

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย
ประกอบไปด้วย

ความรู้

- ความหมาย
- สาเหตุ
- ลักษณะอาการ
- การดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท

เจตคติ

- ความหมาย
- ลักษณะของเจตคติ
- ประโยชน์
- ที่มาของเจตคติ
- ทฤษฎี

พฤติกรรมการดูแล

- ความหมาย
- ทฤษฎี
- บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Knowledge) ⁽¹¹⁾

ความหมาย

โรคจิตเภทเป็นโรคจิต ที่เกิดจากสาเหตุทางอารมณ์ หรือจิตใจ ซึ่งรุนแรงและพบมากที่สุด แสดงลักษณะโดยมีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และขาดความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงต่าง ๆ อย่างมาก จนทำให้ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติ รวมทั้งทำให้การเอาใจใส่ตนเองการปฏิบัติหน้าที่การทำงานและความสัมพันธ์กับสังคมเสียไปด้วย ⁽⁴⁾

สาเหตุ

1. **กรรมพันธุ์** จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง ความหมายตามตารางที่ * คือหากติดตามคนทั่วๆ ไป ไปเรื่อยๆ 100 คนจะพบว่าผู้ที่เกิดป่วยเป็นโรคจิตเภท 1 คน หากติดตามพี่น้องของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทไปเรื่อยๆ 100 คนจะพบว่าเกิดป่วยเป็นโรคจิตเภท 8 คน จะเห็นว่ายังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าไร ก็ยังมีโอกาสเกิดมากขึ้น อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตคือแม้แต่แฝดไข่ใบเดียวกัน (คู่แฝดที่มีหน้าตาเหมือนกันเพศเดียวกัน) คนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งก็ไม่ได้พบว่าเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่าถึงแม้กรรมพันธุ์จะมีส่วนในการเกิดโรคแต่ก็ไม่ได้เป็นสาเหตุไปทั้งหมด

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ

ความสัมพันธ์ ความเสี่ยง (ร้อยละ)

คนทั่วไป 1.0

พี่น้องของผู้ป่วย 8.0

ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย 12.0

คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ) 12.0

ลูกที่พ่อและแม่ป่วย 40.0

คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน) 47.0

2. ระบบสารเคมีในสมอง

- ❖ เชื่อว่าโรคนี้เป็นจากสารเคมีในสมองที่ชื่อว่าโดปามีน (dopamine) ในบางบริเวณของสมอง มีการทำงานมากเกินไป และพบว่าการศึกษาโรคจิตรักษาโรคนี้ได้ เป็นจากการที่ยาไปออกฤทธิ์ยับยั้งการออกฤทธิ์ของสารโดปามีน
- ❖ มีจำนวน Postsynaptic receptor มากไป หรือมี Affinity ต่อดอปามีน มากเกินไป
- ❖ มีความมาสมดุลระหว่าง Excitatory action ของ Acetylcholine กับ Inhibitory action ของ Dopamine และ Gamma amino butyric acid (GABA)

3. ความผิดปกติในส่วนอื่นๆ ของสมอง พบผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีช่องในสมอง (ventricle) โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าลดลง และการทำงานของสมองส่วนหน้าไม่เต็มที่ ในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ ขอบต่าหนีตีเยินผู้ป่วย มีท่าทีไม่เป็นมิตร หรือเข้าไปจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

4. การปฏิบัติต่อกันของบุคคลในครอบครัว ซึ่งการปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลในครอบครัวที่สำคัญคือ ระหว่างบิดามารดา กับ บุตร

- 1) การที่บิดาตั้งความหวังในตัวบุตรสูงเกินไป คือ หวังจะให้บุตรทำอย่างนั้นอย่างนี้ได้ ในขณะที่ความสมบูรณ์ของเด็กยังไม่พร้อม หรือการที่พัฒนาการของเด็กคนนั้นต่ำกว่าเด็กอื่น ๆ การที่เร่งให้เด็กทำในสิ่งที่เขายังไม่พร้อมจะทำให้เด็กเกิดความตึงเครียดและวิตกกังวล เป็นผลให้พัฒนาการทางบุคลิกภาพของเด็กหยุดชะงักหรือพัฒนาได้อย่างไม่สมบูรณ์
- 2) ความสัมพันธ์ของมารดากับทารกที่ขาดตกบกพร่อง โดยเฉพาะด้านความรัก เช่น การที่มารดาไม่ค่อยเล่นกอดจูบลูก ทั้ง ๆ ที่ดูแลเรื่องอาหาร ความสะอาด และอื่น ๆ ให้อย่างปกติ อาจทำให้เด็กเป็นโรคจิตเภทได้เมื่อโตขึ้น และขณะป่วยจะมีการถอยหลังไปสู่พฤติกรรมและอารมณ์ของวัยทารก คือ มีความคิดว่าตนมีความสามารถในทุก ๆ อย่าง มีอารมณ์โกรธแบบทารก และไม่สามารถเข้าใจความเป็น

จริงต่าง ๆ ได้ ซึ่งแสดงว่าเด็กยึดติดกับวัยทารกซึ่งขาดความอบอุ่นจากแม่ การแสดงความรักและการเล่นกับทารกไม่เพียงพอ จะทำให้การพัฒนาทางบุคลิกภาพที่เกี่ยวกับการรู้จักร่างกายตนเองและการเริ่มต้นของ ego ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัย ความรู้สึกไว้วางใจ และความรู้สึกก้าวร้าวดำเนินไปไม่ได้ดี ทำให้เด็กขาดความสามารถควบคุมตนเอง และขาดความเป็นตัวของตัวเองในเวลาต่อมา ยิ่งกว่านั้นการขาดความรักจากแม่ในวัยทารกยังทำให้เด็กขาดความสามารถในทางสังคม รวมทั้งขาดความสามารถประกอบกิจกรรมทางเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ไม่สามารถแสดงความรักต่อลูกอาจเกิดจากแม่มีอารมณ์เศร้าเนื่องจากมีความรู้สึกผิดต่อลูกคนนั้น การมีลูกที่เกินไป การรังเกียจรูปร่างหน้าตาของเด็ก หรือการไม่ชอบลักษณะบางอย่างของเด็กที่บังเอิญไปเหมือนกับคนที่ตนไม่ชอบ

- 3) ความไม่เสมอต้นเสมอปลายของมารดาเชื่อว่าเป็นสาเหตุหนึ่ง เพราะจะทำให้เด็กทั้งต้องการและกลัวมารดา อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กไม่สามารถสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นได้
- 4) ครอบครัวมีปัญหาทางจิต จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีวัยเด็กที่ต้องเผชิญกับครอบครัวที่มีปัญหา ได้แก่ การที่ทั้งบิดา มารดามีปัญหาด้านบุคลิกภาพ บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท บิดามารดามีความขัดแย้งกัน และพยายามดึงลูกให้เป็นพวกเดียวกับตน หรือในบางครอบครัวบิดา มารดานิเสธชอบชมชู้ ก้าวร้าว ดุร้าย หรือ ติดสูรา ซึ่งอีกฝ่ายต้องยอมทนนิเสธเหล่านี้ หรือไม่ก็หนีไป ปล่อยให้เด็กเผชิญเหตุการณ์ร้าย ๆ ตามลำพัง บิดามารดา จำพวกนี้อาจมีความสับสนในบทบาททางเพศของตนด้วย บางคนเป็นรักร่วมเพศ และบางคนมีความต้องการมีเพศสัมพันธ์กับลูก ซึ่งตนต้องบังคับใจไม่ให้เกิดขึ้น เพราะฉะนั้นลักษณะของครอบครัวเช่นนี้จะทำให้เด็กไม่สบายใจอยู่ตลอดเวลา จนไม่สามารถสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง ไม่สามารถร่วมแสดงความรู้สึกโกรธ ก้าวร้าว หรือความต้องการทางเพศได้อย่างเหมาะสม ทั้งไม่สามารถหลีกเลี่ยงแบบบุคลิกภาพ และบทบาททางเพศของบิดามารดาได้
- 5) การพูดอย่าง ทำอย่าง การที่แม่พูดอย่างแต่ปฏิบัติอีกอย่าง เช่นพูดว่าอยากให้ลูกมีอิสระ และรู้จักเป็นตัวของตัวเอง แต่ในขณะที่เดียวกันเวลาลูกจะไปทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนที่โรงเรียน แม่ก็ไม่ยอมให้ไปด้วยเหตุผลต่าง ๆ การกระทำแบบนี้ทำให้เด็กไม่แน่ใจว่าแม่ต้องการอะไร และก็ไม่กล้าถามแม่ตรง ๆ เพราะกลัวว่าจะทำ

ให้ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับเขาเสียไป ประสบการณ์เช่นนี้จะทำให้ พัฒนาการในด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นแคบลงและสับสน ละทำให้การสังคม ของเขาจำกัดลง อย่างไรก็ตามปัจจุบันก็ยังไม่สามารถบอกได้ว่าลักษณะครอบครัว แบบนี้จะเป็นลักษณะจำเพาะของครอบครัวที่เป็นโรคจิตเภท

- 6) การที่เด็กต้องเป็นผู้รับความโกรธที่เกิดขึ้นในครอบครัว และเห็นนิสัยชอบโทษคนอื่น ปฏิเสธ หรือโกหกกันในครอบครัวเป็นประจำ จนเกิดการลอกเลียนแบบก็เป็น สาเหตุหนึ่ง ในครอบครัวเช่นนี้มักพบว่ามีการทำร้ายร่างกาย หรือการกระทำรุนแรงทางเพศต่อเด็ก ซึ่งเด็กจะต้องปฏิเสธและเก็บกดเอาไว้ เพื่อรักษาความสัมพันธ์กับบิดามารดาที่เขาต้องพึ่งพาอาศัย เมื่อ เกิดเหตุการณ์แบบนี้บ่อย ๆ เด็กจะเกิดความรู้สึกผิดและโกรธอยู่ภายในจิตใจ เมื่อ เกิดขึ้นเรื่อย ๆ ในที่สุดก็จะระเบิดออกมาเป็นอาการของโรคจิต ...

ตราบจนปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่ม อาการซึ่งเป็นมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันเชื่อว่า ผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้ม หรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท ขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นเรื่องทางร่างกาย ยาหรือสารต่างๆ เรื่องของจิตใจ หรือสภาพแวดล้อมที่กดดัน หรือเป็นจากหลายๆ ประการร่วมกัน

ผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรบ้างในระยะยาว

เป็นสิ่งที่ทั้งผู้ป่วยและญาติเองต้องการทราบ ยิ่งช่วงที่เริ่มเป็นใหม่ๆ ก็อย่างยิ่งวลมาก กลัว ไม่หาย ตามจริงแล้ว ไม่มีใครสามารถบอกได้แน่นอนว่าผู้ป่วยแต่ละรายต่อไปจะเป็นอย่างไร ตารางที่ 4 เป็นแนวทางคร่าวๆ ที่ช่วยบอกว่าต่อไปผู้ป่วยรายนี้น่าจะดีหรือไม่ดี อย่างไรก็ตาม ตัวที่จะ บอกได้ดีที่สุดคือผลการรักษา หลังจากที่ได้รับการรักษาไปแล้ว แพทย์จะพอบอกได้ คร่าวๆ ว่าน่าจะดี หรือไม่ดี ผู้ป่วยบางคนหากดูตามตารางอาจพบว่ามีข้อที่ไม่ดีอยู่หลายข้อ แต่เมื่อ รักษาไปพบว่าตัวผู้ป่วยเองให้ความร่วมมือในการรักษาดี ไม่เคยขาดยา ปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอด ญาติพี่น้องก็คอยช่วยเหลือ ผลระยะยาวกลับออกมาดีกว่าอีกคนหนึ่งที่เคยติดตามตารางแล้ว การพยากรณ์โรคดีกว่า แต่ตัวผู้ป่วยไม่ชอบรับประทานยา ญาติเองก็กลัวติดยา เป็นต้น

ปัจจัยทางพันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง คือหากติดตามคนทั่วๆ ไป ไปเรื่อยๆ 100 คนจะพบว่าผู้มีผู้ที่เกิดป่วยเป็นโรคจิตเภท 1 คน หากติดตามพี่น้องของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทไปเรื่อยๆ 100 คนจะพบว่าเกิดป่วยเป็น

ลักษณะอาการ ⁽¹²⁾

อาการของโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะอาการหลงเหลือ

1. **ระยะเริ่มมีอาการ** ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่เก็บตัวมากขึ้น เดิมวันหยุดเคยออกไปกับเพื่อนก็กลายเป็นไม่ไปไหน อาจขลุกตัวอยู่แต่ในห้อง จะพบคนในบ้านก็ต่อเมื่อถึงเวลากินข้าว อาจหันไปสนใจเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ บางคนก็หันไปหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างอย่างมาก เช่น สะสมพระเต็มห้อง ทีวี ที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนผลการเรียนเริ่มตกต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอย หรือไม่ค่อยสนใจเรียน เพื่อนๆ มีความรู้สึกที่ผู้ป่วยห่างไปจากกลุ่ม มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ที่บ้านอาจเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนขี้เกียจ วันหยุดก็ตื่นสาย บางที่ตื่นมาก็กินข้าวเที่ยงเลย การสนใจเรื่องของร่างกาย หรือการแต่งตัวก็ลดลง จากเดิมเป็นคนสะอาด กลายเป็นมีเสื้อผ้าอยู่เกลื่อนห้อง กางเกงตัวหนึ่งใส่หลายวันโดยไม่ซัก เวลาถามเรื่องเหล่านี้ก็มักมีข้ออ้างต่างๆ นานา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนๆ ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มเหล้ามาก หรือเครียดจัดๆ อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ

2. **ระยะอาการกำเริบ** ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบเลย ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานเป็นปี ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ ดื่มเหล้า หรือใช้สารเสพติด แต่ในบางราย อาการเป็นมากขึ้นมาเองก็มี ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาการโรคจิตเช่น อาการหลงผิด หูแว่ว วุ่นวาย ก้าวร้าว หรือพูดแล้วคนอื่นฟังไม่เข้าใจ จะปรากฏชัด พบว่าคนที่เป็โรคจิตเภทมักมีอาการในระยะกำเริบที่พบบ่อย ๆ ดังนี้

1) อาการหลงผิด ความหลงผิดที่พบในโรคจิตมีหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวง หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง หลงผิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด ชนิดที่พบบ่อยคืออาการหวาดระแวง โดยเชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง มีคนปองร้าย อาจเป็นคนที่ เดียวหรือเป็นขบวนการ ความหลงผิดที่ดึงเรื่องต่างๆ มาเชื่อมโยงกับตนเองก็พบบ่อยเช่นกัน โดยเห็นคนคุยกันก็คิดว่าคุยเรื่องตนเอง อ่านหนังสือพิมพ์ก็รู้สึกว่าเขาเรื่องของตนเองไปเขียน นอกจากนี้ยังอาจมีความหลงผิดชนิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ ได้แก่ ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครทราบก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนเองมีเครื่องดักจับสัญญาณคลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจอะไรบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่าง อย่างฝืนไม่ได้เลย

2) อาการประสาทหลอน ประสาทหลอนคือการมีกรรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ เสียงแว่ว โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวดีอยู่ตลอด มิใช่ได้ยินเพียงแค่เสียงคนเรียกชื่อบางครั้ง หรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ลักษณะที่พบบ่อยคือแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรืออาจเป็นเสียงๆ เดียวคอยพูดต่อว่า หรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็จะวิจารณ์ไปหมด จนผู้ที่เป็นรู้สึกทุกข์ทรมานมาก บางคนบอกว่าจนไม่อยากจะคิด ไม่อยากจะทำอะไร เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนก็ได้ยินพอๆ กัน ถ้าข้างนอกมีเสียงดัง เสียงแว่วนี้อาจเบาลงหรือหายไป บางคนใส่หูฟังเพื่อจะให้ได้ยินเสียงแว่วก็มี

ประสาทหลอนชนิดที่พบรองลงไปคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีลัน รายละเอียดชัดเจน และมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆ หรือลิ้นรับรู้รสแปลกๆ อาจพบได้ แต่ไม่บ่อย

อาการที่มักพบเฉพาะในโรคจิตเภท

1. หูแว่วได้ยินเสียงดังขึ้นมาพร้อมๆ กันกับที่ตนเองคิด เนื้อหาใจความเหมือนกับที่คิดทุกอย่าง ผู้ป่วยบางคนบอกว่าเป็นเสียงสะท้อนของความคิด
2. หูแว่วได้ยินเสียงคนมากกว่าสองคนถกเถียงหรือออกความคิดเห็นกัน โดยพูดถึงเรื่องของผู้ป่วย
3. หูแว่วเสียงพูดวิจารณ์การกระทำหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย
4. รู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเอง รวมไปถึงเชื่อว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองนี้ เป็นมาจากการกระทำของบุคคลหรืออำนาจภายนอก

5. รู้สึกว่าจู่ ๆ ความคิดเกิดหายไปกะทันหัน จากการใช้บุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป
6. รู้สึกว่าความคิดที่มีนั้นไม่ใช่ความคิดของตนเอง หากแต่เป็นจากบุคคลหรืออำนาจภายนอกสอดแทรกความคิดนั้นเข้าสู่ตนเอง
7. รู้สึกว่าความคิดของตนเองแผ่กระจายออกไปภายนอก จนคนอื่น ๆ รอบข้างทราบกันหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่
8. มีการรับรู้ที่ปกติ แต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน เช่น มองเห็นตำรวจโบกมือให้รถไป เกิดเชื่อขึ้นมาว่าตำรวจโบกมือเพื่อบอกว่าสามีจะต้องจากตนเองไปเร็ว ๆ นี้
9. มีความเชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึก แรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นมีใช้ของตนเอง หากเป็นจากอำนาจภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้น ตนเองเป็นเหมือนหุ่นยนต์ที่คอยทำตามการควบคุม

3) **อาการด้านความคิด** ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เหมาะสมตนเองเข้าใจคนเดียว เช่น มักไปยืนหน้าต้นไม้ข้างบ้านทุกเช้าก่อนออกจากบ้าน ตามก็บอกว่าเป็นการเคารพผู้อาวุโส จะได้เป็นสิริมงคล เพราะต้นไม้มีคุณค่าแก่โลกและยังมีอายุหลายสิบปี เป็นต้น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางอาการพูดสนทนา โดยอาจพูดจาไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยที่อีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นมากๆ การวางคำในตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย บางคนอาจใช้คำแปลกๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตัวเขาเอง

4) **อาการด้านพฤติกรรม** พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน ผมน้ำรุงรัง กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปมา หรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งจู่ๆ ก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา หรือยิ้มกริ่มทั้งวัน แต่งเนื้อแต่งตัวแปลกๆ เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้งๆ ที่อากาศร้อน บางคนจะควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่เดิมไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะหากญาติไปขัดใจหรือห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

มีอาการอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งเรียกว่า อาการด้านลบ (negative symptoms) คือ ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วๆ ไป ได้แก่ ไม่อยากได้อะไรดี ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งตัวมอซอ ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร ไม่รู้ร้อนรู้หนาว อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ใครชวนไปไหนก็มักปฏิเสธ เวลาพูดคุยด้วยจะเห็นว่าผู้ป่วยจะเฉยๆ ไม่แสดงท่าทีหรือความรู้สึกเท่าไร อาจมีอึดมบ้าง แต่โดยรวมแล้วจะเป็นแบบเฉยๆ อาการในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบชัดเจน ในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาแต่ลักษณะนี้ โดยไม่พบว่ามีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

3. **ระยะอาการหลงเหลือ** ส่วนใหญ่แล้วอาการต่างๆ ที่กำเริบจะเป็นอยู่ช่วงหนึ่ง เมื่อรักษาก็จะทุเลาลง อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนจะหายไป หรืออาจมีแต่น้อยหรือเป็นนานๆ ครั้ง พูดจาฟังรู้เรื่องขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

ความเป็นไปของอาการ

พบว่าผู้ป่วยมักมีนิสัยเดิมเป็นคนเก็บตัวมาตั้งแต่เด็กหรือวัยรุ่น เป็นคนไม่ช่างพูด มีเพื่อนไม่กี่คน ชอบเพื่อนไม่ชอบเล่นกีฬาหรือการแข่งขัน ชอบกิจกรรมที่ทำคนเดียว ไม่ชอบเที่ยว ส่วนใหญ่จะชอบอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อยู่ที่บ้าน ฯลฯ อย่างไรก็ตามการมีพฤติกรรมหรือบุคลิกเช่นนี้ไม่ได้เป็นสิ่งผิดปกติ เพียงแต่พบว่าเมื่อสอบถามผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทย้อนหลังถึงช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่นแล้ว พบว่าส่วนหนึ่งมีบุคลิกนิสัยเช่นนี้ ส่วนใหญ่ผู้ที่เริ่มมีอาการขณะอายุราว 20 ปี ถึง 30 ปีเศษ พบว่าเพศชายเริ่มมีอาการขณะอายุน้อยกว่าเพศหญิง พบน้อยที่มีอาการก่อนช่วงวัยรุ่น โรคนี้ยังอาจพบได้ในคนสูงอายุ เช่น เริ่มมีอาการหลังอายุ 45 ปี แต่พบไม่มาก ระยะเริ่มมีอาการจะค่อยเป็นค่อยไปตามที่กล่าวมาแล้ว และมักพบอาการกำเริบเมื่อผู้ที่เป็นประสบกับความกดดันด้านจิตใจมากๆ

แพทย์วินิจฉัยอย่างไร

ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะต้องมีอาการที่เข้าเกณฑ์ดังนี้

ก. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน

1. อาการหลงผิด
2. อาการประสาทหลอน

3. พุดจาสับสนมาก มักเปลี่ยนเรื่องจนฟังไม่เข้าใจ
4. พฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย หรือมีท่าทางแปลกๆ
5. อาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่ค่อยพูด หรือเฉื่อยชา

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึก หรือหูแว่วเสียงคุยกันเรื่องผู้ป่วย หรือแว่วเสียงวิจารณ์ตัวผู้ป่วย

ข. กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน การคบหาพูดคุยกับผู้อื่นแย่งลงมาก หรือไม่สนใจดูแลสุขอนามัยของตนเองอย่างมาก

ค. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบ (ตามข้อ ก) นานอย่างน้อย 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการ หรือระยะอาการหลงเหลือ

นอกจากการพิจารณาว่าอาการของผู้ป่วยเข้าได้กับเกณฑ์เหล่านี้หรือไม่แล้ว แพทย์ยังซักถามประวัติอื่นๆ เช่น ความเจ็บป่วยทางจิตในญาติๆ ประวัติส่วนตัว การเลี้ยงดู ลักษณะอุปนิสัย การปรับตัว เป็นต้น แพทย์ยังต้องสืบค้นต่อไปว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการเหล่านี้หรือไม่ ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในรายที่อาการไม่ชัดเจน เป็นประสบการณ์และทักษะที่ต้องผ่านการฝึกฝนและการดูแลผู้ป่วยมาจำนวนหนึ่ง อีกขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญคือการดูว่าอาการผู้ป่วยเป็นจากโรคทางกาย จากยาหรือสารเสพติดต่างๆ ได้หรือไม่ เนื่องจากมีโรคทางร่างกายมากมายที่ก่อให้เกิดอาการคล้ายคลึงกับโรคจิตได้ ตัวอย่างสารเสพติดที่เราอาจเห็นได้ชัดคือยาบ้าที่ผู้เสพจะมีอาการคลุ้มคลั่งหวาดระแวง กลัวคนจะมาทำร้าย ผู้ที่กินยาลดความอ้วนบางคนก็มีอาการแบบนี้ได้เหมือนกัน แม้จะไม่รุนแรงเท่า ในกรณีนี้เห็นว่าจำเป็นแพทย์จะส่งตรวจพิเศษ เช่นเจาะเลือดดูระดับสารต่างๆ ในร่างกาย ส่งตรวจคลื่นสมอง หรือส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น มีพบบ้างเหมือนกันว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการของโรคจิต แต่พอรักษาไปได้ระยะหนึ่งเริ่มมีอาการของโรคทางกายให้เห็น พอส่งตรวจเพิ่มเติมพบเป็นเนื้องอกในสมองบ้าง เป็นโรคทางกายต่างๆ บ้าง แม้จะพบได้น้อยก็ตาม ดังนั้น เกณฑ์การวินิจฉัยในข้างต้นนี้จึงเป็นเพียงแนวทางในเบื้องต้นเท่านั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งในหลายๆ องค์ประกอบที่แพทย์ใช้ในการวินิจฉัย

การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาหลักในโรคนี้คือการให้ยารักษาโรคจิต ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุของโรคจิตเภทนี้เป็นมาจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง ซึ่งยารักษาโรคจิตจะไปช่วยแก้ไขหรือปรับระดับของสารเคมีต่างๆ ให้เข้าที่ ทำให้อาการโรคจิตดีขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาส่วน

หนึ่งของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับกำกับการปรับตัวต่อโรค ต่อสังคมรอบข้าง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยยา การช่วยด้วยจิตบำบัดหรือการให้คำแนะนำของแพทย์หรือนุคลิกภาพทางสุขภาพจิตจะช่วยในส่วนนี้อย่างมาก โดยทั่วไปแล้วหากผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างมาก แพทย์ก็มักรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งนอกจากเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นหรือเป็นการป้องกันอันตรายแล้ว ในการรักษาที่อาจจำเป็นต้องใช้ยาในขนาดสูง ซึ่งการรักษาในโรงพยาบาลจะสะดวกกว่าเนื่องจากมีแพทย์พยาบาลดูแลใกล้ชิด การปรับยาทำได้สะดวก หากมีอาการข้างเคียงจากยาก็แก้ไขได้โดยเร็ว หากผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงมาก ญาติพิศดูแลกันได้ แม้ผู้ป่วยจะมีอาการหิวหรือประสาทหลอนแต่ก็ไม่รบกวนวาย ไม่ก้าวร้าว ตักเตือนพอเชื่อฟัง แพทย์ก็มักจะให้รักษาตัวอยู่กับบ้านมากกว่า เพราะการใช้ยาไม่จำเป็นต้องใช้ขนาดสูง โอกาสเกิดอาการข้างเคียงก็น้อย ผู้ป่วยและญาติจำนวนไม่น้อยที่หากไม่จำเป็นจริงๆ ก็ไม่อยากจะอยู่โรงพยาบาลเนื่องจากเกรงว่าจะมีผู้อื่นทราบว่าเป็นโรคจิต หรือเกรงว่าจะมีผลต่องานที่ทำ นอกจากนี้การอยู่โรงพยาบาลนานๆ ยังทำให้ความสัมพันธ์ห่างเหินจากญาติไป เมื่อกลับบ้านก็ต้องมาเริ่มปรับตัวกันใหม่ ในการดูว่าจะรับผู้ป่วยไว้อยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่ แพทย์จะพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียต่างๆ เหล่านี้ ร่วมกับคำนึงถึงสภาพแวดล้อมในครอบครัวขณะนั้น ผลกระทบของตัวโรคที่มีต่อผู้ป่วย โดยจะดูเป็นรายๆ ไป ไม่ได้มีเป็นกฎตายตัวว่าถ้าอาการเช่นนี้จะต้องรับหรือไม่รับ

การรักษาหลายวิธีซึ่งแพทย์มักใช้ร่วมกัน โดยมีตัวหลักคือยารักษาโรคจิต

ก. ยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง

1) **ระยะควบคุมอาการ** เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ยามีส่วนสำคัญมาก จะทำให้อาการของผู้ป่วยสงบลงโดยเร็ว โดยกลางคืนนอนหลับได้ อารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง อาการกระสับกระส่าย หรือวุ่นวายก็จะดีขึ้น ซึ่งมักเห็นผลในการรักษาเช่นนี้ได้ภายในสัปดาห์แรก บางรายแค่ 3-4 วันก็ดีขึ้น ส่วนอาการประสาทหลอนจะใช้เวลาหลายสัปดาห์ อาการหลงผิดก็เช่นกัน ผู้ป่วยบางรายแม้อาการจะดีขึ้นมาก แต่ก็ยังคงมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอยู่บ้าง โดยอาจเป็นห่างขึ้น หรือมีครั้งละไม่นาน สำหรับผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลหากแพทย์ดูแล้วเห็นว่าอาการสงบ พุดจาพอรับฟัง ควบคุม

คุณอารมณ์ตัวเองได้ก็มักจะให้กลับบ้าน โดยที่ไม่จำเป็นต้องอยู่จนให้อาการต่างๆ หายไปหมด เนื่องจากหากผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานเกินความจำเป็นก็มักจะมีผลเสียมากกว่าผลดี ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่อยู่โรงพยาบาลนานๆ แล้วกลับบ้านไม่ได้เพราะไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่บ้านได้ดังเดิม และทางบ้านก็มักปรับตัวไม่ได้เช่นกันเพราะเริ่มเคยชินกับการอยู่โดยไม่มีผู้ป่วย ในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น มือสั่น ทำอะไรช้าลง หรือปวดเกร็งกล้ามเนื้อ (ดูรายละเอียดในบทยารักษาโรคจิต) เมื่อแพทย์พบก็อาจลดขนาดยายารักษาโรคจิตลง หรือหากเห็นว่าลดขนาดยาไม่ได้เพราะอาการยังมากอยู่ ก็จะให้ยาช่วยแก้อาการข้างเคียงเหล่านี้ร่วมไปกับยารักษาโรคจิต

2) **ระยะให้ยาต่อเนื่อง** หลังจากที่อาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องกินยาต่อเนื่องอยู่อีก ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบขึ้นมาอีก ยิ่งผู้ป่วยที่ดูแลแล้วมีแนวโน้มที่อาการจะกำเริบหรือหายยาก การกินยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก ไม่มีการกำหนดขนาดแน่นอนว่าควรให้ยาขนาดเท่าไร แพทย์จะปรับขนาดยาในผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป โดยดูว่าอาการของโรคเป็นมาอย่างน้อยเพียงใด มีอาการข้างเคียงจากยาหรือไม่ และผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคนี้ใหม่มากน้อยเพียงใด โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นสักช่วงหนึ่งแล้ว (เป็นเดือนๆ) แพทย์จะค่อย ๆ ลดยาลง จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุณอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ในระหว่างที่ค่อยๆ ลดยา (2-3 สัปดาห์จึงจะปรับลดยาทีหนึ่ง) หากผู้ป่วยกลับมามีอาการขึ้นมาอีก ก็จะปรับยาขึ้นไปเท่าขนาดเดิมก่อนหน้านั้น คงยาไว้ในขนาดนี้สัก 4-5 เดือนแล้วก็ลองลดดูใหม่ หากลดลงอีกครั้งหนึ่งแล้วผู้ป่วยกลับมีอาการอีก ก็แสดงว่าผู้ป่วยใช้ยาขนาดต่ำสุดได้แค่นี้ ต่ำกว่านี้อีกไม่ได้ ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 200-500 มิลลิกรัม ของยาคลอโปรมาซีนต่อวัน (ดูในบทยารักษาโรคจิต) ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาอาจใช้ยาฉีดประเภทฉีด 3-4 สัปดาห์ครั้ง อาการเริ่มแรกที่แสดงว่าจะกลับมาป่วยอีกในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ส่วนใหญ่จะเริ่มด้วยอาการนอนไม่ค่อยหลับ หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย โกรธแม้แต่กับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ผู้ป่วยโดยมากมักไม่สังเกตเห็นความผิดปกติของตน การสนใจเอาใจใส่ของญาติหรือเพื่อนๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญในกรณีนี้ ผู้ป่วยบางคนอาจเก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยไปไหนมาไหนเหมือนเดิม หรือหันมาสนใจเรื่องไสยศาสตร์ บางคนมีความรู้สึกเหมือนมีอะไรแปลกๆ เกิดขึ้นกับตนเอง แต่ก็บอกได้ไม่ชัดว่าเป็นอะไร บางคนมักกลับมาบ่นให้ที่บ้านฟังว่าถูกเจ้านายหรือเพื่อนร่วมงานกลั่นแกล้ง ชื่อน่าสังเกตอย่างหนึ่งคือ อาการเริ่มแรกที่จะกลับมาเป็นในแต่ละคนมักจะเป็นแบบเดิมๆ ทุกครั้ง

จะต้องกินยาไปนานเท่าไร

ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้ว ควรกินยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรกินยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ อาจต้องกินยาต่อเนื่องไปตลอด

ข. การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าผ่านบริเวณศีรษะของผู้ป่วยในปริมาณน้อยๆ เพื่อทำให้เกิดการชักเหมือนกับในโรคลมชัก กระแสไฟที่ใช้มีขนาดต่ำมาก ไม่มีอันตรายต่อสมองอย่างแน่นอน ปัจจุบันวิธีการทำก้าวหน้าขึ้นมาก การชักที่เกิดขึ้นนั้นอาจเห็นเพียงปลายแขนขยับเล็กน้อย เนื่องจากก่อนการทำแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยหมดสติและกล้ามเนื้อคลายตัวทั้งหมด ซึ่งเป็นกระบวนการเหมือนกับที่ใช้ในการผ่าตัดต่างๆ ไป แต่ระยะเวลาสั้นกว่ามาก โดยใช้เวลาทั้งหมดประมาณไม่ถึง 5 นาที การรักษาจะทำวันเว้นวัน เช่น วันจันทร์-พุธ-ศุกร์ ทำทั้งหมดประมาณ 10-12 ครั้ง อาจมีน้อยกว่านี้ก็ได้ตามแต่ที่แพทย์เห็นว่าผู้ป่วยอาการเป็นอย่างไร

แพทย์ใช้การรักษาวิธีนี้กับโรคทางจิตเวชหลายๆ โรค เช่น โรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง คิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งจะได้ผลดีมาก ในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ให้ยาขนาดสูงแล้วผู้ป่วยก็ยังมีอาการไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก หรืออยู่เฉย ไม่กินข้าวกินน้ำ

ข. การดูแลรักษาด้านจิตใจและสังคม

อาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ ซึ่งยาช่วยไม่ได้ นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการเฉื่อยชา แยกตัว ซึมเศร้า หรือภาวะทำอะไรหมดกำลังใจ มักไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การช่วยเหลือในด้านจิตใจและสังคม ที่แพทย์หรือผู้รักษาอาจใช้ร่วมกับยา ได้แก่

1) การช่วยเหลือด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความคับข้องใจ รู้สึกเครียด ไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งปัญหาภายในตนเองและปัญหาที่มีกับคนรอบข้าง ผู้รักษาจะให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหานั้นๆ ที่เขาพอทำได้ ช่วยผู้ป่วยค้นหาดูว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เป็นการให้ความรู้แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับเรื่องของโรคและปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกลัวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจแก่กัน

4) นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ลดความรู้สึกว่าการอยู่โรงพยาบาลเหมือนอยู่ให้ผ่านพ้นไปวันๆ เท่านั้น

เจตคติ (Attitude)

ความหมาย ⁽¹³⁾

Anna tasi ได้ให้คำจำกัดความของ เจตคติไว้ว่า ความโน้มเอียงที่จะแสดงออกมาว่าชอบหรือไม่ชอบตอสสิ่งต่าง ๆ รอบตัวเช่น ต่อ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณีและสถาบัน เจตคติเป็นการตอบสนองของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นไปในทางพอใจและไม่พอใจที่มีต่อบุคคล

โรเซนเบิร์ก กล่าวว่า เจตคติคือ การตอบสนองทางด้านความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ซึ่งความรู้สึกนี้เกี่ยวกับความคิด ความเข้าใจของบุคคลนั้น ๆ

Munn กล่าวว่า เจตคติ คือ ความรู้สึก และ ความคิดเห็นที่บุคคลมีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ และข้อเสนอดิ ๆ ในทางที่ยอมรับหรือ ปฏิเสธ ซึ่งมีผลให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมอย่างเด็ดขาดไป

Hilgard ว่า เจตคติ หมายถึง แนวโน้มของการกระทำที่หันเหเข้าหาหรือถอยหนีจากวัตถุ สถานการณ์ต่าง ๆ (An Orientation toward and away from some object, concept and situations) เป็นความพร้อมที่จะตัดสินใจตอบสนองต่อลักษณะของวัตถุ หรือสถานการณ์ที่เข้าไปเกี่ยวข้อง

Thurstone ว่า เจตคติ เป็นผลรวมของความรู้สึกนึกคิด อคติ และความกลัวของบุคคลที่แสดงออกโดยการพูดแสดงความคิดเห็นออกมา

Festinger กล่าวว่า เจตคติ คือ ความรู้ ความคิดเห็น และ ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกระทำของคน ๆ นั้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520 กล่าวว่า เจตคติเป็น ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งต่าง ๆ สิ่งของ บุคคล การกระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมถึงท่าทีที่แสดงออกที่บ่งบอกถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (เจตคติ) นามธรรมและเป้าหมายหนึ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่มิได้หมายรวมถึง แรงจูงใจ และแรงขับ หากเป็นแต่สภาพความพร้อมที่จะตอบโต้ และแสดงให้เห็นถึงแนวทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า

กาญจนา คำสุวรรณ กล่าวว่า เจตคติ เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่คนเรามีต่อสิ่งเร้าทางสังคม ปฏิกิริยาโต้ตอบนี้เราได้เรียนรู้มาจาก จะมีลักษณะตีค่าหรือประเมินสิ่งนั้น ๆ

ลักษณะทั่วไปของเจตคติ⁽¹⁴⁾

1. เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด

- 2. เจตคติเป็นสิ่งที่ชี้แนวทางในการแสดงพฤติกรรม คือ ถ้ามีเจตคติที่ดีก็จะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสิ่งนั้น ๆ
- 3. เจตคติสามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้
- 4. เจตคติเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

คุณลักษณะของเจตคติ⁽¹³⁾

เจตคติมีลักษณะสำคัญ ๆ ดังนี้

1. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ (Learning) หรือประสบการณ์ (Experience) มิได้เป็นสิ่งติดตัวมาแต่กำเนิด เมื่อเด็กเกิดการเรียนรู้ ย่อมจะมีความรู้สึก (Feeling) และความคิดเห็น (Opinion) เกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้นั้น นั่นคือเจตคติ (Attitude) ขึ้นนั่นเอง

2. เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ (Changeable) มิใช่ว่าคนเราชอบหรือเกลียดอะไร และจะต้องชอบหรือเกลียดไปชั่วชีวิต อาจเปลี่ยนแปลงเป็นตรงกันข้ามได้ ถ้าสภาพแวดล้อมสถานการณ์ เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไป เจตคติของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปจากเจตคติที่ยอมรับ (Positive Attitude) เป็นเจตติไม่ยอมรับ (Negative Attitude) หรือจากไม่ยอมรับไปสู่ยอมรับก็ได้ เช่น เดิมมีเจตคติที่ดีต่อตำรวจ แต่ภายหลังทราบว่ารัดไถใช้อำนาจในทางที่ผิดจึงเกลียดตำรวจเข้ากระดูก , หญิงชายรักชอบกันปานจะกลืนใจแต่งงานกัน ครั้นอยู่มากกลับเกลียดกันถึงกับหย่าร้างหรือฆ่ากันก็มี ที่เกลียดกันขนาดไม่มองหน้า แต่ภายหลังกลับสนิทสนมชอบกันก็มาก นี่แสดงว่า เจตคติเปลี่ยนแปลงได้

3. เจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก เราสามารถทราบได้ว่าบุคคลใดเจตคติในทางยอมรับ หรือไม่ยอมรับ โดยการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก อาจแสดงออกด้วยคำพูด (Verbalized) หรือด้วยสีหน้า ท่าทางพอใจหรือไม่พอใจ (Favorable or Unfavorable) บางคนเห็นตุ๊กแกรีบวิ่งหนี ร้องกรี๊ด แสดงปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่พอใจ (Unfavorable Response) อากัปกิริยาหรือพฤติกรรมเช่นนี้ แสดงให้ทราบว่ามีเจตคติที่ไม่ดี ไม่ยอมรับตุ๊กแก

การวิจัยและการทดลองหลายชิ้นได้ชี้ให้เห็นว่า คนมักจะทำตามเจตคติที่เขามี ถ้าเขาไม่ชอบใครก็มักจะทำปฏิบัตกับคนนั้นอย่างไม่ดี แต่ก็ม้งานวิจัยหลายชิ้นที่ได้เตือนเอาไว้ว่า การที่เรามีเจตคติของใครคนหนึ่งมิได้หมายความว่า เราจะทำนายพฤติกรรมของเขาได้ การทดลองของ La

Piere โดยการพาสามีภรรยาชาวจีนคู่หนึ่งไปเที่ยวสหรัฐอเมริกา ไปพักตามโรงแรม 67 โรงแรม กินอาหารในภัตตาคารจำนวน 187 แห่ง เขาได้รับการปฏิเสธไม่ยอมให้คนจีนเข้าไปพักและกินอาหารเพียง 1 ครั้งเท่านั้น แต่เมื่อเขาเขียนจดหมายไปทางโรงแรมและภัตตาคารว่าจะรับแขกชาวจีนหรือไม่ มีเพียง 7 จาก 257 แห่งเท่านั้นที่ตอบว่ายินดี นอกนั้นปฏิเสธหมด ผลการทดลองนี้ แสดงว่า ชาวสหรัฐมีทัศนคติที่ไม่ชอบคนจีนเลย แต่ในบรรยากาศที่เผชิญหน้าทำให้เขาไม่อาจปฏิเสธได้ ภายใต้แรงกดดันของมารยาท ทำให้เขาแสดงพฤติกรรมไม่ตรงกับเจตคติที่มี

เจตคติกำหนดพฤติกรรมทั่ว ๆ ไปของบุคคล แม้จะไม่ทุกกรณี แต่ก็สามารถทำนายพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไปได้ เจตคติเป็นสิ่งที่โน้มน้าวจิตใจให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น มีเจตคติที่ดีต่อศาสนา เขามักจะไม่ปฏิเสธเรื่องการบริจาค คนที่มีเจตคติที่ดีต่อวิชาจิตวิทยา เขาจะขาดเรียนน้อยกว่าวิชาอื่น คนที่มีเจตคติไม่ดีต่อการพูดหยาบ มักจะไม่กล่าวคำหยาบ นี่แสดงว่าเจตคติกำหนดพฤติกรรมโดยทั่วไปได้ เจตคติเป็นเรื่องกำหนดขอบเขต คนที่มีเจตคติที่ไม่ดีต่อคนแก่ก็จะมองว่ายุ่งง่าม ไม่อยากทำงานด้วย

4. เจตคติ เป็นสิ่งที่ซับซ้อน (Complex) มีที่มาสลับซับซ้อน (Complexity) เพราะเจตคติขึ้นอยู่กับหลายประการ เช่น ประสบการณ์การรับรู้ ความรู้สึก ความคิดเห็น อารมณ์ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ฉะนั้นจึงผันแปรได้

5. เจตคติเกิดจากการเลียนแบบ (Imitation) เจตคติสามารถถ่ายทอดออกไปสู่บุคคลอื่นได้ การคล้อยตามเป็นของธรรมดาที่จะพึงมี ถ้าเราเคารพ รัก นับถือ พอใจ ศรัทธาใคร ก็ย่อมจะมีอันหาคติเห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เรายอมรับนั้นดีงาม จึงเรียนแบบเป็นเยี่ยงอย่างไม่ว่าจะเป็นท่วงทำนองการพูดจา ท่าทาง หรืออุปนิสัยใจคอ ดังนั้นพ่อ แม่ คนใกล้ชิด เกลียดสิ่งใด ก็จะมีพลอยเกลียดไปด้วย จะพบว่าครอบครัวที่พ่อแม่ไม่รับประทานปลาไหล ลูก ๆ ก็จะไม่รับประทานด้วย โดยเฉพาะวัยรุ่นนิยมเรียนแบบผู้ที่มีชื่อเสียง เช่น ดารา นักการเมือง นักวิทยาศาสตร์ ฯลฯ หรือคนส่วนใหญ่ เช่น เกือบทุกบ้านเขามีศาลพระภูมิกันก็มีบ้างทั้ง ๆ ที่ไม่มีประโยชน์เลย ฉะนั้นครูจะต้องประพฤติตัวเป็นแบบอย่างที่ดี (Good Examples) ครูต้องจัดหาแบบที่ดีให้เป็นแนวทางแก่เด็ก นิเทศบุคคลสำคัญที่ประสบผลสำเร็จอย่างงดงามมาแล้ว นำคำพูดที่แหลมคม มีคติกินใจมาเป็นข้อคิด

6. ทิศทางและปริมาณของเจตคติ ปริมาณความเข้มข้นของเจตคติ ปริมาณ

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

เจตคติได้ยาก ความรู้สึกบางครั้งบางคราว หรือมีความรู้สึกที่พอใจและไม่พอใจสลับกันไป ไม่อาจเรียกได้ว่าเป็นเจตคติ ทั้งนี้ได้ปฏิเสธว่า เจตคติมีทั้งถาวรตลอดไปและชั่วคราว เจตคติบางอย่างอยู่ในสภาพที่ไม่มั่นคงก็พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนเจตคติที่มั่นคงถาวรเปลี่ยนแปลงได้ยาก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพมาก

9. บุคคลแต่ละบุคคลย่อมมีเจตคติต่อบุคคล สถานการณ์ สิ่งเดียวกันแตกต่างกันได้ ทั้งนี้แล้วแต่ประสบการณ์ของบุคคลนั้น

ลักษณะของเจตคติ

เจตคติมีลักษณะที่สำคัญหลายประการรวมกันอยู่คือ (Mc. Guire , 1969)

1. เจตคติมีที่หมาย (Attitude object) ที่หมายที่ว่่านี้ เช่น บุคคล สถานที่ สถานการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น
2. มีการประเมินในแง่ดี - ไม่ดี (Evaluation Aspect) ทางด้านใดด้านหนึ่งต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นหมาย
3. มีลักษณะค่อนข้างคงทน (Relatively Evaluation) เจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นไม่ถาวรแต่ลักษณะของความคงทนเป็นที่ยอมรับกันคือ สามารถคงอยู่ได้นานพอสมควรจนกว่าจะมีสิ่งใดมากระตุ้นให้เจตคตินั้นเปลี่ยนไป
4. ความพร้อมในการตอบสนอง (Readiness for Response) บุคคลจะมีความพร้อมในการตอบสนองต่อที่เมาะตามความรู้สึกที่เขามีต่อที่หมายนั้น ๆ

นอกจากนี้ยังเป็นที่ยอมรับกันในระหว่างนักวิชาการด้วยกันว่า เจตคติมีลักษณะ 4 ประการ คือ

1. เป็นสภาวะก่อนที่จะมีพฤติกรรมได้ตอบ (Predisposition to respond) ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะหรืออาจเรียกว่า เป็นสภาวะที่พร้อมจะมีพฤติกรรมจริง
2. เจตคติจะมีความคงตัวอยู่ในช่วงระยะเวลา (Persistent over time) แต่มิได้หมายความว่า จะไม่มีการเปลี่ยนแปลง
3. เจตคติเป็นตัวแปรแฝงที่นำไปสู่ความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมกับความรู้สึกนึกคิดไม่ว่าจะเป็นในรูปของการแสดงออกโดยวาจาแสดงความรู้สึกตลอดจนการที่จะต้องเผชิญหน้าหรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

รักชาติ สถาบันหรือหน่วยงานที่ควบคุมสังคมเช่น ลัทธิการปกครองกฎหมาย ศาสนา มีอิทธิพลต่อความนึกคิดมาก

3. รอยประทับใจ (Impression) อย่างแรง ทำให้เกลียดไม่ยอมเห็นหน้า หรือว่ารัก นับถือจากใจ เช่น ได้รับความโหดร้ายทารุณอย่างแสนสาหัส บุคคลที่มาพ้อเรา คงรักกันไม่ได้ ส่วนผู้ที่ช่วยเหลือเมื่อคราวทุกข์ยาก ช่วยชีวิตเราไว้ เราจะรักไม่ลืม

4. สำเร็จความต้องการสมปรารถนาหรือไม่ ถ้าประสงค์จำนงหมายสิ่งใดแล้วผิดหวัง ย่อมจะเกิดเจตคติที่ไม่ดีขึ้น ชาวไร่ ชาวนา เกลียดซึ่งรัฐบาลเพราะล้มเหลวในการประกันราคาพืชผล นักศึกษามีเจตคติไม่ดีต่อครูที่ให้เรียนซ่อม

5. บุคลิกภาพมีผลต่อเจตคติ คนประเภทเก็บตัว (Introvert) มีเจตคติตามแนวความคิดของตน คล้อยตามคนอื่นหรือกลุ่มยาก

6. สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม รวมทั้งการเลี้ยงดูของครอบครัว มีอิทธิพลที่จะสร้างภาพ - พจน์ หล่อหลอมเป็นเจตคติไปได้ เช่น มีการรังเกียจสีผิวในสหรัฐอเมริกา

ความกดดันของกลุ่ม (Group Pressure) เป็นอิทธิพลทางจิตวิทยาทางสังคม (Social Psychology) เด็กต้องการทำตัวให้เข้ากับหมู่คณะ ต้องการให้หมู่คณะยอมรับตน เพราะเกรงกลัวว่าหมู่คณะจะรังเกียจ ตำหนิติเตียนตนให้เสื่อมเสีย เช่น เมื่อเข้าไปในหมู่คณะที่ส่วนใหญ่เขากำลังติฉินนินทาว่าร้ายอาจารย์คนหนึ่งว่าไม่ดีอย่างนั้นอย่างนี้ ทั้ง ๆ ที่ตนเองไม่เห็นด้วย เพราะไม่เป็นจริงตามที่ตนทราบ แต่ก็ไม่กล้าคัดค้านโต้แย้ง จำต้องเออออห่อหมก ยอมรับไปด้วย ไม่นานเข้าก็เป็นเจตคติ วัฒนธรรมภายในสังคม ความเชื่อทางศาสนาโน้มนำให้เกิดแนวคิดหรือหลักในการดำรงชีวิต

7. รับถ่ายทอดหรือเลียนแบบเจตคติจากคนอื่น คนเราย่อมแปรพฤติกรรมของคนอื่นออกมาเป็นเจตคติ ถ้ายอมรับนับถือหรือเคารพใครก็มักจะยอมรับแนวความคิดและยึดเป็นตัวอย่าง (Model) คุณแม่ชอบเล่นไพ่ เห็นตำรวจเดินผ่านชอบด่าว่า แสดงความเกลียดชัง ลูกก็เกิดไม่ชอบตำรวจไปด้วย เด็กเห็นผู้ใหญ่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา คิดว่าสิ่งนี้แสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่ก็สูบบุหรี่ ดื่มสุราบ้าง นานเข้าก็กลายเป็นเจตคติ ที่ลึกซึ้งยิ่งกว่าการเลียนแบบ (Imitation) ก็คือ การกระทำตัวให้เข้ากับคนที่นิยมรักใคร่ เรียกว่า ขบวนการ Identification เพราะเป็นการถ่าย

แบบ ทำตัวให้เหมือนทั้งความรู้สึกนึกคิดด้วย พยายามทำตัวให้เหมือนกับบุคคลที่เราอยากจะเป็นพวกเดียวกับเขา ทำชอบเกลียดอะไรก็ตาม ส่วนใหญ่เด็กจะทำกับ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง ครู อาจารย์ เพื่อให้คนเหล่านี้รักใคร่เห็นว่าเป็นพวกเดียวกัน ส่วนการเลียนแบบเป็นเพียงการเลียนแต่การกระทำเท่านั้น

8. สื่อมวลชน วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์

9. ความก้าวหน้าทางวิชาการและเครื่องมือสื่อสาร มีผลต่อการสร้างเจตคติอยู่มาก เทคโนโลยีวิชาการ การสื่อสาร คมนาคม พัฒนาไปมาก ช่วยให้ความรู้สึกนึกคิดของคนเปลี่ยนแปลงไป เพราะได้รับรู้รับถ่ายทอด ชาบซึมสิ่งใหม่ ๆ อะไรที่คิดว่าจะรับไว้ เจตคติใหม่ก็เกิดขึ้น

Allport เสนอความคิดว่า เจตคติของคนเราเกิดขึ้นได้จากเงื่อนไข 4 ประการ คือ

1. การอบรมเลี้ยงดู เช่นครอบครัวที่ยกย่องลูกชายมากกว่าลูกสาว เด็กจะเกิดเจตคติทั่วไป (General Attitude) ว่าเพศชายเหนือกว่าเพศหญิง (Male Supremacy) เจตคติถูกสร้างมาเหมือนนิสัยคือเป็นผลมาจากการเรียนรู้ในอดีต โดยเฉพาะการขัดเกลาทางสังคมในวัยเด็ก ในตอนเล็ก ๆ พ่อแม่มีบทบาทและอิทธิพลอย่างมากในการสร้างเจตคติให้แก่เด็ก เมื่อเขาโตขึ้นเจตคติก็จะเริ่มเข้มแข็งรุนแรงต่อสิ่งต่าง ๆ เช่นต่อครอบครัว ชาติ ศาสนา เจตคติที่ได้สร้างสมมาตั้งแต่เยาว์วันนั้นยากที่จะเปลี่ยนแปลง เพราะได้กลายเป็นสิ่งแวดล้อมไปเสียแล้ว เด็กที่เกิดในครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลาม เขาก็เป็นอิสลามิกชนไป และยอมรับนับถือว่าศาสนาอิสลามดี โดยไม่ต้องพิสูจน์

2. การให้ประสบการณ์ มีผลต่อการสร้างเจตคติ ให้เกิดเจตคติเฉพาะ (Specific Attitude) ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งอย่างมั่นคง เช่นครูคนหนึ่งสอนบ่อย ๆ นักเรียนก็มีเจตคติที่ไม่ดี (Negative Attitude) ต่อเด็กคนนั้น

3. การเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกระทันหัน หรือช็อก (Emotional Shock) เป็นผลให้ประทับใจไปนาน และมีอิทธิพลขยายไปถึงสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน (Related Situation) หรือคล้ายคลึงกัน เช่น ทหารคนหนึ่งถูกกับระเบิดในตอนพระอาทิตย์จะตกดินที่จังหวัดน่าน ทำให้ทหารคนนั้นมีเจตคติไม่ดีต่อระเบิด, ผู้ก่อการร้ายที่วางระเบิด

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

ประโยชน์ เช่น ไปวัดฟังเทศน์ ทำบุญ ไหว้พระ ตักบาตรเสมอ แสดงว่ามีเจตคตินิมิตต่อศาสนาพุทธ, สนใจ นิยม ชื่นชมรถญี่ปุ่น แสดงว่ามีเจตคตินิมิตต่อรถญี่ปุ่น

4. **เจตคติเนติเสธ (Negative Attitude)** หมายถึงเจตคติในทางลบ ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปความไม่พอใจ (Unfavorable) ความไม่ชอบ ไม่ถูกใจ ไม่เห็นคุณค่าประโยชน์ เช่น ประณาม หยาม-หมิ่น บ่นว่าชาวอิสานต่าง ๆ นา ๆ ว่าซี้เกียจ สกปรกบ้าง ดังนี้ แสดงว่ามีเจตคติเนติเสธต่อคนอิสาน อาจารย์ปัญญาพูดเสมอว่า นักศึกษา อคป. ไม่มีระเบียบ วินัย ไม่รักศักดิ์ศรี ไม่สนใจการเรียน ชอบทุจริตการสอบ แสดงว่า อาจารย์ปัญญา มีเจตคติไม่ดี คือ มีเจตคติเนติเสธต่อนักศึกษา อคป.

Katz and Stotian แบ่งเจตคติออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. **เจตคติสัมพันธ์ (Affcitive Associatione Attitude)** บุคคลย่อมจะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งที่ทำให้เขาพอใจหรือสุขใจ มีเจตคติไม่ดีต่อสิ่งทำให้ไม่พอใจหรือทำให้เกิดความปวดร้าวและมีเจตคติเลยไปถึงสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือมีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วย เช่น มีเจตคติไม่ดีต่ออาจารย์วิทยาลัยครูคนหนึ่ง เพราะเข้มงวดกวดขัน จะมีเจตคติไม่ดีตลอดไปถึงอาจารย์ทุกคนในวิทยาลัยนั้น, วิชาที่อาจารย์คนนั้นสอน, อธิการวิทยาลัยนั้น ตลอดจนสถาบันนั้นด้วย

2. **เจตคติทางปัญญา (Intellectual Attitude)** คือ เจตคติที่เกิดขึ้นโดยมีความรู้ ความคิดความเข้าใจเป็นแกน มิใช่เกิดขึ้นเพราะอารมณ์ เช่น มีเจตคติดีต่อพระเจ้าตากสินมหาราชเพราะได้ศึกษาพระราชประวัติและพระราชกรณียกิจของพระองค์จนแตกฉานแล้ว ตระหนักถึงพระมหากรุณาธิคุณ

3. **เจตคติทางการกระทำ (Action – Oriented Attitude)** เป็นเจตคติที่มีต่อการกระทำ เช่น มีเจตคติดีต่อความสุภาพ นอบน้อม ถ่อมกาย

4. **เจตคติที่สมดุลย์ (Balanced Attitude)** เป็นเจตคติพื้นฐานตามครรลองของสังคมพึงควรมี

5. **เจตคติในการป้องกันตัว (Ego – Defensive Attitude)** เป็นเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันตัวเองให้พ้นจากความขัดแย้ง (Conflict) ภายในใจ ทำนองของขุนเบรียว มะนาวหวาน เช่นมีเจตคติที่ดีต่อคนตาถั่วเหมือนกับตน มีเจตคติที่ดีต่อโฮโมเซกส์ชวลอย่างตน

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อเจตคติ

อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีต่อสร้างเจตคติของคนสำคัญ ๆ มีดังนี้

1. **บ้าน** การเลี้ยงดูที่บ้านมีอิทธิพลต่อเจตคติมาก บิดามารดาเป็นบูรพาจารย์ ผู้อบรมสั่งสอนลูกมาตั้งแต่เล็กจนโต บ้านเป็นสถาบันแรกของเด็ก เด็กมีเวลาคลุกคลีใกล้ชิดกับบิดามารดามากกว่าคนอื่น ทั้งยังมีความศรัทธานับถืออยู่ในจิตใจอีกด้วย เจตคติของเด็กย่อมจะเอนเอียงไปหาบิดามารดาโดยไม่รู้ตัว กล่าวได้ว่าบิดามารดามีอิทธิพลต่อการสร้างเจตคติของเด็กอย่างมาก บิดามารดาจึงควรบำเพ็ญตนเป็นแบบอย่างที่ดีของลูก ส่งเสริมให้เขาพัฒนาเจตคติที่ดี ปรับปรุงแก้ไขเจตคติที่ไม่ถูกต้อง

All และ Kronner ได้ศึกษากับนักศึกษาระดับวิทยาลัย นักศึกษา 69 % มีความลำเอียงเรื่องเชื้อชาติ ตามเจตคติของบิดามารดา จึงพอจะกล่าวได้ว่าไม่ได้หมายความว่าลูกจะต้องมีเจตคติเหมือนบิดามารดาทุกคน และทุกประการ ที่มีเจตคติห่างไกลจากบิดามารดาก็มี

2. **วัฒนธรรม** มี 2 ด้าน ด้านวัตถุและจิตใจ ทั้ง 2 ด้านนี้มีอิทธิพลต่อ "เจตคติ" ของคนเรามากบุคคลที่มีชาติ วรรณะ เพศ วัย การศึกษา อาชีพ ศาสนา สิ่งแวดล้อม สถานภาพ ฯลฯ แตกต่างกันย่อมมีเจตคติต่างกัน คนที่อยู่ในสังคมอย่างหนึ่งมักจะมีเจตคติอย่างเดียวกันกับคนประเภทเดียวกันคนที่พื้นฐานวัฒนธรรมต่างกันจะมีเจตคติต่างกันจนเห็นได้ชัด

3. **การศึกษา** สถาบันการศึกษามีหน้าปลูกปั้นหล่อหลอมเยาวชนของชาติ จัดให้มีการฝึกฝนอบรมเด็กอย่างมีระเบียบแบบแผน โดยครูที่ได้รับการฝึกฝนให้ทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ มีอุปกรณ์ มีแบบเรียน มีระบบปกครองอย่างรัดกุม ครูยังเป็นผู้ที่เด็กเคารพเชื่อฟังยิ่งกว่าใคร ๆ จึงมีอำนาจในการชักจูง (Persuasion) มาก ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่า สถานศึกษามีอิทธิพลต่อชีวิตคนมากกว่าสถาบันอื่น ๆ ไม่ต้องสงสัยว่าเจตคติของเด็กจะหันเหไปตามทางที่ครูชี้แนะเป็นส่วนใหญ่ และการศึกษานี้เองเป็นพื้นฐานให้เด็กเกิดความคิดสติปัญญาและประสบการณ์ใหม่เปลี่ยนเจตคติไปสู่แนวทางที่ควร

4. **สังคม สิ่งแวดล้อม และสื่อมวลชน** สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อเจตคติมาก คนในแหล่งสลัมรู้สึกกระดากอาย (Guilty) ต่อค่าน้อยกว่าคนในวัง เพราะได้ยินคำหยาบจากสังคม สลัมจนเคยชิน ถ้าเด็กได้เป็นสมาชิกยุวพุทธิกสมาคม, เนตรนารี ลูกเสือ อนุภาชาด ได้ชมและอ่านหนังสือพิมพ์ รายการวิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ ฯลฯ จะมีอิทธิพลต่อการสร้างเจตคติแก่เยาวชนอย่างยิ่ง รัฐบาลจึงควรมีการตรวจ ควบคุมสิ่งที่เป็นพิษภัยอย่างจริงจัง ทั้งนี้ได้หมายความว่า สื่อมวลชนสร้างเจตคติไม่ดีให้แก่เด็ก แท้จริงแล้วเรื่องราว บทความภาพต่าง ๆ ให้ข้อเท็จจริง ความคิดเห็นและความรู้สึกร้านอาหารแก่เด็ก เป็นอิทธิพลให้เด็กมีเจตคติ หรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ นอกจากนี้ตัวแปรที่มีผลต่อการเปลี่ยนเจตคดียังมี

1. **อายุ** เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ได้เกิดการเรียนรู้มากขึ้นจึงมีโอกาสไตร่ตรอง อันมีผลต่อการเปลี่ยนหรือตอกย้ำเจตคติ เมื่อมนุษย์เติบโตจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ จนเข้าสู่วัยชรา ย่อมมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น บุคคลที่มีอายุแตกต่างกัน ย่อมหมายถึง ระยะเวลาที่ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตแตกต่างกัน รวมทั้งมีแตกต่างกันทั้งในด้านสรีรวิทยา จิตใจและสังคม ทำให้มีความคิด ความรู้สึกแตกต่างกันได้ในแต่ละวัยด้วย (Erikson , 1965)

2. **อัตมโนทัศน์** การที่บุคคลมีอัตมโนทัศน์เช่นไร จะสะท้อนให้เห็นว่า เขามองคนอื่นอย่างไร ถ้าบุคคลมีอัตมโนทัศน์เป็นบวกต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตัวเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองเขาก็จะประพฤติปฏิบัติต่อคนอื่นอย่างเห็นคุณค่าในผู้อื่น เมื่อคนที่มีความรู้สึกเช่นนี้ให้ผู้อื่น เขาก็จะได้รับการปฏิบัติตอบเช่นเดียวกัน ในทางตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางลบต่อตนเอง ก็จะมีความรู้สึกเช่นเดียวกันนี้ให้ผู้อื่น ผลที่ตามมาคือขัดแย้ง สำหรับผู้ที่จะได้ชื่อว่า เป็นผู้มีความสุขจิตดีหรือมีการปรับตัวที่ดีนั้น จะต้องเป็นผู้ที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์เดิม เมื่อมีการค้นพบสิ่งใหม่ๆ เกี่ยวกับตนเอง จะเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่ไม่เป็นจริง ไปสู่การรับรู้ที่เป็นจริง ไม่บิดเบือน ไม่มีอคติ

3. **ประสบการณ์การเรียนรู้** ควรมีหลักเกณฑ์ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีตั้ง Tylor (อ้างใน ประพนอม โอทกานนท์, 2528) ได้ให้ไว้ 5 ประการ ดังนี้

1.1 เป็นประสบการณ์เรียนรู้ที่ผู้เรียนมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมาย

- 1.2 เป็นประสบการณ์ที่สร้างความพอใจให้แก่ผู้เรียน ความพอใจที่ผู้เรียนได้รับ จะเป็นแรงหนุนให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ต่อไปอีก การที่ผู้สอนจะเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ที่สร้างความพอใจให้แก่ผู้เรียนได้นั้นผู้สอนจะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับความสนใจและความต้องการของผู้เรียน มีความเข้าใจเกี่ยวกับความสนใจและความต้องการของผู้เรียน และความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของบุคคล ทั้งนี้เพื่อจะได้ใช้เป็นเครื่องตัดสินใจเลือกประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความพอใจ
- 1.3 เป็นประสบการณ์ที่ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ ประสบการณ์นั้นจะต้องเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของผู้เรียน ผู้สอนจะต้องจัดประสบการณ์เรียนรู้ใหม่โดยอาศัยความรู้ความสามารถเดิมของผู้เรียนเป็นพื้นฐาน ดังนั้นการได้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความสามารถของผู้เรียนก่อนเรียน จึงเป็นสิ่งจำเป็นในข้อนี้
- 1.4 เป็นประสบการณ์การเรียนรู้หลายแบบ ผสมผสานกันเพื่อนำไปสู่จุดหมายปลายทางอันเดียวกันได้ แนวคิดในข้อนี้เสนอแนะให้แก่ผู้สอนได้ว่า ผู้สอนแต่ละคนสามารถริเริ่มจัดหาประสบการณ์ การเรียนรู้เพื่อสนองจุดมุ่งหมายของการศึกษาข้อใดข้อหนึ่งได้ นั่นคือในจุดมุ่งหมายแต่ละข้อ ผู้สอนอาจมีวิธีการสอนเพื่อให้ผู้แต่ละคนไปสู่จุดหมายของการศึกษาข้อใดข้อหนึ่ง ซึ่งเป็นจุดหมายอันเดียวกัน หรือแตกต่างกันได้ และทั้งผู้สอนแต่ละคนก็ยังมีวิธีการสอนผู้เรียนแตกต่างกันด้วย
- 1.5 เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมายข้อต่าง ๆ หลายข้อได้

ดังนั้นประสบการณ์จะเป็นตัวที่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ดัง Allport (1967) กล่าวว่า การเรียนมีส่วนช่วยเสริมสร้างเจตคติได้มาก เพราะเจตคติได้มาจากประสบการณ์ต่าง ๆ และเมื่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้รับความสำเร็จ เจตคติจะค่อยก่อตัวขึ้น

หน้าที่ของเจตคติ

1. ทำหน้าที่ช่วยตีความหมายของสถานการณ์ เจตคติมีอิทธิพลต่อการตีความหมาย

ของบุคคลมาก เช่น เรามีเจตคติที่ดีต่อคุณแม่ของเรา ท่านเอามือจับศีรษะเรา หรือตบศีรษะเรา เราก็ตีความหมาย (Meaning) ว่าท่านมีความรัก เมตตา ท่านดุคำ หรือขัดใจเราน้ำงเราก็เข้าใจว่าท่านทำไปด้วยความหวังดี แต่ถ้าแม่เลี้ยง (เมียของพ่อ) ซึ่งเรามีเจตคติที่ไม่ดีอยู่แล้ว ทำเช่นคุณแม่ของเราบ้าง เราจะโกรธ และแปรความหมายว่า ทำลายจิตใจเรา เพื่อนสนิทเดินเหยียบเท้าเราเราคิดว่าเขาล้อเล่น แต่คนที่ไม่ถูกกับเราเหยียบเท้าเราเช่นนั้นเราจะเข้าใจว่าเขาแกล้ง และชวนวิวาท, ศัตรูย่อมให้ก็คิดว่าเขาจะ พุดเพราะก็คิดว่าประชด

พฤติกรรมของคนที่แสดงออกไป หรือการมองและตีค่าอะไร ว่ามีค่ามากน้อยเพียงใด ย่อมเกิดจากเจตคติ ฉะนั้นไม่ว่าคนจน - มี ผู้ดี - ไซร์ ย่อมจะโน้มเอียงพฤติกรรมไปตามเจตคติของเขาที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งนั้น

2. ทำหน้าที่ให้ค่านิยม หรือความชื่นชอบ เช่น เรามีเจตคติว่า กุลสตรีต้องรักตัวสงวนตัว ถ้าเราพบใครมีแนวคิดเช่นนี้ เราก็พลอยชอบเขาไปด้วย แต่ถ้าเจตคติของเรามีว่าหญิงสมัยใหม่ต้องสังคมนัก (popular) เราก็ไม่ชอบคนที่ตระหนี่ตัว

3. ทำหน้าที่ป้องกันตัวเองหรือรักษาหน้าเอาไว้ (Ego - defensive) เป็นเจตคติแบบองุ่นเปรี้ยว มะนาวหวาน เช่น คนหัวล้านพยายามสร้างเจตคติว่าหัวล้านเป็นของดี หายากกว่าคนผมดก, โสภณีสั่งสร้างเจตคติว่าเป็นอาชีพที่สุจริต เป็นนักสังคมสงเคราะห์บรรเทาปัญหาอนาจาร หาเหตุผลเข้าข้างตน (Self - Defense) บุคคลทุกคนย่อมต้องการการป้องกันตัวเองโดยพยายามยกตัวเองออกมาจากความบกพร่อง ซึ่งบางครั้งตนเองก็คิดว่าเป็นความบกพร่องจริง ๆ เช่น เคยคิดว่าคนเดนคุณเดนตารางสังคมนักถึงแม้ แต่ตัวเองเข้าคุกมาตั้ง 10 ครั้งแล้ว ก็พยายามสร้างเจตคติว่าพอใจความเป็นคนขี้คุก เพราะคนเกรงกลัว และเมื่อพบเห็นคนที่เข้าตะรางบ่อย ๆ เหมือนตนก็รู้สึกยอมรับ

4. ทำหน้าที่ช่วยให้บุคคลบรรลุจุดหมาย (Personal Goals) คนที่มีเจตคติดีต่อการศึกษา มีแนวโน้มจะได้รับผลสำเร็จจากการศึกษา มีเจตคติไม่ดีต่อบุหรืออย่างแรง ก็อดบุญหรือสำเร็จ

5. **ทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลปรับตัว** เมื่อเรามีเจตคติต่อสิ่งใด เราย่อมเข้าหาสิ่งนั้นและเราย่อมหลีกเลี่ยงสิ่งที่เราไม่ชอบหรือไม่ดี เช่นคนไทยมีเจตคติว่า “ สิบพ่อค้าไม่เท่าพระยาเลี้ยง ” คนไทยจึงพยายามเป็นข้าราชการ

6. **ช่วยในการคาดคะเน** ว่าผลจะออกมาในทางบวกหรือลบ เช่นทราบว่าจะวิวัฒนาการ มีเจตคติไม่ดีต่อนักเรียนนอก ฉะนั้นนักเรียนนอกจะไปยืมเงินจิววรรณ ก็คาดคะเนได้ว่าไม่เป็นผลสำเร็จ

7. **เป็นพลังผลักดันให้แสดงพฤติกรรม** เพราะมีเจตคติเป็นตัวกระตุ้นอยู่แล้ว และก็จะมีพฤติกรรมสอดคล้องกับเจตคติด้วย

8. **เตรียมบุคคลเพื่อให้พร้อมปฏิบัติการ** เพราะเจตคติเป็นเครื่องชี้ทิศทางอยู่แล้วว่า จะแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติการไปทางไหน ยอมรับ หรือปฏิเสธ

ประโยชน์ของเจตคติ

สงวนศรี วิรัชชัย (2527) ; ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) กล่าวถึงประโยชน์ของเจตคติ สรุปได้ดังนี้

1. เจตคติช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว โดยการจัดระบบของสิ่งต่าง ๆ รอบตัวบุคคล
2. เจตคติช่วยเรื่องการเคารพตัวเอง (Self – Esteem) อันทำให้บุคคลมีความสุข
3. เจตคติช่วยให้การปรับตัวโดยใช้กระบวนการพัฒนาเจตคติ
4. เจตคติทำให้บุคคลแสดงออกได้ถึงค่านิยมพื้นฐานของตนเอง
5. เจตคติทำให้บุคคลบรรลุเป้าหมาย
6. เจตคติช่วยให้บุคคลมีหลักการและกฎเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรม
7. เจตคติเป็นช่องทางให้บุคคลได้พัฒนาความเข้าใจในสิ่งแวดล้อม ทำให้สามารถหลีกเลี่ยงความคับข้องใจ

การเสริมสร้าง พัฒนา และการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

บางคนมี **เจตคติที่มั่นคง** (Firmly Fixed Attitude) จนไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นที่ขัดแย้งของคนอื่น ไม่ยอมให้มีการอภิปรายเกี่ยวกับสิ่งนั้น เช่นนี้เรียกว่า **ความลำเอียง** (

Prejudice) เช่น เชื่อกันอยู่ว่า “ ฝรั่งเศสฉลาดกว่าคนไทย ” “ ศาสนาเป็นทางสวรรค์ ” ครูควรระวังเลือกเสมอว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติทำได้ยากกว่าการปลูกฝัง จึงควรปลูกฝังเจตคติที่ดีแก่เด็กตั้งแต่แรกดีกว่าจะมาแก้ไขในภายหลังถึงแม้ว่าเจตคติเป็นสภาพทางจิตใจที่มีความคงทนถาวร การเปลี่ยนแปลงเจตคติเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก แต่ก็มีได้หมายความว่า จะทำไม่ได้ เมื่อครูพบว่าเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ก็จำเป็นต้องหาวิธีการเปลี่ยนเจตคติของเขาเข้าสู่แนวทางที่ถูกให้ได้

Thurstone ได้สร้างแบบทดสอบเจตคติ (Attitude Scale) ขึ้น สำหรับตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงเจตคติของคน เขาได้ทดลองทดสอบดูเจตคติของนักเรียนมัธยม 2 แห่ง เกี่ยวกับการยอมรับ (Positive Attitude) และการไม่ยอมรับ (Negative Attitude) ที่มีต่อชาวจีน โดยฉายภาพยนตร์ที่มุ่งใจให้เด็กรู้สึกชอบและพอใจคนจีนที่โรงเรียนแห่งหนึ่ง ส่วนอีกโรงเรียนหนึ่งฉายภาพยนตร์ที่กระตุ้นให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันคนจีน แล้วทำการทดสอบเจตคติต่อคนจีนดูปรากฏว่า เด็กในโรงเรียนแห่งแรกมีเจตคติต่อคนจีนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี และยอมรับมากขึ้น ส่วนโรงเรียนแห่งที่ 2 ยังมีเจตคติที่ไม่ดีต่อคนจีนอยู่อย่างเดิมไม่เปลี่ยนแปลง หลังจากดูภาพยนตร์แล้ว 5 เดือนทำการทดสอบนักเรียนโรงเรียนแห่งแรกอีก ปรากฏว่าเด็กมีเจตคติเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้น 62 % สรุปได้ว่าเจตคติของคนเปลี่ยนแปลงไปได้ภายใต้สภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (Changing Condition)

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

นักจิตวิทยา ระบุว่า เจตคติเป็นสิ่งสำคัญมากต่อมนุษย์ มีอิทธิพลเป็นแรงบันดาลใจให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมไปตามนั้น นักจิตวิทยาจึงได้พยายามศึกษาและตั้งเป็นทฤษฎีขึ้นมาดังจะนำบางทฤษฎีมาเป็นตัวอย่างดังนี้

1. ทฤษฎีสอดคล้องกันทางความคิด (Theory of Cognitive Consonance) มีแนวความคิดว่า เจตคติ เกิดจากการที่บุคคลพยายามรักษาความคิด (Cognitive) ของตน ให้มีความสอดคล้องกัน (Consistence) ตามปกติบุคคลจะมีความเชื่อและมีค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ มากมายหลายระดับ ถ้าหากความเชื่อและค่านิยมที่เกี่ยวข้องกันเหล่านั้นมีความขัดแย้งกัน บุคคลก็จะต้องพยายามหาวิธีทางประนี - ประนอมให้มีความสอดคล้องต้องกันเพื่อก่อให้เกิดเจตคติขึ้นมา

ทฤษฎีนี้แยกกล่าวเป็น ทฤษฎีย่อยได้หลายทฤษฎี ดังจะนำทฤษฎีของนักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียงมากกล่าวในที่นี้สัก 3 ท่าน ดังนี้

1.1 ทฤษฎีความสมดุล (Balance Theory) ไฮเดอร์ (Fritz Heider)
 เสนอทฤษฎีนี้ขึ้นมาเป็นครั้งแรก ทฤษฎีนี้ เน้นภาวะสมดุลทางความคิดของบุคคล Heider
 กล่าวว่า วัตถุประสงค์ที่สำคัญของภาวะสมดุล ก็คือ บุคคลที่มีแนวโน้มหรือระบบความนึกคิด
 ในการที่จะเปลี่ยนหรือย้ายจากสภาวะซึ่งไม่สอดคล้องไปสู่สภาวะแห่งความสอดคล้อง เพื่อก่อให้เกิด
 เกิดภาวะสมดุลขึ้น นั่นคือ ถ้าหน่วยทั้งสาม มีความสอดคล้องกันคนเราก็จะอยู่ในสภาวะที่สม
 ดุลย์ แต่ถ้าหน่วยทั้งสามไม่สอดคล้องกัน คนเราก็จะอยู่ในสภาวะที่ไม่สมดุล

Heider อธิบายโดยใช้ P - O - X Model (Heider 's P - O - M model)

P = Perciever หมายถึงบุคคลคนหนึ่ง (อาจจะเป็นตัวเรา)

O = Other หมายถึงบุคคลอีกคนหนึ่ง (อาจจะเป็นเพื่อนเรา)

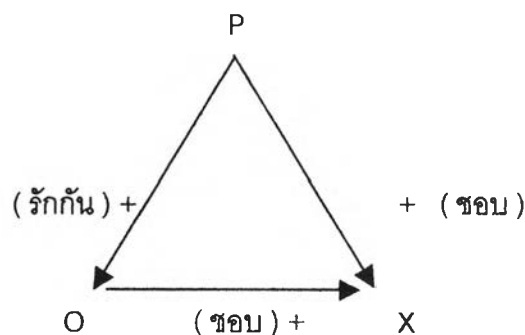
X = หมายถึง บุคคล หรือเรื่อง หรือ วัตถุสิ่งของที่ P และ O มีเจตคติด้วยกัน
 หรือสัมพันธ์อยู่ (คือแทนสิ่งที่จะรับรู้)

ความสัมพันธ์ระหว่าง P , O , X. จะสมดุลหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่าง
 ส่วนประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ว่าจะเป็นไปได้ในทางใด คืออาจจะเป็นไปในทางบวก (+) หรือใน
 ทางลบ (-)

เครื่องหมาย + หมายถึง ชอบ , ไม่ชอบ

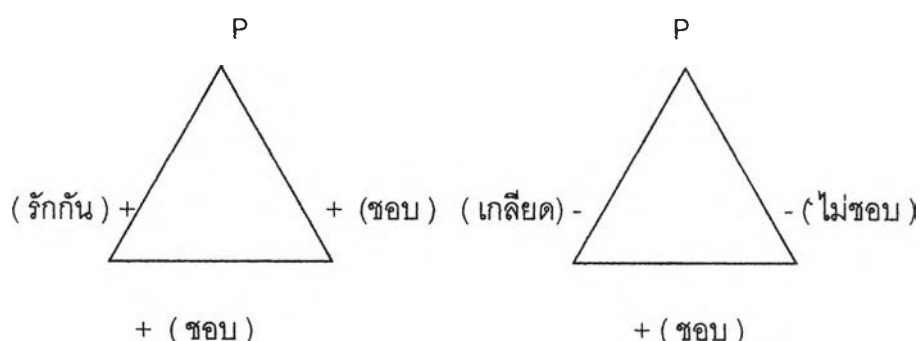
" - " ไม่ชอบ , ไม่พอใจ

ตัวอย่าง P และ O เป็นเพื่อนกัน ชอบอะไร (X) เหมือนกัน หน่วยนี้จะสมดุลกัน.



บางครั้งคนเราจะไม่รู้สึกสมดุลงระหว่างกันก็ได้ เช่น P กับ O เป็นเพื่อนรักกัน O ชอบอาชีพ มิจอาชีพ แต่ P ไม่ชอบ จึงไม่สมดุลงกัน ฉะนั้น P จะต้องเปลี่ยนทัศนคติอย่างไร อย่างหนึ่ง คือ

1. เกลียด O หรือมิฉะนั้นก็ต้อง
2. รักอาชีพ มิจอาชีพ (X) ไปด้วย



การทำให้สมดุลงบางครั้งอาจเปลี่ยนได้ทางเดียว เช่น เป็นเพื่อนกัน แต่เพื่อนคนนั้นไปทำร้ายเพื่อนของเรา การจะเปลี่ยนทัศนคติไปเกลียดพ่อของตนเองนั้นคงยากมาก มีทางเดียวคือ เปลี่ยนทัศนคติเป็นเกลียดเพื่อนเท่านั้น

ทฤษฎีความลงรอยกัน (Congruity Theory) เป็นทฤษฎีการเปลี่ยนเจตคติของ (Osgood และ Tannonbaum ซึ่งเกี่ยวกับผลของการที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดี หรือไม่ดี (Positive or Negative) ต่อคนอื่น ๆ หรือสิ่งอื่น ๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนเจตคติ ตามปกติคนที่ประเมินผลคนอื่นคล้าย ๆ กัน จะชอบพอซึ่งกันและกัน ในทางตรงกันข้าม คนที่ประเมินต่างกัน อาจจะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อกันได้

ตัวอย่างเช่น นายแดง ประเมินว่า นายกรัฐมนตรีไม่ดี -5 ส่วนนายเขียวประเมินว่า นายกรัฐมนตรีคนเดียวกันนั้นว่า เป็นคนดีมาก +5 แสดงว่า เจตคติของนายแดงและนายเขียวเกี่ยวกับ นายกรัฐมนตรีแตกต่างกันถึง 10 หน่วย ความรู้สึกระหว่างนายแดงกับนายเขียวห่างกัน

มาก กล่าวคือ เจตคติไม่ลงรอยกันในเรื่องนี้ ซึ่งนานไป ทั้งนายแดงและนายเขียวอาจจะเปลี่ยนเจตคติที่เคยดีต่อกัน กลับกลายเป็นเจตคติไม่ดีต่อกัน

ในบางครั้ง เรื่องเพียงเล็กน้อยก็เปลี่ยนเจตคติของคนได้ เช่น นาย ก. กับ ข. เคยมีเจตคติที่ดีต่อกัน แต่นาย ก. ไปกล่าวร้ายบิดามารดา นาย ข. นาย ข. จะเริ่มมีเจตคติที่ไม่ดีต่อกัน นาย ก. เพราะจะประเมิน ก. ไปในทางไม่ดี

1.3 ทฤษฎีความไม่สอดคล้องในการรู้ต่าง ๆ (Cognitive dissonance Theory)

Leon Festinger เป็นผู้ริเริ่มทฤษฎีนี้ เขามีความเห็นที่ว่า “ ถ้าบุคคลใดเกิดความไม่สอดคล้องในสถานการณ์ใดแล้ว เขาจะต้องหาทางลดความสอดคล้องนั้น (Dissonance) โดยใช้การเปลี่ยนเจตคติ ” หรือกล่าวได้ว่า “ ถ้าหน่วยการรู้ 2 หน่วยไม่สอดคล้องกัน คนเราจะเกิดความรู้สึกที่ไม่สอดคล้องสัมพันธ์กัน (Dissonance) ซึ่งจะทำให้ลดลงได้ ก็ต้องเปลี่ยนเจตคติ ” สรุปว่า จะลดความไม่สอดคล้องลงได้ต่อเมื่อเปลี่ยนเจตคติ

ตัวอย่าง ฝนกำลังตก, นางตุ้ม เดินตากฝนจึงเปียก แสดงว่าเป็นปกติสอดคล้องกัน (Consonance)

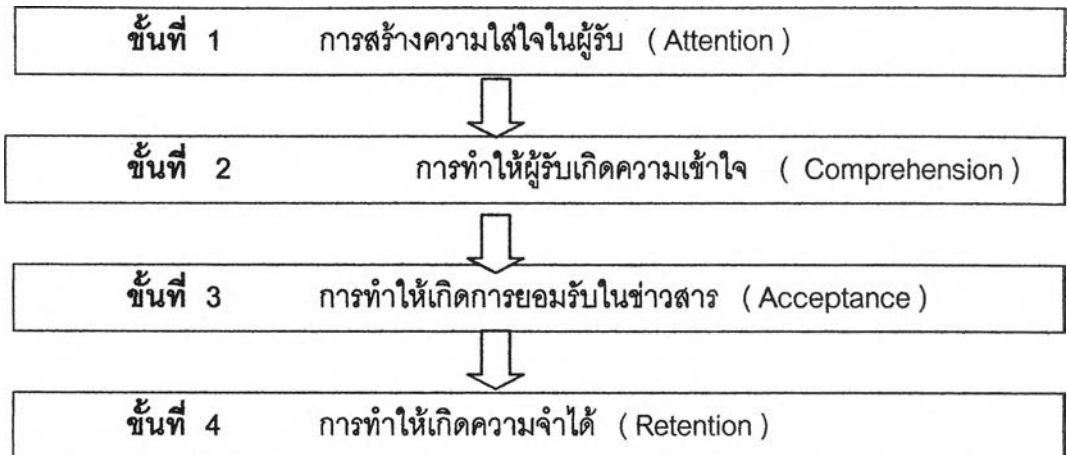
ถ้า ฝนกำลังตก นางตุ้ม เดินตากฝนแต่ไม่เปียก แสดงว่าเกิดความไม่สอดคล้องกัน (Dissonance)

อาจต้องเปลี่ยนเจตคติเป็นว่า นางตุ้มเป็นแม่มด

2. ทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Active Participation Theory) Kurt Lewin ได้ค้นคว้าศึกษา และตั้งทฤษฎี ขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1947 ว่า “ การเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม สามารถจะทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการจัดสถานการณ์ให้บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมของกลุ่ม และการมีส่วนร่วมโดยได้แสดงออก จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้มากกว่าการมีส่วนร่วมที่มีได้แสดงออก ”

3. The Yale Attitude Approach Carl Hovland แห่งมหาวิทยาลัย เยล เป็นผู้นำกลุ่มที่เชื่อว่าเจตคติจะเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าความเชื่อ หรือความคิดเห็นเปลี่ยนแปลงได้

ขบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติมีขั้นตอนดังนี้



ขบวนการทั้ง 4 ขั้นนี้ จำเป็นต้องอาศัยเทคนิควิธีที่เหมาะสม จึงจำเป็นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติในบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ทฤษฎี 5 ร่วม ใช้เปลี่ยนทัศนคติของบุคคลโดยให้รวมกัน 5 ประการ คือ ร่วมอยู่ ร่วมกิน ร่วมแรง (ใช้แรง) ร่วมศึกษา ร่วมคิด จะก่อให้เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกเป็นพวกพ้องเดียวกัน ผลสุดท้ายก็สามารถที่จะชักจูงให้บุคคลมีแนวความคิดและพฤติกรรมที่ต้องการได้มากที่สุด ผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ ได้ใช้เป็นหลักในการปลุกระดมมวลชน

5. ทฤษฎีชวนใจ (ล่อใจ) และความขัดแย้ง Incentive and Conflict theory)
ทฤษฎีนี้อธิบายการเปลี่ยนเจตคติของบุคคลเอาไว้ว่า ในขณะที่บุคคลมีความขัดแย้งชนิดบวก ลบ (Approach – Avoidance Conflict) บุคคลจะมีเหตุผลหลายประการที่จะยอมรับ (Accept) และก็มีเหตุผลอีกมากมายที่จะปฏิเสธ (Reject) สถานการณ์เกี่ยวกับการสร้างเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่การประเมินคุณค่าของบุคคลว่า จะยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งนั้น ๆ จะขึ้นอยู่กับสิ่งชวนใจเป็นสำคัญ โดยบุคคลจะพิจารณาผลตอบแทนที่ได้จากการยอมรับหรือปฏิเสธ และบุคคลมักจะเปลี่ยนเจตคติของตนต่อสิ่งนั้น เมื่อได้ประเมินแล้วว่าการเปลี่ยนทัศนคติจะได้รับสิ่งชวนใจ (ผลตอบแทน) ที่ดีกว่า หรือมีคุณค่ามากกว่าการรักษาเจตคติเดิมเอาไว้

Daniel Katz กล่าวว่า “ คนเรามีเจตคติอย่างไรนั้น เขาจะใคร่ครวญดูว่า เจตคตินั้นจะเป็นประโยชน์แก่เขาได้อย่างไร ”

ทฤษฎีนี้ใช้เครื่องล่อใจ และการขัดแย้งในการเปลี่ยนแปลงเจตคติ แต่ละคนมีเหตุผลในการยอมรับหรือไม่ยอมรับในเจตคติอย่างใดอย่างหนึ่ง ถ้าเขาเกิดความขัดแย้งในใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เมื่อมีสิ่งอื่นมาเป็นเครื่องล่อใจให้เห็นว่าดีกว่า เขาก็จะเปลี่ยนเจตคติไปแบบนั้น เช่น นาย

สมศักดิ์ไม่ชอบเล่นกีฬา นางสาวสมศรีเป็นนักกีฬา ชอบกีฬามาก นายสมศักดิ์อยากแต่งงานกับสมศรี จึงเกิดความขัดแย้งในใจชนิดบวก - ลบ

(Approach – Avoidance Conflict) ขึ้น โดยมี นางสาวสมศรีเป็นเครื่องล่อ ทำให้สมศักดิ์เปลี่ยนมาชอบกีฬา หัดกีฬาเพื่อจะได้ใกล้ชิดสมศรี ในการพิจารณาตามทฤษฎีนี้ สมศักดิ์ต้องตัดสินใจว่าสิ่งไหนดีกว่ากัน เมื่อตัดสินใจได้ก็จะเปลี่ยนเจตคติไปจากเดิม สู่เจตคติใหม่

6. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) (ทฤษฎีการวางเงื่อนไขและการเสริมแรง) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เจตคติเกิดจากการเรียนรู้และเราสามารถส่งเสริมได้ ในทำนองเดียวกับการฝึกนิสัย บุคคลจะสร้างเจตคติต่อสิ่งใด ๆ ย่อมเกิดจากกระบวนการวางเงื่อนไข, การได้รับการเสริมแรง, และเกิดจากการเลียนแบบ แยกกล่าวเป็นทฤษฎีย่อยได้ ดังนี้

6.1 ทฤษฎีความเชื่อมโยง (Association Theory) กล่าวว่า “ เมื่อมีสิ่งเร้า 2 สิ่งเกิดขึ้นพร้อมกันบ่อย ๆ ความรู้สึกหรือการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอันหนึ่ง อาจถูกถ่ายทอดไปสู่สิ่งเร้าอื่น ๆ ได้ ” ทฤษฎีนี้คล้ายกับทฤษฎีการวางเงื่อนไขของพาลอฟ (Pavlov's Classical Conditioning Theory) ที่ทดลองให้สุนัขเกิดเงื่อนไขว่าได้ยินเสียงกระดิ่งแล้วอยากอาหาร น้ำลายไหล และการทดลองของ Watson ที่ทำเสียงดังให้เด็กกลัวตุ๊กตา

6.2 ทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theory) กล่าวว่า “ ความรู้สึกที่ได้รับแรงเสริมจากการกระทำอะไรสักอย่างหนึ่ง จะทำให้เราอยากทำสิ่งนั้นไปเรื่อย ๆ ซึ่งจะเป็นการเพาะเจตคติต่อสิ่งนั้น ” ในการปลูกฝังเจตคติใหม่ จึงขึ้นอยู่กับ การให้รางวัลตนเอง (Self Reinforcement) กล่าวคือ เมื่อพบสิ่งเร้าใหม่ ๆ หรือประสบการณ์ใหม่ ๆ ถ้าสอดคล้องกับประสบการณ์เดิมของเรา เราก็ให้รางวัลแก่ตนเอง แต่ถ้าประสบการณ์ใหม่ นั้นขัดกับความเชื่อเดิมของเรา เราก็อาจหาเหตุผล ถ้ามีเหตุผลสนับสนุนให้เชื่อได้ ทัศนคติอาจเปลี่ยนไปได้

6.3 ทฤษฎีการเลียนแบบ (Imitation Theory) กล่าวว่า “ การเรียนแบบเป็นส่วนหนึ่งของนิสัยมนุษย์ เป็นธรรมชาติของมนุษย์อย่างหนึ่งที่มีความรู้สึกที่มีแนวโน้มในการที่จะทำอะไรเหมือนคนอื่น เด็ก ๆ จะเลียนแบบผู้ใหญ่ ซึ่งทัศนคติจะถูกเลียนแบบด้วย

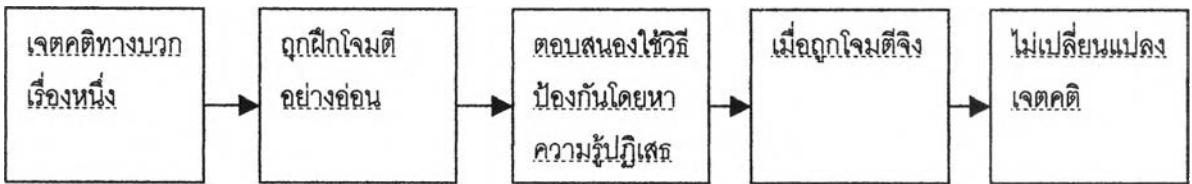
7. ทฤษฎีการปลูกเชื้อป้องกัน (Inoculation Theory) เป็นทฤษฎีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเจตคติ William Mc. Guire เป็นผู้ตั้งขึ้น ทฤษฎีนี้ใช้ป้องกันการจู่โจมให้เปลี่ยนเจต

คติ โดยฝึกให้ถูกใจมื่ออย่างอ่อนเสียก่อน เพื่อเป็นการสร้างภูมิด้านทาน เมื่อถูกใจมื่อจ้ทางเจตคติจริง ๆ จะได้ไม่เปลี่ยนเจตคติไปโดยง่าย เมื่อกับเมื่อมีภูมิด้านทานโรคแล้วเกิดโรคระบาดจะได้ไม่เป็นโรคนั้น

Mc. Guire กล่าวว่่า เมื่อฝึกให้มื่อการใจมื่ออย่างอ่อนแล้ว คนเราจะหาวิธีแก้การเปลี่ยนเจตคติใน

คือ

7.1 ใช้วิธีปฏิเสธเรื่องที่ถูกใจมื่อ (Refutationl Approach) วิธีนี้ เมื่อถูกใจมื่ออย่างอ่อนคนเราจะหาความรู้มาต่อต้านเรื่องที่ถูกใจมื่อว่่าไม่เป็นจริงตามนั้น คนที่มีความเชื่อเดิมหรือเจตคติเดิมที่ถูกใจมื่อให้เปลี่ยนเจตคติ จะชวนชวายหาสิ่งทีตนเองเชื่อมายืนยัน และปฏิเสธสิ่งใหม่นั้น



7.2 ใช้วิธีหาความรู้สนับสนุน (Supportive Approach) หาความรู้สนับสนุนความเชื่อเดิมของตน เพื่อให้เจตคติเดิมของตนมั่นคงยิ่งขึ้น

ตัวอย่าง

Mc. Guire ใช้การสร้างภูมิด้านทานการเปลี่ยนเจตคติจากการโฆษณาชวนเชื่อ สมมุติว่า นายดี มีเจตคติทีดีต่อการปกครองระบอบประชาธิปไตย ถ้าต้องการให้นายดีมีภูมิด้านทานการเปลี่ยนความเชื่อเรื่อง

เจตคตินี้ (เนื่องจากบางทีอาจถูกฝ่ายตรงข้ามโฆษณาชวนเชื่อ ชักจูง) จะมีวิธีสร้างภูมิด้านทานได้ 2 วิธี

1. พยายามให้นายดี ได้ทราบข้อดีของการปกครองระบอบประชาธิปไตย โดยไม่กล่าวถึงข้อเสียเลย วิธีนี้เราเรียกว่า วิธีป้องกันแบบหาความรู้สนับสนุน (Supportive defense) ซึ่งถ้าเปรียบกับหาภูมิด้านทาน โรคก็เป็นการสร้างร่างกายให้แข็งแรงนั่นเอง

2. พยายามให้นายมี ได้ทราบถึงข้อเสียของระบบประชาธิปไตยบ้าง แต่เป็นข้อเสียที่ไม่ร้ายแรงนัก เมื่อกล่าวถึงข้อเสียแล้วก็หาเหตุผลที่ดีกว่ามาหักล้างข้อเสียนั้น วิธีนี้เรียกว่า ป้องกันแบบปฏิเสธ (Refutational defense)

Mc. Guire พบว่า การป้องกันแบบปฏิเสธทำให้เกิดความต้านทานเป็นเวลานานกว่าการป้องกันแบบสนับสนุน ทั้งนี้เพราะภูมิต้านทานแบบปฏิเสธเปรียบเสมือนการเตือนล่วงหน้าบุคคลจึงมีการระวังตัวมากขึ้น เจตคติและความเชื่อที่ถูกโจมตี จึงไม่คลอนแคลนไปได้ง่าย ๆ

8. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของฟิชไบน์และไอจเซน

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned) ของฟิชไบน์และไอจเซน (Fishbein and

Ajzen , 1975 ; ajzen and Fishbein , 1980) พยายามตอบคำถามว่าทำไมคนจึงมีเจตนาเช่นนั้น ซึ่งจะเป็นการเข้าใจถึงเชิงพฤติกรรมและทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง และทฤษฎีนี้ยังสามารถที่จะอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมให้ได้มากที่สุดด้วยจำนวนตัวแปรน้อยที่ ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ (ธีระพร อูวรรณโณ , 2537)

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลและในข้อมูลที่ตนมีบางอย่างเป็นระบบ มนุษย์พิจารณาผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตนก่อนตัดสินใจลงมือทำหรือไม่ทำพฤติกรรม

ใจความของทฤษฎี

1. พฤติกรรมส่วนมากอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาของบุคคล เจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention or I) ของบุคคล จึงเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิดการกระทำ
2. เจตนาเชิงพฤติกรรม ขึ้นกับตัวกำหนด 2 ตัว คือ
 - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นการประเมินการประเมินการบวกและทางลบ ต่อการกระทำ เรียกว่า เจตคติต่อพฤติกรรม AB ขึ้นกับความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ (Behavioral Beliefs or b) และการประเมินผลของการกระทำ (Evaluation of consequences or e)
 - 2.2 ปัจจัยทางสังคม เป็นการประมาณของบุคคลว่า ตนจะมีการคล้อยตามกลุ่ม

อ้างอิง (Subjective Norm or SN) เพียงใด กลุ่มอ้างอิง หมายถึง บุคคล
ใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อบุคคลผู้นั้น SN ขึ้นกับความเชื่อเกี่ยวกับเจตคติของ
กลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของตน (Normative Belief of NB) ซึ่งหมายถึง
ความเชื่อที่ว่า บุคคลแต่ละบุคคลอยู่ในกลุ่มอ้างอิงประสงค์ให้ตนทำหรือไม่ทำ
พฤติกรรมนั้นเพียงใด และ SN ยังขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง
(Motivation to comply or MC)

ข้อจำกัดของทฤษฎี (อีระ อุวรรณโน, 2537)

1. อาจมีพฤติกรรมบางอย่างที่ทฤษฎีอธิบายไม่ได้ เช่น การระบายอารมณ์ทันทีทันใด
หรือการทำงานที่มีทักษะอยู่แล้ว
2. อาจมีบางคนที่ทฤษฎีอธิบายไม่ได้ เช่น การตัดสินใจที่ปราศจากไตร่ตรอง เป็นต้น
3. การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอาจจะยังเป็นวิธีที่ไม่ดีที่สุด
4. อาจมีองค์ประกอบอื่นที่มีความสำคัญอีก

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ⁽¹⁾

การดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์ที่บุคคลเข้าใจกัน โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นการกระทำหรือการแสดงออกต่อมนุษย์โดยผ่านการคิดและไตร่ตรอง ประกอบกับความความรู้สึกต่อการกระทำหรือการแสดงออกนั้น ๆ ว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ สรุปความหมายของการดูแล ไว้ 5 ประการคือ การดูแลเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวของบุคคล, การดูแลเป็นอุดมคติหรือข้อกำหนดทางศีลธรรม, การดูแลเป็นความรู้สึก, การดูแลเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการดูแลเป็นการปฏิบัติเพื่อการบำบัดรักษา

ความหมายของการดูแล

Mayeroff (1971) กล่าวว่า การดูแลคนนั้นมีความหมายอยู่ที่การช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองโดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ แนวทางความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันนั้น เกิดขึ้นเช่นเดียวกับเพื่อนสนิทให้ความช่วยเหลือแก่กันด้วยความไว้วางใจกันและมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพที่มีต่อกัน

Leininger (1981) ได้อธิบายว่าการดูแลเป็นกิจกรรมของการช่วยเหลือ การสนับสนุนคำจูน และการอำนวยความสะดวก ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางของชีวิตหรือสภาพของมนุษย์

Roach (1987 อ้างจาก นฤมล เพียรเจริญ) ได้อธิบายถึงการดูแลไว้ 5 ตัว คือ

1. Compassion (ความเมตตาากรุณา)
2. Competence (ความสามารถ)
3. Confidence (ความไว้วางใจ)
4. Conscience (ความรู้สึกผิดชอบ)
5. Commitment (ความผูกพัน)

Watson (1979) ได้เสนอทฤษฎีการดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์ โดยชี้ให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบสำคัญ การดูแลสามารถแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถปฏิบัติได้ระหว่างบุคคล, การดูแลประกอบด้วยปัจจัยการดูแล ซึ่งช่วยให้สนองความต้องการของบุคคล, การดูแลที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งเสริมสุขภาพและให้ความเจริญงอกงามแก่บุคคลและครอบครัว, การตอบสนองของการดูแลจะยอมรับบุคคลเท่ากัน, สภาพแวดล้อมเพื่อการดูแล จะส่งเสริมพัฒนาการในด้านศักยภาพ และยอมให้บุคคลเลือกสิ่งที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่กำหนด , การดูแลให้การสร้างเสริมคุณภาพได้ดีกว่าการรักษา, การปฏิบัติการดูแลเป็นแกนกลางของการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 10 ประการดังนี้คือ

1. การสร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีมนุษยธรรม (The formation of humanistic – altruistic system of values) เป็นข้อผูกพันและความพอใจที่มาจากกาทำให้เป็นความเกี่ยวพัน ความสามารถที่จะมีทัศนคติต่อมนุษยชาติด้วยความรักและยกย่องนับถือในความแตกต่างและความเป็นบุคคลหนึ่ง
2. การปลูกฝังความเชื่อและความหวัง (The instillation of faith – hope)
3. ความไวต่อการรับรู้ตนเองและผู้อื่น (The Cultivation of sensitivity to one self and to others)
4. การสร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือและการไว้วางใจ (Development of helping – trust relationship)

5. การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ (The Promoting and Acceptance of the expression of Positive and Negative felling)
6. การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์แก้ปัญหา (The Systematic use of scientific problem solving method for decision making)
7. การส่งเสริมการเรียนรู้การสอนระหว่างบุคคล
8. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อกระตุ้นประคอง ป้องกัน และ / หรือ แก้ไขสภาพจิตใจ ร่างกาย สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบไปด้วย ความสุขสบาย ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย ความสวยงาม
9. การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล เป็นการแสดงออกเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลได้พบกับความจำเป็นที่ช่วยสนับสนุนให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาไปในทางที่ดี
10. การมีพลังจิตวิญญาณที่มาจากประสบการณ์ตรง

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ ,2543 ⁽¹⁾ ได้ผสมผสานแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson, 1985) นำมาปรับเป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ มี 10 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท

ความเมตตาจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ผู้ดูแลเต็มใจที่จะปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง สามารถแสดงออกโดยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพอ่อนโยน เห็นอกเห็นใจในความเจ็บป่วยตามสมควร จริงใจและมีความอดทนภายใต้สภาวะการณ์ของการดูแล เสียสละเวลาในการดูแลช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างรางวัลใด ๆ

2. ให้กำลังใจและให้ความหวัง

ผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญที่สุดที่จะส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความหวังที่เป็นจริงได้ของผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกได้ทั้งวาจาและท่าที เช่น การกล่าวชมเชยในความสำเร็จของผู้ป่วยแม้ในเรื่องเล็กน้อยก็ตาม ให้อภัยและยอมรับต่อความล้มเหลวของผู้ป่วย เช่น โอบกอด แสดงความเห็นใจ และการกระตุ้นให้ปฏิบัติในสิ่งที่สามารถทำได้จนสำเร็จ รวมทั้งการบอกกล่าวให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของเขาเอง เช่น เมื่อผู้ป่วยช่วยตนเองได้มากขึ้น แต่งตัวสะอาดเรียบร้อยมากขึ้น รับผิดชอบกินยาเอง เป็นต้น

3. สังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างทันท่วงที

ความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเอง ที่พบบ่อยคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการชักเกร็งจากยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นคับปาก น้ำลายไหล เดินไม่แกว่งแขนและขณะพูดลิ้นแข็ง อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย ควรให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้แพ้ หากอาการยังไม่หายควรปรึกษาผู้รักษา ในบางรายอาจอ้วนขึ้นเนื่องจากยากระตุ้นให้มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น จึงควรควบคุมอาหารประเภทแป้ง ไขมันและน้ำตาล รวมทั้งออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ด้านอารมณ์ที่พบบ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเฉย ไม่ยอมพูด หงุดหงิด โกรธง่าย เมื่อพบอาการดังกล่าวผู้ดูแลควรเข้าไปซักถาม ค้นหาสิ่งที่มากระทบจิตใจ แสดงความสนใจและเสนอตัวเข้าช่วยเหลือ ในบางรายถึงกับคลุ้มคลั่ง ทุรร้ายและก่อความวุ่นวายทั่วไป เมื่อพบอาการดังกล่าวผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้ คือ

3.1 มีท่าทีสงบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

3.2 กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกโกรธและไม่พึงพอใจออกมา

3.3 ผู้ป่วยที่เอะอะวาละวาด ทำลายสิ่งของ ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น ควรผูกมัด หรือจำกัดขอบเขตผู้ป่วยชั่วคราว จากนั้นรีบนำส่งโรงพยาบาล

4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ

สัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกโดยการแสดงความห่วงใยอย่างจริงใจและเป็นธรรมชาติ ซักถามสารทุกข์สุกดิบในแต่ละวัน ในขณะเดียวกันผู้ดูแลก็ควรบอกกล่าวความรู้สึกและความต้องการของตนเองอย่างเปิดเผยด้วย รวมทั้งการได้ร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันกับผู้ป่วย เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง รับประทานอาหาร รับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อการเสริมสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติของความนึกคิด พฤติกรรมและอารมณ์และมีการแสดงออกที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หากผู้ดูแลเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมต่าง ๆ แล้วควรยอมรับพร้อมให้อภัย แสดงออกโดยการไม่แสดงอาการรังเกียจหรือตำหนิผู้ป่วย ไม่ควรดูถูกเหยียดหยามแต่ก็ไม่ควรตามใจหรือสนับสนุน ควรพยายามอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยเหตุผลอย่างใจเย็น ไม่ตอบสนองความต้องการเมื่อผู้ป่วยมีการแสดงวาทะที่ไม่เหมาะสม

6. แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล

การพิจารณาแก้ไขปัญหามีระบบเชื่อมโยงโดยจากเหตุผล มีความสัมพันธ์
อย่าง

ใกล้ชิดโดยการยอมรับในพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่การสืบค้นสาเหตุของปัญหา โดยการซักถามจากผู้ป่วยเอง บุคคลรอบข้าง หรือทีมบุคลากรที่รักษาผู้ป่วย และจากการสังเกตของผู้ดูแลเอง เมื่อทราบสาเหตุที่แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้พูดคุยกันแทนการตำหนิดูว่าหรือปรามให้สงบ ควรสอบถามเหตุผลพฤติกรรมดังกล่าวหากเป็นความเข้าใจผิด จำเป็นต้องอธิบายถึงสิ่งที่ถูกต้องให้ฟัง หากเป็นการรับรู้ที่ผิด เช่น มีประสาทหลอน แล้วเกิดความกลัว ผู้ดูแลอาจต้องคอยอยู่เป็นเพื่อน พร้อมกับบอกเล่าความเป็นจริง (Presenting reality) ให้ฟัง เป็นต้น แต่ถ้ามามีพฤติกรรมใดจำเป็นต้องแก้ไข (ดูแลควรมีการตกลงร่วมกับผู้ป่วยแล้วเริ่มต้นดำเนินการโดยการกระตุ้นเตือน ชักชวนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนประสบผลตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน

7. ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ผิดพลาด จึงมักแสดงพฤติกรรมตามการรับรู้ เช่น แยกตัว หวาดระแวง กลัว วิตกกังวลรุนแรง เป็นต้น ผู้ดูแลจะช่วยบรรเทาอาการเหล่านี้ได้ด้วยการเข้าไปอยู่เป็นเพื่อน ให้ความมั่นใจ เอาใจใส่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงออกอย่างเหมาะสม เช่น การทักทาย ยิ้มแย้ม พูดคุยกับผู้อื่น เป็นต้น

8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย

ผู้ดูแลคือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญเป็นอันดับแรกของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ให้มีบรรยากาศของความรัก ความอบอุ่นและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดีตามอัมภาพ ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้โดยการจัดที่อยู่อาศัยให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัยจากสิ่งที่จะเป็นอันตราย และสิ่งที่กระตุ้นการกำเริบของโรค คอยเชื่อมประสานให้มีความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เป็นต้น

9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

ผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการที่พิเศษหรือแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เช่น ต้องกินยาต่อเนื่อง ครบถ้วนเป็นเวลานานพอควรหรือตลอดชีวิต ต้องการความเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกมากกว่าปกติ ต้องการความเข้าใจและการยอมรับจากบุคคลทั่ว ๆ ไป และท้ายที่สุด คือ การ

ต้องการมีชีวิตที่ผาสุก ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นการเฉพาะ ดังนี้

9.1 การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้กินอาหารและน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน การกินยาตามจำนวนและวันเวลาอย่างถูกต้อง ช่วยเหลือเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน และการทำความสะอาดหลังขับถ่าย มีการพักผ่อนนอนหลับ ออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือช่วยประกอบภาระงานอาชีพ

9.2 การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเบี่ยงเบนของอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความรู้สึกนึกคิดและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เช่น การยิ้ม หัวเราะคนเดียว การร้องตะโกนที่สาธารณะ เป็นต้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ โดยการบอก

เล่าและแสดงเป็นแบบอย่างของการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

9.3 การตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม ผู้ดูแลปฏิบัติโดยการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม แสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในและนอกครอบครัวตามความเหมาะสม และให้มีความเคารพนับถือตามสมควร

10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต

ความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีพลังในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้โดยการให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่ป็นธรรมชาติของชีวิต เช่น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย อุบัติภัยต่าง ๆ หรือ การเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งฝึกให้มีการอดทนต่อความผิดหวังบ้าง และสนับสนุนให้ปฏิบัติศาสนกิจเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การไหว้พระ สวดมนต์ และนำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติ เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

การดูแลเป็นคำที่ใช้สื่อความหมายในชีวิตประจำวันทั่วทุกวงการทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน ความหมายของการดูแลตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง การเอาใจใส่ปกป้องรักษา ปกครอง สำหรับในภาษาอังกฤษ การดูแลใช้คำว่า Care มีความหมายว่า มีภาระเป็นกังวล ห่วงใย ความเอาใจใส่อย่างจริงจัง ความหมายตามพจนานุกรม



ฉบับภาษาอังกฤษ Care เป็นคำนาม หมายถึง การเอาใจใส่ ความรับผิดชอบ ความสนใจ (The Oxford English Dictionary, 1970 อ้างถึงในพยอม อยุสวัสดิ, 2537 : 28)

สำหรับมโนทัศน์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรดูแลมีกล่าวไว้ในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการมนุษย์ แต่ก็ยังไม่ชัดเจน และยังขาดการศึกษาค้นคว้าอย่างจริงจังต่างจากสาขาการพยาบาล ดังนั้นมโนทัศน์ของพฤติกรรมกรดูแลที่จะกล่าวต่อไปเป็นการดูแลทางการพยาบาล เนื่องจากในความเป็นแล้ว พฤติกรรมกรดูแลเป็นพฤติกรรมกรดูแลในรูปแบบการบริการของมนุษย์ต่อมนุษย์ (Humam to humam service) ซึ่งแสดงถึงมีความเข้าใจมนุษย์เป็นอย่างดี ดังนั้นภาพรวมของพฤติกรรมกรดูแลจึงสามารถนำมาใช้รวมกันได้ในทุกสังคมและวัฒนธรรม เพียงแต่อาจต้องปรับหรือดัดแปลงไปบ้างตามสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของการดูแลนั้น ๆ

การดูแลเป็นพฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เป็นกระบวนการกระทำที่ทำให้ช่วยเหลือบุคคลอื่น ที่กลุ่มบุคคลเพื่อดำรงไว้เพื่อเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต หรือเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง เป็นความรู้สึกที่มีร่วมกัน เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อน เป็นต้น (ยี่สุน ใจดี, 2540 : 25)

เมเยรอฟ (Mayeroff 1971 cited in Wilf 1986 : 87 – 88) นักปรัชญากล่าวว่าการดูแลนั้นมีความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ และแนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันเป็นเช่นเดียวกับเพื่อนสนิทให้ความช่วยเหลือด้วยความไว้วางใจด้วยความไว้วางใจและมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน การดูแลก่อให้เกิดการปรับหรือจัดค่านิยมและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเสียใหม่และการดูแลช่วยให้นักศึกษาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น โดยองค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิดนี้มี 8 ประการ คือ

1. ความรู้ (Knowing) ผู้ดูแลจำเป็นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตัวบุคคล ความต้องการ และวิธีการตอบสนองความต้องการของบุคคลนั้น
2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ดูแลมีความจริงใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล
3. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ดูแลบุคคลที่รับการดูแลเพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สุภาพซึ่งกันและกัน
4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง

ๆ จากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5. ความอดทน (Patience) ผู้ดูแลมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิด และตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

6. ความหวัง (Hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับการดูแล เป็นการมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่าง มีเป้าหมายและต่อเนื่อง

7. ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของตน

8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythm) เป็นการเรียนรู้ผลของการดูแลจากประสบการณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคงไว้ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยเหลือบุคคล

Roach (1987) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลว่า เป็นการกระทำหรือการแสดงออกต่อมนุษย์และสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งให้คุณค่าและความสำคัญในสิ่งนั้น โดยผ่านการคิดอย่างไตร่ตรอง ประกอบกับความรู้สึกหรือพลังอำนาจแห่งจิตใจต่อการกระทำว่าเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่า และมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ สุขใจที่ได้ปฏิบัติ ประกอบไปด้วย 5 พฤติกรรม ได้แก่ การปฏิบัติงานด้วยความสามารถ สัมพันธภาพที่เอื้ออาทร ความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ พฤติกรรมทางจริยธรรม และความผูกพันในงาน

แสดงให้เห็นว่า การดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเกิดขึ้นเพราะในสถานการณ์ที่บุคคลเข้าใจกัน โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเป็นการกระทำหรือการแสดงออกต่อมนุษย์โดยการคิดและไตร่ตรอง ประกอบกับความรู้สึกต่อการกระทำหรือการแสดงออกนั้น ๆ ว่าเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่าและมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ โดยสอดคล้องกับโครงสร้างของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม มอสและคณะ (Mors , et al , 1990 อ้างถึงในพยอม อยู่สวัสดิ์ , 2537 : 28) ได้สรุปความหมายของการดูแลทางการพยาบาลไว้ 5 ประการ คือ

1. การดูแลเป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวบุคคล
2. การดูแลเป็นอุดมคติหรือเป็นข้อกำหนดทางศีลธรรม
3. การดูแลเป็นความรู้สึก
4. การดูแลเป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
5. การดูแลเป็นการปฏิบัติเพื่อการบำบัดรักษา

ทฤษฎีการดูแลที่สำคัญ

ทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมของไลนิงเจอร์ (ไลนิงเจอร์, 1980) ; (Leininger ' s theory of cultural care diversity and universality) ได้ให้ความหมายดูแลว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (assistive) การสนับสนุนค้ำจุน (supportive) การอำนวยความสะดวก (facilitative) และการสร้างความสามารถ (enabling) ให้กับบุคคลหรือตามความต้องการที่แสดงออก เพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม

ไลนิงเจอร์ กล่าวว่า บุคคล ครอบครัว และชุมชน อยู่ภายใต้โครงสร้างของสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม การดูแลในแต่ละวัฒนธรรมจะแตกต่างกันไป มีแบบแผนหรือกระบวนการที่เฉพาะ และจะมีลักษณะร่วมที่เป็นสากลอยู่ด้วย จะพบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีแบบแผนเฉพาะของการปฏิบัติวิชาชีพ คือ มีวัฒนธรรมเฉพาะ ซึ่งจะมีลักษณะการดูแลแตกต่างไปจากระบบการดูแลของประชาชนผู้รับบริการ หรือการดูแลพื้นฐาน การให้บริการสุขภาพที่บรรลุเป้าหมายจะต้องเป็นการดูแลที่มีความสอดคล้องทางวัฒนธรรมของทั้งระบบพื้นฐานและระบบของวิชาชีพ โดยมีวิธีการปฏิบัติ 3 ประการ คือ

1. การคงไว้ซึ่งแบบแผนของวัฒนธรรมการดูแลพื้นฐาน
2. การปรับเข้าหากันระหว่างแบบแผนวัฒนธรรมการดูแลพื้นฐานและวิชาชีพ
3. การปรับเปลี่ยนโครงสร้างเพื่อพัฒนาแบบแผนวัฒนธรรมการดูแลขึ้นใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson ' s Theory of Transpersonal Caring)

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน มี 7 ข้อ ดังนี้

1. การดูแลสามารถแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถปฏิบัติได้ระหว่างบุคคล
2. การดูแลประกอบด้วยปัจจัยการดูแล ซึ่งสามารถช่วยให้สนองความต้องการของบุคคล
3. การดูแลที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งเสริมสุขภาพและให้ความเจริญงอกงามแก่บุคคลและครอบครัว
4. การตอบสนองการดูแลจะยอมรับบุคคลเท่ากัน
5. สภาพแวดล้อมเพื่อการดูแลจะเสริมพัฒนาการในด้านศักยภาพ และยอมให้บุคคลเลือกกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่กำหนด
6. การดูแลให้การสร้างเสริมคุณภาพได้ดีกว่าการรักษา
7. การปฏิบัติดูแลเป็นแกนกลางของการพยาบาล

แนวคิดหลักของทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน คือ การดูแลที่เน้นความเป็นมนุษย์ และในองค์รวมของมนุษย์นั้นประกอบด้วย 3 มิติ คือ กาย จิต และจิตวิญญาณที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ การดูแลตามแนวคิดนี้เป็นข้อกำหนดทางศีลธรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป้าหมายการดูแลตามทฤษฎีการดูแลมนุษย์ คือ ให้อุบัติการณ์ภาวะสมดุลง่ายภาพของกาย จิต และจิตวิญญาณ กระบวนการของการดูแลจะเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลองค์รวมของกาย จิต วิญญาณ การดูแลเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตกัน (Transpersonal caring) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น เป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค (Coparticipant) กระบวนการดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตกันได้จะต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลและเป็นโครงสร้างของทฤษฎี ดังนี้

1. สร้างระบบค่านิยมที่บอกความเป็นคน ความไม่เห็นแก่ตัวของตน

เป็นการให้ความพึงพอใจด้วยการเป็นผู้ให้แก่ผู้อื่น และขยายออกไปยังเพื่อนมนุษย์ เป็นประสบการณ์ที่สร้างความองงามของบุคคล

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง

กำหนดบทบาทของพยาบาลในลักษณะการส่งเสริมความอยู่ดี และสร้างความสำเร็จในบทบาทด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรม แสวงหาความช่วยเหลือด้วยการใช้อำนาจในการที่ถูกต้อง ด้วยการประคับประคองผู้ป่วย และด้วยการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยให้สำเร็จ รวมทั้งให้ความสำคัญแก่ความศรัทธาและความหวังว่าจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการของการดูแลรักษา

3. ให้ใจต่อความรู้สึกทั้งของตนเองและผู้อื่น

ให้เกิดการประจักษ์ในคุณค่าแห่งตนเองด้วยการยอมรับตนเอง และช่วยให้พยาบาลแสดงความรู้สึกซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมาด้วย

4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ

ให้การเกื้อหนุนดูแล เอาใจใส่ในความอบอุ่นและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5. ส่งเสริมให้แสดงความรู้สึกออกมาในทางบวกและลบ

โดยการแลกเปลี่ยนความรู้สึก เตรียมตัวเองเพื่อรับความรู้สึกทั้งในทางบวกและลบ

6. ใช้วิธีการแก้ปัญหา และตัดสินใจอย่างเป็นระบบ

นำวิธีการทางวิทยาศาสตร์และการแก้ไขปัญหามาใช้เพื่อดูแล โดยความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ที่ใช้นั้นเป็นพื้นฐานของการพยาบาล

7. ส่งเสริมการเรียนรู้การสนทนาระหว่างกัน

ให้ผู้ป่วยได้รับการควบคุมในเรื่องสุขภาพสูงสุดโดยให้ข้อมูลและทางเลือก สร้างความสามารถในเรื่องการดูแลตนเอง กำหนดความต้องการ และให้ความเจริญงอกงาม

8. จัดสภาพแวดล้อมที่เป็นการประคับประคอง ป้องกัน แก้ไขทางด้านกายภาพ จิตใจ สังคม

วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ประเมินและเฝ้าอำนวยความสะดวกในการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อความอยู่ดีในทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และให้ความเข้าใจว่าสภาพแวดล้อมของบุคคลย่อมรวมถึงการพึ่งพิงกันและกัน (ทั้งภายในและภายนอก) ซึ่งสภาพแวดล้อมนั้นมุ่งเน้นความสุขสบาย ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย ความสะอาดและสุนทรีย์

ช่วยเหลือโดยมุ่งสนองความต้องการของบุคคล ให้ความเข้าใจและความต้องการทั้งในด้านพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้บรรลุความต้องการระดับล่างก่อนและค่อย ๆ เพิ่มการสนองความต้องการที่สูงขึ้น ทั้งทางชีวภาพ ทางกาย จิต ทางจิตสังคม และทางด้านสัมพันธ์ภาพภายในและระหว่างบุคคล

9. ให้อำนาจในการเลือกปรากฏการณ์ ให้ความเข้าใจตนจากที่ประสบด้วยตนเอง ประสบการณ์ จะช่วยให้เกิดการรับรู้ในบุคคลรวมทั้งช่วยให้เข้าใจตนเองและผู้อื่นดีขึ้น

สรุป แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลมีความสำคัญอยู่ที่ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันของผู้ให้การดูแลและรับการดูแล ให้การช่วยเหลือหรือปฏิบัติกันด้วยความรัก เคารพในความเป็นบุคคล มีเหตุผล และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการดูแลมีสภาพชีวิตที่เป็นสุขจนถึงระดับของความพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

บทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีดังนี้⁽¹⁵⁾

1. สังเกตอาการเตือนเบื้องต้นก่อนจะเกิดอาการกำเริบ การที่ญาติช่วยสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของผู้ป่วย และรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ จะช่วยให้แพทย์ได้ให้การรักษาอาการกำเริบของโรคได้ตั้งแต่ต้น ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น อาการเตือนเบื้องต้นที่อาจพบได้ เช่น ตึงเครียด กระวนกระวาย กระสับกระส่าย สับสน ระแวง นอนไม่หลับ พุดมากขึ้น มีประสาทหลอนแยกตัวเอง ไม่ค่อยอยากพบปะผู้คน ไม่สนใจในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว รู้สึกไม่ดีโดยไม่มีเหตุผลชัดเจน คิดฟุ้งซ่านเกี่ยวกับศาสนา ปรัชญา เป็นต้น

2. ช่วยลดความเครียดในผู้ป่วย ความเครียดบางอย่างอาจเป็นปัญหากับผู้ป่วย ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือ ภายนอกครอบครัวก็ได้หรืออาจเกิดจากการพบสถานการณ์ใหม่หรืออาจจะเกิดโดยไม่รู้ตัวก็ได้ ปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความเครียดและมีผลกระทบต่อโรคจิต

ภาพ เช่น

1. การวิพากษ์วิจารณ์ "น้ำเสียง" เป็นสิ่งสำคัญ ไม่ควรวิพากษ์วิจารณ์ หรือใช้น้ำเสียงที่ไม่น่าฟัง
2. การแสดงความโกรธ ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ เป็นศัตรูกับผู้ป่วยจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง
3. ความไม่พอใจที่แสดงออกชัดเจนจะทำให้ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น
4. การเข้าไปพัวพัน ยุ่งเกี่ยว ทางด้านอารมณ์มากเกินไปเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ ควรดูแลผู้ป่วยในระดับ ที่เหมาะสม แม้ว่าในปัจจุบันชีวิตมีความเครียดมากมาย แต่ญาติจะช่วยลดความเครียดในผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบได้โดย

*การปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสม ตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้

- *ทำทุกอย่างให้ง่าย ๆ และไม่ควรเปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนักถ้าไม่จำเป็น
- *หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย
- *ข้อสำคัญ อย่าลืมนัดความเครียดในตัวท่านเองด้วย

3. ค้นหาจุดดี (แม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น) และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดย สนับสนุน ให้ผู้ป่วยปรับตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไปไม่เร็วจนเกินไป

4. ดูแลให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดและกินยาอย่างสม่ำเสมอ

5. ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องทักษะการเข้าสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย มีขั้นตอนดังนี้

1. ค้นหาพฤติกรรมหรือทักษะต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาและต้องการจะปรับเปลี่ยน
2. กำหนดรูปแบบพฤติกรรมที่ต้องการจะให้เกิดขึ้น โดยจัดแบ่งเป็นลำดับขั้นจากง่ายไปสู่ยาก
3. ใช้วิธีเสริมแรง มี 2 วิธี คือ - ให้รางวัล กระทำต่อเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่

ต้องการให้เกิดขึ้นโดยทันที - การงดสิ่งที่ผู้ป่วยชอบกระทำต่อเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ

ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยและตัวญาติเอง

1. อย่าโต้แย้งกับความคิดที่หลงผิดของผู้ป่วย
2. หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า การต่อสู้คัดค้าน
3. ติดต่อสื่อสารกันให้ชัดเจน เข้าใจง่ายที่สุดเท่าที่จะทำได้
4. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นทางอารมณ์ที่มากเกินไป และหลีกเลี่ยงการแตกแยกของทุกคน

ภายในบ้าน

5. อนุญาตให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเองมีอิสระบ้าง
6. แสดงความห่วงใย ให้การดูแล สนับสนุน ปรึกษาประคอง โดยไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวมากเกินไป
7. อย่าให้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเข้ามากินเวลาทั้งชีวิตของท่าน
8. พยายามหาคำแนะนำ ปรึกษาผู้รู้ หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ควรปฏิบัติในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการลงรายละเอียดที่มากเกินไป และไม่ควรเน้นในสิ่งที่เป็นนามธรรม ไม่มีตัวตน หรือไม่มีรูปแบบในการปฏิบัติ
2. พยายามแยกแยะระหว่างวิธีการ "อธิบายหรือบอกกล่าว" กับการ "ประเมิน วิเคราะห์ หรือต่อว่า" รวมทั้งการแสดงอารมณ์โต้ตอบ
3. รับผิดชอบในคำพูดของตัวเอง และพยายามให้คนอื่นได้ปฏิบัติแบบเดียวกัน
4. การติดต่อสื่อสารที่ควรเป็น คือ การใช้คำพูด กิริยา ท่าทาง หรือวิธีการที่ช่วยสนับสนุน ปรึกษาประคองให้กำลังใจผู้ป่วย

สรุป

1. โรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากญาติแต่ญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้
2. โรคจิตเภทมีอาการได้หลายแบบแตกต่างกัน เช่น ประสาทหลอน ระแวง แยกตัว ดูแลตัวเองแย่ง ซึ่งญาติมีส่วนสำคัญมากในการช่วยเหลือแพทย์เพื่อป้องกันการกำเริบ โดยการระแวดระวัง และเฝ้าสังเกตอาการเริ่มต้น
3. โรคจิตเภทมีโอกาสกำเริบได้ แต่การรักษาอย่างต่อเนื่อง และไม่หยุดยาก่อนที่แพทย์สั่งจะช่วย ป้องกันการกำเริบได้
4. ญาติควรช่วยลดความเครียดในผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบ

5. ญาติควรช่วยค้นหาจุดดีและสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยแม้จะเป็นส่วนน้อยก็ตาม

6. ญาติสามารถช่วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องทักษะ การเข้าสังคม และการใช้ชีวิตประจำวันได้

7. ญาติควรช่วยดูแลให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และกินยาอย่างสม่ำเสมอ

ชะฤทธิ พงศ์อนุตรีและคณะ (2531)⁽¹⁰⁾ อธิบายวิธีปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ
2. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มาก ๆ ในครอบครัว อารมณ์นั้นหมายถึงอารมณ์โกรธเกลียด ก้าวร้าว รวมไปถึงความรู้สึกที่หวงใยมากเกินไป
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และหากผู้ป่วยยังพอฟังเข้าใจได้ ญาติควรพูดคุยและอธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยา
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายทรัพย์สิน ญาติควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์
5. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเฉย เฉื่อยชาและแยกตัว ไม่เข้าสังคม โดยที่เป็นอาการของการเจ็บป่วยการกระตุ้นให้หายเฉื่อยชานั้น อาจให้ผู้ป่วยทำงาน โดยเริ่มจากงานที่ง่าย ๆ ก่อน เช่น ให้ดูแลที่นอนของตนเอง ช่วยทำงานบ้านง่าย ๆ ถูบ้าน ล้างจาน งานนั้นควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยจะทำสำเร็จได้โดยไม่เครียดมากเกินไป
6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แปลก ๆ เช่น พุดหัวเราะคนเดียว ซึ่งถ้าไม่บ่อยหรือไม่มาก ญาติอาจเพิกเฉยไม่ได้ตอบผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้รักษาทราบ ข้อควรระวังคือญาติไม่ควรแสดงความโกรธ ตำหนิ หรือดูว่าผู้ป่วยอย่างรุนแรง
7. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ซึ่งถ้าไม่รุนแรงและไม่อันตราย ญาติก็เพิกเฉยไม่ได้ ยิ่งถามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดเช่นนั้น ญาติลองอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจให้ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่รับฟังเลยหรือโกรธ แสดงว่ายังไม่เข้าใจที่จะพูดกับผู้ป่วยในเรื่องนี้ ญาติควรรับฟังเฉย ๆ ก่อน และบอกอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบ ถ้ามีลักษณะที่อันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยด่วน

รจนา กุลรัตน์ (2532) ⁽¹⁶⁾ ได้อธิบายถึงข้อควรปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้

1. ไม่ควรให้ผู้ป่วยเก็บยาเอง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอยู่เสมอ
3. พาหรือเตือนให้ผู้ป่วยไปรับยาเมื่อหมด
4. พาหรือเตือนผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด
5. สนับสนุนให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวดีขึ้น
6. ดูแลผู้ป่วยไม่ให้เสพสิ่งเสพติด
7. ให้การยอมรับผู้ป่วยเช่นเดียวกับสมาชิกอื่น ๆ ในบ้าน

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2538) ⁽¹⁷⁾ ได้สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความเป็นอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับระดับอาการของผู้ป่วยจิตเวช ถ้าผู้ป่วยมีระดับอาการค่อนข้างดี หรือมีการช่วยเหลือดูแลในด้านความเป็นอยู่ได้ไม่มากนัก เช่น การเตือนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน การจัดหาของใช้และการจัดให้เป็นระเบียบเรียบร้อย การจัดสถานที่พักให้เหมาะสม
2. ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและความสามารถที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้บ้าง ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวจะลดน้อยลง
3. ด้านสังคม มีการกระตุ้นผู้ป่วยทางด้านสังคมอย่างเหมาะสม เช่น การชวนผู้ป่วยออกไปเที่ยวเตร่ สังสรรค์ พุดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือร่วมงานหรือกิจกรรม เป็นต้น
4. ด้านอารมณ์และจิตใจ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างถูกต้องแล้ว จะให้การดูแลด้านนี้ได้ดี เช่น พยายามชมเชย ให้กำลังใจ ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่แสดงออกหรือดูว่าผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ ลดความวิตกกังวลสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวแก่ผู้ป่วยได้
5. ด้านการรักษา ต้องกระตุ้นหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอยู่เสมอ ไปพบแพทย์ตามนัด และเป็นผู้ช่วยการสนับสนุนการบำบัดรักษาทางด้านร่างกายและจิตใจต่อจากโรงพยาบาล

6. ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง คือ การกระตุ้น และฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นสุข สามารถและรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีแล้วก็จะสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ในที่สุดด้วย

อร่ามศรี เกสจินดา (2537)⁽⁹⁾ ได้อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติว่าญาติไม่ควรคาดหวังมากเกินไป ควรเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคว่าผู้ป่วยมักจะซึมเฉย ไม่กระตือรือร้น และนอนมากเกินไป ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นคนขี้เกียจมาก ญาติไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยแกล้ง ควรยอมรับสภาพว่าผู้ป่วยเองอาจมีความสุขกับการแยกตัวมากกว่าการเข้าสังคม การช่วยเหลือ คือ “ การกระตุ้น ” ผู้ป่วยและใช้หลักของการ “ ผ่อนปรน ” คือ การอนุญาตบ้างแต่ไม่ใช่ยอมหมด เพราะการกระตุ้นมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ เช่น มีหูแว่ว หวาดระแวง หรืออะละเว่นวายเป็นต้น ซึ่งแนวทางการปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ดังนี้

1. ยอมรับผู้ป่วย
2. จู้จี้ขี้ป่นให้น้อยที่สุด
3. อย่ากระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป
4. อย่าแสดงความกระตือรือร้นต่อผู้ป่วยมากเกินไป
5. อย่ายุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยจนเกินไป

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งดูเหมือนเป็นเรื่องใหญ่ เป็นเรื่องน่าหวาดกลัว แต่จากสภาพความเป็นจริงการเจ็บป่วยทางจิตก็ถือเป็นการเจ็บป่วยชนิดหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับใครก็ได้และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้วก็ต้องได้รับการบำบัดรักษา ช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เช่นกัน

ปัจจุบันความเชื่อที่ว่า ผู้ป่วยจิตเภทต้องสูญเสียความสามารถไปตลอดชีวิตหรือเป็นการแกล้งผู้อื่นตลอดไปนั้น ไม่เป็นความจริงเสมอไป การที่ผู้ป่วยจิตเภทประสบความสำเร็จในชีวิต โดยให้ศักยภาพที่เหลืออยู่อย่างจำกัด อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถช่วยเหลือตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนหรือใกล้เคียงคนปกตินั้น ก็เพราะ “ ได้รับแรงหนุนจากครอบครัว ” ได้ใช้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญที่สุดในการปลุกฝังเจตคติที่ดีต่อตนเองให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชและสังคม

ในขณะเดียวกันวงการวิชาการจิตเวชได้รับการพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้ได้ผล และครอบครัวจริงยิ่งขึ้น โดยเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะได้รับความรัก ความอบอุ่น การช่วยเหลือดูแลเอา

ใจใส่จากครอบครัว ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปรับตัว และพัฒนาได้ดีขึ้นกว่าการได้รับการรักษาอยู่เฉพาะในโรงพยาบาลจิตเวช เพราะเมื่อผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานเท่าใด ผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัวให้เข้ากับสังคมภายนอกมากกว่าเท่านั้น

การที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชนับเป็นงานที่ยากลำบากยิ่งงานหนึ่ง แต่ก็ไม่เกินความสามารถของครอบครัวที่จะกระทำได้ เพียงแต่ครอบครัวจะมีความรู้ความเข้าใจ ความเมตตา ตลอดจนความอดทน ก็จะสามารถนำความสบายใจมาสู่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ รวมทั้งครอบครัวไม่ควรตั้งความหวังในตัวผู้ป่วยจิตเวชไว้สูงเกินไป เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตึงเครียดและซับซ้อนใจแล้ว ยังทำให้ครอบครัวรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ หรือโกรธผู้ป่วยได้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นหลายครั้งที่เป็นภาระหนักของครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง มีอาการรบกวนวาย ก้าวร้าว แต่ส่วนใหญ่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและอย่างต่อเนื่อง ได้รับการปฏิบัติและการแสดงออกจากครอบครัวอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างเป็นสุข ซึ่งนับไปแล้วผู้ป่วยทางจิตเวชอาจจะเป็นภาระน้อยกว่าครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยอีกหลายประเภท เช่น ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง อัมพาต พิกการตาบอด หรือปัญญาอ่อนรุนแรง เป็นต้น

ครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับไปอยู่กัครอบครัว ภายหลังจากได้รับการบำบัดรักษาทางจิตเวช ดังนี้

1. ให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบในการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวชรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์โดยสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ยาทั้งหมดไว้ที่ผู้ป่วย และให้รับผิดชอบรับยาเมื่อยาจนจะหมด อย่าหยุดยาเองจนกว่าจะได้ปรึกษาแพทย์เสียก่อน

2. ที่อยู่ ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรแยกผู้ป่วยออกจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่น ไม่ควรแยกห้องนอนไว้ต่างหากที่ไกลจากคนอื่น หรือแยกบ้านออกไปต่างหากจากครอบครัว เพราะผู้ป่วยจิตเวชมักชอบแยกตัวออกจากคนอื่น ๆ อยู่แล้ว และถ้าเป็นไปได้ควรให้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนตัวเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย

3. ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว เช่น ช่วยทำงานทุกอย่างที่เคยทำก่อนป่วย เช่น ตักน้ำ ภูบ้าน ซักผ้า ตัดเย็บเสื้อผ้า ทำอาหาร ชุดดิน ถางหญ้า เป็นต้น

4. ให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น ๆ เช่น ไปทำบุญและร่วมงานประเพณีต่าง ๆ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยไปรวมและมีส่วนร่วมด้วย
 5. ช่วยกระตุ้นผู้ป่วยอยู่เสมอในเรื่องการทำงาน ให้กำลังใจและชมเชยผู้ป่วยจิตเวชตามโอกาสอันควรจะได้ทำได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเขายังมีประโยชน์ เช่น เมื่อผู้ป่วยอาบน้ำชำระร่างกาย ทำความสะอาดเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย หรือเก็บที่นอนหมอนมุ้ง เป็นต้น
 6. ขอร้องเพื่อนบ้านไม่ให้หยอกล้อ กระทบเข้าเหย้าเหยื่อหรือเห็นผู้ป่วยเป็นตัวตลกไม่อยากเข้าใกล้เพราะกลัวหรือรังเกียจผู้ป่วย
 7. ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องรักษาพยาบาล หรือปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ควรปรึกษานักวิชาการทางการแพทย์ใกล้บ้านโดยเร็วที่สุด
 8. ถ้าเห็นผู้ป่วยอยู่ในห้องทั้งวัน ทึ่งรู้ไว้ว่านั่นเป็นสิ่งผิดปกติ ต้องช่วยกระตุ้นผู้ป่วยบ่อย ๆ หางานให้ผู้ป่วยทำ ได้มีเวลาพักผ่อนในทางที่เหมาะสม ได้ออกกำลังกาย ได้ร่วมกิจกรรมของชุมชน เป็นต้น
- ครอบครัวที่ปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ ก็จะช่วยให้ไม่ต้องรับภาระหนักในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยจิตเวชอย่างไม่สิ้นสุด เพราะจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการพัฒนาและปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในสังคมได้ในที่สุด
- ในขณะที่ครอบครัวมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย การแสดงออกของครอบครัวก็เป็นสิ่งที่จะช่วยประคับประคอง และเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น และอยู่บ้านได้นาน ๆ โดยไม่เป็นภาระของครอบครัวมากนัก และไม่ต้องกลับมาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงอีก ครอบครัวจึงต้องทำความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้ด้วย คือ
1. เข้าใจในตัวผู้ป่วย ในบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงกริยา อาการ คำพูด ตลอดจนท่าทางแปลก ๆ ไปบ้าง ครอบครัวต้องเข้าใจและให้อภัยผู้ป่วย
 2. ยอมรับในการเจ็บป่วย ควรยอมรับว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นคนป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องจากโรงพยาบาลจิตเวชและไม่แสดงความทวงโทษมากเกินไป
 3. ไม่แสดงอาการรังเกียจหรือแสดงอารมณ์มาก ๆ ในครอบครัว เช่น อาการรังเกียจ

กลัว ไม่กล้าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางไม่ดี ทั้งคำพูด น้ำเสียง หรือท่าที ไม่คอยจับผิดหรือตำหนิติเตียนอย่างไม่มีเหตุผล ไม่พูดชมชู้ให้ผู้ป่วยกลัว หรือวิตกกังวล ไม่ผลักไล่ให้ผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยคิดมาก เกิดอาการกำเริบได้อีก

4. ให้กำลังใจ ถ้าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือถูกต้อง จะเป็นการช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยมากขึ้น รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตามสมควร

5. ให้ทำงานตามความเหมาะสมและพักผ่อนตามสมควร

6. ระวังอย่าให้ผู้ป่วยใช้ยาหรือสิ่งเสพติดชนิดต่าง ๆ เช่น เหล้า ګัญชา ใบกระท่อม เฮโรอีน และยาแก้ปวดอื่น ๆ

ครอบครัวของผู้จิตเวช จึงเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Primary Longterm Care Givers) และเป็นกลไกในการประสานการบำบัดรักษา (Treatment Coordinators) ด้วย แต่สิ่งสำคัญคือครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิกที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยจะกระทำหน้าที่ได้ดีก็ต่อเมื่อ มีการจัดการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านอารมณ์ จิตใจ และทรัพยากรในการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ซึ่งมีแนวคิดในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

1. สมาชิกครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวของตน ความจำเป็นขั้นแรกของทุกคน ก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความสุข ความปลอดภัยและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยการสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ร่วมกันจัดระบบการดูแล ปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว และให้การสนับสนุนในวิธีการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีจุดประสงค์สำคัญคือ เพื่อมิให้ความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น อย่างน้อยที่สุด

2. ควรมีอาการทางจิตสงบลง สามารถอยู่ในความดูแลของบุคคลที่มีไข้ผู้ชำนาญการด้านจิตเวชสามารถพึ่งพาตนเองได้ ครอบครัวจะต้องให้การดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกระตุ้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชอย่างถูกต้องเหมาะสม

3. ผู้ป่วยจิตเวช ที่ประสบความสุขและความสำเร็จในการดำรงชีวิตร่วมกับสมาชิกของครอบครัวและสังคม สามารถดำเนินชีวิตได้โดยตนเอง เพื่อตนเองและบุคคลอื่น โดยครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลพาออกสู่สังคม เพื่อสร้างประสบการณ์และเกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสม

บทบาทของครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างมาก เพราะเป็นแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข อย่างไรก็ตามความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอาจทำให้บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้รับความกระทบกระเทือนไปด้วยจึงควรส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มากขึ้น รวมทั้งจัดการบริการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างราบรื่น ซึ่งเป็นการส่งเสริมความมั่นคงของครอบครัว และลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวด้วย

✿ สำหรับรายงานการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ เกี่ยวกับประเด็นการดูแลผู้ป่วยทางจิตโดยญาติผู้ดูแลมีดังนี้⁽¹⁾

ลินดา และหลุยเอลเลน (Linda and LouEllen , 1989 : 61) ได้ศึกษาปัญหาจากการดูแลและสาเหตุของความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในมารดาผู้ป่วย ซึ่งในส่วนของวิธีการดูแล สามารถสรุปได้ดังนี้คือ

1. การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Maintaining an adequate physical environment)
2. ดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน (Managing activities of daily living)
3. การประสานกับผู้รักษาและหน่วยงานอื่น (Coordinating medical and social services)

ซีเซีย (Chesia , 1988) ศึกษาการดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเภท เน้นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยอย่างไร ครอบครัวมีความเข้าใจอย่างไรและการดูแลและการเผชิญกับปัญหาเมื่อสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคจิตเภททั้งหมด 14 ครอบครัว ในประเด็นของการดูแลนั้น ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ดังนี้

ซีเซีย (Chesia , 1988) ศึกษาการดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเภท เน้นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยอย่างไร ครอบครัวมีความเข้าใจอย่างไรและการดูแลและการเผชิญกับปัญหาเมื่อสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคจิตเภททั้งหมด 14 ครอบครัว ในประเด็นของการดูแลนั้น ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ดังนี้

1. ใส่ใจต่อการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย (Concerned for the child's self – esteem)
3. ส่งเสริมให้มีทักษะตามพัฒนาการภายในขอบเขตของการเจ็บป่วย (Skillfully Encouraged his development within the boundaries of the illness)
4. ใส่ใจต่อการปฏิบัติหน้าที่โดยเข้าไปมีส่วนร่วม (Parents involved by a concern for the child's functioning)
4. ดูแลโดยใช้หลักของเหตุผล(Shaped care according to scientifically derived)

ทักและคนอื่น ๆ (Tuck et all , 1997 : 122) ศึกษาประสบการณ์การดูแลบุตรชายที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ศึกษาในจำนวนผู้ปกครอง 9 ราย ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสรุปว่า ต้องประกอบด้วย การเฝ้าดู (Watching) การปกป้อง (Protecting) พยายามช่วยเหลือ (Seeking help) และการเสียสละความต้องการส่วนตัว (Sacrifice of personal needs)

จูดิท (Judith , 1980 : 311) ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชน ในส่วยของรูปแบบการดูแลนั้น คลัสได้อธิบายถึงความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 เรื่อง ได้แก่

1. สิ่งจำเป็นพื้นฐานของชีวิต ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า การมีรายได้ การดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และการได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย
2. การใช้เวลารว่างให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า (Meaningful use of time) ได้แก่การทำงาน อาชีพ การทำกิจวัตรและนันทนาการ การศึกษา และการปฏิบัติศาสนกิจ
3. ดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Access to medication)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บัทมา ทัพสเถียรไท (2533)⁽¹⁸⁾ ศึกษาการเผชิญภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ในด้านความมั่นคงทางจิตใจ คะแนนเฉลี่ยของการเชิญเพื่อนบ้านมาสังสรรค์ หรือการไปเยี่ยมเพื่อนบ้านมีระดับต่ำ

ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี (2531)⁽¹⁹⁾ ศึกษาสาเหตุที่ต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การที่ญาติขาดความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย มักค่อย ๆ เรียนรู้จากการลองผิดลองถูก ทำให้เกิดความเครียดกังวล เหนื่อยล้า

วิไลวรรณ บุญเรือง (2542)⁽²⁰⁾ ศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สัมพันธ์ภาพต่อผู้ป่วย ศึกษาญาติผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในภาคเหนือ พบว่า ความรู้ของญาติดูแลผู้ป่วยโรคจิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และสัมพันธ์ภาพของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

ปริศนา เจยศิริ (2542)⁽²¹⁾ ศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สัมพันธ์ภาพต่อผู้ป่วย ศึกษาญาติผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในภาคใต้ แบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พบว่า ความรู้ของญาติดูแลผู้ป่วยโรคจิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี (62.1%) เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง สัมพันธ์ภาพของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

รัตติกกร เมืองนาง (2542)⁽²²⁾ ศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สัมพันธ์ภาพต่อผู้ป่วย ศึกษาญาติที่นำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าญาติมีความรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับดีถึง 62 % เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง และสัมพันธ์ภาพของญาติต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

ชลพร กองคำ (2542)⁽²³⁾ ศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สัมพันธ์ภาพต่อผู้ป่วย ศึกษาญาติผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในภาคกลาง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของทั้ง 3 คน ข้างต้น

สลิลลา มากะจันทร์ (2542)⁽²⁴⁾ ศึกษาความรู้ เจตคติและรูปแบบพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร.พ.สมเด็จพระเจ้าพระยา และ ร.พ. ศรัทธาญา พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลอยู่ระดับปานกลาง เจตคติพบว่าร้อยละ 67.7 มีเจตคติทางบวกกับผู้ป่วย รูปแบบการสื่อสารพบว่า 53.4 เป็นไปในทางบวก และ 46.06 ไปในทางลบ

วรกษ นิธิกุล (2534)⁽²⁵⁾ ศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดสูงสุดเกี่ยวกับความกังวลว่ามีโอกาสน้อยที่ผู้ป่วยจะหายดังเดิม มีความเครียดปานกลางเกี่ยวกับด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วย ชีวิตสังคมและส่วนตัวของญาติ และความน่าอัศจรรย์เรื่องโรคจิต

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543)⁽¹⁾ ศึกษาภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือมารับยาอย่างต่อเนื่องที่ตึกผู้ป่วยนอกที่ ร.พ. ศรัทธาญา และ ร.พ. สมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยร้อยละ 71.4 ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 28.6 มีแนวโน้มในการผิดปกติทางจิตเวช ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.45 ของคะแนนเฉลี่ย และสุขภาพจิตของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$)

ศักดิ์ดา กาญจนาวโรจน์กุล⁽²⁵⁾ สุพิน พิมพ์เสน,คมชาย สุขยั้ง;วรารัตน์ ทะมังกกลาง;บังอร ศรีเนตรพัฒน์ (2541) ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยญาติเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลที่ได้จากการศึกษาปรากฏว่าปัญหาที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุมาจากขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวคือ การใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มญาติผู้ป่วย(Participatory learning group) ผลการประเมินที่ได้ปรากฏว่า ญาติผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่า่นั้น โดยให้สถิติทดสอบ T- test ด้านความเชื่อมั่น 95 %

เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543)⁽²⁶⁾ ศึกษาสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากที่สุด คือ การจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น และสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดน้อยแต่พบบ่อยได้แก่ การต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่าย และค่าทำการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

รุจิรา จงสกุล (2540)⁽²⁾ ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยและเคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่าการสนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อผู้ป่วย การรับรู้ และการเผชิญกับปัญหาของครอบครัว ลักษณะครอบครัว และความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

Angermeyer และ Matschinger(1996)⁽²⁷⁾ ได้ทำการศึกษาในประเทศเยอรมนีถึงความเชื่อถึงสาเหตุของโรคจิตเภท พบว่าญาติผู้ป่วยมักมองสาเหตุของโรคไปที่เรื่องปัจจัยทางชีวภาพ ในขณะที่ประชาชนทั่วไปมักเชื่อว่าปัจจัยทางจิตสังคม โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเครียด น่าจะเป็นสาเหตุของโรคมากกว่า ผู้วิจัยมีความเห็นว่าความเชื่อที่แตกต่างกันนี้น่าจะมาจากกรณีที่ญาติมีโอกาสได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์มากกว่า รวมทั้งการที่ญาติต้องเผชิญกับความรู้สึกผิดที่มีคนป่วยเป็นโรคจิตเภทในครอบครัวด้วย

RothbauerJ,SpiessIH (2001)⁽²⁸⁾ ได้ทำการศึกษาถึงเจตคติและความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมถึงความต้องการของญาติในประเทศเยอรมนี พบว่าเจตคติ ความรู้ และความต้องการของญาติทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน และสิ่งที่ญาติมีความต้องการเพิ่มเติมมากเป็นอันดับต้นๆคือ ต้องการเวลาพูดคุยกับผู้ดูแลรักษาให้มากขึ้น และต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทให้มากกว่าที่เป็นอยู่

Harrison CA (1998)⁽²⁹⁾ ได้ทำการศึกษาที่ประเทศออสเตรเลีย ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยของญาติกับตัวแปร 3 ตัวคืออาการด้านลบของผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคของญาติ และการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยของญาติ พบว่าตัวแปร 3 ตัวคือ การมีอาการด้านลบในสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับอาการโดยรวม การที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยและการที่ญาติมองสาเหตุของอาการด้านลบว่ามาจากบุคลิกภาพของผู้ป่วยแทนที่จะเกิดจากตัวโรค จะเป็นตัวพยากรณ์ถึงการดูแลของญาติว่ามีผลการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยเป็นอย่างมากได้

จาวรรรณ ต.สกุล (2524)⁽³⁾ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่ามีสาเหตุมาจากญาติยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บ

ป่วยทางจิต และในแง่ของการยอมรับผู้ป่วยพบว่า 60 % ของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้รับการนับถือจากญาติลดน้อยลงกว่าเดิม หรือไม่มีเลย รวมถึงการได้รับอิทธิพล ความเชื่อ ค่านิยมทางสังคมที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต ว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจ เป็นเรื่องที่น่าละอาย เป็นเรื่องของบุญกรรมและปมด้อย และยังพบว่าเกินครึ่งของผู้ป่วยรับว่ามีปัญหาในการปรับตัวในการอยู่ในสังคมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนญาติ 78.79 % เห็นว่าเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดไป จึงต้องการให้ทางโรงพยาบาลรับผู้ป่วยไว้รักษาตลอดไป

วัธนีย์ หัตถพนม และคณะ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเอาใจใส่ดูแลของญาติ ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่า ญาติยังคงยกย่องนับถือรักใคร่เหมือนเดิม ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา ทั้งผู้ป่วยและญาติ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่า โรคจิตเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ฉะนั้นขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดยา เพราะคิดว่าหายดีแล้ว ความเชื่อเรื่องโรคและการรักษา ผู้ป่วยเชื่อว่า โรคจิตทำให้สังคมเดือดร้อน วุ่นวาย ร้อยละ 50.67 และร้อยละ 36 ญาติเชื่อว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เกิดจากผีเข้า ผีทำ ส่วนสังคม สิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 68 เพื่อนบ้านเคยล้อเลียนผู้ป่วยว่าเป็นบ้า และร้อยละ 61.34 เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ชวนผู้ป่วยเสพสิ่งเสพติด 6. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน พบว่า มีข้อขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว และมีปัญหาเกี่ยวกับฐานะเศรษฐกิจมาก ความรู้สึกและการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วย พบว่า ญาติให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและเกี่ยวกับฐานะเศรษฐกิจมาก นอกจากนี้ ความรู้สึกและการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วย พบว่า ญาติให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและอยากให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

ไพบุลย์ วงษ์ใหญ่;สุกัญญา กิจเครือ (2539)⁽³⁰⁾ ... ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลจิตเวช การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของญาติผู้ป่วยนอกกับญาติผู้ป่วยใน ในเรื่องของการความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ในเรื่องของการความรู้ เจตคติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ญาติผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สุขภาพจิตอยู่ในระดับดี สูงถึงร้อยละ 70 ในเรื่องที่ว่าผู้ป่วยควรงดดื่มสุราและใช้สารเสพติดทุกชนิด ในเรื่องควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยจะเป็นการเสริมกำลังใจและความมั่นใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รู้ว่าผู้ป่วยเมื่อขาดยานาน ๆ มักมีอาการกำเริบขึ้นอีก รู้เรื่องการฝึกควบคุมอารมณ์จะทำให้คนเรามี

จิตใจเข้มแข็ง เรื่องผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกวัน อย่าหยุดยาเอง เรื่องการปรึกษา
 คนใกล้ชิดเพื่อระบายความอัดอั้นใจเป็นสิ่งที่ควรกระทำ แต่ยังมีญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่รู้เรื่องเลยสูง
 ถึงร้อยละ 90 เกี่ยวกับเรื่องที่ว่าถ้ามีเรื่องที่ไม่สบายใจไม่สามารถนำไปบอกผู้อื่นได้ เรื่องที่คิดว่าผู้
 ป่วยไม่สามารถนำไปบอกผู้อื่นได้ เรื่องที่คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถจะอยู่ร่วมกับสังคมได้ คิดว่าผู้ป่วย
 ไม่ควรเข้าสังคมใด ๆ กับผู้อื่น เพราะจะทำให้เกิดความวุ่นวาย เรื่องที่คิดว่าที่รักษาจนสามารถกลับ
 บ้านได้แล้วควรให้นอนอย่างเดียว อีกเรื่องคือคิดว่าผู้ป่วยสุขภาพจิตดีหมายถึงผู้ที่มีอารมณ์ขัน ยิ้ม
 ได้ตลอดเวลา ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของญาติผู้ป่วยนอกกับญาติผู้ป่วยในเรื่องความรู้ เจต
 คติ และแรงสนับสนุนทางครอบครัวของญาติผู้ป่วยจิตเวช พบว่าญาติผู้ป่วยนอกที่ดูแลผู้ป่วยหลัง
 จำหน่ายกลับบ้านแล้วสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้นานเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ต้องพา
 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ มีความรู้ สุขภาพจิตดีกว่าญาติผู้ป่วยในที่ยังไม่จำหน่ายกลับบ้าน หรือ
 จำหน่ายกลับบ้านแล้วแต่ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ไม่ถึง 6 เดือนต้องกลับมารักษาซ้ำ มีความแตก
 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3.เจตคติของญาติผู้ป่วยต่อผู้ป่วยจิตเวช พบว่าญาติ
 ผู้ป่วยจิตเวชมีเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.23 จากคะแนนเต็ม
 57 คิดเป็นร้อยละ 7.6 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของญาติผู้ป่วยนอกกับญาติผู้ป่วยใน ใน
 เรื่องเจตคติที่มีต่อผู้ป่วย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องของเจตคติ 4.แรงสนับสนุนทางครอบครัว
 ของผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้ป่วยจิตเวช พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีแรงสนับสนุนทางครอบครัวอยู่
 ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย 1.29 จากคะแนนเต็ม 15 คิดเป็นร้อยละ 48.9 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความ
 ต่างกันระหว่างญาติผู้ป่วยนอกกับญาติผู้ป่วยในพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง ของแรง
 สนับสนุนทางครอบครัว 5.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สุขภาพจิต เจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวช และแรง
 สนับสนุนทางครอบครัว โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างญาติผู้ป่วยนอกที่ดูแลผู้ป่วยหลัง
 จำหน่ายกลับบ้านแล้วสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวได้นานเกินกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ต้องพา
 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ มีความรู้สุขภาพจิตดีกว่าญาติผู้ป่วยใน ซึ่งยังไม่จำหน่ายกลับบ้านหรือ
 จำหน่ายกลับบ้านแล้วแต่ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ไม่ถึง 6 เดือน ต้องกลับมารักษาซ้ำ มีความแตก
 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สุพิทยา สังฆะพิลา;ยุทธนี เพ็ญสุวรรณ (2540)⁽³¹⁾ ...ศึกษาเรื่องทัศนคติและการดูแลผู้ป่วย
 โรคจิตในจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2540 มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิต และ
 ทัศนคติของผู้ดูแลต่อกรพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในระดับใด ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้การดูแลผู้
 ป่วยมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ที่มีอายุ 46 ปีขึ้นไป เกือบ 3 ใน 4 เป็นบิดา/มารดา และญาติของผู้
 ป่วย มากกว่า 4 ใน 5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เกือบทั้งหมดจบการศึกษาระดับประถมศึกษา

มากกว่า 2 ใน 3 มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และมากกว่าครึ่งที่รายได้ของครอบครัวต่อปีเมื่อเทียบกับรายจ่ายพอใช้ ผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดร้อยเอ็ดมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย เกือบ 3 ใน 4 มีอายุไม่เกิน 45 ปี มากกว่า 2 ใน 3 เริ่มป่วยเมื่ออายุ 20 ปี ขึ้นไป ประเภทของผู้ป่วย ร้อยละ 23.6 เป็นประเภทเก็บตัว ร้อยละ 35.0 เป็นประเภทแสดงออก ร้อยละ 27.9 เป็นประเภทหวาดระแวง ร้อยละ 65.0 จะพาไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 55.8 จะกระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยให้ผู้ป่วยทำงานตามความสามารถ ร้อยละ 50.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายปัญหาและส่งเสริมให้เข้ากับสังคมกับคนทั่วไปได้ และร้อยละ 69.2 จะสังเกตอาการผิดปกติ ถ้าพบก็จะพาไปพบแพทย์ การดูแลผู้ป่วยนั้น เกือบทั้งหมดผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 2 ใน 3 ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเลย ส่วนทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในจังหวัดร้อยเอ็ดในภาพรวมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ในตัวแปร เพศ ลักษณะของครอบครัว อายุ ประเภทผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่พอใช้ จะมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยดีกว่าผู้มีรายได้พอใช้ เมื่อเทียบกับรายจ่าย ($P < .05$)

ชมัยพร พรรณภาพ⁽³²⁾ ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของลักษณะภูมิหลังกับความรู้และการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะภูมิหลังกับความรู้และการปฏิบัติของญาติผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์โดยคณะผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเพื่อสัมภาษณ์ลักษณะภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 73.5 ไม่เคยได้รับความรู้เลยคิดเป็นร้อยละ 26.5 ได้รับความรู้มากที่สุดจากบุคลากรในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 45.1 และพบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ลักษณะอาชีพต่างกัน และฐานะเศรษฐกิจต่างกันจะมีความรู้เรื่องจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 และญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะอาชีพที่แตกต่างกันและฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า . ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มี เพศ อายุ สภาพการสมรส ลักษณะการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันได้รับและไม่ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทมาก่อน มีความรู้เรื่องโรคจิตเภทไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05 ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาแตกต่างกัน การได้รับและไม่ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทมาก่อน มีการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ .05

ประไพศรี บุรณางกูร⁽³³⁾ ศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตของโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา เน้นการศึกษาเฉพาะปัจจัยความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิตในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วย กับด้านสังคม และเศรษฐกิจของญาติผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิต ในด้านอาการและการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก 5 รายการ ระดับปานกลาง 8 รายการ และระดับน้อย 4 รายการ โดยรายการที่มีความวิตกกังวลมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ห่วงใยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลำบากใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไรต้องตามใจและถนอมน้ำใจผู้ป่วยอยู่เสมอ ไม่ทราบว่าจะใครจะดูแลผู้ป่วย ถ้าญาติต้องเสียชีวิต สำหรับปัจจัยความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิต ในด้านสังคม และเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง 5 รายการ และระดับน้อย 9 รายการ โดยรายการที่มีความวิตกกังวลมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็นค่าเดินทางและค่ายา เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติขาดรายได้ที่พึ่งพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติต้องเสียเวลาทำงานเพื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ญาติหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวต้องหยุดงานดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ และขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วย

จลี เจริญสรรพ⁽³⁴⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สอนสราญรมย์ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสอนสราญรมย์ โดยศึกษาด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และการรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเอาใจใส่ดูแลของญาติ สังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถูกต้องระดับต่ำในเรื่องดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยไม่ควรเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมใด ๆ ร้อยละ 57 อุบัติเหตุที่ศีรษะ ยาเสพติด ไสยศาสตร์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตคิดเป็น ร้อยละ 46.5, 46, 44.5 ตามลำดับ โรคจิตเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ร้อยละ 24 ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการเอาใจใส่ดูแลของญาติ ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลญาติต้อนรับผู้ป่วยอย่างอบอุ่นร้อยละ 64.5 บุคคลในครอบครัวให้ความยกย่องนับถือรักใคร่ผู้ป่วยมากกว่าเดิมร้อยละ 38 ญาติเอาใจใส่ต่อความเป็นอยู่ของผู้ป่วยมากกว่าเดิมร้อยละ 51 ผู้ป่วยเป็นสุขที่ได้กลับบ้านร้อยละ 62.5 ญาติมีความกังวลเป็นห่วงเป็นใยร้อยละ 47 เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาบุคคลในครอบครัวร่วมแก้ปัญหาทุกครั้งร้อยละ 42 ผู้ป่วยขาดยาร้อยละ 41.5 สังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยพบว่า เพื่อนบ้านไม่เคยล้อเลียนว่าผู้ป่วยเป็นบ้าร้อยละ 60 เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานให้ความไว้วางใจและให้รับผิดชอบในการทำงานที่เคยทำร้อยละ 38 เพื่อนบ้านไม่เคยขูขบหรือแอบมองเลย ร้อย

ละ 40.8 เคยเข้าร่วมกิจกรรมประเพณีต่าง ๆ กับเพื่อนบ้านนาน ๆ ครั้งร้อยละ 57.5 เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้านไม่เคยชวนผู้ป่วยดื่มหรือเสพสิ่งเสพติดร้อยละ 44 คนในระแวกบ้านของผู้ป่วยที่มีปฏิกริยาเป็นมิตรเช่นเดิมร้อยละ 30.5 ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยขณะที่อยู่บ้าน พบว่าผู้ป่วยไม่มีข้อขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 57 ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับฐานะเศรษฐกิจร้อยละ 55 ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการทำงานได้เหมือนคนปกติร้อยละ 76.5 และไม่ยากอยู่คนเดียวอยากเข้าร่วมสมาคมกับเพื่อนบ้านหรืองานสังคมต่าง ๆ ร้อยละ 66

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ;กฤตยา แสงวงเจริญ ,2538 ⁽³⁵⁾ ศึกษาเรื่องความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และการเตรียมตัวของญาติสำหรับการรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ญาติมีความต้องการให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนกว่าจะหาย ร้อยละ 25.00 และจะมีอุปสรรค ถ้าต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 91.67 เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีประสบการณ์ มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เบื่อหน่าย การปฏิบัติตัวของญาติต่อผู้ป่วยในระหว่างอยู่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ให้การพูดคุย ร้อยละ 89.89 แต่ไม่ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาลร้อยละ 54.10 ญาติส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยในลักษณะขัดแย้งคือ มีทั้งความรู้สึกด้านบวกและลบในเวลาเดียวกัน ร้อยละ 67.59 ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ร้อยละ 72.22 มีการวางแผนรับผู้ป่วยกลับบ้านได้ถูกต้อง แต่ญาติรู้สึกว่าจะไม่พร้อมในการรับผู้ป่วย ร้อยละ 42.59 และคาดว่าจะมีอุปสรรคถ้าต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 99.07

ชฎาพรรณ รัตนดิگانนท์;สาวิตรี อัจฉนงค์ภรณ์ชัย,วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ ,2540 ⁽³⁶⁾ ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคจิต วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคจิต โดยดูถึง ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติที่ญาติมีต่อผู้ป่วยและสถานพยาบาล รวมทั้งลักษณะอาการผู้ป่วย ผลการศึกษา ส่วนใหญ่ ญาติทราบถึงอาการของโรคจิตแต่ไม่ทราบสาเหตุ จำนวนหนึ่งเชื่อว่าเป็นจากความกดดันและความวิตกกังวล หรือจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ส่วนใหญ่ไม่เคยทราบข้อมูลเรื่องโรคจิตหรือการบริการทางการแพทย์ของภาวะนี้ ญาติจะกังวลใจกับอาการของผู้ป่วยเป็นคนแรกเป็นบุคคลในครอบครัว อาการแรกเริ่มได้แก่ การพูดผิดปกติ มีความหลงผิด และพฤติกรรมก้าวร้าวเคลื่อนไหวเซื่องช้าลง หลังจากเห็นอาการมีเพียงหนึ่งในสามของญาติที่ไปพบแพทย์ทันที ร้อยละ 28 ไปพบผู้รักษาอื่น ๆ และร้อยละ 38 ใช้วิธี

รอคูอาการโดยมีความหวังว่าจะหายไปเอง สรุป ความรู้และความเชื่อเรื่องโรคมะเร็งที่สำคัญ ต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคจิต

เพยาร์ หวานสนิท⁽³⁷⁾ ศึกษาเรื่อง ปัญหาสังคมบางประการที่ทำให้คนไข้อยู่บ้านไม่ได้ ญาติต้องส่งเข้าโรงพยาบาลอีก โดยทำการศึกษาค้นคว้าที่รับครั้งที่ 2 จำนวน 100 ราย ในโรงพยาบาลศรีธัญญา เกี่ยวกับสาเหตุที่ญาติต้องส่งผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลอีก ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกี่ยวกับผู้ป่วยไม่ได้รับยาสม่ำเสมอ ขาดการติดต่อกับทางโรงพยาบาลและทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต เป็นภาระของญาติในการดูแลควบคุมและพบว่าเนื่องจากผู้ป่วยสร้างความหวังนักรู้ให้กับเพื่อนบ้าน 24% และ นำความเดือดร้อนหนักใจให้กับคนในครอบครัว 21% เป็นเหตุให้ญาตินำส่งโรงพยาบาลอีก

นิตยา ตากวิริยะนันท์⁽³⁸⁾ ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้ยุ่งยากลำบากใจ แก่ญาติขณะอยู่บ้าน พบว่า พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติ ที่บ่อยเรียงตาม ลำดับคือ ไม่ยอมทำมาหาเลี้ยงชีพ ไม่ยอมช่วยงานบ้าน ไม่ดูแลสุขภาพอนามัย และมีพฤติกรรมที่ รุ่มง่ามแข็งขี้

เพชร อินอิม⁽³⁹⁾ ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า แม้ญาติจะมีความเห็นว่าเป็นไม่ควรกักขังผู้ป่วยตลอดเวลา แต่ก็เห็นว่า ต้องดูแลผู้ป่วยไว้ไม่ให้ผู้ป่วย ทำให้ญาติอับอาย ต้องแยกผู้ป่วยไว้ไม่ให้เกี่ยวข้องกับผู้อื่น ญาติมีความคิดเห็นว่าเป็นไม่อยากให้ ใครรู้ว่าญาติเป็นโรคจิต และมีญาติเกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่า การมีผู้ป่วยโรคจิตอยู่ ในบ้านเป็นเรื่องน่าอาย

Denzin และคณะ⁽⁴⁰⁾ ได้ศึกษาผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโคลัมเบีย จำนวน 376 ราย พบว่าผู้ที่กลับมารักษาซ้ำส่วนมากเป็นชนชั้นต่ำที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและ ครอบครัวผู้ดูแลก็มีการศึกษาต่ำ แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจต่อโรคจิตเวชน้อย และสถานภาพ ทางเศรษฐกิจเป็นผลให้ญาติไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย

Julian leff และคณะ⁽⁴¹⁾ ได้ศึกษาสภาพแวดล้อมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่กรุงลอนดอน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีญาติ ชอบวิจารณ์ หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งเป็นลักษณะของครอบครัวที่มีความเครียดสูง จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีความเครียดต่ำ และ Leff ได้เสนอข้อเสนอนี้ไว้ว่าวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยผู้ป่วยคือการส่งเสริมครอบครัวให้สามารถควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย และให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคแก่ญาติ

บุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของ ญาติต่อผู้ป่วยโรคจิต พบว่าญาติมีความวิตกกังวลในเรื่องการดูแลและอาการของผู้ป่วยสูงกว่า ปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเวชยังมีความต้องการทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ ซ้ำซ้อนเข้าใจยากและละเอียดอ่อน ฉะนั้นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจอาการ และมีความรู้เกี่ยวกับโรค

สุรรัตน์ โปจรัส⁽⁴³⁾ ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการบริการ บำบัดรักษาของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมุ่งศึกษาทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการ บริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วย โดยศึกษา 3 ด้าน คือ ตัวผู้ป่วยเอง ทัศนคติของ ญาติ ต่อผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติของญาติต่อการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล สัมภาษณ์จากญาติ ของผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ครั้งที่สองขึ้นไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ทัศนคติของ ญาติต่อระดับความรุนแรงของอาการทางจิตใจระดับรุนแรงมากที่สุดที่ญาติต้องนำผู้ป่วยมาโรง พยาบาล

ก. ความผิดปกติทางด้านความคิด ญาติส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความผิดปกติทางด้านความ คิดของผู้ป่วยมีอาการหลงผิดคิดไปเอง มีคนจะทำร้าย หรือคอย ปองร้ายหรือคิดจะทำร้ายผู้อื่นมาก ที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56

ข. ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ญาติส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีทัศนคติต่อความผิดปกติทาง ดันอารมณ์ของผู้ป่วยในขั้นรุนแรงมากที่สุดคือผู้ป่วยมีอาการโกรธหงุดหงิดอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

ค. ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ญาติส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความผิดปกติทางด้านพฤติ กรรมของผู้ป่วยในขั้นรุนแรงมากที่สุดคืออะละเว่นวายเป็นอยู่ไม่สุขเท่ากับอาการกลางคืนไม่นอนร้อยละ 64

ง. ความผิดปกติทางการรับรู้ ญาติส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความผิดปกติทางการรับรู้ ในขั้นรุนแรงมากที่สุดคือมีประสาทหลอนทางหูคิดเป็นร้อยละ 70

ส่วนทัศนคติของญาติต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เมื่อมีอาการทางจิต ญาติจะนำผู้ป่วยเข้ารักษาใน 1-2 สัปดาห์ ความพร้อมในการดูแล ญาติส่วนมากมีความพร้อมใน การดูแลปานกลาง การรับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบถ้วน สาเหตุการกิน ยาไม่ครบถ้วน คือ ไม่ยอมกินยา ญาติควบคุมไม่ได้หยุดกินยาเอง คิดว่าตนหายขาด ขาดคนดู แลเอาใจใส่ เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย การมารับการรักษาตามนัดผู้ป่วยมารับการรักษา ตามนัดทัศนคติต่อการเจ็บป่วยญาติส่วนใหญ่คิดว่าไม่หายขาด ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยและการ ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ดีจากญาติ ญาติมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วยแต่มีทัศนคติ ด้านลบค่อนข้างมากคือญาติจะคิดตามผู้ป่วยเสมอเพราะเกรงว่าจะทำอะไรผิดพลาด

ธนิกร อุปเสน⁽⁴⁴⁾ ศึกษาเรื่องบทบาทและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งผลการ

วิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตามการดูแลที่จำเป็น โดยทั่วไป ส่วนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ โดยญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ และบทบาทผู้จัดการดูแล และยังพบว่า ในบางครั้ง ญาติผู้ดูแลไม่แสดงบทบาทใด ๆ ส่วนภาวะในการดูแลที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ของญาติผู้ดูแลพบภาวะในเชิงรูปธรรมคือ ในด้านการพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเศรษฐกิจ ส่วนในด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ และความรู้สึกเป็นภาวะในเชิงนามธรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะถึงการพัฒนารูปแบบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง

จากการศึกษาใน London ประเทศอังกฤษโดย Magorrian K. พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่รุนแรงเช่น จิตเภท อาศัยอยู่ในชุมชน โดยมักอาศัยอยู่กับครอบครัว และผู้ดูแลเหล่านี้ ต้องการแรงสนับสนุนจากคนรอบตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแลกับความสามารถที่จะจัดการกับปัญหา นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ระหว่างความพอใจในการบริการกับโอกาสที่ญาติจะได้ติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพจิต

จากการศึกษาในเยอรมนีโดย Holzinger A. และคณะ ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท จากมุมมองของญาติผู้ป่วย โดยการสัมภาษณ์ญาติของคนไข้จิตเภทจำนวน 31 คน แล้วทำการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเกี่ยวกับคำตอบที่ได้มาโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วย ผลการศึกษานั้นสอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณที่เคยมีมาคือ ญาติมีความโน้มเอียงที่จะเชื่อว่าสาเหตุของโรคมาจากปัจจัยทางจิตสังคม อย่างไรก็ตาม มีญาติ 1 ใน 3 ที่มองว่าอาจมีหลายสาเหตุที่รวมกันเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค (multicausal concept)

มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ที่มีลูกป่วยเป็นโรคจิตเภทในเยอรมันและออสเตรเลียโดย Angermeyer MC. และคณะ โดยศึกษาพ่อแม่จำนวน 509 คน ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ของพ่อแม่แสดงความกังวลว่าภาวะที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลต่อสุขภาพของตัวเอง โดยอาการที่รายงานมามากตามลำดับคือ อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์ไม่สงบ สุขภาวะสับสน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย รวมทั้งอาการปวดคอและไหล่ ส่วนเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นผลจากภาวะในการดูแลรองลงมาคือ การที่พ่อแม่ไม่สามารถมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ปัญหาการทำงาน

หรืออาชีพ และปัญหาการเงิน ผู้วิจัยได้เสนอว่ากลุ่มพ่อแม่ของผู้ป่วยควรถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง และควรได้รับการช่วยเหลือระดับประคอง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวความคิดในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

กรอบแนวความคิด (Conceptual Framework)

