อกำหนดมากเกินไป หมายถึง การที่พ่อแม่ไม่แสดงพฤติกรรมที่เป็นการกำหนดหรือจำกัดความประพฤติของลูกมากเกินไป

(6) การไม่เข้มงวดกวดขันเกี่ยวกับระเบียบวินัยมากเกินไป หมายถึง การที่พ่อแม่ไม่แสดงการกระทำใดๆ ที่สื่อถึงความเข้มงวดในระเบียบวินัย เช่น การลงโทษอย่างรุนแรง การไม่ยึดหยุ่นในระเบียบวินัย บังคับให้ลูกปฏิบัติตามระเบียบอย่างเคร่งครัด โดยไม่คำนึงถึงความพร้อม

(7) ความกลมเกลียวของพ่อแม่ หมายถึง พฤติกรรมที่พ่อแม่กระทำต่อกันในลักษณะที่ไม่มีความขัดแย้งซึ่งกันและกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน มีความรักสามัคคี ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน

(8) การยินดีให้กำลังใจเพื่อความสำเร็จ หมายถึง การที่พ่อแม่ให้กำลังใจ ส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ลูกประสบความสำเร็จในการเรียน การทำงาน ทั้งการกระทำและด้วยคำพูด

นอกจากนี้ไวสส์ (Wiess, 1974 อ้างถึงใน จวีวรรณ แก้วพรหม, 2530, หน้า 45) ได้กล่าวถึง แนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวไว้ว่า ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

(1) ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ซึ่งบุคคลในครอบครัวมักมีให้แก่กัน และไม่มี ความขัดแย้งบาดหมางกัน

(2) การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นการแสดงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น มีส่วนร่วมในความเป็นครอบครัวเดียวกัน มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ข่าวสาร ความคิด ความชื่นชมซึ่งกันและกัน

(3) พฤติกรรมในการดูแลรับผิดชอบ เช่น มารดาดูแลบุตรที่เจ็บป่วย บุตรดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยหรือสูงอายุ เป็นต้น

(4) การยอมรับซึ่งกันและกัน จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสามารถกระทำการต่างๆ ตามความเหมาะสม การยอมรับจะทำให้ผู้ได้รับเกิดความมั่นใจ

(5) การช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เป็นการช่วยเหลือ แบ่งปันกันในเรื่องต่างๆ ซึ่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์จะมีให้แก่กัน

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อสภาพบรรยากาศ ระหว่างสมาชิกทุกคนในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความรักใคร่ผูกพันต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ยอมรับซึ่งกันและกัน ความห่วงใย มีการสื่อสาร และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ อาจเป็นไปได้ ลักษณะทางบวกหรือทางลบก็ได้

ความสัมพันธ์ที่ดีจะก่อให้เกิดความเข้าใจความเข้าใจ และความสงสารที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ความรู้สึกดังกล่าวนี้จะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและเต็มใจในการดูแล (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2538, หน้า 25) สัมพันธภาพของครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ส่วนด้วยกัน คือ

(1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ลักษณะสัมพันธภาพที่มีมาแต่เดิมก่อนการเจ็บป่วยจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อความสนใจเอาใจใส่การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ก็จะเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ผู้ดูแลเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะดูแล อันเนื่องมาจากความรักและความผูกพัน แต่หากสัมพันธภาพเป็นไปในทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าเต็มใจ

(2) สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การดูแลผู้ป่วยกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มิมีปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับการจัดการในตัวผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยทำให้สามารถปรับความเข้าใจกันได้ ขณะเดียวกันความขัดแย้งดังกล่าวก็อาจ

ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันและนำไปสู่บรรยากาศในครอบครัวที่ตึงเครียดในระยะต่อไปข้างหน้าได้

6. องค์ประกอบของสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว

กุหลาบ รัตนสังขธรรม, วิไล สถิตเสถียร และพัชรี สุวรรณศรี (2541) ได้รวบรวมแนวคิดของนักจิตวิทยาและกล่าวว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะต้องมีลักษณะดังนี้ คือ ต้องเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรกัน ต้องรู้จักคนที่เรารัก เคารพซึ่งกันและกัน มีความรับผิดชอบ มีความไว้วางใจกัน ให้กำลังใจกันและกัน ให้อภัยกันและกัน ต้องรู้จักสื่อสารในครอบครัว ต้องใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพ มีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว ต้องรู้จักภาระหน้าที่ในครอบครัว และมีความใกล้ชิดทางสัมผัส

อัมเบอร์สัน (Umberson, 1992, p. 664 อ้างถึงใน กิตติมา รุ่งแดง, 2545, หน้า 52) ได้ให้ความเห็นว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวจะมั่นคงได้ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) สัมพันธภาพภายในครอบครัวจะต้องยั่งยืนและขนาดใหญ่
- (2) บุตรควรมีความสัมพันธ์ต่อบิดา มารดา
- (3) สังคมจะยกย่องครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี
- (4) ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่า

และเจตคติที่ดีต่อสังคม

- (5) ความผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตรต้องมีความเกี่ยวข้องกันตลอดเวลา

ดังนั้นองค์ประกอบของสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เป็นการสร้างสายสัมพันธ์อันดีระหว่างบิดามารดาและบุตร มีความรัก ความอบอุ่นต่อกัน มีการสร้างความผูกพันที่กระชับมั่นคง มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในครอบครัว

7. ลักษณะครอบครัวที่มีสัมพันธภาพภายในที่ดี

กิตติมา รุ่งแดง (2545, หน้า 50) กล่าวว่า ครอบครัวที่มีความพร้อมด้านสัมพันธภาพที่ดีควรมีพฤติกรรมที่แสดงความรักและความผูกพันในลักษณะต่อไปนี้

- (1) การเอาใจใส่ดูแล และเอื้ออาทรต่อกัน การเอาใจใส่ในที่นี้ หมายถึง การดูแลสุขภาพของกันและกัน อาหารการกิน การศึกษาของบุตร ความสะอาด การใช้จ่ายเงินทอง การเดินทางไปโรงเรียนหรือไปทำงาน ความทุกข์หรือความสุข ที่ต้องการระบาย เป็นต้น

- (2) ต้องรู้จักคนที่เรารัก สามัคคีปรองดองต้องรู้จัก และเข้าใจกันให้ดี สำหรับบุตร บิดามารดา ก็ต้องเข้าใจ และมีความรู้เกี่ยวกับบุตร อุปนิสัยบุตร รู้ว่าบุตรชอบหรือไม่ชอบอะไร จุดเด่น

จุดคือเป็นอย่างไร ทุกคนในครอบครัวจะต้องปรับความรู้จักซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้มีการตอบสนองที่ดีต่อกันและกัน

(3) การเคารพซึ่งกันและกัน การเคารพในที่นี้ หมายถึง การเคารพที่มาจากใจ การเคารพในลักษณะนี้มีพฤติกรรมแสดงออกได้หลายอย่าง เช่นบุตรเกรงใจบิดามารดา บิดามารดา ก็ต้องรู้จักเกรงใจบุตรความเกรงใจนี้รู้สึกรู้ว่ามีคุณค่า และจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดีขึ้น

(4) การมีความรับผิดชอบ การมีความรับผิดชอบ หมายถึง การยอมรับความผิด หรือความชอบเช่น การที่บิดามารดาเป็นต้นแบบที่ไม่ดีแก่บุตรก็เป็นการแสดงความไม่รับผิดชอบ การทะเลาะหรือละเมิดสิทธิของ มีบุตรแล้วไม่เลี้ยงดูก็เป็นการไม่รับผิดชอบ เป็นต้น

(5) ความไว้วางใจกันและกัน ความไว้วางใจเป็นรากฐาน ที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวความไว้วางใจควรมีต่อกันทั้งทางกาย และทางใจ จะช่วยให้คนในครอบครัวมีความสบายใจไร้ความวิตกกังวล หรือความกลัว เป็นที่พึ่งพาได้ ครอบครัวใดที่ไม่ได้สร้างรากฐานที่ดีในเรื่องความไว้วางใจ บุคลิกภาพของวัยรุ่นในครอบครัวจะอยู่ในสภาพของการขาดความไว้วางใจ อาจนำไปสู่ภาวะของการเป็นคนก้าวร้าวเก็บกดหรือมีปมด้อย

(6) การให้กำลังใจกันและกัน การให้กำลังใจคือการให้พลังแก่สมาชิกในครอบครัว ให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความสุข การให้กำลังใจอาจเป็นคำพูด และท่าทางที่ให้การสนับสนุนชมเชยเมื่อทำสิ่งที่ถูกต้อง แนะนำแนวทางในการหาทางออกเมื่อมีปัญหาไม่คุ้มค่าหรือกล่าวโทษว่าเป็นความผิด

(7) การให้อภัยซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวที่อยู่รวมกันหลายคนบางครั้งมีการกระทบกระทั่งกันบ้างเป็นเรื่องปกติของสังคมครอบครัว การมีความรักความผูกพันที่มีอยู่ก็ควรให้อภัยแก่กัน ในครอบครัวที่มีบุตรประพฤติผิดบิดามารดาไม่ควรจดจำความผิดนั้นแล้วนำไปต่อว่าบุตรในโอกาสต่อไป เพราะเมื่อบุตรได้รับฟังความผิดของตนอยู่เสมอก็จะเกิดความโกรธ ความไม่สบายใจ และบางครั้งอาจนึกไปว่า บิดามารดาไม่รักตน

(8) ควรใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่า สมาชิกในครอบครัวควรหาเวลาที่จะอยู่ด้วยกันมีการพูดคุยถามสารทุกข์สุกดิบระหว่างกัน ช่วยกันแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหารพิเศษร่วมกัน หรือไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ ด้วยกัน เป็นต้น

(9) ต้องรู้จักการสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัวควรจะใช้ ปิยะวาจาระหว่างสามีภรรยา บิดามารดากับบุตร การสื่อสารอาจจะมีทั้งรูปแบบที่ใช้ภาษาพูด ท่าทาง และภาษาเขียน แต่การดำหนิกันก็ทำได้ แต่ควรเป็นคำดำหนิที่ใช้ถ้อยคำที่น่าฟัง

(10) ต้องมีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว สภาพของครอบครัวและสภาวะของสมาชิกมิได้อยู่หนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น

จะมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลาบิดามารดาจะต้องปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงของบุตรตัวของบิดามารดาเองก็มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวควรตระหนักในเรื่องความเปลี่ยนแปลงนี้และปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ในฐานะที่ตัวเองเปลี่ยนแปลงไป และปรับตัวในฐานะที่จะต้อง สัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงของคนอื่น

(11) การรู้จักภาระหน้าที่ในครอบครัวและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันในครอบครัวต่างคนต่างมีบทบาทและหน้าที่ ทั้งบทบาทหน้าที่ต่อตนเอง และต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบทบาท และหน้าที่เหล่านี้เกิดจากความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังของแต่ละคนในครอบครัว ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวจะต้องตกลงกันให้ดีกว่าเรื่องต่าง ๆ ที่จะบริหารครอบครัวให้เป็นปกติสุขนั้น เป็นเรื่องของใครในสัดส่วนอย่างไร ร่วมกันอย่างไร

(12) มีความใกล้ชิดทางสัมผัส เช่น การโอบกอดกัน เกี่ยวแขนกัน เป็นการแสดงถึงความรักความอบอุ่นตามธรรมชาติของคน แต่การแสดงออกควรกระทำในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิด และแสดงความใกล้ชิดจริงๆ การสัมผัสนี้จะทำให้บุตรมีความอบอุ่นและเพิ่มความมั่นใจเพิ่มขึ้นซึ่งมีผลต่อการพัฒนาการของบุตร

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพ่อแม่-ลูก ในครอบครัวนั้น สมพร สุทัศนีย์ (2537, หน้า 318-320) กล่าวว่า ควรยึดหลักการปฏิบัติหน้าที่ต่อกัน ยึดคุณธรรมเป็นสำคัญ โดย

(1) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูก หมายถึง การที่พ่อแม่ปฏิบัติต่อลูกดังนี้

(1.1) ทำหน้าที่ของพ่อแม่ให้สมบูรณ์ เช่น เลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโตแข็งแรง สมบูรณ์ให้การศึกษา ตามกำลังความสามารถของพ่อแม่ และกำลังสติปัญญาของลูก แบ่งทรัพย์สินมรดกแก่ลูกด้วยความยุติธรรม

(1.2) สนองความต้องการให้สอดคล้องกับหลักการพัฒนาเด็ก เช่น ถ้าลูกยังเล็กอยู่ควรต้องดูแลใกล้ชิด ส่วนเด็กวัยรุ่นนั้นต้องการอิสระมากขึ้น พ่อแม่ต้องคอยดูแลอยู่ห่างๆ และเปิดโอกาสให้ลูกได้ตัดสินใจทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองบ้าง

(1.3) ให้ความรัก ความเมตตา ด้วยการพูดจาสุภาพอ่อนโยนไม่ใช่วาจาหยาบคายหรือขู่กรรโชกให้เกิดความหวาดกลัว อับอาย หรือเจ็บช้ำน้ำใจ

(1.4) เมื่อลูกทำผิดพลาดควรใช้เหตุผลในการลงโทษ และควรให้อภัยหากความผิดไม่ร้ายแรง

(1.5) ให้ความยุติธรรมในการดูแลลูก ไม่เลือกที่รักมักที่ชัง ไม่ว่าเรื่องเพศ ผิว หรือลำดับการเกิด เช่น ไม่รังเกียจว่าลูกเป็นชายหรือหญิง ผิวดำหรือผิวขาว เป็นลูกคนหัวปี คนกลาง หรือคนสุดท้อง ก็ต้องให้ความรักเท่าเทียมกัน

(1.6) ใช้วิธีประชาธิปไตยในการอบรมเลี้ยงดูลูก ประชาธิปไตยในที่นี้ หมายถึง การที่บุคคลมีเสรีภาพโดยไม่รุกรานสิทธิส่วนบุคคล เช่น ลูกไม่ควรไปรื้อตู้เสื้อผ้าของพ่อแม่โดยไม่ได้รับอนุญาต ในทำนองเดียวกัน พ่อแม่ก็ไม่ควรไปรื้อตู้เสื้อผ้าของลูกโดยถือสิทธิว่าเป็นพ่อแม่ หากพ่อแม่อบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย พ่อแม่ยอมรับความคิดเห็นของลูก การลงโทษอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล จะทำให้ลูกเติบโตเป็นคนมีเหตุผล มีความเชื่อมั่นและรักเพื่อนมนุษย์

(2) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างลูกกับพ่อแม่ หมายถึง การที่ลูกปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ดังนี้

(2.1) แสดงความเคารพเชื่อฟัง พ่อแม่ย่อมรักและหวังดีต่อลูก प्रารณาที่จะให้ลูกมีความสุข ความเจริญ พ่อแม่จึงให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ เสมอ ลูกควรเชื่อฟัง แม้บางครั้งพ่อแม่จะห้ามทำในสิ่งที่ลูกต้องการ ลูกที่ดีควรเชื่อฟัง ไม่ควรโต้เถียงหรือใช้วาจาก้าวร้าว แสดงการดูหมิ่นพ่อแม่ หรือพุดจาให้พ่อแม่สะเทือนใจ

(2.2) แสดงความกตัญญูกตเวที สำนึกในบุญคุณและตอบแทนพระคุณ

(2.3) ตั้งใจศึกษาเล่าเรียน เพื่อให้ความปรารถนาของพ่อแม่สัมฤทธิ์ผล

(2.4) ไม่สุรุษสุร่าย รู้จักประหยัดและเก็บออมทั้งเงินของพ่อแม่ และเงินที่หามาได้ด้วยตัวเอง เพื่อจะได้มีฐานะที่มั่นคงในอนาคต

(2.5) ไม่ประพฤติตนพาลเกร หรือเป็นนักเลงการพนันจนทำให้พ่อแม่เสียใจ

(2.6) ช่วยเหลืองานในบ้านเท่าที่ทำได้ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของพ่อแม่

(2.7) มีความเกรงใจพ่อแม่ เช่น ไม่หยิบสิ่งของของพ่อแม่โดยพลการ

(2.8) รักษาความดี เกียรติยศ ชื่อเสียงของวงศ์ตระกูล

(2.9) พอใจในทรัพย์สมบัติที่พ่อแม่มอบให้ และรักษาทรัพย์นี้ไว้ให้พอกพูน

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

วัยรุ่น (Adolescent) เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และมีพัฒนาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วพร้อมกันหลายๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นช่วงวัยที่มีการปรับเปลี่ยนจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ เป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ถ้าวัยรุ่นมีพัฒนาการและการปรับตัวที่เหมาะสมในช่วงนี้ก็จะสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข มีการพัฒนาตนเองเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ดี มีวิชาชีพที่เหมาะสมกับตน มีการเติบโตพร้อมที่ดำเนินชีวิตครอบครัวต่อไปได้อย่างปลอดภัย (นงลักษณ์ ภูมิรัตน์, 2552, หน้า 1) แต่ถ้าวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะประสบปัญหาใน

ชีวิตที่เรียกว่า วัยวิกฤต จะเกิดความสับสนในจิตใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่มีความมั่นคง ในอารมณ์ (สุชา จันท์ธอม, 2541, หน้า 40)

1. ความหมายของวัยรุ่น มีผู้ให้นิยามความหมายของวัยรุ่นไว้หลายความหมาย ดังนี้

สโตน และ เชิร์ช (Ston and Church, 1968, หน้า 5) กล่าวว่าไว้ว่า วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ เด็กจะเกิดการพัฒนาไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ใน ระยะเวลา นี้ เด็กเริ่มให้ความสนใจในตนเอง ค้นหาตนเอง แสวงหาค่านิยม และปรัชญาชีวิต ใน ขณะเดียวกันเด็กจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเอง ส่วนด้านจิตใจ วัยรุ่นจะพัฒนาในด้านของ ความรู้สึกรู้จักคิด และอารมณ์ แตกต่างไปจากวัยเด็ก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ส่งผลให้ เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ จึงแสดงออกทางอารมณ์ค่อนข้างรุนแรง

Hurlock (1967, อ้างถึงใน พลอยวไล ไกรนรา, 2548, หน้า 38) กล่าวว่า วัยรุ่น หมายถึงวัยที่มีการเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะพัฒนาจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม สติปัญญา มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่

วารากรณ์ ตระกูลสฤณี (2545, หน้า 37) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่สภาพร่างกาย และ อารมณ์ วุ่นวาย ไม่คงที่ อยู่ระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ วัยรุ่นจึงต้องปรับตัวกับการ เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ บางคนสามารถผ่านวัยรุ่นได้โดยไม่มีปัญหา แต่อีกหลายคนอาจจะ ประสบปัญหาในการดำเนินชีวิต และไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้น วัยรุ่นนี้จึงเป็นวัยที่ผู้ใหญ่ต้องให้ความสนใจและช่วยเหลือประคับประคองให้สามารถดำเนินชีวิต ผ่านเข้าสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์แบบทั้งร่างกายและจิตใจ

สรุปในการศึกษาค้นคว้า วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของ ร่างกาย จากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา รวมทั้ง การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยไม่ก่อให้เกิดปัญหา ต่อตนเอง ผู้อื่น สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

ดวงใจ กสานติกุล (2536) ได้แบ่งพัฒนาการของวัยรุ่นตามช่วงวัยได้ 3 ระยะคือ

(1) วัยรุ่นตอนต้น (pubertal phase) เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุก ระบบเป็นระยะเวลานานประมาณ 2 ปี อยู่ในช่วง 10-13 ปี มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงทางร่างกายจึงส่งผลให้อารมณ์หงุดหงิดและแปรปรวนง่าย

(2) วัยรุ่นตอนกลาง (transitional phase) เป็นช่วงที่วัยรุ่นยอมรับสภาพร่างกายที่มี การเปลี่ยนแปลงเป็นหนุ่มสาวได้แล้ว อยู่ในช่วงอายุ 14-16 ปี มีความคิดลึกซึ้ง (abstract) ใฝ่หา อุดมการณ์และเอกลักษณ์ของตนเองเพื่อความเป็นตัวของตัวเอง ลดการพึ่งพาบิดามารดา

(3) วัยรุ่นตอนปลาย (adolescent proper) อยู่ในช่วง 17–19 ปี เป็นเวลาของการฝึกฝนอาชีพ ตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสมและเป็นช่วงเวลาที่มีความผูกพันแน่นแฟ้นกับเพื่อนต่างเพศ สภาพทางร่างกายเปลี่ยนแปลงเติบโตสมบูรณ์เต็มที่ และบรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

3. พัฒนาการของวัยรุ่น

พัฒนาการที่สำคัญของวัยรุ่นแบ่งออกเป็น 4 ประการ (พนม เกตุมาน, 2550, หน้า 1) ได้แก่

(1) พัฒนาการทางร่างกาย ร่างกายร่างกายเจริญเติบโตสูงใหญ่ แขน-ขายาวขึ้น เพศหญิงจะเร็วกว่าเพศชาย วัยรุ่นชายจะเป็นหนุ่ม เสียงแตก มีหนวดเคราขึ้น และเริ่มมีฝันเปียก วัยรุ่นหญิงจะเป็นสาว คือ มีเต้านม สะโพกผายมีทรวดทรง และมีประจำเดือน ครั้งแรกทั้งสองเพศจะมีสิ่วขึ้น มีกลิ่นตัว มีการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะเพศ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้เกิดจากฮอร์โมนเพศ และฮอร์โมนการเจริญเติบโตภายในร่างกาย

(2) พัฒนาการทางจิตใจ วัยนี้สติปัญญาจะพัฒนาสูงขึ้น จะมีความคิดเป็นแบบนามธรรม มีการใช้เหตุผล วิเคราะห์ สังเคราะห์ และความริเริ่มมากขึ้น สามารถเข้าใจเหตุการณ์ความเป็นไปของสิ่งแวดล้อมได้ลึกซึ้ง มีความคิดเป็นของตนเอง เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองได้มาก ต้องการเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และต้องการให้คนอื่นมองเห็นคุณค่าของตนเอง พอใจกับความรู้สึกที่ตนเองในด้านบวก มีการพิจารณาตนเองได้บ้าง แต่บางครั้งก็ยังเอาตัวเองเป็นศูนย์กลางอยู่ มีการควบคุมความคิด ความรู้สึกและอารมณ์ได้มากขึ้น ต้องการเป็นอิสระ อยากรู้อยากเห็นอยากลองอยากมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ชอบความตื่นเต้นสนุกสนาน รู้จักมีมโนธรรม จริยธรรม รู้จักกาลเทศะ รู้จักกาลเทศะ รู้จักผิดชอบชั่วดี และมีความคิดเป็นอุดมคติ วัยนี้ต้องการเพื่อพัฒนาหาความเป็นตัวของตัวเอง หรือเอกลักษณ์ อารมณ์ในวัยรุ่นจะเปลี่ยนแปลงง่าย มีทั้งอารมณ์เครียดวิตกกังวล หรืออารมณ์ซึมเศร้า

(3) พัฒนาการทางสังคม วัยนี้จะเริ่มห่างพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ ไปสนิทสนมกลุ่มเพื่อน และใช้เวลาอยู่กับเพื่อนมากเพื่อหาเอกลักษณ์ตนเอง แสวงหาการยอมรับจากผู้อื่น ฝึกทักษะสังคม และสนุกสนานกับสังคมเพื่อนวัยรุ่น อาจมองพ่อแม่ไม่ดีเหมือนตอนเมื่อยังเป็นเด็ก อาจพูดถึงความบกพร่องของพ่อแม่หรือครูอาจารย์ และแสดงออกอย่างไม่สุภาพเรียบร้อย วัยรุ่นจะเรียนรู้จากพฤติกรรมจากเพื่อน ๆ อย่างมาก เกิดเป็นค่านิยมทัศนคติ แนวปฏิบัติจนเกิดเป็นนิสัยหรือพฤติกรรมใหม่ ๆ ขึ้นได้มากมาย พัฒนาการทางเพศจะแสดงออกเป็นเอกลักษณ์ทางเพศ และมีความสนใจทางเพศซึ่งเกิดจากอารมณ์เพศ ในวัยนี้บางคนจะมีมากและควบคุมได้น้อย เกิดเป็นปัญหาทาง

เพศขึ้นได้ ซึ่งปัญหาทางเพศในปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นเกิดปัญหาทางเพศมากขึ้น เนื่องจากสภาพสังคม
สิ่งแวดล้อมมีการกระตุ้นช่วยในเรื่องเพศอย่างมาก

(4) พัฒนาการทางสติปัญญา ช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาระดับ
สติปัญญาเป็นอย่างมาก โดยในวัยนี้จะสามารถให้นิยามของวัตถุสิ่งของต่างๆ ได้อย่างชัดเจน
สามารถแบ่งแยกคุณลักษณะของสิ่งของต่างๆ ได้ดี มีพัฒนาการทางความคิดรวบยอด และม
ีความคิดในระดับที่เป็นนามธรรม พัฒนาการทางสติปัญญาของวัยรุ่นปรากฏในหลายรูปแบบ เช่น
รู้จักลองตั้งสมมุติฐานหลายๆ แบบเพื่อหาข้อสรุปที่ดี สามารถแก้ปัญหาหลายๆ แบบ โดยมี
กระบวนการคิดที่มีระบบและมีเหตุผล มีความจำที่สามารถจดจำสิ่งที่ตนสนใจได้อย่างแม่นยำ แต่
มักไม่นำไปใช้ในการเรียน มีความคิดกว้างไกล มีจินตนาการคิดฝันถึงสิ่งต่างๆ อยากรู้อยาก
เห็นอยากทดลอง และมีความเชื่อมั่นในความเชื่อหรือความเห็นของตนอย่างรุนแรง

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud, 1966 อ้างถึงใน ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2535, หน้า 17-
19) กล่าวถึงพัฒนาการของจิตใจในวัยต่างๆ ไว้ในทฤษฎีพัฒนาการของจิตใจ โดยแบ่งตาม
พัฒนาการทางเพศ ซึ่งช่วงในระยะวัยรุ่น มีอายุระหว่าง 13-15 ปี ให้ความสำคัญในเรื่องเพศมีการ
เปลี่ยนแปลงของอวัยวะและมีลักษณะทางเพศที่บรรลุนิติภาวะที่สมบูรณ์ในขั้นทุติยภูมิ (Secondary
refuel characteristics) ต่อมาเพศเจริญเต็มที่วัยรุ่นมีความสนใจในเพื่อนต่างเพศความสัมพันธ์กับบิดา
มารดาจะลดลงและมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้นทั้งนี้เพื่อเตรียมตัวที่จะเป็นผู้ใหญ่ต่อไปวัยรุ่น
พยายามเลียนแบบคนเพศเดียวกับตน โดยเฉพาะการแสวงหาบุคคลที่ตนนิยมนอกจากนี้ ฟรอยด์ ยัง
กล่าวถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบิดามารดาว่าเป็นรากฐาน ของความสัมพันธ์
อื่นๆ ของบุคคลนั้นเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ประสบการณ์ในแต่ละวัยของพัฒนาการเป็นสิ่งสำคัญที่มี
ผลต่อลักษณะของบุคลิกภาพ พฤติกรรม และพยาธิสภาพของจิตความสำเร็จในแต่ละขั้นของ
พัฒนาการจะมีผลต่อพัฒนาการในระดับต่อไป

ฌอง เพียเจต์ (Jean Piaget, 1963 อ้างถึงใน จันทร์ชนก โยธินชัชวาล, 2540, หน้า 19)
ได้อธิบายถึงพัฒนาการของเชาว์ปัญญา (Intelligence) ไว้ในทฤษฎีพัฒนาการทางความคิด หรือเชาว์
ปัญญา (Cognitive Development) ว่าพัฒนาการเชาว์ปัญญา มาจากการที่บุคคลนั้นมีการปรับตัวกับ
สิ่งแวดล้อมเริ่มจากปัจจัยทางชีวภาพที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อลักษณะของ
สภาพแวดล้อมที่ละขั้นที่ละตอนซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้มากขึ้นและได้กล่าวถึงวัยรุ่นว่าอยู่ในขั้น
การใช้ความคิดเชิงนามธรรม (formal or Abstract operation) ซึ่งในวัยนี้สามารถใช้ความคิดเชิง
นามธรรมคือ การรู้จักคิดด้วยเหตุผล สามารถคิดวิเคราะห์มีการตีความหมายและสามารถคิด
วางแผนก่อนจะลงมือกระทำสิ่งต่างๆ สามารถนำวิธีแก้ปัญหาอย่างหนึ่งไปใช้ในการแก้ปัญห่อื่นๆ
ได้ ซึ่งวัยรุ่นสามารถคิดวางแผนชีวิตในอนาคต คิดถึงอาชีพ และสิ่งที่เขาสนใจคิดได้โดยมีต้องลง

เมื่อทำจริงๆรวมทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถและความคิดของตนโดยวัยรุ่นส่วนมากจะคิดว่าความคิดตนนั้นถูกต้องที่สุดซึ่งความคิดนี้จะค่อยๆ ลดลงเมื่อเด็กมีประสบการณ์มากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเขาเกิดพัฒนาการทางอารมณ์เข้าสู่วัยผู้ใหญ่

จากแนวคิดและทฤษฎีพัฒนาการต่างๆของวัยรุ่นดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าในวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายในหลายลักษณะซึ่งสามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่นได้ (จันทร์ชนก โยธินชัชวาล, 2540, หน้า 19-20) ดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี เช่น เริ่มสร้างความมั่นใจในตนเองรู้จักขอบเขตและสถานภาพของตนเองอย่างชัดเจนมีการยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการปรับตัวเข้ากับ การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นได้ วางตัวสมกับเพศของตน สร้างทัศนคติที่เป็นผู้ใหญ่สนใจในเพื่อนรุ่นเดียวกันสามารถปลีกตัวจากบิดามารดา หรือพึ่งพาบิดามารดาทางด้านอารมณ์น้อยลงเริ่มมีความหวังใบบุคคลอื่นนอกจากตนเองมีลักษณะเป็นผู้ใหญ่มากขึ้นในด้านความรู้สึกนึกคิดและความรับผิดชอบต่อสังคมเริ่มสนใจในการเลือกคบเพื่อนเตรียมตัวเลือกวิชาเรียนในการประกอบอาชีพเตรียมตัวเพื่อการสมรสและชีวิตครอบครัว ซึ่งความสำคัญของวัยรุ่นในการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีคือการแสวงหาความเป็นตน เพราะความเจริญเติบโตการรับรู้ความเป็นผู้ใหญ่มากกว่าวัยเด็กแต่การแสวงหาแห่งตนจะอยู่ในรูปแบบที่ดีได้ขึ้นอยู่กับภูมิหลังที่มั่นคงคือการได้รับเลี้ยงดูสนับสนุนจากบิดามารดา รวมถึงจากการที่ประสบความสำเร็จในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและความสำเร็จนั้นเป็นแนวทางการปฏิบัติได้อย่างดีจึงทำให้การแสวงหาความเป็นตนได้อย่างไม่มีปัญหาแต่ ถ้าภูมิหลังไม่มั่นคงย่อมถูกชักจูงได้ง่ายและก่อให้เกิดปัญหาต่อไป

(2) การเปลี่ยนแปลงในทางที่สับสน โดยเฉพาะจิตใจและอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและไม่คงที่เป็นช่วงเปลี่ยนวัยเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตเป็นระยะที่เด็กเรียนท่าบทบาทย่างผู้ใหญ่ในด้านความประพฤติ ความปรารถนาในชีวิตความรับผิดชอบนิสสัยใจคอเนื่องจากเป็นระยะแรกเริ่มจากเด็กจึงมีความสับสนกังวลใจ ไม่แน่ใจไม่ทราบว่าจะถูกที่ควรนั้นควรเป็นอย่างไรจึงเป็นผลทำให้เด็กมีพฤติกรรมแปลกๆ (ศรีเรือน แก้วกัจจวน, 2549, หน้า 336) วัยรุ่นจึงเป็นวัยที่มีความตื่นตัวที่สุด เพราะมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ๆ เช่น ค่านิยมใหม่ ประสบการณ์ใหม่ โอกาสใหม่ ความรู้สึกด้านเพศและอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขไม่แน่ใจเกี่ยวกับความสามารถของตนมีความสงสัยตนเองนอกจากนี้วัยรุ่นยังมีความคิดเป็นของตนเอง เริ่มแสดงความคิดเห็นออกมาในรูปของการโต้แย้งเมื่ออยู่ในช่วงวัยเด็กความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตรเป็นไปด้วยดีต่อมาเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งมีความต้องการอิสระและ แสดงความคิดเห็นจึงเกิดการขัดแย้งระหว่างบิดามารดาหรือผู้ใหญ่กับเด็กทำให้วัยรุ่นมีความยุ่งยากใจเมื่อได้รับการบิบบั่นจากบิดามารดาหรือผู้ใหญ่เป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เด็กกระทำผิด เช่น ดื่มสุรา สำส่อนทางเพศ ติดยาเสพติด

และมีลักษณะขาดความกรุณา (Fine Reuben, 1982 อ้างถึงใน จันทรชนก โยธินชัชวาล, 2540, หน้า 20) นอกจากนี้อิทธิพลของครอบครัวแล้วสิ่งที่สำคัญคือการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) ซึ่งจะมีผลต่อลักษณะการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีหรือไม่ดีในช่วงแรกวัยรุ่นยังต้องพึ่งพาบิดามารดาต่อมาเด็กต้องการเพื่อนวัยเดียวกันมากขึ้นแต่อย่างไรก็ตามเด็กวัยรุ่นยังต้องการยังต้องการพึ่งพิงบิดามารดาบางประการจากการที่วัยรุ่นต้องการพึ่งตนเองบ้างนี้ทำให้เกิดความขัดแย้งบ่อยๆ ระหว่างบิดามารดาผู้ใหญ่และเด็กวัยรุ่นระยะนี้ผู้ใหญ่อาจทำให้เด็กมีความสับสนมากขึ้นหรือช่วยลดความสับสนรวมทั้งการขัดแย้งให้น้อยลงซึ่งขึ้นอยู่กับความเข้าใจของผู้ใหญ่ (Lefrancois Guy R, 1974, pp. 169-170 อ้างถึงใน จันทรชนก โยธินชัชวาล, 2540, หน้า 20) เด็กวัยรุ่นต้องการความเข้าใจและความรู้สึกว่าคุณควบคุมตนเองได้ ถ้าหากความรู้สึกเหล่านี้ขาดไปเสียแต่เริ่มแรกวัยเด็กโดยมิได้รับความรักก็ตามพอเข้าสู่วัยรุ่นก็จะก้าวไปสู่ความสำเร็จได้ยากเพราะขาดการทำนุบำรุงจิตใจแต่แรกพอเข้าสู่วัยรุ่นจึงรับไหวคิดว่าสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิตเนื่องจากความบกพร่องทางจิตใจและอารมณ์ความคิดกำหนดรู้และทางสังคมยากที่จะสร้างความเป็น “ตน” ได้

(3) การเปลี่ยนแปลงลักษณะหลายอย่าง และตรงกันข้ามกันตัวอย่าง เช่น การมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย แต่บางครั้งก็เข้มแข็งมีความเคร่งเครียดในอารมณ์แต่บางครั้งก็สนุกสนานรื่นเริง ดีใจและเสียใจซึมเศร้าอยากสมาคมกับเพื่อนและเก็บตัวรักและเกลียดงายดังนั้นวัยรุ่นจึงมีแนวโน้มที่จะประพฤตินทางที่ดีและไม่ดีได้ง่ายบางครั้งมีสองลักษณะในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกันซึ่งบิดามารดาและผู้ใหญ่จะต้องเข้าใจและสนับสนุนให้เด็กให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้เด็กวัยรุ่นที่เป็นปัญหาต่อไปซึ่ง แอดเลอร์ (Adler อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549, หน้า 39) ได้กล่าวถึงวัยรุ่นที่เป็นอันธพาลว่ามาจากครอบครัวที่ตามใจเด็กมากเกินไปหรือจากการถูกทอดทิ้ง ถูกทารุณ ทำให้มีทัศนคติแห่งความแค้นอยู่ตลอดเวลาส่วนเด็กที่ถูกตามใจมากเกินไปจะทำให้เป็นวัยรุ่นที่ปราศจากความรับผิดชอบเห็นคนอื่นเป็นทาสรับใช้มีบุคลิกประเภทตัดดวง (exploitation) ส่วนเด็กที่ถูกทอดทิ้งจะกลายเป็นวัยรุ่นที่เก็บตัวขี้ขลาดไม่กล้าเผชิญชีวิตเด็กที่ถูกทารุณจะกลายเป็นวัยรุ่นผู้รุกรานข่มเหงผู้อื่นและมองโลกในแง่ร้าย

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชและโรคทางจิตเวชในวัยรุ่น

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช

โรคจิตเวช (Psychosis) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรงถึงขั้นเสียการรับรู้ความเป็นจริงจนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติใน

ชีวิตประจำวันเหมือนบุคคลทั่วไปในสังคม และมักไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2545, หน้า12) ซึ่งมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

(1) เสียการรับรู้แห่งความเป็นจริง (Reality testing) คือ การแยกไม่ออกระหว่างความจริงกับความคิดเพื่อฝัน ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด เป็นต้น

(2) เสียการหยั่งรู้ตนเอง (Insight) คือ การไม่ยอมรับตัวเองว่าป่วยจึงไม่ยอมรับการรักษา

(3) มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น ไม่สนใจร่างกายของตนเองปล่อยให้สกปรกไม่อาบน้ำ ไม่แปรงฟัน เป็นต้น

2. ความหมายของโรคจิตเวช

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) เป็นบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ขององค์การอนามัยโลก (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) กล่าวว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พฤติกรรม มีความผิดปกติการรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะมักดี แต่จะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ประชากรโดยทั่วไป ร้อยละ 1-1.5 ป่วยเป็นโรคจิตเวช ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการป่วยในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบได้ทั้งผู้หญิง และผู้ชาย (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536, หน้า 332)

กรมสุขภาพจิต (2542, หน้า 19) ให้ความหมายของโรคจิตเวชว่า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยมักจะ ไม่ยอมรับว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิต

เกษม ดันติผลาชีวะ (2545, หน้า 12) ให้ความหมายโรคจิตเวช ว่า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรง ถึงขั้นเสียการรับรู้ความเป็นจริง จนไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติในชีวิตประจำวันเหมือนบุคคลทั่วไปในสังคม และมักไม่ยอมรับความเจ็บป่วยของตน

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539, หน้า 23) กล่าวว่า การเจ็บป่วยทางจิตเวช หมายถึง ความไม่กลมกลืนระหว่างบุคคลกับสภาพของชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อมของบุคคล ทำให้บุคคลไม่สุขสบาย รู้สึกถูกบีบคั้น วิตกกังวลจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจการใช้สติปัญญาและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม

สมภพ เรื่องตระกูล (2545, หน้า 83) กล่าวว่า ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

ฟอกซ์ และแคน (Fox and Kan, 1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไป ร้อยละ 1 ป่วย เป็นโรคจิตเภทส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นพบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง

ซาดอกซ์และซาดอกซ์ (Sadock, B.J. and Sadock, V.A., 2000) กล่าวว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก (Positive Symptoms) อาการ ทางลบ (Negative Symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านความรู้ แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุ ของความเสื่อมด้านการรับรู้ ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึกร วม พฤติกรรม สังคม และการทำหน้าที่

สรุปได้ว่า โรคจิตเวช หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกรวม ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัวเกี่ยวกับการ ดำเนินชีวิตประจำวัน จนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึกรวม และพฤติกรรมของ ตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้ข้อมูล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการ ปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองใน เรื่องทั่วไป พบได้ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบทั้งในเพศหญิงและเพศชาย

3. โรคจิตเวชในวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีความยุ่งยากสับสนมาก เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ตามพัฒนาการแห่งวัย หรือเกิดจากปัญหาในการปรับตัวให้เหมาะกับสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่ซับซ้อนทางด้านชีวภาพ การบรรลุมิติภาวะทางเพศ จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา วัยรุ่นที่มีพัฒนาการไม่เหมาะสม หรือไม่พร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลง จะ ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ บุคลิกภาพ พฤติกรรม และปัญหาการปรับตัว ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงปัญหาทางสุขภาพจิต ที่ยังไม่ถึงขั้น ป่วยเป็นโรคจิต หรืออาจเกิดพยาธิสภาพร้ายแรงขึ้นในจิตใจได้ การจะตัดสินใจว่าเป็นปัญหา สุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวช จำเป็นต้องอาศัยหลักเกณฑ์การจำแนกโรคทางจิตเวชมาประกอบใน การวินิจฉัย ซึ่งสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders-DSMIII-R (กลุข ชื่นศิริ และวิจารณ์ วิชัยยะ, 2536, หน้า 65) ได้จัดกลุ่มของความผิดปกติที่เกิดขึ้น ครั้งแรกในวัยทารก วัยเด็ก หรือวัยรุ่นไว้ ดังนี้

(1) โรคทางจิตที่เกิดจากพยาธิสภาพทางกาย (Organic Mental Disorders)

- (2) โรคจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นจิตประสาท (Psychoactive Substance Use Disorders)
- (3) โรคจิตเภท (Schizophrenia)
- (4) โรคอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorders)
- (5) โรคคล้ายโรคจิตเภท (Schizophrenia form Disorders)
- (6) โรคจิตที่เกิดจากอาการทางกาย โดยมีสาเหตุทางจิตใจ (Somatoform Disorders)
- (7) ความผิดปกติทางเพศ (Sexual Disorders)
- (8) โรคทางจิตเวชที่เกิดจากการปรับตัว (Adjustment Disorders)
- (9) ปัจจัยด้านจิตใจที่มีผลต่อสภาวะทางร่างกาย (Psychological Factors Affecting Physical Condition)
- (10) ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality Disorders)

วันเพ็ญ บุญประกอบ (2534, หน้า 98) ได้กล่าวถึงปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และโรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น ซึ่งต้องการรักษา และพบได้บ่อย ดังนี้

- (1) อารมณ์แปรปรวนหรือภาวะซึมเศร้า (Mood Disorders or Affective Disorders) คือโรคที่มีความผิดปกติในด้านอารมณ์เป็นสำคัญ และมีอาการเศร้าอย่างมาก หรือมีอาการรุนแรงผิดปกติร่วมกับอาการอย่างอื่น ๆ ของโรคซึมเศร้า (Depression) และ โรคแมเนีย (mania) โดยไม่มีพยาธิสภาพโรคทางกาย ทางสมอง หรือพิษจากยาเป็นสาเหตุ ซึ่งโรคอารมณ์แปรปรวนของผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการอัดอัด แน่นเจ็บหน้าอก คิดหมกมุ่นอยู่กับรูปร่างหน้า เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมาก อารมณ์เบื่อหน่าย ไม่ยินดีในร้าย ไม่อยากทำอะไร ไม่สนใจการเรียน สมาธิในการเรียนลดลง มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม แสดงอารมณ์คือดิ่งไม่เชื่อฟัง ชอบทะเลาะเถียง ก้าวร้าวบางครั้งหนีออกจากบ้านเนื่องจากมีความรู้สึกทนนไม่ได้ หรือมีความกดดันอย่างมาก ทำให้ต้องออกไปแสวงหาที่อื่นและเมื่อมีอาการรุนแรงขึ้นอาจมีแนวโน้มไปสู่การฆ่าตัวตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายได้ด้วย

- (2) การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide and Attempted Suicide or Suicide Behavior) ซึ่งการฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตัวเองถึงชีวิต ส่วนพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึงการทำร้ายตนเองหรือทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ถึงชีวิต ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดขึ้นนั้น เนื่องมาจากสภาพทางจิตใจที่เด็กวัยรุ่น รู้สึกหมดหวัง ว่าหา ความรู้สึกอยู่โดดเดี่ยวตามลำพังขาดที่พึ่งพิง ไม่มีคนช่วยเหลือ บางครั้งพบว่าช่วงเวลานั้นไม่รู้จะหันหน้าไปปรับทุกข์กับใคร สาเหตุอาจจะมาจาก ความโกรธ การสูญเสียคนรัก ซึ่งส่วนใหญ่เด็กวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย จะมีสาเหตุ

จากอารมณ์ชั่ววูบ ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจจะตาย แต่กระทำเพื่อข่มขู่เพื่อเป็นการบังคับผู้อื่น เพื่อเรียกร้องความสนใจ เพื่อให้คนมารัก หรือเป็นการแสดงความโกรธ

(3) การปรับตัวที่ผิดปกติ (Adjustment Disorders) เป็นปฏิกิริยาการปรับตัวที่ผิดปกติ (Maladaptive Reaction) ที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังการเกิดความเครียด หรือความกดดันต่อสภาพจิตใจสังคม (Psychosocial Stress) และสาเหตุของความเครียดนั้นเป็นลักษณะเกิดขึ้นหรือเป็นต่อเนื่อง เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่สบายและเมื่อมีอาการมากพอ จนมีผลทำให้กระทบกระเทือนต่อการเรียน การงาน การมีกิจกรรมในสังคม หรือรบกวนต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ซึ่งการปรับตัวที่ผิดปกติจะมีลักษณะอาการวิตกกังวล รู้สึกกระวนกระวาย มีความเครียด มีอารมณ์เศร้า มีอารมณ์โกรธ และมีอาการทางด้านร่างกาย เช่น ปัสสาวะบ่อย ปวดท้อง ใจสั่น นอนไม่หลับ หวาดกลัว ลักษณะเช่นนี้ถ้าพ่อแม่รู้สาเหตุที่ทำให้เด็กเกิดความเครียด และรีบแก้ไขปัญหาหรือข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้เร็วอาการต่างๆก็จะดีขึ้น และหมดไปได้เพียง 2-3 บายราย 2-3 สัปดาห์ แต่จะนานไม่เกิน 6 เดือน

(4) โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด และการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์เฉยเมย แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ การคิดไปข้างเมื่อป่วยนาน แต่ยังคงมีสติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญา โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญอันดับหนึ่ง สำหรับในวัยรุ่น จำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น และการดำเนินของโรคสามารถต่อเนื่องไปในวัยผู้ใหญ่ได้

4. สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตเวช

จากการศึกษามีผู้อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตในวัยรุ่น โดยแบ่งสาเหตุของโรคจิตเวช ออกเป็น 3 สาเหตุใหญ่ๆ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545, หน้า 108-109) คือ

(1) สาเหตุทางด้านร่างกาย ได้แก่

(1.1) กรรมพันธุ์

(1.2) ความผิดปกติของสารเคมีในสมองการได้รับพิษจากสิ่งเสพติด เช่น สุรา กัญชา ยาบ้า กระท่อม ผงขาว กาว

(1.3) ได้รับเชื้อที่เป็นอันตรายต่อสมอง เช่น มาเลเรียขึ้นสมอง เชื้อหุ้มสมองอักเสบ

(1.4) สिरยะได้รับอันตราย เช่น ถูกตีที่ศีรษะ รดคว่าสิริยะถูกกระทบกระเทือน อย่างรุนแรง

(2) สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่

- (2.1) ความผิดหวัง เช่น ในเรื่องการเรียน การทำงาน ความรัก
- (2.2) ความสูญเสีย เช่น การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว ตกงาน
- (2.3) ความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในทางลบ
- (3) สาเหตุทางด้านครอบครัว และสังคม ได้แก่
 - (3.1) ขาดความอบอุ่นจากการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็ก
 - (3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวไม่ดี
 - (3.3) ปัญหาเศรษฐกิจ และสภาพสังคมบีบคั้น

วีระ ไชยศรีสุข (2533, หน้า 92-101) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่หาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และมีปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

(1) ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

(1.1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเวชสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเวช สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเวชมากกว่าประชาชนทั่วไป

(1.2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมุติฐานเดิมที่ยังเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิต ซึ่งสมมุติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเวชเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

(1.3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเวชอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

(1.4) ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

(2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเวชได้ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536, หน้า 335)

(3) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนมากจะพบในในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรค จิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) มุ่งเน้นในเรื่องของครอบครัวเป็นหลัก โดยลักษณะครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท ได้แก่ ครอบครัวที่มีการตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือการเข้าไปยุ่งเกี่ยวจัดการมากเกินไป (over involvement) ในระดับสูง ในขณะที่เดียวกันมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (support) ในระดับต่ำ และมีการสื่อสารกันที่ไม่ชัดเจน ใช้ภาษาคลุ่มเครือ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536, หน้า 335-336) อธิบายว่า เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเวช แต่การศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่าครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (expressed emotion) เช่น การตำหนิผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ

จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเวช เชื่อว่าโรคจิตเวชเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเวชขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547, หน้า 16-17)

5. อาการของโรคจิตเวช

อาการทางจิตเวชสามารถแบ่งออกตามความผิดปกติเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 7 กลุ่ม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548, หน้า 55) ดังนี้

(1) ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (consciousness) เช่น การเสียการรับรู้ในด้าน เวลา สถานที่ และบุคคล มีภาวะงุนงง สับสน กระสับกระส่าย รู้สึกตัวน้อยหรือไม่รู้สีกตัว

(2) ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (Motor behavior) เช่น เคลื่อนไหวมากผิดปกติ วุ่นวาย ทำลายข้าวของ เคลื่อนไหวน้อยผิดปกติหรือไม่เคลื่อนไหว ย้ำทำ โยกตัวไปมา

(3) ความผิดปกติทางอารมณ์ (Emotion) เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ วิตกกังวล เฉื่อยชา เฉยเมย ฉุนเฉียว โมโหง่าย

(4) ความผิดปกติของความคิด (Thought) เช่น หลงผิด มีความคิดหลายๆ อย่าง เกิดขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว มีความเชื่อที่ปราศจากเหตุผล ย้ำคิด

(5) ความผิดปกติของการรับรู้ (Perception) เช่น ประสาทหลอน แปลภาพผิดหูแว่ว

(6) ความผิดปกติของความจำ (Memory) เช่น เกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งที่ตนเองประสบ ทั้งๆ ที่เคยพบมาก่อน หรือเห็นสถานที่ สิ่งที่ไม่เคยพบ แต่เกิดความรู้สึกว่าตนเองเคยเห็นมาก่อน

(7) ความผิดปกติของเชาวน์ปัญญา (Intelligence) เช่น มีภาวะปัญญาอ่อน ภาวะสมองเสื่อมมีความจำ และเชาวน์ปัญญาเสื่อมลง เนื่องจากสาเหตุทางกาย โดยที่สติสัมปชัญญะยังปกติ

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548, หน้า 122-123) สมภพ เรื่อง ตระกูล (2545, หน้า 85-87) ได้แบ่งอาการแสดงของโรคจิตเภท เป็น 2 กลุ่ม คือ

(1) กลุ่มอาการด้านบวก เป็นการแสดงออกในด้านความผิดปกติ คือ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด การพูดติดต๋อสื่อสารใช้ประโยคคำพูดฟังไม่รู้เรื่องใช้ศัพท์แปลกๆ พฤติกรรมผิดปกติมาก นั่งไม่เคลื่อนไหวอยู่ในท่าแปลกๆ หรือเอะอะโวยวาย

(2) กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมีแสดงอาการต่อไปนี้อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดียินร้าย พูดน้อย หดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด มีความบกพร่องทางการรับรู้ แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น บกพร่องทางด้านความคิด

6. การดำเนินของโรคจิตเวช

ผู้ที่ เป็นโรคจิตเวชส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคจะเกิดขึ้นช้า ๆ ในระยะแรกอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน เมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ (สุภาวดี บุญชู, 2551, หน้า 17) การดำเนินของโรคแบ่งเป็น 3 แบบ อรพรรณ คือบุณยรัชชัย และคณะ (2545, หน้า 110) คือ

(1) เป็นครั้งเดียวและไม่เป็นอีกเลย ซึ่งมักจะเป็นพฤติกรรมผิดปกติที่มีสาเหตุแน่ชัด เช่น เกิดจากรอยโรคในสมอง หรือเกิดจากภาวะความกดดันทางจิตใจอย่างรุนแรง เป็นต้น เมื่อรักษาสาเหตุแล้วอาการจะหายไปเลย

(2) เป็นแล้วหาย แต่มีโอกาสกลับเป็นได้อีก เช่น พฤติกรรมผิดปกติจากสุรา หรือยาเสพติด หากดื่มหรือเสพยาอีกก็จะกลับมาเป็นอีก กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน โรคจิตเภทบางราย เป็นต้น เมื่อมีเหตุกระตุ้นก็จะกลับมาเป็นอีก

(3) เป็นแล้วไม่หายกลายเป็นโรคเรื้อรัง เช่น พฤติกรรมผิดปกติ จากสาเหตุรอยโรคในสมองที่รักษาไม่หาย โรคจิตเภทบางราย เป็นต้น

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2548, หน้า 129-130) ดังนี้

(1) ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการมาหลายปีก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน ก่อนที่จะมีอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดีและอยู่ไม่สุข เป็นต้น ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือน ผู้ป่วยมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่ลง บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจจะระแวง แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ระยะช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ

(2) ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่เกิดอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลกๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก คือมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพเป็นจริง พูดยาไม่รู้เรื่องมีพฤติกรรมแปลก ๆ และอะละเวียวาย อาการเหล่านี้จะมีการกำเริบเป็นพักๆ จะปรากฏอาการเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนานมีความเครียดในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวงและปฏิเสธการรักษาหรือเมื่อมีอาการกำเริบขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยไม่มีสาเหตุส่งเสริมมาจากการชื้อยาเกินเองหรือมีการใช้แอลกอฮอล์

(3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบแต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ อาการด้านบวกจะลดความรุนแรงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบคือ มีการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ มีความบกพร่องของการรับรู้ และแยกตัวออกจากสังคม จะมีมากขึ้น

การดูแลรักษาเน้นการดูแลตนเองป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ของโรค ในระยะนี้กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่าย กระตุ้นให้อาการกำเริบเจ็บพลันได้ อาการนี้เป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทและมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตายและการทำบาปทบาทหน้าที่ที่ไม่ดี อาการที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่านและเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตัวเอง

7. การรักษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

การรักษาโรคทางจิตเวชในวัยรุ่น มีวิธีการรักษาด้วยรูปแบบต่างๆ ซึ่ง เกษม ดันติผลาชีวะ (2536, หน้า 342-346) และ นรวิทย์ พุ่มจันทร์ (2548, หน้า 9-10) ได้สรุปวิธีการรักษาผู้ป่วยไว้ดังนี้

(1) การรักษาด้วยยา ยาสามารถรักษาอาการสำคัญต่างๆ เช่น ประสาทหลอนและอาการหลงผิดให้หายได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยารักษาโรคจิต เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุย และสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาผู้ป่วยได้

(2) การรักษาด้วยไฟฟ้า ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีอาการทางจิตรุนแรง ตลอดจนใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่นการรักษาด้วยยา หรือจิตบำบัด

(3) ครอบครัวบำบัด เพื่อให้ญาติเข้าใจถึงอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความรู้เรื่องโรคและมีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อลดข้อขัดแย้งในครอบครัว พร้อมทั้งมีการสนับสนุนทางสังคม และแสดงอารมณ์ต่อกันในเชิงบวก คือ เป็นมิตรต่อกัน อบอุ่นเป็นกันเอง ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ให้ความรัก ความเอาใจใส่ และมีการเคารพสิทธิส่วนบุคคลกันในครอบครัว

(4) จิตบำบัดแบบประคับประคอง เป็นการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ทราบแนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวรวมทั้งค้นหาปัญหาทางจิตใจแล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเพื่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสมเมื่อเผชิญกับปัญหา

(5) กลุ่มบำบัด เป็นการใช้กิจกรรมกลุ่มมารักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีเพื่อน มีสังคมไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาในชีวิต การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ฝึกการคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตัวเอง โดยผ่านการให้กำลังใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม

(6) การรักษาโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ในด้านสังคม การดูแลตัวเอง การทำงาน การปรับตัว มีการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วย บุคลากรผู้รักษาทำงานเป็นทีมตามบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ มีการประชุมปรึกษาและวางแผนการ

รักษาร่วมกันโดยจิตแพทย์เป็นหัวหน้าทีม กิจกรรมต่างๆ ของการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ มั่นใจในตัวเอง และรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีหลายปัจจัยที่เป็นเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ และทำให้ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง และลักษณะของโรคจิตเภทคือเป็นโรคเรื้อรัง การดูแลรักษาในปัจจุบันใช้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตและการรักษาด้วยไฟฟ้าใช้ในรายที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยคงอาการในภาวะปกติมากที่สุด

8. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว นับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่ง ย่อมนำมาซึ่งความเดือดร้อนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งดูเหมือนเป็นเรื่องใหญ่ เป็นเรื่องที่น่าหวาดกลัว แต่จากสภาพความเป็นจริงการเจ็บป่วยทางจิตถือเป็นการเจ็บป่วยชนิดหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับใครก็ได้และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้วก็ต้องได้รับการบำบัดรักษา ช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวเช่นกัน (สมส่วน สารานุกรม, 2550, หน้า 23)

สมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการและปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในสังคมได้ในที่สุด การแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวที่ดีจะเป็นสิ่งที่ช่วยประคับประคองและเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมสิ่งแวดล้อมได้นาน โดยไม่เป็นภาระของครอบครัวมากนัก และไม่ต้องกลับมาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงอีก (สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2531) ให้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไว้ดังนี้

(1) สมาชิกในครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวของตน ความจำเป็นขั้นแรกของทุกคนก็คือ ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความสุข ความปลอดภัย และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยช่วยกันสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ร่วมกันจัดระบบการดูแลปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว

(2) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีจุดประสงค์สำคัญคือ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น อย่างน้อยที่สุดควรจะมีอาการทางจิตสงบ สามารถอยู่ในความดูแลของบุคคลที่ไม่ใช่ผู้ชำนาญการด้านจิตเวชได้ สมาชิกในครอบครัวจะต้องให้การดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกระตุ้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

(3) ผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบความสำเร็จและความสุขในการดำรงชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและสังคม สามารถดำเนินชีวิตด้วยตัวเอง โดยครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแล พากออกสังคม เพื่อสร้างประสบการณ์และเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสม

ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องและอย่างต่อเนื่อง ได้รับการปฏิบัติและแสดงออกจากครอบครัวอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นสุข ซึ่งนับไปแล้วผู้ป่วยจิตเวชอาจจะเป็นภาระน้อยกว่าครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยอีกหลายประเภท เช่น ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพาต หรือปัญญาอ่อน เป็นต้น สิ่งที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวช เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวภายหลังได้รับการบำบัดรักษาทางจิตเวชจนอาการทางจิตสงบ (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2530, หน้า 26-27) (ละอียด รอดจันทร์ วัชรารักษ์ อุทโยภาส และจันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, 2542, หน้า 19-20) ดังนี้

(1) สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องยอมรับผู้ป่วย แสดงความรัก และความสนใจต่อผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและเกิดความไว้วางใจ อบอุ่น มั่นคง

(2) ที่อยู่ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรแยกผู้ป่วยออกจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่น แยกห้องนอนไว้ต่างหากที่ไกลจากคนอื่น หรือแยกบ้านออกไปต่างหากจากครอบครัว เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตัวเองถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ขาดความอบอุ่น และรู้สึกว่าตัวเองไม่ได้รับความปลอดภัยในชีวิต

(3) ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ โดยไม่ทำอะไร ควรกระตุ้นให้ทำกิจกรรมตามความเหมาะสม โดยสอนให้ผู้ป่วยทำเองทีละน้อย ทำงานจากที่ง่าย ๆ ก่อนแล้วจึงค่อยๆ เพิ่มมากขึ้น

(4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้ โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในครอบครัวก่อน ไม่ควรแยกตัวหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว

(5) เมื่อผู้ป่วยทำอะไรที่ถูกต้องและทำได้ดีพอสมควร ควรแสดงความชื่นชม เป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่าสมาชิกในครอบครัวเห็นคุณค่าในตัวเขา ได้รับการยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความอบอุ่นในจิตใจ

(6) แนะนำเพื่อนบ้านไม่ควรหยอกล้อ กระทบเข้าเหย้าเหยื่อหรือเห็นผู้ป่วยเป็นตัวตลก ไม่อยากเข้าใกล้เพราะกลัวหรือรังเกียจผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในจิตใจ

(7) การเข้าใจในตัวผู้ป่วย บางครั้งอาจแสดงกิริยา คำพูด ตลอดจนท่าทางแปลก ๆ สมาชิกในครอบครัวต้องเข้าใจและให้อภัยผู้ป่วย

(8) ไม่แสดงอาการรังเกียจหรือแสดงอารมณ์อย่างรุนแรงในครอบครัว เช่น แสดงอาการรังเกียจไม่เข้าใกล้ วิชาทฤษฎีการผู้ป่วยในทางที่ไม่ดีทั้งคำพูด น้ำเสียง ท่าที เพราะจะทำให้ผู้ป่วยคิดมากเกิดอาการทางจิตกำเริบได้อีก

(9) ดูแลและระวังอย่าให้ผู้ป่วยใช้หรือเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสิ่งเสพติดต่าง ๆ เพราะสิ่งเสพติดทุกชนิดจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเร็วขึ้น

(10) ไม่ควรใช้กำลังและบังคับในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ควรใช้วิธีชักจูงอย่างนุ่มนวล สนับสนุน แสดงความเข้าใจ และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

(11) หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจหรือตัดสินใจอย่างไม่ถูกต้อง ควรแนะนำและช่วยผู้ป่วยตัดสินใจ ที่จะเป็ผลดีที่สุดแก่ตัวของผู้ป่วยเอง

(12) พยายามอย่าโต้แย้งกับผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่าให้หลบหนีออกจากบ้าน เพราะจะทำให้มีอาการทรุดหนักลงไปอีก

(13) หมั่นสังเกตอาการของผู้ป่วย ถ้าเห็นผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด มีหิวแหว่ พุดคนเดียว ให้รีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที

พนม เกตุมาน (2550, หน้า 1-2) กล่าวว่า ความสงบสุขภายในบ้านจึงเป็นผลดีต่อการรักษาอย่างยิ่ง ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่จะให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ถ้าสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

(1) ติดตามดูแล หรือกำกับให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ตรงตามที่แพทย์กำหนด อาจเป็นผู้จัดยาให้เองหรือคอยนับเม็ดยาที่เหลือ ควรมีวิธีจูงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือกันดี ๆ มากกว่าการบังคับข่มขู่กัน

(2) พาผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตามนัด ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมาจริงๆ ญาติควรมาพบและเล่าปัญหาให้แพทย์ทราบ

(3) คอยตรวจสอบอาการข้างเคียงของยา แพทย์ผู้รักษามักจะอธิบายให้ฟังก่อนการสั่งยาครั้งแรกว่าจะมีอาการข้างเคียงอย่างไรบ้าง ถ้าเกิดอาการข้างเคียงควรติดต่อแพทย์ผู้รักษาทันที อย่าทิ้งไว้เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่อยากกินยาและไม่อยากรักษาต่อไป

(4) สร้างบรรยากาศที่สงบ อบอุ่น มีกิจกรรมที่ดีทำร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารที่ดี บอกความต้องการต่อกัน และตอบสนองกันอย่างเหมาะสม

(5) ไม่ควรตามใจกันมากเกินไป หรือใช้สิทธิพิเศษจนผู้ป่วยทำความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

(6) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตผิดปกติ เช่น ระแวง หิวแหว่ ไม่ควรอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง นอกจากจะไม่ได้ผลแล้วยังอาจทำให้ผู้ป่วยโกรธ ควรรับฟังด้วยด้วยท่าที

เป็นกลาง ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย แต่ขอให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่เขาคิด สิ่งที่เขารู้สึกให้มากที่สุด พร้อมกับแสดงความเข้าใจและเห็นใจที่เขาคิดและรู้สึกเช่นนั้น อาการทางจิตจะดีขึ้นจากการใช้ยา ดังนั้นต้องรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็ว

(7) จัดจำอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นที่บ้านมาเล่าให้แพทย์ฟัง การดำเนินชีวิตที่บ้านจะแสดงถึงความสำเร็จของการรักษาด้วย

(8) จัดการดำเนินชีวิตผู้ป่วยให้สม่ำเสมอ โดยเฉพาะเวลาอาหาร เวลานอน เวลาออกกำลังกาย และเวลากินยา

(9) ควรให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดำเนินชีวิตตามปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งความรับผิดชอบส่วนตัว และงานรับผิดชอบส่วนรวม

(10) หลีกเลี่ยงการใช้อารมณ์ตอบโต้กันภายในบ้าน เมื่อมีความขัดแย้งควรนำมาปรึกษาแพทย์

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยสมาชิกในครอบครัว จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เกิดการเรียนรู้ในการปรับตัว และสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างปกติสุข

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ทฤษฎี Precede Framework

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดมาวินิจฉัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ตามแนวคิดของ กรีน และกรูเธอร์ (Lawrence W. Green, W.Kreuter, 1980) PERCEDE ย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นรูปแบบในการวินิจฉัยปัจจัยในตัวบุคคลและภายนอกบุคคล เพื่อการวางแผนดำเนินงานสุขภาพที่มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (multiple factor) ดังนั้นการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายๆด้าน ประกอบกัน จะต้องวินิจฉัยถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น จึงสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

PRECEDE Framework เป็นกระบวนการของการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถนำไปใช้ได้

โรงพยาบาล ในชุมชน และสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นเฉพาะเรื่อง และการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

แนวคิดของ PRECEDE ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการวินิจฉัยคุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพก่อน จากนั้นจึงมาพิจารณาวางแผนโครงการ โดยเลือกกลวิธีที่เหมาะสม พร้อมทั้งพิจารณาป้องกัน แก้ไขปัญหา ทางด้านการบริหารที่จะเกิดขึ้น และท้ายสุดต้องมีการประเมิน โครงการเป็นระยะๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้แต่ละขั้นตอน (กุลวรรณ นาครัถย์, 2551, หน้า 15-18) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social diagnosis) การวินิจฉัยทางสังคมเป็นการวิเคราะห์ โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญ ที่มีความต้องการและความคาดหวังของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น รวมทั้งศึกษาปัญหาต่างๆ ของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ปัญหาต่างๆที่เป็นประโยชน์จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological diagnosis) เป็นการเกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงปัญหาของครอบครัว อะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยอาศัยข้อมูลต่างๆที่มีอยู่แล้ว หรือข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมขึ้นใหม่ตามความเหมาะสม ได้แก่ ข้อมูลทางการแพทย์ และวิทยาการระบาด แล้วทำการเลือกปัญหาของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental diagnosis) เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของครอบครัว ที่เลือกในขั้นตอนที่ 2 โดยนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล และสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น เจตคติของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

ขั้นที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา (Educational diagnosis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินสาเหตุของปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยจำแนกออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคลในครอบครัวซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education experience) ซึ่งความพอใจนี้จะมีผล

ทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ คือ องค์ประกอบของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และข้อมูล ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และ ภาระในการดูแล

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม ของบุคคลในครอบครัว รวมทั้งทักษะของบุคคลในครอบครัวที่จะช่วยให้สามารถแสดงพฤติกรรม นั้นได้ และสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้น ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคจิตเวช และการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับ จากการแสดงพฤติกรรมนั้น อาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ที่มีทั้งสิ่งที่เป็น รางวัลผลตอบแทนและการลงโทษ สิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นจะได้รับจากครอบครัวที่มีอิทธิพล ต่อตนเอง ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง นอกจากนี้ยังรวมถึงอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น สังคม ชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว

ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีการศึกษา (Selection of educational strategies) ภายหลังจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือมีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมของ ครอบครัว ว่าปัจจัยใดบ้าง มากน้อยเพียงใดแล้ว ขั้นตอนนี้จะเป็นการวางแผนกำหนดกลวิธีที่ เหมาะสมที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยทั้ง 3 ด้าน เพื่อนำไปสู่ขบวนการการสนับสนุน ทางสังคมของครอบครัวที่เหมาะสม วิธีการของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีหลาย รูปแบบ เช่นการได้รับข้อมูลข่าวสาร การขอคำปรึกษาจากสถานบริการทางจิตเวช การบรรยาย การ ใช้สื่อมวลชน หรือวิธีการจัดองค์กรชุมชนต่างๆ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว จำเป็นต้อง เลือกลวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะสามารถไปมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริมตามที่ต้องการ โดยอาจนำวิธีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่เหมาะสมหลายๆ วิธีมารวมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ขั้นที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Administrative diagnosis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อ ประเมินถึงปัจจัยหรือปัญหาด้านการบริหารจัดการ ที่จะมผลกระทบต่อการสนับสนุนทางสังคม ของครอบครัว ขั้นตอนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัญหาหรือปัจจัยต่างๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการ สนับสนุนทางสังคมของครอบครัวให้มีน้อยที่สุด และเพื่อส่งเสริมให้ประสบผลสำเร็จ และมีผลต่อ ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในด้านดีมากที่สุด

ขั้นที่ 7 การประเมินผล (Evaluation) ในการประเมินผลการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว จะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ วัตถุประสงค์ในการประเมิน เพื่อวัดผลของการดำเนินการ การประเมินผลใน PRECEDE Framework โดยแท้จริงแล้ว การประเมินผลมิได้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการแต่อย่างใด แต่เป็นส่วนของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ในการดำเนินงานตั้งแต่การวางแผนดำเนินงาน โดยการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนเอาไว้แต่แรก และต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่ก่อนการดำเนินงานจนสิ้นสุดการดำเนินงาน และภายหลังการดำเนินงานด้วย

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

ผู้คิดทฤษฎี ประกอบด้วย Kaplan, Casel and Core ในปี ค.ศ. 1972 การสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาด้านสังคม จิตวิทยา ซึ่งพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้น จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญ และมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมและสุขภาพอนามัยของคนทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเจ็บป่วย ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะได้มาจาก บิดา มารดา สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลลดภาวะความตึงเครียดลงได้ และสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันเป็นพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผู้ศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

ลิน และคณะ (Lin et al., 1979, p. 109) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมคือ การที่บุคคลหนึ่งให้การช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีความความผูกพันและการติดต่อกันในสังคมไม่ว่าจะเป็นรายบุคคล กลุ่ม หมู่คณะหรือชุมชนขนาดใหญ่ก็ได้

คาห์น (Kahn, 1979 cited by Norbeck, et al., 1981, p. 256) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในลักษณะการแสดงออกต่อไปนี่ยังน้อยหนึ่งอย่างหรือมากกว่า คือ

(1) ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกหรือความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การยอมรับ

(2) การยืนยันรับรองพฤติกรรมซึ่งกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงความเห็นด้วยการยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคลอื่นๆ

(3) การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการให้สิ่งของหรือความช่วยเหลือโดยตรง ซึ่งความช่วยเหลือนั้นอาจเป็นวัตถุ ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

คอบบ์ (Cobb, 1976, pp. 300-301) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีผู้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเขา และเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เพียลิน และอนเนสเฮนเซล (Pearlin and Aneshensel, 1986, p. 418) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง แหล่งประโยชน์ทางสังคมที่บุคคลสามารถดึงมาใช้เพื่อจัดการกับปัญหาในชีวิตได้

แคปแลน (Kaplan, 1976, pp. 39-42) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรืออารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ฟิลิสุก (Pilisuk, 1982, p. 20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

จากแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัวและรู้สึกว่าได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางสังคม เช่น ได้รับความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจ เอาใจใส่ ได้รับการยอมรับ ความหวังใจ มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้รับข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ เกิดความรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ได้มีนักวิจัยหลายท่านศึกษาไว้ ดังนี้

ยูวดี โชติวัฒนพงษ์ (2536, บทคัดย่อ) ศึกษา ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ เกิดจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกรณีศึกษาโรงพยาบาลโรคทรวงอกนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากครอบครัวด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก

จิรา เจริญภัทรเกษ (2537, หน้า 3) ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นโรงพยาบาลบาราศนราคร ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้สึกยินดีและมีความสุขเมื่อผู้ป่วยได้กลับมาอยู่ที่บ้าน สมาชิกในครอบครัวยินดีให้ความช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นหรือร่วมตัดสินใจในเรื่องต่างๆของครอบครัวได้เหมือนก่อนป่วย

วราภรณ์ แสงวัชร (2537, หน้า 78) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการป่วยและรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลต้องใช้ระยะเวลารักษาต่อเนื่อง จึงกระทบต่อภาวะจิตใจอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัวซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญมากที่สุด หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในด้านต่างๆ จะช่วยให้มีอารมณ์และจิตใจมั่นคง มองโลกในแง่ดี มีสุขภาพจิตที่ดีพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการสนับสนุนที่ได้รับจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว

อรุพันธ์ อนุฉินาวิ (2538, หน้า 137) ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาทวิทยา ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับมากและปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จิตใจ สำหรับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวยังไม่สามารถรู้วิธีที่จะได้แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

ศิริมา นามประเสริฐ คุษฎี อายุวัฒน์ และ สุเกศินี สุทธิระ (2545, บทคัดย่อ) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกัน คือ 49.0 และ 42.0 และพบว่าครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์ทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุประสงค์ คิดเป็นร้อยละที่ใกล้เคียงกันและเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ส่วนชุมชนให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด

รองลงมาด้านด้านอารมณ์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนของครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ของครอบครัว ความสามารถในการเผชิญปัญหาภาวะวิกฤติของครอบครัว ซึ่งอธิบายความผันแปรของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนได้ ร้อยละ 66.3

วันเพ็ญ ยืนยงแสน (2545, บทคัดย่อ) ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอยู่ในระดับสูง และแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทได้รับมากที่สุด คือ จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 96.82 จากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 87.30 จากญาติ ร้อยละ 85.71 และจากหน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ร้อยละ 84.12

ไพสิน ปรัชญคุปต์ (2548, บทคัดย่อ) ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวและชุมชนส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภท ใน 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การแสดงความเข้าใจ ความเห็นใจ และความดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย มีการให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำความดี การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ ได้แก่ การจัดสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน จัดหาอาหารและยาไว้ให้

ปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข (2550, บทคัดย่อ) ศึกษา พฤติกรรมของการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลให้อาหาร การดูแลเรื่องการขับถ่าย การดูแลให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน การดูแลให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การดูแลให้มีการพักผ่อนหย่อนใจ การรับรู้อาการผิดปกติ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการกระตุ้นพัฒนาการ นอกจากนี้มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสถานีนามัย และญาติอย่างเพียงพอในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านทรัพยากร ส่งผลให้มารดามีพลังความสามารถในการดูแลบุตรสมองพิการ