

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของครอบครัวในการส่งสมาชิกที่พิการเข้าสถานสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ : ศึกษากรณีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล" ได้รวบรวมแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ
 - 2.1.1 ความหมายของความพิการ
 - 2.1.2 ประเภทคนพิการ และระดับความพิการ
 - 2.1.3 ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 - 2.1.4 ความสำคัญและความจำเป็นของการสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 - 2.1.5 การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในต่างประเทศ
 - 2.1.6 การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในประเทศไทย
 - 2.1.7 การสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนพิการ
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
 - 2.2.1 การทำหน้าที่ในครอบครัว
 - 2.2.2 สัมพันธภาพในครอบครัว
 - 2.2.3 การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษา
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีความต้องการ
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจ
- 2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคนพิการ

2.1.1 ความหมายของความพิการ

องค์การอนามัยโลก (WHO) (อ้างในวิจิตร แก้วเครือวัลย์, 2544 :11) ได้ให้ความหมายความพิการไว้ว่าเป็นความเสียหายเปรียบของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่เกิดจากการชำรุด หรือความสามารถบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา เป็นผลทำให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาทหรือทำอะไรให้เหมาะสมสอดคล้องได้ตามวัย เพศ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

องค์การสหประชาชาติ (UNESCO) (อ้างในขนิษฐา เทวินทรภักดี, 2540 : 33) กล่าวว่าคนพิการ (Disabie Person) หมายถึง คนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด หรือบางส่วนที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติ หรือการใช้ชีวิตในสังคมอันมีผลจากความบกพร่องทางกาย หรือจิตใจไม่ว่าจะเป็นมาแต่กำเนิดหรือไม่ก็ตาม

พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 มาตรา 4 กำหนดความหมาย "คนพิการ" ว่าหมายถึงความถึง คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ความประเททหรือตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง

กล่าวโดยสรุป คนพิการ หมายถึง คนที่มีความผิดปกติหรือมีความบกพร่องทางร่างกาย ทางสังคม ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ซึ่งทำให้บุคคลนั้นมีข้อจำกัด ในการแสดงบทบาทหน้าที่ ในการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นมาตั้งแต่กำเนิด หรือพิการภายหลังก็ตาม

2.1.2 ประเภทของคนพิการและระดับความพิการ

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่โดยตรงตามในพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้กำหนดประเภทคนพิการ 5 ประเภท และระดับความผิดปกติของคนพิการไว้ในกฎกระทรวงหลักเกณฑ์ของแต่ละประเภทความพิการ โดยสรุปดังนี้

1. คนพิการทางการมองเห็น ได้แก่ คนที่มีสายตาข้างที่ตึกว่าเมื่อใช้แว่นสายตาธรรมดาแล้วมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือ 20/70 ลงไปจนมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง หรือคนที่มีสายตาแครบกว่า 30 องศา

ทั้งนี้แบ่งระดับความผิดปกติ 5 ระดับ ดังนี้

ความผิดปกติระดับ 1 การมองเห็นของสายตา 6/18 ลงไปจนถึง 6/60 และความผิดปกติ

ความผิดปกติระดับ 2 สายตาน้อยกว่า 6/60 ลงไปถึง 3/60 โดยมีสายตาแครบกว่า 30 องศา จนถึง 10 องศา ลักษณะความพิการ คือ สายตาเฉือนกลาง (ผิดปกติที่สายตา)

ความผิดปกติระดับ 3 สายตาน้อยกว่า 3/60 ลงไปเห็นเพียงแสงสว่าง จะมีสายแสบกว่า 10 จนถึง 5 องศา ลักษณะความพิการ คือ ตาบอดขั้นหนึ่ง

ความผิดปกติระดับ 4 สายตาน้อยกว่า 1/60 ลงไปเห็นเพียงแสงสว่างจะมีลานสายตา แสบกว่า 5 องศาไป ลักษณะความพิการ คือ ตาบอดขั้นสองความผิดปกติ

ความผิดปกติระดับ 5 มองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่าง ลักษณะความพิการ คือ ตาบอด ขั้นสาม

คนพิการตาบอด ตามกฎหมายครอบคลุมผู้ที่มีความผิดปกติระดับที่ 1 ถึง 5 และจะได้รับสิทธิประโยชน์ต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาล ตามปกติแล้วแต่ความผิดปกติหรือความบกพร่อง ดังกล่าวยังคงมีอยู่ คือ เมื่อมีการอักเสบได้รับการรักษาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน หรือหลังการผ่าตัด เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน หรือ ในรายที่มีความผิดปกติของ Extraocular muscle, traumatic cataract ให้ส่งความเห็นหลังได้รับอันตรายต่อตาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน

2. คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ได้แก่ คนที่ได้ยินเสียงที่ความถี่ 500 เฮิรตซ์ 1000 เฮิรตซ์ หรือ 2000 เฮิรตซ์ ในหูข้างที่ดีกว่าที่มีความเฉลี่ยดังต่อไปนี้

1) สำหรับเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี เกิน 40 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง

2) สำหรับคนทั่วไปเกิน 55 เดซิเบลขึ้นไปจนไม่ได้ยินเสียง หรือคนที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่องในการเข้าใจหรือการใช้ภาษาพูดจนไม่สามารถสื่อความหมายกับคนอื่นได้

ทั้งนี้ แบ่งระดับความผิดปกติเป็น 5 ระดับ (พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดไม่รู้เรื่อง) ดังนี้

ความผิดปกติระดับที่ 1 ได้ยินเสียงที่มีความดังเฉลี่ย 26 - 40 เดซิเบล ลักษณะ ความพิการหูตึงระดับน้อย สื่อความหมายในเนื้อหาที่มากกว่าการใช้ในกิจวัตรประจำวันหลักได้ บ้างและมีปัญหาในการสื่อความคิดที่ซับซ้อน

ความผิดปกติระดับที่ 2 ได้ยินเสียงที่มีความดังเฉลี่ย 41 - 55 เดซิเบล ลักษณะ ความพิการหูตึงปานกลาง สื่อความหมายได้เฉพาะที่ใช้ในกิจวัตรประจำวันหลัก

ความผิดปกติระดับที่ 3 ได้ยินเสียงที่ความดังเฉลี่ย 56 - 70 เดซิเบล ลักษณะ ความพิการหูตึงมากสื่อความหมายที่ใช้ในกิจวัตรประจำวันหลักได้รู้บ้างไม่รู้บ้าง

ความผิดปกติระดับที่ 4 ได้ยินเสียงที่ความดังเฉลี่ย 71 - 90 เดซิเบล ลักษณะ ความพิการหูตึงรุนแรงสื่อความได้เพียงตอบรับหรือปฏิเสธ

ความผิดปกติระดับที่ 5 ได้ยินเสียงที่ความดังมากกว่า 90 เดซิเบล ลักษณะ ความพิการหูหนวกสื่อความได้เลย คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายตามกฎหมายครอบคลุม

เด็กที่มีอายุไม่เกิน 7 ปี ที่มีความผิดปกติทางการได้ยินตั้งแต่ความผิดปกติระดับที่ 2 ขึ้นไป หรือเด็กที่มีอายุเกิน 7 ปีขึ้นไป จนถึงเป็นผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติระดับที่ 3 ขึ้นไป และคนที่มีความผิดปกติทางการสื่อความหมายตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป คนพิการดังกล่าวจะมีสิทธิประโยชน์ต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาลตามปกติแล้วแต่ความผิดปกติหรือความบกพร่องดังกล่าวยังคงมีอยู่ การรักษาใดๆ ที่ช่วยให้การได้ยินและการสื่อความหมายดีขึ้น ต้องสิ้นสุดลงแล้ว และยังมีความผิดปกติและความบกพร่องเหลืออยู่

3. คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนและไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักประจำวันได้ หรือคนที่มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ขา หรือลำตัว อันเนื่องมาจาก แขนขาด หรือขาขาด อัมพาต หรืออ่อนแรง โรคข้อหรืออาการปวดเรื้อรัง รวมทั้งโรกระบบเรื้อรังของระบบการทำงานของร่างกายอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจวัตรหลักประจำวันหรือดำรงชีวิตในสังคมเยี่ยงคนปกติได้

ทั้งนี้ แบ่งระดับความผิดปกติเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความผิดปกติระดับที่ 1 ความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกาย ที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลัก

ความผิดปกติระดับที่ 2 ความผิดปกติหรือความบกพร่องในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขน หรือขา ของร่างกาย แต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักในชีวิตประจำวันได้

ความผิดปกติระดับที่ 3 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวลำตัว มือ แขน ที่จำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันน้อยกว่าครึ่งตัว หรือแขนขาน้อยกว่า 2 ข้าง

ความผิดปกติระดับที่ 4 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันครึ่งตัว หรือแขนขาเพียง 2 ข้าง

ความผิดปกติระดับที่ 5 การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มือ แขน ลำตัว ซึ่งจำเป็นในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันมากกว่าครึ่งตัว หรือแขนขามากกว่า 2 ข้าง

คนพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวตามกฎหมายครอบคลุมผู้ที่มีความผิดปกติระดับ 3 ขึ้นไป คนพิการดังกล่าวจะได้รับสิทธิประโยชน์ต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาลตามปกติแล้วแต่ความผิดปกติหรือความบกพร่องดังกล่าวยังคงปรากฏอยู่ ความผิดปกติที่รักษาไม่ได้แล้วสามารถประเมินหรือวินิจฉัยได้เลย ส่วนความผิดปกติที่อาจดีขึ้นได้ ควรผ่านการดูแลที่ถูกต้อง และต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

4. คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางจิตใจ หรือสมองในส่วนของ การเรียนรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุมความประพฤติที่จำเป็น ในการดูแลตนเอง หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น

ทั้งนี้ แบ่งระดับความผิดเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ความคิดปกติระดับที่ 1 ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และรบกวนความสงบของผู้อื่น (0-1.5)

ความคิดปกติระดับที่ 2 ผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใครและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (มากกว่า 1.5 – 2.5)

ความคิดปกติระดับที่ 3 ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง (มากกว่า 2.5 – 3.5)

ความคิดปกติระดับที่ 4 ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่นและประกอบอาชีพเลี้ยงตนเอง (มากกว่า 3.5 – 4.5)

ความคิดปกติระดับที่ 5 ผู้ที่เลี้ยงตนเองได้และช่วยเหลือผู้อื่น ได้มากกว่า 4.5

คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ตามกฎหมายครอบคลุมความคิดปกติระดับที่ 1 และระดับที่ 2 คือ มีอาการทางโรคจิต สมองผิดปกติหรือสมองเสื่อมที่ทำให้พฤติกรรมผิดปกติ คน พิการดังกล่าวจะ ได้รับสิทธิประโยชน์คือเมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาลตามปกติ แล้วแต่ความ ผิด ปกติ หรือความบกพร่องดังกล่าวยังคงมีอยู่ หรือมีอาการทางจิตมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี และได้รับการ ดูแลรักษา โดยแพทย์อย่างถูกต้อง สม่าเสมออย่างน้อย 6 เดือน

5. คนพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติหรือความบกพร่อง ทางสติปัญญา หรือสมองจนไม่สามารถเรียนรู้ด้วยวิธีการศึกษาปกติได้

ทั้งนี้ แบ่งระดับความผิดปกติไว้ 5 ระดับ ได้แก่

ความคิดปกติระดับที่ 1 ความสามารถทางสติปัญญา I.Q = 80 – 90 ปัญญาที่บก

พรเล็กน้อย
ความคิดปกติระดับที่ 2 ความสามารถทางสติปัญญา I.Q = 70 – 79 ปัญญาอ่อน

ระดับปานกลาง
ความคิดปกติระดับที่ 3 ความสามารถทางสติปัญญา I.Q = 50 – 69 ปัญญาอ่อน

ระดับปานกลาง
ความคิดปกติระดับที่ 4 ความสามารถทางสติปัญญา I.Q = 35 – 49 ปัญญาอ่อน

ระดับรุนแรง
ความคิดปกติระดับที่ 5 ความสามารถทางสติปัญญา I.Q = < 35 ปัญญาอ่อนระดับ

คนพิการทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ (Learning Disability) ตามกฎหมายครอบคลุมผู้ที่มีความผิดปกติระดับ 3 ขึ้นไป คนพิการดังกล่าวจะได้รับสิทธิประโยชน์ต่อเมื่อสิ้นสุดการรักษาพยาบาลตามปกติแล้วแต่ความผิดปกติ หรือความบกพร่องดังกล่าวยังคงมีอยู่ โดยได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างถูกต้องและต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน

การวินิจฉัยว่าบุคคลใดเข้าข่ายความพิการในแต่ละประเภทหรือไม่นั้น กฎกระทรวงยังระบุว่าจะต้องให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม คือแพทย์ที่สังกัดโรงพยาบาลของ กระทรวง ทบวง กรม โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ และโรงพยาบาลอื่นที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดเป็นผู้วินิจฉัยความพิการ พร้อมออกเอกสารรับรองความพิการ ตามแบบที่แนบท้ายกฎกระทรวง

ประเภทคนพิการอาจแบ่งในอีกลักษณะหนึ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ พิการตั้งแต่กำเนิด และพิการภายหลัง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ การติดเชื้อ การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ และโรคพยาธิสภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อกันต่างๆ เช่น เนื้องอก ความเสื่อม ฯลฯ

นอกจากนี้ ได้มีการประเมินความสามารถของคนพิการไว้ 5 ระดับ ดังนี้

ความสามารถระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ที่สามารถช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันไม่ได้เลย หรือได้น้อยมาก และต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

ความสามารถระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ในการประกอบกิจวัตรหลักในการดำรงชีวิตประจำวันได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก

ความสามารถระดับที่ 3 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันหลักได้มาก อาจต้องการคนคอยแนะนำ หรือคอยระวังอยู่ด้านข้าง หรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเอง แม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ

ความสามารถระดับที่ 4 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัวสามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ

ความสามารถระดับที่ 5 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวันได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัวสามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เพียงคนปกติ

โดยสรุปแล้ว การกำหนดประเภท ระดับความพิการ และความสามารถของคนพิการเพื่อให้สอดคล้องกับการแบ่งแยกกลุ่ม และลักษณะคนพิการรวมทั้งความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ของคนพิการให้เห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น บุคคลที่มีความพิการมากตั้งแต่ระดับ 3 - 5 จะมีความสามารถในระดับที่ต่ำ (ความสามารถระดับ 1 - 3) ส่วนบุคคลที่มีความพิการน้อยตั้งแต่ระดับ 1 - 2 จะมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ในระดับสูง (ความสามารถระดับ 4 - 5) ทั้งนี้ระดับความพิการ 3 - 5 กับ (ความสามารถระดับ 1 - 3) ผู้วิจัยมีความเห็นว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจส่งคนพิการเข้าสถานสงเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

2.1.3 ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือการเสริมสร้างความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น โดยอาศัยวิธีการทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคมและการฝึกอาชีพ เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมทัดเทียมคนปกติ

2. นายแพทย์ทอง สุวรรณรัต (2524 : 37) ให้คำจำกัดความ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการว่าหมายถึงการรักษาและฟื้นฟูสภาพของร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและฝึกอาชีพที่เหมาะสมให้กลับสู่สภาพร่างกายและจิตใจที่เป็นอิสระ สามารถประกอบอาชีพช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นหรือสังคม ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาส่วนร่างกายที่พิการประการหนึ่ง กับอีกประการหนึ่งคือการบริหารส่วนของร่างกายที่ไม่พิการให้มีความแข็งแรงคล่องแคล่ว สามารถทำหน้าที่ทดแทนส่วนที่พิการได้ จนสามารถประกอบอาชีพดูแลตนเองและครอบครัวอยู่ในสังคมได้โดยอิสระ

3. นายแพทย์อุดม ตัญญูวิจารณ์ (2525 : 49) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ คือกระบวนการที่ผดุงรักษาความสามารถในการทำกิจกรรมในการปฏิบัติการกิจประจำวัน และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนภายหลังจากการเจ็บป่วย หรือหลังจากได้รับอุบัติเหตุให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับความสามารถเดิมให้มากที่สุด เพื่อที่จะให้ผู้พิการนั้นสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขโดยพึ่งตนเองได้มากที่สุด

4. พลอากาศโทนายแพทย์สตีบ ชีระบุตร (252 : 29) ให้ความหมายว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง การใช้วิทยาการแขนงต่าง ๆ เพื่อทำให้สมรรถภาพของคนพิการที่สูญเสียไปหรือยังไม่มีกลับคืนสู่สภาพปกติที่มนุษย์ควรจะมีให้มากที่สุด และเร็วที่สุดทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเป็นการสูญเสียอวัยวะจะต้องหาวิธีให้คนพิการนั้นใช้ความสามารถอื่นทดแทนความสามารถ

ที่ขาดหายไป เช่น มือขวาขาดไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ก็ฝึกให้ใช้มือซ้ายเขียนแทน หรือสวมใส่มือเทียมให้ใช้การแทน หรือหัดใช้อวัยวะอื่น เช่น ปาก เท้า แขน มือที่ขาดหายไป เป็นต้นนอกจากการฟื้นฟูสมรรถภาพให้คนพิการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง โดยไม่ต้องใช้อวัยวะเทียมหรือไม่ก็ตามต้องให้คนพิการมีขวัญดี กำลังใจดี มีความรู้ ความสามารถในการประกอบอาชีพ และมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสิ่งแวดล้อมที่สะดวกสบายด้วย

จากความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการข้างต้นสรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง การแก้ไขเสริมสร้างสมรรถภาพหรือขีดความสามารถต่างๆ ของคนพิการ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา สังคม และการฝึกอาชีพ ให้ดีขึ้นหรือให้กลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นการระต่อครอบครัวหรือสังคม ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการเพื่อให้สมรรถภาพที่สูญเสียไปกลับคืนมานั้น จำเป็นจะต้องใช้วิทยาการของสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการตามหลักสากลแบ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการออกได้เป็น 4 สาขาที่สำคัญคือ

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation) หมายถึง การให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ อันเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด หรือจากผลของโรคต่าง ๆ หรือจากอุบัติเหตุ เป็นการรักษา ส่วนที่พิการประการหนึ่ง โดยแก้ไขความพิการ เช่น การจัดหาขาอุปกรณ์ (Prosthetic and Orthotic) เช่น แขนเทียม ขาเทียม เครื่องช่วยฟัง สำหรับคนหูตึง ฯลฯ ให้และอีกประการหนึ่งคือ การบริการส่วนของร่างกายที่ไม่พิการ ให้มีความแข็งแรงคล่องแคล่ว สามารถทำหน้าที่ทดแทน ส่วนที่พิการได้ ทั้งนี้เพื่อให้คนพิการมีสภาพร่างกาย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ เหมือนหรือใกล้เคียงกับคนปกติทั่วไปให้มากที่สุด

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา (Educational Rehabilitation) หมายถึง การจัดการศึกษาให้แก่คนพิการประเภทต่าง ๆ ให้ได้รับการศึกษาเช่นคนปกติ โดยเป็น “การศึกษาพิเศษ” สำหรับเด็กพิการจนถึงการให้การศึกษาคู่ใหญ่พิการ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถ บุคลิกภาพ และเสริมลักษณะนิสัยที่ถูกต้องให้แก่คนพิการ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้

“การศึกษาพิเศษ” ที่จัดเพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษานั้น หมายถึง การศึกษาและบริการพิเศษ ซึ่งรัฐหรือหน่วยงานเอกชนจัดขึ้น หรือร่วมกันจัดให้บุคคลที่มีลักษณะ พิเศษหรือผิดปกติทางร่างกาย สติปัญญา หรือจิตใจ ซึ่งไม่สามารถได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่โดยจัดให้เป็นสถานศึกษาเฉพาะ หรือจัดร่วมในโรงเรียนธรรมดาก็ได้ตามความเหมาะสม

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม (Social Rehabilitation) หมายถึง การฟื้นฟูคนพิการให้สามารถกลับเข้าไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างคนปกติทั่วไป โดยสามารถปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตการประกอบอาชีพการงานให้เข้ากับสภาพแวดล้อม ครอบครัว และสังคม หรืออีกนัยหนึ่งคือ การผสมผสานคนพิการ (Integration) ให้เข้ากับสังคม ซึ่งถือได้ว่าเป็นมีความสำคัญมาก ทั้งนี้เพราะคนพิการไม่ว่าจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา หรือด้านอาชีพมาแล้วก็ตาม แต่ความสำคัญอยู่ที่คนพิการจะสามารถนำสิ่งต่าง ๆ ที่ได้รับจากการฟื้นฟูไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมได้มากน้อยเพียงไร ทั้งนี้เพราะคนพิการไม่สามารถแยกตัวเก็บตัว หลีกเลียงการใช้ชีวิตในสังคมไปได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จึงจำเป็นที่จะต้องกระทำทั้งคนพิการและสังคม เพื่อให้คนพิการสามารถปรับตัว สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในสังคมได้ สังคมจะต้องมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูนี้ด้วย

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ (Vocational Rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูคนพิการในด้านการฝึกอบรมอาชีพ ให้มีความสามารถในการประกอบอาชีพตามความเหมาะสม เพื่อคนพิการสามารถมีรายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้

โดยสรุป การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของคนพิการ ให้ได้รับโอกาสขั้นพื้นฐาน สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเช่นคนปกติทั่วไป สามารถปรับสภาพร่างกาย จิตใจ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้

2.1.4 ความสำคัญและความจำเป็นของการสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ความสำคัญ ความจำเป็นของการสงเคราะห์ และการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการพิจารณาได้จาก (สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2537 : 6)

1. ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการขององค์การสหประชาชาติ 2 ฉบับ ได้แก่ ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของบุคคลปัญญาอ่อน และปฏิญญาว่าด้วยสิทธิของคนพิการ ทั้ง 2 ฉบับได้ ระบุถึงสิทธิคนพิการว่า มีความสำคัญ และจำเป็นที่จะต้องได้รับการสงเคราะห์และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพราะคนพิการเป็นสมาชิกของสังคม ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ ความพิการที่เกิดขึ้นนอกจากจะทำให้สูญเสียความสามารถในการทำงาน หรือไม่สามารถทำงานได้เต็มที่แล้วนั้นยังทำให้เกิดภาระในการบำบัดรักษาพยาบาล ดูแลการจัดบริการต่าง ๆ ให้แก่คนเหล่านี้ ซึ่งเป็นภาระทั้งต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

2. ปรากฏว่าด้วยสิทธิคนพิการไทย ระบุนิติคนพิการไว้ดังนี้

1) คนพิการ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ และเสรีภาพแห่งบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครองในฐานะพลเมืองไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และมีสิทธิต่าง ๆ ตามที่ระบุไว้ภายใต้ปฏิญญาฉบับนี้ โดยไม่มีข้อยกเว้นใดๆ และโดยปราศจากการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง ภาษา ดั้งกำเนิด เพศ อายุ หรือสถานะอื่นใด

2) คนพิการมีสิทธิแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมือง

3) คนพิการมีสิทธิเข้าร่วมในการตัดสินใจกำหนดนโยบาย และแผนงานทุกด้านที่เกี่ยวกับคนพิการทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น

4) คนพิการมีสิทธิได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาตั้งแต่แรกเกิด และแรกเริ่มที่พบความพิการ รวมทั้งผู้ปกครอง และครอบครัวของคนพิการต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐในทุกด้านเพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาคนพิการอย่างเต็มศักยภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล

5) คนพิการมีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระได้ด้วยตนเองอย่างเต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

6) คนพิการมีสิทธิและโอกาสได้รับการศึกษาอย่างมีคุณภาพในทุกระดับทุกรูปแบบของการจัดการศึกษาตามความต้องการของคนพิการอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบ และการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยไม่มีการจำกัด กีดกัน เลือกรูปแบบ หรือข้อยกเว้นใดๆ

7) คนพิการมีสิทธิและโอกาสได้รับการเตรียมความพร้อมด้านอาชีพ การฝึกอาชีพ การประกอบอาชีพทุกประเภทได้รับการจ้างงานหรือว่าจ้างเข้าทำงานตามความต้องการ และความสามารถ โดยได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการ ได้รับความก้าวหน้า รวมทั้งได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกสหภาพแรงงาน โดยไม่มีการกีดกัน หรือเลือกปฏิบัติ

8) คนพิการมีสิทธิได้รับการปกป้องคุ้มครองจากการถูกคุกคามทางเพศ ทำร้ายร่างกาย และจิตใจ กักขัง เหวี่ยงเอาเปรียบ หรือการแสวงหาประโยชน์ใด ๆ จากความพิการ ทั้งนี้ให้ได้รับความช่วยเหลือทางด้านกฎหมายเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

9) คนพิการมีสิทธิอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนของคน และมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม

10) คนพิการมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก บริการ และความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

11) คนพิการมีสิทธิได้รับการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้รับรู้เข้าใจคนพิการในทางที่สร้างสรรค์ โดยเฉพาะเรื่องสิทธิ ศักยภาพ และความสามารถ รวมทั้งการบำเพ็ญประโยชน์ของคนพิการ

12) คนพิการมีสิทธิได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของคนพิการ ทั้งนี้ต้องได้รับการสนับสนุนให้มีสื่อทุกประเภทที่เหมาะสมกับความพิการรวมทั้งต้องจัดให้มีล่ามภาษามือ อักษรเบรลล์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรืออุปกรณ์พิเศษอื่นๆ ที่ใช้ในการสื่อสาร

13) คนพิการและครอบครัว ชุมชน สังคม มีสิทธิได้รับ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อทราบถึงสิทธิอันระบุไว้ในปฏิญญาฉบับนี้โดยทั่วถึง

14) รัฐต้องให้ความสำคัญและปฏิบัติตามพันธสัญญาที่เกี่ยวกับคนพิการ ซึ่งได้ลงนามหรือตกลงร่วมกันในระดับประเทศ และระดับนานาชาติ

3. พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 มีเจตนารมณ์ให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้คนพิการได้มีโอกาสในด้านต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิตประกอบอาชีพ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมเท่าเทียมกับคนปกติทั่วไป โดยการให้คนพิการได้รับการคุ้มครอง การสงเคราะห์ การพัฒนาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยวิธีทางการแพทย์ ทางการศึกษา ทางสังคม และการฝึกอาชีพ ตลอดจนแก้ไขปัญหา และขจัดอุปสรรคต่าง ๆ ทางเศรษฐกิจ และสังคมให้แก่คนพิการ รวมทั้งให้สังคมมีส่วนร่วมในการเกื้อกูลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

2.1.5 การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในต่างประเทศ

การจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการในแต่ละประเทศมีขอบเขตดำเนินงานแตกต่างกันไปตามทัศนคติค่านิยมและทรัพยากรของสังคมนั้นๆ ประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่มีความพร้อมในด้านทรัพยากร และคนในสังคมล้วนตระหนักถึงคุณค่าของคนพิการ ให้โอกาสคนพิการพัฒนาศักยภาพของตน เช่น ในประเทศต่อไปนี้ (นุชญา สุนทรพันธ์ และ พิมพ์พรธน เทพสุเมธานนท์, 2533 : 175 – 182)

ประเทศญี่ปุ่น

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 สิ้นสุดลง ญี่ปุ่นได้ขยายบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ให้ครอบคลุมถึงคนพิการมากขึ้น ในระยะแรกมีกฎหมายให้สิทธิ คนพิการทางร่างกายเปิดกิจการร้านขายของในบริเวณอาคารสาธารณะ และรัฐบาลมีข้อผูกพันที่จะต้องรับซื้อผลิตภัณฑ์ที่คนพิการทำขึ้น การส่งเสริมการจ้างงานกำหนดไว้ว่า สถานประกอบการจะต้องจ้างคนพิการในอัตราส่วนร้อยละ 1.5 ของคนพิการทั้งหมด เรียกว่า "Quota System" แต่ผลการดำเนินงานมีเพียงร้อยละ 1.12

ที่ปฏิบัติและส่วนใหญ่เป็นสถานประกอบการขนาดเล็ก ส่วนสถานประกอบการขนาดใหญ่มักขาดความรับผิดชอบและยินยอมจ่ายค่าปรับเดือนละ 30,000 เชน ต่อจำนวนคนพิการที่จ้างไม่ครบตามโควตา และต่อมารัฐบาลได้บัญญัติกฎหมายประกันสุขภาพ กฎหมายคุ้มครองทางการแพทย์ กฎหมายมาตรฐานแรงงาน เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์ให้คนพิการสามารถพึ่งตนเองได้ทั้งทางเศรษฐกิจและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

บริการที่รัฐจัดให้แก่คนพิการ ได้แก่

1. บริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย การวินิจฉัยทางการแพทย์และจิตวิทยา การบำบัดรักษา การจัดหาและซ่อมแซมเครื่องมือกายอุปกรณ์ ซึ่งรัฐบาลอาจจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ หรือ ผู้ใช้บริการจ่ายเองในราคาถูกลง
2. บริการด้านการศึกษา จัด โรงเรียนพิเศษสำหรับคนตาบอดเป็นใบ้ และพิการทางร่างกายสำหรับเด็กพิการ ได้กำหนดให้การศึกษาพิเศษเป็นการศึกษาภาคบังคับ
3. การฝึกอาชีพ ให้คำแนะนำก่อนฝึกอาชีพและการฝึกอาชีพตามหลักสูตร
4. การบรรจุเข้าทำงาน ช่วยให้คนพิการได้เข้าทำงานในสถานประกอบการทั่วไปหรือในโรงงานอารักขา และในปี ค.ศ.1969 รัฐได้บัญญัติกฎหมายส่งเสริมการจ้างงานคนพิการทางร่างกายเพิ่มเติม โดยให้มีระบบจ่ายเงินทดแทนให้แก่ชายจ้างที่จ้างคนพิการ
5. การจ่ายเงินบำนาญและเงินช่วยเหลือประเภทต่าง ๆ
6. บริการสังคม ให้คำปรึกษาและบริการทางสังคมสงเคราะห์ จัดบริการเคลื่อนที่สำหรับคนพิการในเขตชนบท สถานสงเคราะห์สำหรับทหารผ่านศึก เด็กพิการ บ้านพักคนพิการ สถานพักฟื้น ตลอดจนบริการอุปกรณ์ทางการแพทย์หลังการรักษา ในปี 1971 ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมบริการสำหรับคนที่มีความพิการมากหรือรุนแรง โดยมีระบบการทดสอบทางการแพทย์เคลื่อนที่ บริการอาสาสมัครเข้าช่วยงานบ้าน ช่วยคนตาบอดในเรื่องการเคลื่อนไหวและการทำงานบ้าน การพิมพ์อักษรเบลล์ การจัดนันทนาการและกีฬา มาตรการจัดสภาวะแวดล้อมโดยการวางแผนผังเมือง ให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้บริการสาธารณะได้ โดยเฉพาะผู้ใช้รถนั่งล้อเลื่อน (Wheel Chair)

นอกเหนือจากการที่เด็กพิการและคนพิการ ในประเทศญี่ปุ่นจะได้รับสวัสดิการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 4 แนวทางอย่างเต็มที่แล้วรัฐบาลแต่ละท้องถิ่นยังได้จัดสรรเงินสวัสดิการค่าครองชีพ (Pension) และเบี้ยยังชีพ (Allowance) ตามความเหมาะสมกับประเภทและตามสภาพความมากน้อยของคนพิการ การตระหนักถึงปัญหาของคนพิการนั้นเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อนและเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่ายประเทศญี่ปุ่นจึงได้ร่วมกำหนดนโยบาย กฎบัตร และแผนปฏิบัติการ

7 ข้อ เพื่ออนาคตของคนพิการญี่ปุ่น (The Government Action For Persons with Disabilities A Seven-Year Normalization Strategy FY 1993-FY2002) ดังนี้

1. ส่งเสริมให้มีวิธีการดำรงชีวิตอิสระด้วยการพึ่งพาตนเอง
2. จัดการดำรงชีวิตในชุมชนและสังคมเช่นเดียวกับพลเมืองทั่วไป
3. อุปสรรค ปัญหาสิ่งขวางกั้นทางสังคมและกายภาพแวดล้อม
4. ส่งเสริมความเสมอภาคและโอกาสการพัฒนาคุณภาพชีวิต
5. เสริมสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยในการดำรงชีวิต
6. ลดล้างปัญหาด้านจิตใจและเจตคติ
7. ส่งเสริมการประสานความร่วมมือ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างประเทศ ประเทศฝรั่งเศส

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีการประกาศใช้กฎหมายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการขึ้นหลายฉบับ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวมีบทบัญญัติครอบคลุมถึงเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. สิทธิในการศึกษาหรือการกลับเข้ารับการศึกษาใหม่ของคนพิการทุกคน
2. คนพิการที่อายุต่ำกว่า 15 ปี อาจขอรับความช่วยเหลือจากชุมชนได้
3. คนพิการที่อายุต่ำกว่า 15 ปี อาจขอรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการศึกษา หรือได้รับการจัดให้อยู่ในสถานที่ที่เหมาะสม และหากคนพิการดังกล่าวนี้ต้องการ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพก็สามารถได้รับบริการทางการแพทย์ได้
4. คนงานที่พิการจะได้รับความคุ้มครอง โดยการบรรจุให้เข้าทำงาน และมีส่วนร่วมในเศรษฐกิจของประเทศ โดยปราศจากข้อรังเกียจ

ภายใต้กฎหมายฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของประเทศฝรั่งเศส คนพิการทุกคนจะได้รับบริการทางการแพทย์ การศึกษาพิเศษขั้นมูลฐาน การฝึกอาชีพ การบรรจุเข้าทำงานที่เหมาะสมกับสภาพความสามารถ ได้แก่ งานในโรงงานอุตสาหกรรม งานอาชีพ และงานในโรงงานในอารัทษ์ การให้เงินกู้ยืมเพื่อนำไปซื้อวัสดุ เครื่องมืออุปกรณ์ในการประกอบอาชีพ รวมทั้งได้รับเงินบำนาญและเงินช่วยเหลือประเภทต่างๆ และกำหนดให้คนพิการมีสิทธิได้รับบริการทางสังคมต่างๆ บริการปรึกษาแนะนำ รัฐบาลฝรั่งเศสถือเป็นภาระหน้าที่ที่จะต้องให้การคุ้มครองสิทธิของคนพิการทางด้านร่างกาย จิตใจและความรู้สึก ให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษาทางอาชีพอย่างน้อยก็มีรายได้ขั้นต่ำพอที่จะดำรงชีพอยู่ในสังคมได้ มีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในยามว่าง การกีฬา เช่นเดียวกับสมาชิกอื่นๆ ของสังคม

ประเทศรัสเซีย

ประเทศรัสเซียได้ตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ได้บัญญัติกฎหมายไว้หลายฉบับ โดยกำหนดมีกรรมการผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และแรงงานเป็นผู้พิจารณาชี้ขาดคนพิการที่สมควรได้รับการช่วยเหลือ มีระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการจ่ายเงินบำนาญคนพิการ สนับสนุนให้คนพิการทุกคนได้มีโอกาสในการทำงานตามความต้องการและความสามารถคนพิการทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการใช้บริการที่รัฐจัดให้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

บริการที่รัฐจัดให้แก่คนพิการ มีดังนี้

1. บริการทางการแพทย์ ได้แก่ การบำบัดรักษา กายภาพบำบัด การจัดหาอุปกรณ์และเครื่องช่วยคนพิการ สถานพักฟื้น เป็นต้น
2. บริการด้านการศึกษา ได้แก่ โรงเรียนศึกษาพิเศษสำหรับเด็กตาบอดและเป็นใบ้ การศึกษาในระดับต่าง ๆ ตลอดจนการให้การศึกษาด้านวัฒนธรรม
3. การฝึกอาชีพ ได้แก่ การชี้แจงเกี่ยวกับทักษะและการค้าสำหรับเด็กพิการที่อยู่ในบ้าน หลักสูตรพิเศษเกี่ยวกับการค้าและโรงเรียนเทคนิค ฝึกอาชีพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
4. การบรรจุเข้าทำงาน เพื่อช่วยให้คนพิการได้ทำงานที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และทักษะ และให้มีมาตรการเกี่ยวกับการปรับปรุงสถานที่ทำงาน การจัดให้มีเครื่องมือกายอุปกรณ์ การบรรจุเข้าทำงาน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
5. การช่วยเหลือเรื่องเงินบำนาญแก่คนพิการทุกคน และบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกคนที่ยังสามารถทำงานได้ และเงินช่วยเหลือประเภทอื่น ๆ
6. การช่วยเหลือพิเศษอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น ให้ค่าพาหนะเดินทางภายในเขตเทศบาล ได้รับการยกเว้นภาษีเครื่องคำนวณความสะดวกเกี่ยวกับเครื่องทำความอบอุ่น และแสงสว่างในอาคาร

นอกจากนี้ในปี ค.ศ.1973 ได้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎหมายให้สถานสงเคราะห์คนพิการแต่ละแห่งได้รับการดัดแปลงเป็นสถานสงเคราะห์ที่ให้บริการเฉพาะด้าน จำแนกตามอายุและการเจ็บป่วย จัดตั้งศูนย์พิเศษทางการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมสำหรับคนพิการที่เป็นโรคเกี่ยวกับกระดูกสันหลังชั้นในเมืองใหญ่ จัดตั้งโรงเรียนด้านวิชาชีพ และโรงงานฝึกอาชีพสำหรับคนพิการที่ได้รับอุบัติเหตุจากยานพาหนะ

ประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาเริ่มต้นด้วยเรื่องโครงการฟื้นฟูอาชีพคนพิการ ตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 1 แต่ละรัฐเสนอกฎหมายเกี่ยวกับการฟื้นฟูอาชีพในด้านต่าง ๆ

บริการที่สำคัญที่จัดให้แก่คนพิการ ประกอบด้วย

1. บริการทางการแพทย์ รวมถึงการจัดหาอวัยวะเทียม
2. การศึกษา ได้แก่ การศึกษาสามัญในโรงเรียนปกติ การศึกษาพิเศษในชั้นเรียนของโรงเรียนปกติหรือโรงเรียนพิเศษสำหรับเด็กตาบอดและเด็กใบ้ มีบทบัญญัติกำหนดให้เด็กพิการทุกคนที่อายุระหว่าง 3-21 ปี ต้องรับการศึกษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ
3. การฝึกอาชีพ ให้การปรึกษาแนะแนวเป็นรายบุคคล เพื่อให้คนพิการสามารถเลือกทำงานตามความเหมาะสม
4. การบรรจุเข้าทำงาน เปิดโอกาสให้ทำงานแข่งกับคนปกติ หรือบรรจุให้ทำงานในโรงงานอารักขา
5. การจ่ายเงินบำนาญและเงินช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น เงินลงทุนประกอบอาชีพ รวมทั้งการจัดหาวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือด้วย
6. บริการทางสังคม เช่น การติดตามผลบริการสวัสดิการ และยังมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการสนับสนุนให้คนพิการได้ใช้บริการสาธารณะเช่นเดียวกับคนปกติตามสิทธิมนุษยชน ด้วยการมีโครงการขจัดการออกแบบทางสถาปัตยกรรมที่ไม่เปิดโอกาสให้คนพิการได้ใช้อาคาร หรือสิ่งก่อสร้างต่าง ๆ ตลอดจนการคมนาคมขนส่งได้อย่างคนปกติ

กล่าวโดยสรุปแล้ว ประเทศต่างๆทั่วโลกได้บัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับคนพิการไว้มากมาย แสดงถึงการให้ความสำคัญกับคนพิการ ซึ่งเป็นทรัพยากรส่วนหนึ่งของประเทศ และความพยายามปฏิบัติต่อคนพิการในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเช่นคนปกติทั่วไป

2.1.6 การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในประเทศไทย

ขนิษฐา เทวินทรภักดี (2540 : 20-24) ได้ศึกษาว่าบริการสวัสดิการสังคมที่จัดให้แก่คนพิการในประเทศไทยนั้น ประกอบด้วยบริการด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการแพทย์ จัดบริการช่วยเหลือทางการแพทย์แก่คนพิการตามกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพคนพิการให้ดีขึ้นด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย การให้คำแนะนำปรึกษา การบำบัดรักษาโดยการให้ยาหรือศัลยกรรม และบริการสังคมสงเคราะห์ คนพิการขอรับบริการดังกล่าวโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้จากสถานพยาบาลของรัฐหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการศึกษา ได้แก่ จัดการศึกษาแก่คนพิการในวัยเรียนในระบบสถานพยาบาลตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
2. ศึกษาในโรงเรียนโดยเรียนร่วมกับเด็กปกติ ตั้งแต่การศึกษาภาคบังคับ การศึกษาสายสามัญหรืออุดมศึกษา ตามแผนการศึกษาแห่งชาติ จัดการศึกษาในโรงเรียนเฉพาะทางทั้ง 4 ด้าน

ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน ทางร่างกายและทางสติปัญญา จัดการศึกษาร่วม จัดการศึกษา นอกระบบโรงเรียน และการศึกษาคามอรรถาธิบายอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต ตามความเหมาะสม และความสามารถของคนพิการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เพื่อเสริมสร้างสติปัญญาและพัฒนาให้ คนพิการมีจริยธรรม สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมและพัฒนาตนเอง ได้ต่อไป

1) การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางด้านอาชีพ ประกอบด้วยการศึกษาฝึกอาชีพคนพิการ โดยจัดบริการฝึกอาชีพให้แก่คนพิการในวัยทำงานในลักษณะของการฝึกอบรมในงาน วิชาชีพและการเตรียมความพร้อมในงานอาชีพ ในรูปแบบของการศึกษาร่วมกับคนทั่วไป และสถานฝึกอาชีพ เฉพาะสำหรับคนพิการหรือศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการของหน่วยงานในภาครัฐและเอกชน โดยไม่ เสียค่าใช้จ่ายเพื่อเสริมสร้างอาชีพตามแนวคิดและความสามารถที่เหมาะสมกับสภาพความพิการ ตลอดจนเตรียมความพร้อมให้คนพิการก่อนออกไปประกอบอาชีพภายนอก

2) สถานพัฒนาฝีมือแรงงานของกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ให้บริการฝึกอาชีพแก่ คนพิการร่วมกับคนปกติเพื่อเป็นการยกระดับความรู้ความสามารถในงานอาชีพโดยไม่ต้อง เสียค่าใช้จ่ายรวม 8 สถาบันที่ให้บริการทั่วประเทศ

3) การจ้างงานคนพิการ จัดหางานให้แก่คนพิการที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง ด้านอาชีพและคนพิการที่สามารถทำงานได้ในตำแหน่งงานที่สถานประกอบการกำหนดเข้าทำงาน ตามความรู้ความสามารถ ความเหมาะสมกับสภาพความพิการและลักษณะของงานที่คนพิการ สามารถกระทำได้ในตลาดแรงงานหรือสถานประกอบการเอกชนตามกฎหมายกระทรวงแรงงานและ สวัสดิการสังคมเรื่องการจ้างงานคนพิการ

3. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ สำหรับให้ความช่วยเหลือเงินทุนประกอบอาชีพ อีสระแก่คนพิการ ตามมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติตามระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถ ภาพคนพิการ พ.ศ. 2536 ที่กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในลักษณะของ เงินทุนหมุนเวียน โดยกำหนดให้รายละเอียดไม่เกิน 20,000 บาท ผ่อนชำระคืนเป็นรายเดือนหรือตาม กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมกับสภาวะอาชีพภายในระยะเวลา 5 ปี โดยไม่เสียดอกเบี้ย

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางสังคม ตามพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้มีการ ออกกฎกระทรวงเรื่องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งในสถานที่และบริการสาธารณะสำหรับคน พิการเพื่อส่งเสริมให้คนพิการสามารถพึ่งพาตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและสามารถใช้ ชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยสะดวกและปลอดภัยเท่าเทียมกับสมาชิกอื่นในสังคม สรุปได้ดังนี้

1) ในกรณีคนพิการที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้า หรือมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือเครื่องช่วยความพิการอย่างเร่งด่วน คนพิการสามารถขอรับบริการความช่วยเหลือเครื่องช่วยความพิการ เช่น รถสามล้อชนิดมือโยก รถสำหรับกีฬาคนพิการ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

2) ให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครอบครัวเด็กและความพิการที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน เพื่อใช้จ่ายเป็นเครื่องอุปโภคบริโภค ซ่อมแซมที่อยู่อาศัย เป็นค่าใช้จ่ายตามสภาพความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน แก่ไขและบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนเฉพาะหน้าโดยมุ่งหมายให้ครอบครัวสามารถให้การเลี้ยงดูเด็ก และ คนพิการให้มีความสุข สามารถพึ่งพาตนเอง และ ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามความแก่ศักยภาพ

3) ให้การสงเคราะห์เป็นเบี้ยยังชีพแก่คนพิการในครอบครัวที่มีฐานะยากจนและมีสภาพความพิการมากเป็นอุปสรรคจนไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทั้งนี้คนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพจะต้องได้รับการจดทะเบียนคนพิการ โดยได้รับความช่วยเหลือเป็นรายเดือน เดือนละ 500 บาท

4) ให้คำปรึกษาหารือแก่คนพิการที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน เพื่อแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนและปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของคนพิการให้ได้อยู่กับครอบครัว หรือ พึ่งพาตนเอง โดยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวคนพิการ ชุมชน และสังคม รวมทั้งการประสานส่งต่อคนพิการไปขอรับบริการยังหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่ปฏิบัติงานให้ปฏิบัติงานให้บริการคนพิการ

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน (Community - Based Rehabilitation) โดยส่งเสริมให้ชุมชนบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งครอบครัวคนพิการและองค์กรท้องถิ่นในทุกระดับได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพแก่คนพิการในชุมชน ตลอดจนเพื่อให้คนพิการได้ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว และชุมชนอย่างมีความสุข

5. การสงเคราะห์คนพิการในสถานสงเคราะห์ ถือเป็นแนวทางสุดท้ายในการให้ความช่วยเหลือคนพิการทุกประเภทความพิการ เพื่อการให้ความช่วยเหลือคนพิการที่ถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดูไม่สามารถอยู่กับครอบครัว ให้มีที่อยู่อาศัยได้รับบริการช่วยเหลือสงเคราะห์ด้วยปัจจัย 4 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางการแพทย์ การศึกษา การอาชีพ และสังคมและบริการอื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น สังคมสงเคราะห์ ศาสนา และการอบรมจริยธรรม นันทนาการ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเตรียมความพร้อม ทางด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ ก่อนการออกไปสู่สังคมทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้คนพิการสามารถพึ่งพาตนเอง ประกอบอาชีพ มีรายได้เลี้ยงตนเอง และครอบครัว สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยปกติสุข

สำหรับหน่วยงานรัฐบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการสงเคราะห์ และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้แก่

1. กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทาง การแพทย์ (Medical Rehabilitation) โดยเฉพาะเพื่อบำบัดรักษาลักษณะอาการความพิการให้ลด น้อยลง และให้คนพิการนั้นๆ มีความสามารถช่วยตัวเองได้ดีขึ้น โดยได้จัดบริการให้แก่คนพิการ ทุกประเภท ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะโรคโดยโรงพยาบาลดังกล่าวได้ให้ บริการต่างๆ เกี่ยวกับการบำบัดรักษา หรือจำหน่ายอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการช่วยเหลือคนพิการ เช่น เก้าอี้ล้อเลื่อน (wheels chair) ไม้ค้ำยัน (crutch) แขนขาเทียม (artificial limbs) รองเท้าพิเศษ (special shoes) เปลือกเหล็ก (braces) เป็นต้น ในบางโรงพยาบาลได้มีการตั้งโรงงานผลิตอุปกรณ์ ต่าง ๆ เหล่านี้เองด้วย เช่น โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลเลิดสิน เป็นต้น นอกจากนั้นแล้ว ยังให้บริการอื่นๆ เพื่อเสริมสวัสดิการแก่ผู้พิการทุพพลภาพอีกด้วย เช่น บริการในด้านจิตเวช เป็นต้น

2. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม การสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ซึ่งกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นผู้ดำเนินงานด้านนี้โดยมีกรมประชาสงเคราะห์^{*} รับผิดชอบในงานสังคมสงเคราะห์ต่าง ๆ ได้จัดให้มีบริการสงเคราะห์คนพิการหลายอย่าง ได้แก่ จดทะเบียนคนพิการ บริการสงเคราะห์ครอบครัวคนพิการ เบี้ยยังชีพคนพิการ รถสามล้อโยก รถเข็นนั่งสำหรับคนพิการ ไม้ค้ำยัน ไม้เท้าชนิดต่างๆ กู้ยืมเงินกองทุนประกอบอาชีพ การจ้างงาน จัดหางานในสถานประกอบการ การฝึกอาชีพให้แก่คนพิการ โดยมีศูนย์ฟื้นฟูอาชีพ จำนวน 8 แห่ง และการจัดตั้งสถานสงเคราะห์ขึ้นรับเลี้ยงดูคนพิการที่ไร้ญาติ ชาติที่พึ่ง และครอบครัวประสบ ปัญหาเลี้ยงดู จำนวน 9 แห่ง รวมทั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานบางพูน จังหวัดปทุมธานีของ สำนักงานประกันสังคม

3. กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ ได้มอบหมายให้กองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา เป็นผู้ดำเนินการจัดตั้งโรงเรียนสำหรับบุคคลพิการ เป็น 2 รูปแบบ คือ

1) โรงเรียนพิเศษเป็นการเฉพาะสำหรับเด็กพิการแต่ละประเภทขึ้น ได้แก่ โรงเรียน สอนคนหูหนวก ขณะนี้มีโรงเรียนสอนคนหูหนวกเปิดดำเนินการอยู่ทั่วไป รวม 7 แห่ง คือ โรงเรียน เศรษฐเสถียร โรงเรียนโสตศึกษา ทุ่งมหาเมฆ โรงเรียนโสตศึกษาขอนแก่น ตาก สงขลา ชลบุรี และ โรงเรียนสอนคนหูหนวกเชียงใหม่ ของมูลนิธิธิดานุสารสุนทร โรงเรียนสอนคนตาบอด รวม

^{*} ปัจจุบันงานด้านคนพิการอยู่ในความรับผิดชอบของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

2 แห่ง โรงเรียนสอนคนตาบอดภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี เชียงใหม่ และโรงเรียนประเภทปัญญาอ่อนเปิดดำเนินการอยู่ทั่วไป 20 แห่ง โรงเรียนชุมพรปัญญาคุณสงขลาพัฒนาปัญญา โรงเรียนศึกษาพิเศษนครศรีธรรมราช ภูเก็ต สุพรรณบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรี ลพบุรี นครสวรรค์ พิษณุโลก พิจิตร เพชรบูรณ์ น่าน แพร่ เชียงราย กาฬสินธุ์ นครราชสีมา ชัยภูมิ ระยอง ฉะเชิงเทรา โรงเรียนอุบลปัญญาคุณ จังหวัดอุบลราชธานี และโรงเรียนกาวิละอนุกุล ปัญญาอ่อนและแขนขา จังหวัดเชียงใหม่ พิการทางการเคลื่อนไหวมี 2 แห่ง คือ โรงเรียนกาวิละอนุกุล จังหวัดเชียงใหม่ และโรงเรียนศึกษาพิเศษ จังหวัดขอนแก่น โรงเรียนประชานิ ของสถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพ ปากเกร็ด ให้บริการสอนเด็กพิการทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวและทางสติปัญญา ในลักษณะเป็นศูนย์เตรียมความพร้อมก่อนส่งเด็กพิการประเภทต่างๆ เข้ารับการศึกษาในโรงเรียนสายสามัญของกระทรวงศึกษาธิการต่อไป

2) โรงเรียนเรียนร่วมกับเด็กปกติ ได้แก่ โรงเรียนพญาไท สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ และโรงเรียนพิบูลย์ประชาสรรค์ สังกัดกองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษาจัดชั้นเรียนพิเศษสำหรับเด็กปัญญาอ่อนและเด็กหูตึง และโครงการสอนเด็กเรียนช้าปัญญาอ่อนกับเด็กปกติ โรงเรียนคารากาม พญาไท วัดหนัง ประถมมนตรี ราชวินิตประถมบางแค เป็นต้น การจัดการศึกษาพิเศษมีส่วนในการพัฒนาเด็กพิการให้มีความก้าวหน้า ทางร่างกาย สติปัญญาและจิตใจโดยไม่คำนึงถึงว่าความพิการ คือ ปมด้อย นอกจากนี้คนเดียวอาจมีความพิการหลายอย่าง (Multi Handicapped) เช่น เป็นทั้งหูหนวก ตาบอด ปัญญาอ่อน เป็นต้น บุคคลที่มีความพิการประสมเหล่านี้ยากลำบากต่อการให้การศึกษา

2.1.7 การสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนพิการ

สถานสงเคราะห์ (Residential Homes) หมายถึง สถานที่ หน่วยงาน องค์กร ที่จัดให้บริการอุปการะเลี้ยงดูผู้ที่ประสบปัญหาด้านที่พิการ หายใจ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู และไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ โดยหน่วยงานดังกล่าว จะให้ความช่วยเหลือด้านปัจจัย 4 ป้อนกัน แก่ไข พิ้นฟู และพัฒนาผู้รับการสงเคราะห์ เพื่อให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็เด็ก สตรี คนชรา ไรที่พึ่ง ผู้สูงอายุ และคนพิการ

ผู้พิการที่เข้รับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนพิการ ประกอบด้วย

1. ผู้พิการที่สมัครใจหรือครอบครัวหรือชุมชนที่ประสงค์ ขอรับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ มาติดต่อด้วยตนเองในส่วนกลางที่สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กรมประชาสงเคราะห์ (เดิม) หรือสำนักงานประชาสงเคราะห์เขตพื้นที่ต่างๆ และส่วนภูมิภาค สำนักงานประชาสงเคราะห์จังหวัด (เดิม) ทุกจังหวัดดำเนินการพิจารณานำส่ง โดยกรมประชาสงเคราะห์

2. ผู้พิการนำส่งโดยโรงพยาบาลที่คนพิการเข้ารับการรักษาและสิ้นสุดการรักษาแล้ว แต่ครอบครัวไม่สามารถรับกลับไปอุปการะเลี้ยงดูได้ หรือครอบครัวทอดทิ้งคนพิการ ทางโรงพยาบาลจะประสานส่งต่อ ในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร หรือติดต่อผ่านประชาสงเคราะห์จังหวัด ในกรณีที่โรงพยาบาลนั้นตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค

3. ผู้พิการถูกนำส่งโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเนื่องจากไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง เร่ร่อนตามที่สาธารณะ ขาดผู้อุปการะและ ถูกกระทำทารุณ ถูกหาประโยชน์จากมิถุนาชีพตามที่เจ้าหน้าที่พบเห็น หรือหน่วยงานบริการสังคมอื่นๆ ได้แก่ จ.ส.100 หน่วยกู้ชีพหรือมูลนิธินำส่ง

ขั้นตอนการรับคนพิการเข้าสถานสงเคราะห์

จากสภาพเศรษฐกิจ สังคมในปัจจุบันที่ประเทศต้องตกอยู่ภายใต้วิกฤตเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของคนในประเทศไทย และสิ่งหนึ่งที่พบมากก็คือ ปัญหาคนพิการถูกทอดทิ้ง กลายเป็นบุคคลไร้ที่พึ่ง ทำให้หน่วยงานภาครัฐต้องเข้ามามีบทบาทในการรับอุปการะแทนครอบครัว กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (กรมประชาสงเคราะห์เดิม) จึงมีภารกิจสำคัญในการจัดสวัสดิการและรับคนพิการดังกล่าวเข้าไว้ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จึงมีบทบาทสำคัญยิ่งต้องใช้วิจารณญาณในการพิจารณารับคนพิการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ เพื่อให้คนพิการได้รับบริการและคุ้มครองสวัสดิภาพอย่างแท้จริงโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. การรับเรื่อง คนพิการหรือครอบครัว หรือชุมชนที่ประสงค์จะขอรับการสงเคราะห์ ในสถานสงเคราะห์มาติดต่อกับนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อยื่นคำร้องและสอบข้อเท็จจริงสภาพปัญหาเดือดร้อนเบื้องต้น

2. การเยี่ยมบ้าน นักสังคมสงเคราะห์ต้องดำเนินการเยี่ยมตามหลักการของสังคมสงเคราะห์รวมทั้งต้องมีการพิจารณาสภาพปัญหาความเดือดร้อนและความจำเป็นที่แท้จริงของคนพิการและครอบครัวในแต่ละรายหากคนพิการหรือครอบครัวคนพิการรายใด นักสังคมสงเคราะห์พิจารณาแล้วเห็นว่า คนพิการหรือครอบครัวคนพิการยังสามารถพึ่งตนเองได้ นักสังคมสงเคราะห์ควรให้คำปรึกษาแนะนำ การดำรงชีวิตของคนพิการและครอบครัว ชุมชน และการอยู่ร่วมสังคม รวมทั้งสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ ที่คนพิการและครอบครัวพึงได้รับ เช่น การช่วยเหลือเป็นเงินสงเคราะห์ครอบครัวคนพิการ หรือเงินเบี้ยยังชีพคนพิการ หรือการกู้ยืมเงินกองทุนประกอบอาชีพ และแหล่งบริการอื่นๆ เพื่อให้สถานสงเคราะห์เป็นทางเลือกสุดท้ายของผู้รับบริการ

3. ขั้นตอนการพิจารณารับ หลังจากที่นักสังคมสงเคราะห์พิจารณาเห็นว่า คนพิการหรือครอบครัวประสบปัญหาเดือดร้อน และสมควรรับคนพิการเข้าอุปการะในสถานสงเคราะห์ใน

ส่วนกลาง นักสังคมสงเคราะห์จะประสานงานเป็นการภายในกับนักสังคมสงเคราะห์สถาน
สงเคราะห์ ที่จะส่งคนพิการเข้าไว้ตามประเภทของความพิการ ต่อจากนั้นนักสังคมสงเคราะห์
ทำหนังสือถึงอธิบดีเพื่อพิจารณาลงนามอนุมัติรับคนพิการเข้าสถานสงเคราะห์ และลงนามใน
หนังสือถึงผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ส่วนภูมิภาค นักสังคมสงเคราะห์ทำหนังสือถึงผู้ว่าราชการ
จังหวัด เพื่อขออนุมัติรับคนพิการเข้าในสถานสงเคราะห์ และลงนามในหนังสือถึงผู้ปกครองสถาน
สงเคราะห์ เนื่องจากในส่วนภูมิภาค ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์มีอำนาจในการพิจารณารับคนพิการ
แต่ละรายได้เอง (กรมประชาสงเคราะห์ที่ รส 0415/ว.78071 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม 2545)

กรณีโรงพยาบาลประสานส่งคือนักสังคมสงเคราะห์จะดำเนินการเยี่ยมคนพิการที่
โรงพยาบาล พร้อมทั้งสอบข้อเท็จจริงเพิ่มเติม และสอบถามเกี่ยวกับอาการและการรักษาพยาบาล
ในปัจจุบัน กรณีที่สมควรรับคนพิการเข้าไว้ในสถานสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์จะประสานงาน
เป็นการภายในกับนักสังคมสงเคราะห์สถานสงเคราะห์ ต่อจากนั้นทำหนังสือถึงอธิบดีเพื่อพิจารณา
อนุมัติรับคนพิการ และลงนามในหนังสือถึงผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ และหนังสือถึงผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล และในกรณีที่คนพิการยังไม่สิ้นสุดการรักษา หรืออาการยังไม่ทุเลา เช่น อาการติดเชื้อ
หรือมีอาการแผลกดทับ หรือต้องให้อาหารทางสายยางและออกซิเจนอยู่นักสังคมสงเคราะห์สมควร
ประสานกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล เพื่อขอชะลอการรับคนพิการเข้าสถานสงเคราะห์
เนื่องจากสถานสงเคราะห์มีข้อจำกัดทั้งในเรื่องบุคคลกรและงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยพิการ

สำหรับคนไข้โรคจิตทุเลา ที่อยู่ในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล หลังจาก
นักสังคมสงเคราะห์ ดำเนินการเยี่ยมที่โรงพยาบาลแล้ว ให้มีหนังสือเป็นการภายในขอความร่วมมือ
ให้นักสังคมสงเคราะห์ของสถานสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลาทั้ง 2 แห่ง ไปพิจารณาคัดเลือกคนไข้
ที่มีอาการทุเลาแล้ว และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ยังโรงพยาบาล โดยตรงเพื่อเข้าอยู่ในสถาน
สงเคราะห์ต่อไป

กรณีเร่งด่วน กรณีคนพิการถูกนำส่งโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ ตามที่มีผู้แจ้งหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ
พบเห็น และหน่วยงานบริการทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ จ.ส.100 หน่วยกู้ชีพหรือมูลนิธินำส่งดำเนินการ
ดังนี้

1. สอบข้อเท็จจริงทั้งตัวคนพิการเองและผู้นำส่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการให้ได้
มากที่สุด เพื่อสถานสงเคราะห์จะได้ติดตามญาติต่อไป จากนั้นนักสังคมสงเคราะห์ประสานไปยัง
สถานสงเคราะห์ เพื่อแจ้งให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นและให้ทราบกรณีเร่งด่วนดังกล่าว

2. สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มีหนังสือถึงผู้ปกครองสถาน-
สงเคราะห์โดยตรงเพื่อรับคนพิการ โดยเร่งด่วน และขอความร่วมมือผู้นำส่งพาคคนพิการ พร้อม
หนังสือนำส่งไปยังสถานสงเคราะห์

สถานสงเคราะห์คนพิการที่ให้บริการแก่คนพิการจำแนกตามกลุ่มและลักษณะการให้
บริการ ดังนี้

1. สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพิการทางสมองและปัญญาให้การอุปการะเลี้ยงดู ฟื้นฟูสมรรถ-
ภาพและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอ่อนทุกประเภท ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ
พ.ศ. 2534 ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุขตามสมควร และ หรือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ใน
กิจวัตรประจำวัน และเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และการศึกษา เพื่อเป็น
พื้นฐานในการฟื้นฟู ทางด้านอาชีพ การพึ่งตนเอง และกลับสู่สังคมต่อไป

2. สถานสงเคราะห์เด็กพิการทางสมองและปัญญา ให้การอุปการะแก่ผู้พิการทางสติปัญญา
ที่มีอายุระหว่าง 7 - 18 ปี ที่ถูกทอดทิ้ง กำพร้า เร่ร่อน พลัดหลง หรืออยู่ในครอบครัวยากจน
หรือประสบปัญหาความเดือดร้อน ไม่สามารถเลี้ยงดูเด็กให้อยู่ในครอบครัวได้ตามปกติ

3. สถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพ ให้การอุปการะเลี้ยงดูเด็กพิการทางร่างกายที่
มีอายุระหว่าง 7 - 18 ปี ซึ่งมีคุณสมบัติพึงได้รับการสงเคราะห์ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ
คนพิการ พ.ศ. 2534

4. สถานสงเคราะห์คนพิการและทุพพลภาพ ให้การอุปการะคนพิการที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
ถูกทอดทิ้ง ไร้ญาติ ไร้ที่อยู่อาศัย ไม่มีอาชีพ หรือไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ เพื่อตอบ
สนองความจำเป็นและปัญหาต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุมาตรฐานของชีวิตและสุขภาพในระดับที่พึงพอใจ
โดยดำเนินการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้นเอง โดยอาศัยหลักการช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพคน
พิการทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ ให้คนพิการสามารถช่วยตัวเอง ปรับตัวเองให้อยู่ใน
สังคมและใช้ชีวิตอย่างปกติสุขตามอัธยาศัย

5. สถานสงเคราะห์บ้านกึ่งวิถีให้การสงเคราะห์ พัฒนา ฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย
จิตใจ สังคม และการฝึกอาชีพสาขาต่างๆ ให้แก่คนไข้โรคจิตทุเลาที่ได้รับการบำบัดรักษาจาก
โรงพยาบาลจิตเวชของกรมสุขภาพจิตจนอาการทุเลา แต่ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่ถูกทอดทิ้ง เพื่อให้
มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เตรียมความพร้อมให้ได้มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้
ตามปกติสุข

สถานสงเคราะห์คนพิการดังกล่าว ให้บริการจำแนกตามประเภทของกลุ่มคนพิการ ซึ่งสรุป
ได้ดังนี้

สถานสงเคราะห์เด็กพิการ

1. ให้ความอุปการะเลี้ยงดูด้านปัจจัย 4
2. ฟื้นฟูปรับสภาพร่างกาย - จิตใจ ตามพัฒนาการและสภาพความพิการ
3. ให้บริการเตรียมความพร้อมด้านพัฒนาการตามวัย
4. ให้บริการด้านการศึกษาและวิชาชีพ
5. ให้บริการส่งเสริมและพัฒนาด้านสังคมโดยมีส่วนร่วมทั้งกับกิจกรรมภายในและนอกทั้งด้าน

ศิลปะและการกีฬา ฯลฯ

สถานสงเคราะห์คนพิการ

1. ให้การอุปการะเลี้ยงดูบุคคลพิการโดยจัดที่พัก อาหาร เครื่องนุ่งห่มและของใช้ที่จำเป็นตามความเหมาะสม
2. ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย
 - จัดให้มีการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลภายใน
 - จัดส่งเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลภายนอก
 - จัดหาเครื่องกายอุปกรณ์ เช่น แขน ขาเทียม เบรส รถเข็นนั่งคนพิการ รถโยกคนพิการ และไม้เท้า
3. ให้บริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจ จัดโครงการพัฒนาจิตใจ โดยให้ปฏิบัติธรรมและนิมนต์พระสงฆ์มาแสดงธรรมอย่างสม่ำเสมอ
4. ให้การบริการด้านสังคมสงเคราะห์
 - ให้คำปรึกษาหารือแนะนำและแก้ไขปัญหาดังกล่าว
 - หาแนวทางให้บุคคลพิการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยช่วยเหลือตนเอง และช่วยเหลือผู้อื่นเสมือนอยู่บ้านเดียวกัน
 - พิจารณาความสามารถของผู้พิการและพัฒนาหรือปรับสภาพผู้พิการ โดยส่งเข้ารับการฝึกอาชีพและจัดหางานให้หรืออื่น ๆ ตามความเหมาะสม
 - จัดนันทนาการให้บุคคลพิการได้รับความเพลิดเพลิน และผ่อนคลายความเครียดเป็นประจำและในโอกาสวันสำคัญต่าง ๆ
 - จัดฌาปนกิจศพให้คนพิการ
5. ให้บริการด้านอาชีพบำบัด
 - จัดกลุ่มคนตรีไทย - สากล
 - จัดกลุ่มทอเสื่อ
 - จัดกลุ่มงานหัตถกรรมและรับงานจากภายนอก

6. โครงการต่างๆ ประจำปี และกิจกรรมพิเศษต่างๆ ตามเทศกาล และประเพณีที่สำคัญๆ
สถานสงเคราะห์ คนไข้โรคจิตทุเลา

1. งานสงเคราะห์ ให้การสงเคราะห์ด้านปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ตลอดจนของใช้ประจำตัวที่จำเป็นต่างๆ

2. งานการรักษาพยาบาล ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลโรคจิต เพื่อให้การบำบัดรักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง และให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย

3. งานฟื้นฟูสมรรถภาพและปรับสภาพ ได้แก่ การจัดกิจกรรมบำบัดและจัดกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มวาดรูป กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มดนตรีบำบัด และกลุ่มกระตุ้นความสนใจ เป็นต้น

4. งานการฝึกอาชีพบำบัด ฝึกการทำพรมเช็ดเท้า เย็บปักถักร้อย ตัดเย็บเสื้อผ้า การเกษตร และขอรับการสนับสนุนจากการศึกษาพิเศษ จัดหลักสูตรฝึกอบรมศิลปประดิษฐ์ จากเศษวัสดุ และวิชาชีพอื่น ๆ ตามความเหมาะสมในระยะสั้น ๆ

นอกจากการฝึกอาชีพดังกล่าวแล้ว สถานสงเคราะห์ยังจัดให้คนพิการได้มีส่วนร่วมช่วยงานต่าง ๆ ในสถานสงเคราะห์ เช่น ช่วยงานครัว การรักษาความสะอาดโรงครัว อาคารต่าง ๆ และบริเวณโดยรอบสถานสงเคราะห์ เพื่อให้ได้ทำงานและประกอบกิจกรรมร่วมกัน เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะออกไปอยู่ร่วมกับสังคมภายนอกได้

5. งานสังคมสงเคราะห์ จัดนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้คัดเลือกคนไข้ที่อาการทางจิตทุเลาแล้วจากโรงพยาบาลโรคจิต ให้เข้ารับการสงเคราะห์ จัดทำทะเบียนประวัติ ติดตามญาติ แก้ไขพฤติกรรมต่าง ๆ เฉพาะราย และจัดหางานให้ทำในกรณีสามารถออกไปประกอบอาชีพได้

6. จัดกิจกรรม กลุ่มนันทนาการ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มอาชีพบำบัด จัดกิจกรรมสานสัมพันธ์วันครอบครัว

7. การดำเนินงานตามกิจกรรมพิเศษ

- การจัดกิจกรรมแข่งขันกีฬาสำหรับผู้รับและเจ้าหน้าที่
- การจัดกิจกรรมเนื่องในวันลอยกระทง
- การจัดกิจกรรมแห่เทียนเข้าพรรษา
- กิจกรรมเนื่องในวโรกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษาสมเด็จพระบรมราชินีนาถและพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
- กิจกรรมพิเศษตามโครงการต่างๆและประเพณีที่สำคัญๆ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยการสมรส โดยทางสายโลหิต หรือโดยการรับเลี้ยงดู อาศัยอยู่ภายใต้หลังคาเรือนอันเดียวกัน มีการปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารระหว่างกันในฐานะที่เป็นสมาชิกครอบครัว พ่อแม่ ลูกชาย ลูกสาว พี่น้อง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะอาศัยความรัก ความปรารถนาดี มีความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกันมีการถ่ายทอดวัฒนธรรม จริยธรรมต่าง ๆ แก่สมาชิกเพื่อการดำรงอยู่ในสังคมต่อไป

2.2.1 การทำหน้าที่ในครอบครัว

McMaster (อังโน กาญจนา เถารายฎร์. 2540 : 7) เน้นการทำหน้าที่ในปัจจุบันของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ไว้ 6 ด้าน คือ

1. การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับที่ทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ต่อไปได้ และปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาของครอบครัวคือผลมาจากสิ่งที่ถูกถามต่อเสถียรภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งปัญหาทางด้านวัตถุ และปัญหาทางด้านอารมณ์

2. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกัน เน้นที่การสื่อสารใช้คำพูด ซึ่งการสื่อสารได้แบ่งย่อยออกเป็นทางด้านวัตถุ และอารมณ์ที่จับต้องไม่ได้ ดังนั้นครอบครัวที่ทำหน้าที่ที่ดีนั้นจะมีการสื่อสารที่ชัดเจน

3. บทบาท (Roles) หมายถึง แบบของพฤติกรรมที่แต่ละคนประพฤติก่อกันซ้ำๆ การประพฤติก่อกันแบ่งได้เป็น 2 บทบาทคือ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (Instrumental) และ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ (Affective) นอกจากนี้บทบาทยังแบ่งออกตามลักษณะหน้าที่ได้ 2 อย่างคือ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ที่จำเป็นเพื่อให้ครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข กับบทบาทอื่นๆ เป็นบทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งเป็นได้ทั้งบทบาทเหมาะสมและไม่เหมาะสม

4. การตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Affective Responsiveness) หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองความรู้สึกทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งที่มากระตุ้นได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพ และปริมาณ อารมณ์ตอบสนองนี้แบ่งได้เป็น 2 อย่างคือ อารมณ์ในภาวะปกติ กับอารมณ์ในภาวะวิกฤต แบบอย่างการตอบสนองของครอบครัวเน้นที่อารมณ์มาเป็นตัวกระตุ้น ซึ่งความต้องการตอบสนองทางอารมณ์จากครอบครัวจะแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงของชีวิต

5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective Involvement) หมายถึง การที่ครอบครัวให้ความสนใจ เห็นคุณค่าที่สมาชิกของครอบครัวทำในระดับไหน จุดมุ่งหมายเน้นที่สมาชิกของครอบครัวสามารถแสดงออกในการให้ความสนใจ และอาศัยซึ่งกันและกันมากแค่ไหนและในทางใด

6. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) หมายถึง แบบแผนของครอบครัวในการจัดการหรือควบคุมพฤติกรรมใน 3 สถานการณ์คือ พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย รวมไปถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการหรือแรงขับทางด้านจิตใจ และชีวภาพ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของสังคม (Socializing behavior) ทั้งในและนอกครอบครัว

แมนอร์ (Manor, 1985 : 7-9 อ้างถึงใน ปรีดีหทัย แก้วฉวีรัตน์, 2534 : 20) กล่าวถึงการศึกษาระบบครอบครัวว่า ควรจะคำนึงถึงโครงสร้างและหน้าที่เบื้องต้นของครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับ

1. หน้าที่พื้นฐาน เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัว เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางร่างกาย อารมณ์ สังคม เขาวนปัญญา และบุคลิกภาพ
2. หน้าที่ในกระบวนการพัฒนาสมาชิกครอบครัว ให้สามารถมีพัฒนาการผ่านขั้นตอนของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. หน้าที่ในการแก้ปัญหาวิกฤต มีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เช่น ปัญหาการขาดรายได้ การเจ็บป่วย หรือการตายอย่างกะทันหัน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพ และบทบาทของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เป็นไปได้ว่าสมาชิกอาจรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระแก่ครอบครัวในการพยามรักษาพยาบาลและต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่นอยู่มากทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์และจิตใจ

2.2.2 สัมพันธภาพในครอบครัว

ศรีทับทิม พานิชพันธ์ (2527 : 115 - 116) ได้ให้ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ดังนี้คือ

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิดคุ้นเคยสนับสนุนระหว่างบิดามารดากับบุตร รวมถึงเครือญาติหรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้นๆ ด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จึงเป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดผลดี หรือก่อให้เกิดปัญหานานัปการ

วิสส์ (Wiess อ้างถึงในฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530 : 45) ได้กล่าวถึงแนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

1. ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ซึ่งบุคคลในครอบครัวมีให้แก่กัน

2. การมีส่วนร่วม เพื่อแสดงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่นๆ มีส่วนร่วมในความเป็นครอบครัวเดียวกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความชื่นชมซึ่งกันและกัน
3. พฤติกรรมในการดูแลรับผิดชอบ เช่น บิคารมารคาดูแลบุตรที่เจ็บป่วย บุรดูแลบิคารมารคาที่เจ็บป่วย หรือผู้สูงอายุ
4. การยอมรับจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสามารถกระทำการต่างๆ ตามความเหมาะสม การยอมรับจะทำให้ผู้ได้รับเกิดความมั่นใจ

กมลลา แสงสีทอง (2526 : 8) ได้ให้ความหมายความสัมพันธ์ในครอบครัว หมายถึงความสัมพันธ์ตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์มีลักษณะปรองดองรักใคร่กลมเกลียวกันในครอบครัว ก็นับว่าเป็นสัมพันธภาพที่ดี แต่ถ้าเป็นความขัดแย้ง หรือมีความรู้สึกเป็นอริต่อกัน ถือว่าเป็นลักษณะสัมพันธ์ที่ไม่ดีภายในครอบครัว

สิริสมร สุขสวัสดิ์ (2532 : 10 ; อ้างถึงใน จันทรชนก โยชินชัชวาล, 2540 : 34) กล่าวว่า ครอบครัว เป็นเรื่องที่เกิดผลดี หรืออาจก่อให้เกิดปัญหาได้เช่นกัน ซึ่งความสัมพันธ์ภายในครอบครัวนั้น เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ อันเนื่องจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา พี่น้อง ให้ความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม มีอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดร่วมกัน มีการเอาใจใส่เลี้ยงดูกัน มีค่านิยม และการประพฤติปฏิบัติต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในแต่ละครอบครัวและรวมไปถึงเครือญาติในลำดับต่าง ๆ

หากความสัมพันธ์ในครอบครัวดำเนินไปในทางที่ดี จะช่วยเสริมสร้างความผาสุก ความราบรื่น ความมั่นคง และความเป็นปึกแผ่น แก่ประเทศชาติ เพราะรากฐานของประเทศชาติคือครอบครัว จึงเล็งไปที่การสร้างครอบครัวเป็นจุดแรกโดยเฉพาะความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวนั้น เป็นรากฐานของความสุขแห่งชีวิตและจะเป็นพื้นฐานที่ดีของสังคม

กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ (2529 : 25 - 28) กล่าวว่า หลายประเทศได้ใช้ “สถาบันครอบครัว” เป็นกลวิธีสำคัญในการป้องกันปัญหาสังคม และพัฒนาสังคมไปพร้อมกันและสิ่งที่ทุกประเทศกำลังต้องการเป็นอย่างยิ่งคือ “ครอบครัวที่มีคุณภาพ” ซึ่งประกอบไปด้วย

1. การชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัวมีความพึงพอใจ ชื่นชม และเห็นคุณค่าของกันและกันในครอบครัว โดยปกติคนทุกคนมีส่วนอยู่ในตัวมาตามธรรมชาติ เมื่อคนในครอบครัวแสดงความรู้สึก แสดงการกระทำที่มีความพึงพอใจในคนอื่น ๆ ที่อยู่ร่วมครอบครัวเดียวกัน ตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ คุณสมบัติประการนี้เปรียบเสมือนความอบอุ่น และความมั่นคงในครอบครัว ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นการหล่อหลอมสมาชิกของสังคมให้มีทัศนคติ มองสังคมส่วนรวมในแง่ที่ดีด้วย

2. การมีเวลาอยู่ร่วมกัน การที่ทุกคนในครอบครัวได้ร่วมทำกิจกรรมหลายอย่างร่วมกัน และเป็นกิจกรรมที่ทุกคนพอใจจะทำร่วมกัน

3. การมีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของครอบครัวร่วมกันคนในครอบครัวรู้สึกเป็นพันธะที่ต้องส่งเสริมให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้มีความสุข และมีสวัสดิภาพที่ดี เป็นการห่วงใยกันและกันอย่างแท้จริง

4. การติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นอย่างดี มีเวลาสำหรับพูดคุยกันเสมอ และสมาชิกในครอบครัวต้องเป็นผู้ฟังที่ดีและมีความไว้วางใจต่อกัน และช่วยกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในทางที่ดีที่สุดสำหรับทุกคน

5. การมีศรัทธาต่อศาสนา มีกิจกรรมทางศาสนาด้วยกัน การที่คนในครอบครัวมีศรัทธาต่อศาสนา ทำให้มีสติ มีความอดทน มีการยกย่องผู้อื่น ระวังความโกรธได้ และรู้จักที่จะช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบต่อสังคมส่วนร่วมด้วย

6. การมีขีดความสามารถ ในการจัดการกับวิกฤตการณ์ในครอบครัวได้อย่างดี ซึ่งจะเป็นการสกัดกั้นและป้องกันปัญหาสังคมได้ คือ มีวิธีการที่ดีในการแก้ไขปัญหา หรือคู่สถานการณ์ที่วิกฤตให้กลับคืนสู่สภาพที่ดีดั้งเดิม แม้จะยากลำบากก็ตาม คนในครอบครัวจะมีความมั่นใจและไว้วางใจต่อกัน ร่วมกันต่อสู้ปัญหาแทนการทอดอโยแตกแยกกันไปคนละทาง ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ร่วมกัน คลี่คลายปัญหาได้ในที่สุดจะเห็นได้ว่า คุณสมบัติทั้ง 6 ประการของครอบครัวที่มีคุณภาพ ที่กล่าวมานั้น สามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวคนพิการช่วยแก้ไข สนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

ณัฐไชย ดันดิสุข (2528 : 40) ได้จำแนกผลกระทบที่มีต่อครอบครัว เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ออกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจกล่าวคือจะทำให้ครอบครัวต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา อาหารพิเศษ เครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็นต้องแยกห้องเพื่อป้องกันโรค หรือเพื่อสิ่งแวดล้อมเฉพาะโรค เป็นต้น หากผู้ป่วยเป็นผู้เลี้ยงดูครอบครัวจำเป็นต้องมีการหยุดพักรักษาตัว จะทำให้ครอบครัวขาดรายได้และผู้ป่วยจะถูกมองว่าเป็นภาระนำ ความยุ่งยากมาสู่ครอบครัว

2. มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว กล่าวคือ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้มีผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ต้องแยกห้องหรือเครื่องใช้บางอย่าง เป็นต้น เกิดปัญหาด้านอารมณ์ได้ ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยที่เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้น แต่สมาชิกในครอบครัวก็อาจมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยมีความรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดง่าย ทำอะไรไม่ถูกต้อง ไม่ถูกใจ มีความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกกระทบกระเทือน

3. มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป เช่น ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยขึ้นต้องหยุดพักรักษาตัวทำให้ครอบครัวมีปัญหา แม่บ้านอาจจำเป็นต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ภาพครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์รักใคร่กลมเกลียว ความใกล้ชิดสนิทสนมคุ้นเคยกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีทำให้ครอบครัวมีคุณภาพ สามารถแก้ไขปัญหาค้างๆในภาวะวิกฤติ มีวิธีการจัดการกับสภาวะวิกฤติในครอบครัวต่อสู้กับปัญหาให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อคลี่คลายปัญหาได้ในที่สุด และสามารถช่วยให้สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

2.2.3 การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ศึกษาวิจัยและให้คำจำกัดความที่หลากหลายดังต่อไปนี้

คอบบี้ (Cobb, 1976 : 300 ; อ้างถึงใน พเยาว์ ศรีแสงทอง, 2538 : 38) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลหรือข่าวสาร และเข้าใจว่ามีบุคคลที่ให้ความรักความเอาใจใส่ มีคนเห็นคุณค่า ขบถอง และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความผูกพันและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ฟาร์เบอร์ (Farber, 1983 : 5 ; อ้างถึงใน จิตรา เจริญภัทรเกษข, 2537 : 46) ได้อธิบายว่าระบบการสนับสนุนสังคม ประกอบด้วย ความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางอารมณ์ (Emotion) และทรัพยากรอื่นๆ ซึ่งลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมมีดังนี้ คือ

1. การสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ (Sociomotional Support) หมายถึง การได้รับความสนใจ กำลังใจ การยอมรับ และการพบปะสังสรรค์ ความสนิทสนม
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ (Financial and Instrument Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้
3. การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหา (Information Aid) หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหาลักษณะทางด้านการงานและเรื่องส่วนตัว

แมกควัวร์ (Macquire, 1983 : 51) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรง แต่เป็นความรู้สึก เป็นทัศนคติที่บุคคลได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ที่แสดงกริยาออกมาในลักษณะของความสนใจ เมตตา เอื้ออาทร ให้ความช่วยเหลือ และเกิดเป็นเครือข่ายของการสนับสนุนในสังคม

วันทนี วาสิกะสิน และคณะ (2537 : 99) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หรือแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการเกื้อกูลทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกัน มีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินเพื่อให้ปรับปรุงให้ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือโดยมาเป็นแรงงาน ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว อาทิเช่น บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนนักเรียน เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ครูอาจารย์ คนในชุมชน บุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทั้งภาครัฐบาล และเอกชน เป็นต้น

คอบบี (1973 : 300 – 301 ; อ้างถึงใน พเยาว์ ศรีแสงทอง. 2539 : 29) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นการทำให้บุคคลอื่นเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความจริงใจการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นความรู้สึกที่ทำให้ทราบว่าตนเป็นคนที่มีคุณค่า บุคคลอื่นเห็นและยอมรับคุณค่านั้นด้วย
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network) เป็นการทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งในเครือข่ายสังคม และมีความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยไร้เดียงสาต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวที่เหมาะสมกับความต้องการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจ ซึมเศร้า อารมณ์อ่อนไหว และเปลี่ยนแปลงง่าย มีความไวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ มีความกลัว วิตกกังวล ผู้ป่วยจะรู้สึกคับข้องใจเนื่องจากความสามารถในการทำงานน้อยลงกว่าเดิม หรือไม่สามารถทำงานได้ เพราะสมรรถภาพของร่างกายเปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการการประคับประคองด้านอารมณ์ ต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ต้องการระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความกลัว หรือความวิตกกังวลกับบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ อันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป สิ่งเหล่านี้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในของแต่ละคน และสื่อได้

ด้วยการกระทำ เพื่อให้ทราบว่ามีความสนใจในทุกข์สุข และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ส่วนมากจะได้จากความสัมพันธ์ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ ทำให้รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกเดียวดาย

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า การสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องกลายเป็นบุคคลซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระทั้งต่อครอบครัวและสังคม ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมาก ฉะนั้นการที่บุคคลในครอบครัวแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยยังคงเป็นบุคคลที่มีบุคคลให้ความเคารพนับถือ ยอมรับ ยกย่อง และชมเชยในความสามารถของผู้ป่วยเท่าที่มีอยู่ จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรังนาน ๆ นั้นทำให้ผู้ป่วยห่อนสมรรถภาพของร่างกายลงไป ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกแตกต่างหรือค่าต่ำกว่าบุคคลอื่น รู้สึกอยากอยู่คนเดียว ไม่ต้องการมีกิจกรรมทางสังคมจากครอบครัว การทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีกิจกรรมร่วมกัน มีความร่วมมือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้บุคคลไม่รู้สึกเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิตการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ไม่ได้หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงข่าวสารที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสามารถนำไปแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ความสัมพันธ์นี้จะเกิดขึ้นช่วงที่บุคคล ตกอยู่ในภาวะวิกฤต ต้องการข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดที่ประสบอยู่ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง มีการปรับตัว ข้อมูลข่าวสารนี้ส่วนมากจะได้จากบุคคลที่เราารู้สึกสำคัญ เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบว่า จะให้การดูแลตนเองอย่างไรบ้าง ทำให้ผู้ป่วยขาดแนวทางในการปรับตัวเพื่อดูแลตนเอง แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความสามารถทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปโดยล่าช้า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับไปด้วย ดังนั้นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนอย่างเพียงพอจนสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติประสบความสำเร็จในการรักษา มากยิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการปรับตัว ปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมด้วย ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมีคุณค่าเป็นสรีรวิทยาจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี

5. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน เป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเงินทอง แรงงาน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งบทบาทที่มีต่อครอบครัวและอาชีพการงาน ผู้ป่วยจะมีปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจเนื่องจากรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยลดลงหรือไม่มีเลย เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปทำให้ทำงานได้น้อยลง หรือไม่ได้ทำงาน

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่นการให้คำปรึกษา แนะนำข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ เงิน เวลา และบริการต่างๆ จากบุคคลในสังคมไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน สังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้เกิดจาก สัมพันธภาพ และความผูกพันซึ่งกันและกันของบุคคลในสังคม และส่งผลต่ออารมณ์จิตใจของบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้สามารถเผชิญปัญหากับสภาวะวิกฤต และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญนั้น

นอร์แบค (Norbeck, 1981 : 43; อ้างถึงใน จิตรา เจริญภัทรเกษัง. 2537 : 50 – 51) อ้างตามแนวคิดของคานันและแอน โคนุกีชี้ว่าการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลแต่ละคนได้รับจะมีความแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านคุณสมบัติส่วนตัวของแต่ละบุคคล

1) อายุ มีอิทธิพลต่อปริมาณ และชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ในวัยทารกจะมีความต้องการดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนจากบุคคลเดียวกันในปริมาณที่สูง เมื่อมีอายุมากขึ้น ความถี่ของการสนับสนุนจะลดลง

2) เพศ ทำให้ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน เพศหญิงได้รับการสนับสนุนมากกว่าเพศชาย เพราะเพศหญิงมีความใกล้ชิด และมีสัมพันธภาพดีกว่าเพศชาย

3) สถานภาพสมรส มีการศึกษาเปรียบเทียบการได้รับการสนับสนุนทางสังคมใน สตรีที่แต่งงานแล้วกับสตรีที่เป็นหม้าย พบว่า หญิงที่แต่งงานแล้วจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าหญิงหม้าย แต่หญิงหม้ายจะได้รับมากกว่ากลุ่มหญิงที่หย่าร้าง ขณะที่กลุ่มหย่าร้างจะได้รับมากกว่าหญิงโสด ดังนั้นทำให้เห็นว่าสตรีที่แต่งงานแล้วจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด แต่หญิงโสดจะได้รับน้อยที่สุด

4) สถานะทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษา พบว่า สตรีที่สามียป่วยซึ่งเป็นชนชั้นกลาง จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าสตรีที่มีรายได้น้อย และยังพบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาดี จะมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล หรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือแก่ตนเองได้มากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย ซึ่งจะช่วยให้เขาได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า

5) ความสามารถของแต่ละบุคคล พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถติดต่อดีสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารและพลังงานต่าง ๆ กับบุคคลอื่นๆ ในเครือข่ายสังคมได้ดีจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายสังคมน้อย

2. องค์ประกอบด้านคุณสมบัติของสถานการณ์

สถานการณ์ของชีวิตมีผลทำให้บุคคลต้องการและได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย เช่น ในวัยตั้งครรภ์ หรือวัยเตรียมการเป็นมารดา ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงความวัยที่อยู่ในช่วงวิกฤตได้ในสถานการณ์นี้พบว่าผู้ป่วย จะได้รับการสนับสนุนจากญาติและเพื่อนมาก ขณะที่ผู้ป่วยที่พิการทุพพลภาพ หรือถูกคุกคามชีวิตจากโรคมะเร็ง พบว่าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว ในฐานะเป็นผู้สนับสนุนทำให้เกิดความสมดุลภายในครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ประสบปัญหาหรือผู้พิการ สมาชิกคนใดคนหนึ่งต้องมีหน้าที่ดูแลผู้พิการ หรืออาจเป็นสมาชิกหลาย ๆ คนที่ช่วยกัน สมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นพ่อ แม่ ปู่ย่า ตายาย พี่น้อง ลูกหลาน ต้องทำหน้าที่ในการเผชิญปัญหา เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง สมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้พิการหรือผู้ประสบปัญหานั้น ย่อมส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากนักน้อย ต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน มีความต้องการแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่นการได้รับคำปรึกษา แนะนำ กำลังใจ เพื่อลดภาระความเครียดในการเผชิญปัญหาเช่นกัน วิลสัน ภู่วราวุฒินิช (2537 : 3) พบว่า ผู้ดูแลมากกว่าครึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการและสุขภาพ ไม่มีเวลาดูแลตนเอง สัมพันธภาพทางสังคมลดลง การพบปะเพื่อพบผู้สูงอายุลง เวลาทำอะไรต้องมีการวางแผนล่วงหน้า จะไปไหนก็ไม่สามารถไปได้นาน หรือบางรายไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้และออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บ้านกับผู้ป่วย ทำให้กิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติลดน้อยลง

2.3 แนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาและบำบัด

จากสถานการณ์และสภาพปัญหาสังคมในปัจจุบันประชาชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสได้รับผลกระทบต่อการครองชีพ โดยเฉพาะกลุ่มครอบครัวยากจนที่มีสมาชิกพิการ ซึ่งมีภาระเพิ่มมีความยากลำบากในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์ หรือผู้ให้บริการจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้บริการช่วยเหลือ ผู้ประสบปัญหาเดือดร้อน ที่เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว ดังนั้น กระบวนการให้คำปรึกษา แนะนำ และบำบัด จึงเป็นกลไกสำคัญต่อหน้าที่ของผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพการส่งคนพิการเข้าสถานสงเคราะห์ถือเป็น

แนวทางสุดท้ายในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การให้คำปรึกษาเป็นการบำบัดได้อีกวิธีหนึ่ง รวมทั้งเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานที่สำคัญของนักสังคมสงเคราะห์นั่นเอง ดังที่

ดร.จิน แบร์ (อ้างถึงใน กาญจนนา เภาราชฎีร์, 2540 : 11) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาหมายถึง กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาศัยการสื่อสารแบบสองทางระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้การศึกษา ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับการปรึกษาได้สำรวจและทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ปัญหา และแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง

ทฤษฎีเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและบำบัดมีอยู่หลายทฤษฎีดังนี้

1. Trait and Factor Theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์มีคุณลักษณะและความสามารถพิเศษเฉพาะตัว จะต้องดึงความสามารถนั้น ๆ มาใช้ให้เป็นประโยชน์

2. Rational Emotive Theory (RET) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยเหตุผล ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถในตัวเอง สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและไม่มีเหตุผล รักตัวเอง ขณะเดียวกันก็ทำลายตัวเอง เจ้าของทฤษฎีคือ Albert Ellis จุดมุ่งหมายของวิธีนี้ไม่ใช่รักษาโรค แต่ต้องการให้ผู้มีปัญหาได้ตรวจสอบค่านิยมพื้นฐานอย่างพิถีพิถารณา สรุปก็คือ ผู้เคื้อคร้อนเรียนรู้ที่จะคิดอย่างมีเหตุผล ทฤษฎีนี้เน้นที่ here and now และความสามารถของผู้เคื้อคร้อน

3. ทฤษฎีที่ยึดผู้มารับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client - Centered Approach) เจ้าของทฤษฎีคือ Carl R. Rogers ทฤษฎีนี้มีชื่อเรียกหลายชื่อ เช่น Self - Theory , Non-directive Counselling, และ Rogian Counselling Rogers เชื่อว่ามนุษย์นั้นมีเหตุผล มีประสบการณ์มาต่างกัน ไม่มีใครรู้จักว่าตัวของเขามองประสบการณ์ที่เขาได้รับคล้อยหล่อหลอมมาเป็นบุคลิกภาพ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจประสบการณ์ที่ตัวเองได้รับมาและมีวุฒิภาวะ (Maturity) อย่างถูกต้องเกี่ยวกับประสบการณ์นั้น ๆ เรียนรู้ที่จะรับตัวเองและผู้อื่น

4. ทฤษฎีแนวเกสตัลท์ (Gestalt Theory) เจ้าของทฤษฎีนี้คือ Prederich S. Pearls คือเอาทฤษฎีของฟรอยด์มาประยุกต์ใช้ Pearls เชื่อว่าทุกคนเกิดมามีเป้าหมายอย่างเดียวกันคือรู้จักตัวเองอย่างถ่องแท้ (Self - Actualization) มีความต้องการขั้นพื้นฐานและต้องการให้สังคมยอมรับ ทฤษฎีนี้ต้องการให้คนค้นพบตัวเอง รู้จักมีความรับผิดชอบ ไม่ต้องคอยพึ่งผู้อื่นตลอดเวลา เน้นที่ here and now

5. ทฤษฎี Humanistic หรือ Existentialism Theory ทฤษฎีนี้เชื่อว่าคนเรามีความคิดอย่างเสรี มีอิสรภาพที่จะแสวงหาความหมายให้กับตัวเอง คือ สุขหรือทุกข์อยู่ที่ตัวเองเป็นผู้เลือก ทุกคนควรมีเป้าหมายของชีวิต จึงจะทำให้ชีวิตมีคุณค่ามีความหมาย แต่เป้าหมายที่เราเลือกควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพชีวิตหรืออค์ภาพของผู้นั้น

6. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavioral Theory) เจ้าของทฤษฎีคือ Skinner ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลอย่างมากต่อบุคคลเชื่อว่า ถ้าควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ ก็จะควบคุมพฤติกรรมได้ การที่บุคคลมีปัญหา ก็เพราะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ไม่ได้และเรียนรู้มาผิด ๆ ดังนั้นบุคลิกภาพจะเปลี่ยนได้ ต้องมีเงื่อนไข การลงโทษ และการให้รางวัล

7. ทฤษฎีการสื่อสาร (Communication Theory) เป็นวิถีทางที่บุคคลจะเรียนรู้ถึงความรู้สึก มีคุณค่าในตัวเอง และความรู้สึกมีคุณค่าของผู้อื่นและยังเป็นเหมือนเครื่องมือที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความรู้สึกได้ Satir มักใช้ชื่อว่าระบบการสื่อสาร (The communication System) สำหรับ Satir ถือว่าการสื่อสารเป็นปัจจัยเดียวที่ยิ่งใหญ่ที่สุด เป็นตัวกำหนดลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และกำหนดให้เกิดขึ้นกับชีวิตคนในโลก

8. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Theory of Learning) เป็นขบวนการที่สำคัญของชีวิต ทุกคนเรียนตั้งแต่เกิดจนตาย ชีวิตกับการเรียนรู้เป็นของคู่กัน トラบใดที่เรายังมีชีวิตอยู่เราต้องเรียนการเรียนรู้ ช่วยให้คนเราสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปได้ บุคคลจะมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างไรจะมีแบบฉบับพฤติกรรมเป็นรูปใดขึ้นอยู่กับการเรียนรู้เป็นส่วนใหญ่การเรียนรู้คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ ให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องและดีกว่าเดิม

สรุปได้ว่า การให้คำปรึกษา แนะนำ และบำบัด เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลืออีกวิธีหนึ่งต่อการให้บริการผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนให้พ้นภาวะวิกฤต รวมทั้งให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล มีอิสระต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางสู่เป้าหมายที่เหมาะสมตามอัธยาศัยของผู้รับ

2.4 แนวคิดทฤษฎีความต้องการ

มนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอและไม่มีที่สิ้นสุด สิ่งที่มีมนุษย์ต้องการถ้าได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการอื่นจะเข้ามาแทนที่ ความต้องการใดเกิดขึ้นแล้ว ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอตั้งแต่ต้น ความต้องการนั้นจะคงมีอิทธิพลครอบคลุมนุคคลนั้นเสมอไป จะเป็นตัวกระตุ้นที่มีพลังผลักดัน ให้บุคคลประพฤติโน้มเอียงไปในทางที่จะบำบัดความต้องการนั้นอยู่เสมอ

ทฤษฎีความต้องการของเมอร์เรย์ (Murray's Manifest Needs) (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2539 : 160 - 165) เน้นความเป็นปัจเจกชน (Individuality) ความต้องการในความหมายของเมอร์เรย์ เป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมและบุคลิกภาพมีศูนย์กลางอยู่ที่ตัวบุคคล คือศึกษาว่าอะไรจูงใจให้เราประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งทางกาย วาจา ใจ เน้นการศึกษามนุษย์อย่างเป็นหน่วยประสานความสัมพันธ์กันภายใน และสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมต่างๆ เมอร์เรย์ได้กล่าวถึงความต้องการที่จำเป็นและสำคัญต่อความต้องการตัดสินใจพฤติกรรมของมนุษย์นั้นมี 5 ประการ คือ

1. ความต้องการที่จะเอาชนะอุปสรรคทั้งปวง (Achievement Need) หมายถึง ความต้องการที่จะผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ ด้วยดี
2. ความต้องการที่จะได้รับความปลอดภัย (Harmavoidance Need) คือ ความต้องการปลอดภัยจากสถานการณ์ที่เป็นอันตรายทั้งปวง
3. ความต้องการที่จะพ้นจากความอับอาย (Infavoidance Need) หมายถึง ความต้องการที่จะไม่ให้บุคคลอื่น ๆ รับรู้ หลบหนีสถานการณ์ที่น่าอับอายหรืออึดอัด
4. ความต้องการที่จะให้ความเมตตาสงสาร (Nurturance Need) หมายถึง ความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ประสบเคราะห์กรรมให้มีความสุข เช่น คนพิการ
5. ความต้องการที่จะแยกตนเองออกจากความทุกข์ (Rejection Need) หมายถึง ความต้องการที่จะให้ตนเองพ้นจากความทุกข์แยกตัวออกจากความพิการ สิ่งของ เหตุการณ์ที่ไม่สบายอารมณ์ ไม่สนใจเรื่องราวต่าง ๆ ที่จะให้ทุกข์

ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow) (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2539 : 103 - 105) ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (Human basic Needs) แบ่งออกเป็น 5 ชั้น และความต้องการชั้นแรกจะต้องได้รับการตอบสนองก่อนจึงจะสามารถตอบสนองความต้องการชั้นต่อไปได้ โดยแบ่งความต้องการชั้นพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physical Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การขับถ่าย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวและความต้องการทางเพศ
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety and security Needs) ได้แก่ ความต้องการความมั่นใจ ความเท่าเทียมกัน ความสม่ำเสมอ ความไว้วางใจ ตลอดจนความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่มีอันตราย
3. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and belonging Needs) ได้แก่ ความต้องการความรัก ความใกล้ชิด ความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจในสัมพันธภาพระหว่างกัน
4. ความต้องการการยอมรับนับถือ (Esteem Needs) ได้แก่ การตระหนักในคุณค่า และความสามารถของตนเอง ต้องการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น การได้รับความเป็นอิสระ
5. ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต (Self-actualization) ได้แก่ ความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง มีแนวทางของตนเอง รู้จักตนเอง และบรรลุความต้องการของตนเอง รับรู้สภาพต่าง ๆ ตรงตามความเป็นจริง มีความปรารถนาดีต่อผู้อื่น

ส่วนบาร์เรตต์ เกสเนอร์ และเฟลป์ (Barrett, Gessner & Phelp. 1975 : 3-11) ได้จำแนกความต้องการของบุคคลที่เจ็บป่วยไว้ 4 ประการดังนี้

1. ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความภาคภูมิใจ การควบคุมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย การดำเนินกิจกรรมส่วนตัว และความต้องการทางอารมณ์
2. ความต้องการด้านสังคม ได้แก่ การยอมรับความเป็นบุคคลมีคุณค่า ได้รับการปฏิบัติด้วยดีจากบุคคลอื่น
3. ความต้องการทางด้านการรักษาพลังงาน ได้แก่ การพักผ่อนทั้งทางจิตใจและทางร่างกาย
4. ความต้องการทางด้านการรักษาและฟื้นฟูอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ให้ทำหน้าที่ได้ตามปกติของระบบการไหลเวียนโลหิต การทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่อ การได้รับสารอาหารที่ดี มีการทำงานของระบบขับถ่าย ระบบหายใจ และระบบผิวหนัง เป็นต้น

ความต้องการนอกเหนือความต้องการพื้นฐานของเฮย์และแอนเดอร์สัน (Hay & Anderson ; อ้างใน ฟาริดา อิบราฮิม, 2525 : 7) ได้ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังและพิการ พบว่านอกจากจะมีความต้องการความรู้ในเรื่องอาการของโรคที่เป็นอยู่ และการรักษาที่ได้รับ ยังต้องการเรียนรู้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องการความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ต้องการมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และเข้าสังคมได้ตามปกติ ต้องการให้บุคคลในสังคมยอมรับในเรื่องการเจ็บป่วยหรือความพิการ และการพึ่งพาผู้อื่น ต้องการได้รับการรักษาพยาบาล ต้องการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และมีอุปกรณ์เพื่อชดเชยสภาวะไร้สมรรถภาพของเขา ต้องการความช่วยเหลือให้บรรลุจุดหมายในชีวิต ต้องการการประคับประคองทางอารมณ์ ต้องการระงับความกลัวหรือความวิตกกังวล ต้องการการให้กำลังใจและความเข้าใจ รวมถึงการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและถูกต้อง ในทางกลับกันครอบครัวคนพิการหรือผู้เกี่ยวข้องคนพิการยังมีความต้องการ ดังที่

เมย์ (May, 1993 : 273 - 278 ; อ้างถึงใน สุวีร์รัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541 : 3 กล่าวถึงความต้องการของผู้ดูแลมี 3 ประการคือ 1) ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2) ความต้องการการช่วยเหลือ ได้แก่ คำแนะนำและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวกหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รวมทั้งการแนะนำแหล่งที่เป็นประโยชน์ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย 3) ความต้องการความเข้าใจในสิ่งที่เกิดจากความกลัวต่างๆ ได้แก่ กลัวความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ห่วงสมรรถนะกลัวว่าจะดูแลคนที่รักได้ไม่ดีทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้การศึกษาของอีเกิร์ตสันและคนอื่น ๆ (Egertson, et al.,

1994 : 185) ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลต้องการเวลาส่วนตัว ต้องการติดต่อกับทีมสุขภาพ ต้องการทราบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนวิธีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตที่เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุป ความต้องการพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของมนุษย์นั้น ประกอบด้วย ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการทางด้านจิตใจ และสังคมแต่บุคคลที่อยู่ในภาวะประสบปัญหา จะมีความต้องการเพิ่มมากขึ้นนอกเหนือจากความต้องการพื้นฐาน ซึ่งมีทั้งความต้องการการดูแลรักษาพยาบาลเจ็บป่วย การฟื้นฟูอวัยวะต่างๆ การช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบายและปลอดภัย การช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง ถ้าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะมีความต้องการให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันความต้องการของมนุษย์เหล่านี้ย่อมต้องการการตอบสนอง ถ้าได้รับการตอบสนองหรือช่วยเหลืออย่างเหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยหรือผู้พิการจะสามารถปรับตัวได้ทำให้ฟื้นฟูได้เร็วและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ในครอบครัวสังคมต่อไป

ในปัจจุบันลักษณะครอบครัวไทยส่วนใหญ่ได้เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้บุคคลที่จะดูแลสมาชิกที่พิการในครอบครัวมีน้อยลง มีการจ้างคนซึ่งไม่ใช่ญาติมาดูแล แต่ก็ไม่สามารถทำได้ทุกครอบครัว เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันไม่เอื้ออำนวยให้ทำเช่นนั้น จึงคงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติพี่น้อง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่พิการสรุปได้ ดังนี้
อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งประสบการณ์ในชีวิต ยิ่งอายุมากกิจกรรมในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง การยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการเผชิญปัญหาหรือภาวะเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่อายุน้อย ทำให้ความต้องการเวลา สัมพันธภาพทางสังคม รวมทั้งกำลังใจน้อยกว่าบุคคลที่อายุน้อย (ปรมะ สตะเวทิน. 2526 : 105 ; อ้างถึงใน จูไรรัตน์ มิตรทองแท้. 2532 : 69 - 70)

ระดับการศึกษา สามารถแสดงถึงความต้องการของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัญหาและเข้าใจเหตุการณ์ได้ดีกว่า เนื่องจากการศึกษาช่วยส่งเสริมให้บุคคลค้นคว้าหาความรู้ ผ่านการเรียนรู้ ทำให้เข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยได้ดีกว่า การศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล มีความต้องการสิ่งที่ดีที่สุดในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาค่ำ (Muhlenkamp & Sayles. 1986 : 366 ; อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182)

รายได้ครอบครัว ซึ่งคือเศรษฐกิจการเงินของครอบครัว ปัญหาการเงินก่อให้เกิดความแตกแยกในครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะพบว่ามีความต้องการในการจัดหาสิ่งที่จะอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ (Norbeck. 1981 : 49) เนื่องจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำต้องทำงานหาเงินมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ความสนใจและความต้องการในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจึงน้อยลง (อ้างถึงใน วิลลาร์ดน์ ภูวราวุฒิปานิช. 2532 : 32 - 33)

ระยะเวลาในการดูแล จะมีผลต่อความต้องการของผู้ดูแล ประสบการณ์ในการดูแลระยะแรก อาจทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการอย่างมากในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแล รวมทั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยหาย แต่เมื่อระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น การดูแลที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลท้อแท้ เบื่อหน่าย ความหวังลดลง จากการศึกษาของรอลินส์ (Rawlins. 1991 : 213 - 220) พบว่า ผู้ดูแลยังต้องการความหวังอยู่เสมอ ไม่ว่าจะดูแลผู้ป่วยยาวนานเท่าไร ไม่ต้องการที่จะพบกับความผิดหวังหรือความสิ้นหวัง

ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยนั้น เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลเป็นอย่างยิ่ง ผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการของผู้ป่วยรุนแรง มีความพิการปรากฏให้เห็น ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างมาก ผู้ดูแลไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยและสถานการณ์ในการดูแลทำให้เกิดความไม่แน่ใจ อาจรู้สึกท้อแท้ หมกมุ่นกังวลใจที่จะแสวงหาวิธีการดูแลได้ (Pender. 1987 : 64) แต่จากการศึกษาของอีเกอท์สันและคนอื่น ๆ (Egertson et al., 1994 : 185) พบว่า ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลอยากให้ผู้ป่วยหาย ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีแก้ปัญหาและแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือเวลาเกิดปัญหาและจากสภาพพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นความเครียดเป็นภาระ ผู้ดูแลต้องการกำลังใจ ต้องการบุคคลที่จะช่วยแบ่งเบาภาระ ช่วยในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลจะได้มีเวลาพักและมีเวลาส่วนตัวบ้างบุคคลที่ผู้ดูแลคาดหวังให้ช่วยเหลือก็คือสมาชิกในครอบครัว (William. 1994 : 155 - 161 ; Periad. 1993 : 252 - 256 ; Rawlins. 1991 : 213 - 220) อ้างถึงใน จูไรรัตน์ มิตรทองแท้. 2532 : 69 - 70)

2.5 แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจ

วูมิซซ์ จานงส์ (2523 : 294) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจที่แท้จริง คือ กระบวนการแก้ปัญหาตนเอง เพราะปกติแล้วเมื่อทำการตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มักจะกระทำเพื่อแก้ปัญหาไม่ว่าจะเป็นปัญหาเล็กหรือปัญหาใหญ่ก็ตาม กระบวนการตัดสินใจประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1. พยายามแยกแยะตัวปัญหา หรือค้นหาตัวปัญหาออกมาให้ได้ (Problem Identification) เป็นขั้นตอนแรกในการเริ่มทำการตัดสินใจด้วยความเชื่อว่า ถ้าเราทราบปัญหาหรือค้นพบตัวปัญหาอย่างแท้จริงแล้ว กระบวนการแก้ไขปัญหาหรือการตัดสินใจนั้นจะประสบผลสำเร็จแล้วครั้งหนึ่ง ความเชื่อนี้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเสาะหา หรือความพยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวปัญหาที่จะตัดสินใจให้ได้อีกประการหนึ่ง

2. หาข่าวสารเกี่ยวข้องกับตัวปัญหา (Information Search) เมื่อเราทราบตัวปัญหาก็จะทราบสาเหตุแห่งปัญหานั้นในการแก้ปัญหาใดต้องแก้จากสาเหตุแต่โดยปกติมักจะมีสาเหตุอยู่หลายประการ จึงจำเป็นต้องมีการเสาะแสวงหาข้อมูลข่าวสารอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องกับตัวปัญหานั้น ๆ เพื่อที่จะดำเนินการขั้นต่อไป

3. ประเมินค่าของข่าวสาร (Evaluation of Information) ข่าวสารบางอย่างอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาเลย ในขณะที่ข่าวสารบางอย่างอาจจะเกี่ยวข้องอย่างมาก จึงจำเป็นต้องมีการประเมินค่าข่าวสารที่ได้มานั้นถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ พิจารณาถึงความเที่ยงพอของข่าวสารที่ได้

4. กำหนดทางเลือก (Listing of Alternatives) เมื่อได้ประเมินค่าของข้อมูลต่าง ๆ เรียบร้อยแล้ว ก็พอที่จะทราบว่าสาเหตุนั้นมีอยู่อย่างไรบ้าง และมีช่องทางที่จะแก้ไขปัญหา อาจมีหลายทางเลือกที่จะทำให้สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ ในบรรดาทางเลือกทั้งหลายจะมีความสำคัญความจำเป็นเหมาะสมในระดับที่ต่างกัน

5. การเลือกทางเลือก (Selection of Alternative) เมื่อได้กำหนดทางเลือกพร้อมทั้ง กำหนดลำดับความสำคัญและความเหมาะสมในการแก้ปัญหานั้นแล้ว ขั้นต่อไปก็คือ การเลือกทางเลือกที่จะปฏิบัติต่อไป (Selection a course of action) และขั้นนี้เองเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า เป็นการตัดสินใจอย่างแท้จริง

6. ปฏิบัติตามการตัดสินใจเลือกทางเลือก (Alternative Eelection) เมื่อเลือกทางใดทางหนึ่งขึ้นมาด้วยเกณฑ์บางอย่างความสำคัญของการตัดสินใจมิได้สิ้นสุดที่ทำการตัดสินใจแล้ว หรือว่าได้เลือกทางเลือกแล้วแต่สิ่งที่สำคัญอยู่ที่ลักษณะการปฏิบัติตามการตัดสินใจเพราะการปฏิบัติตามการตัดสินใจเป็นผลทำให้ทราบว่าตัดสินใจถูกต้องเหมาะสมเพียงใด

โยธิน ศันสนบุตร (2530 : 106 - 107) กล่าวถึง ขั้นตอนการตัดสินใจที่จำแนกออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การนิยามและวิเคราะห์ปัญหาในการตัดสินใจต้องเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ และพยายามให้นิยามของปัญหานั้น ๆ ขั้นตอนที่ต่อไปคือ การวิเคราะห์ปัญหา นั่นคือการพิจารณาและศึกษาตัวแปรต่างๆ และความสัมพันธ์ของตัวแปรตามนิยามของปัญหาอย่างละเอียด อาจต้องหาข่าวสารเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจปัญหาดีขึ้น

2. การพัฒนาและการประเมินผลคำตอบให้เลือกหลาย ๆ คำตอบบุคคลที่ทำการตัดสินใจ ต้องฝึกตนเองให้เป็นผู้สามารถมองปัญหาต่าง ๆ ในหลายแง่มุมได้มากที่สุดเพื่อให้สามารถพัฒนาคำตอบให้เลือกได้หลายคำตอบ

3. การเลือกและใช้คำตอบหนึ่งทีคิดว่าดีที่สุด โดยคำนึงถึงเวลา พลังงาน และเงินการเลือกของผู้ตัดสินใจประกอบด้วย ประสบการณ์ คำแนะนำ การทดลอง

4. การประเมินค่าอีกและการคัดแปลงคำตอบมาใช้ เมื่อนำคำตอบที่ดีที่สุดแล้วไปใช้อาจพบข้อบกพร่องต่างๆ ที่ไม่ได้คำนึงถึงมาก่อน ผู้ทำการตัดสินใจที่ดีจะต้องพร้อมที่จะรับข่าวสารใหม่เพิ่มเติมอยู่เสมอ และปรับแผนของตนให้สอดคล้องกับความต้องการใหม่ที่เกิดขึ้น

ศรีนวล โกมลวนิช (น.ป.ป. : 27 - 28) ได้กล่าวถึงกระบวนการซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ดี ได้แก่

1. รวบรวมข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เกี่ยวกับเรื่องที่จะตัดสินใจ

2. แยกแยะข้อเท็จจริงออกจากความคิด

3. ตั้งจุดมุ่งหมายว่ามุ่งประสงค์อะไร อยากจะให้ได้ผลลัพธ์อย่างไร

4. พิจารณาทางปฏิบัติที่จะเป็นไปได้ และผลสืบเนื่องที่จะเกิดตามมา โดยปัจจัยที่ทำให้การตัดสินใจยุ่งยากคือ จำนวนทางเลือกที่มี ประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมทั้งประสบการณ์จากผลของการตัดสินใจ ความคิด ฯลฯ ซึ่งเกิดจากข้อมูลที่ไม่เที่ยงตรง ความกดดันจากสังคม ครอบครัว เพื่อน และคนที่อยู่ในกลุ่มคนวัยเดียวกัน ความรู้สึกของคนที่มีต่อเรื่องหนึ่งเรื่องใด อารมณ์ขณะที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องนั้น ความกระตือรือร้นในความคิดรวมไปถึงผลกระทบหลาย ๆ ทาง

ความหมายของการตัดสินใจข้างต้นสรุปได้ว่า การตัดสินใจเป็นการเลือก แนวทางในการปฏิบัติที่ให้ผลประโยชน์ตอบแทนสูงที่สุด และเป็นการกระทำที่จะต้องคำนึงอย่างต่อเนื่อง การตัดสินใจส่งคนพิการเข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ก็เช่นกัน เป็นการเลือกแนวทางการแก้ปัญหาจากทางเลือกหลาย ๆ ทาง โดยพิจารณาจากดุลยพินิจของแต่ละบุคคลนั่นเอง และการรวบรวมข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งทางเลือกที่ดีนั้นจะต้องเป็นทางเลือกที่ตรงตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของปัญหาคนพิการด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ

ศรีนวล โกมลวนิช (น.ป.ป. : 25) แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจได้เป็น 3 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. การสนองความต้องการของตัวผู้ตัดสินใจ

2. ค่านิยมในพฤติกรรมที่จะทำ

3. ปฏิกริยาตอบโต้ของคนกับสิ่งแวดล้อม และสิ่งแวดล้อมกับบุคคล

นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ยังมีสถาบันหรือโครงสร้างในสังคมอีกที่มีผลต่อปัจจัยดังกล่าวแล้วเป็นอย่างมากคือ บ้าน (ครอบครัว) ระบบการศึกษา (โรงเรียน) และหน่วยงานเอกชน (สถานประกอบการ โรงงาน สมาคมต่างๆ)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ

อิสระ สุวรรณผล (2519 : 45-54) ได้สรุปองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ได้แก่องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมในองค์การ สถานการณ์และเวลา และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น การเมือง สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับการค้นพบของ Hesketh (อ้างใน Corcoran. 1981 : 27) ที่พบว่า พฤติกรรมการตัดสินใจเป็นสิ่งที่มียุทธพลมาจากกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ กลุ่มตัวแปรแรงใจและปัจจัยสิ่งแวดล้อมโดยกล่าวว่า ประสบการณ์ในอดีตและงานที่ทำนั้นมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการตัดสินใจแน่นอน

ชุมพร ชงศ์กิติกุล (2530 : 577 - 579) ได้กล่าวถึงลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการตัดสินใจว่า มีผลมาจากกรอบของการคิด ค่านิยม และอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wiggin และคณะ (1970 : 411) ที่พบว่า อัตมโนทัศน์เป็นกรอบในการกระทำของบุคคลและเป็นตัวสำคัญในการกำหนดสติปัญญา การปรับตัว และความสำเร็จในชีวิตมนุษย์ด้วย นอกจากนี้ Berliner (1979 : 128 - 131) ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมอีกว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมี 8 อย่างด้วยกันคือ วิจารณ์ญาณของแต่ละคน ประสบการณ์ที่ผ่านมา ประเพณีนิยม บุคลิกภาพ สิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพในองค์การ การสื่อสาร และความไม่แน่นอน หรือภาวะเสี่ยงในการตัดสินใจนั้น

2.6 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัว

สาโรช คำรัตน์ และ พิมพ์ทอง เจริญเมือง (2514) ได้ศึกษา “ทัศนคติของญาติผู้ป่วยจิตเวช” พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 39.64 มีแนวโน้มไม่ยอมรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วกลับบ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะญาติส่วนใหญ่มีอาชีพ ทำนา มีฐานะยากจน และมีความเชื่อว่าโรคจิตไม่มีการหายขาดต้องกินยาเป็นประจำ

ครุณี นาทะสิริ และคณะ (2521) ได้ศึกษา “ความเป็นไปในครอบครัวและละแวกบ้านกับการสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา (สถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวิถี)” พบว่า สภาพแวดล้อมทางบ้านญาติของผู้ป่วยที่มีอาการดี ร้อยละ 62 เห็นว่า ทางบ้านและละแวกบ้านที่ผู้ป่วยอยู่ เอื้ออำนวยให้

ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวดี คือทุกคนรักใคร่กลมเกลียวกัน ผู้ป่วยได้รับการต้อนรับดี พுகุศลตามปกติเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่ดีส่วนใหญ่ จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

จาวรรม ท.สกุต (2524) ได้ศึกษา “ปัจจัยหลักค้ำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา” พบว่า ญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้านโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการยอมรับพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้รับความเคารพยกย่องนับถือจากญาติน้อยกว่าเดิมหรือไม่ดีเลย นอกจากนี้ทั้งญาติ และผู้ป่วยมีความคิดคล้ายกันว่า โรคนี้เป็นที่รังเกียจของสังคมและเป็นเรื่องที่น่าละอาย เป็นเรื่อง บูลุกรรม เป็นปมด้อย และผู้ป่วยเกินครึ่งยอมรับว่ามีปัญหาในการปรับตัวหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ญาติร้อยละ 78.79 เห็นว่าเป็นภาระแก่ครอบครัวที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย จึงต้องการให้ ทางโรงพยาบาลรักษาส่งผู้ป่วยให้หายหรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลต่อไป

บุพา วิสุทธิโกส และคณะ (2524) ได้ศึกษา “การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช” พบว่า เป็นการ กระทำที่มีผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ป้องกันการเกิดโรค และสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยความสุข ผลการเยี่ยมบ้านทำให้ญาติและผู้ป่วยมีความเข้าใจดีขึ้น ยอมรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้ความร่วมมือในการรักษา ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ของครอบครัวที่ยังมีความสามารถทำงานให้เกิดประโยชน์ได้

สุธีระ อุ่นตระกูล และคณะ (2532) รายงานการวิจัยเรื่อง “อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อ การกลับมารักษาในโรงพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา” พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัวผู้ป่วยยังคงมีอิทธิพลอยู่ แม้ว่าจะควบคุมด้วยระดับการ ศึกษาของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ความรู้ความเข้าใจของญาติต่อบริการต่างๆ ของโรงพยาบาลและอาชีพ ของผู้ป่วย เช่นเดียวกับความรู้ความเข้าใจของญาติต่อบริการต่างๆ ของโรงพยาบาลยังคงมีอิทธิพล อยู่ แม้ว่าจะถูกควบคุมด้วยอาชีพ และระดับการศึกษาของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความรู้สู่ถึงกิจของญาติที่มีต่อผู้ป่วย ระดับความอดทนของสมาชิกในครอบครัวต่อภาวะผิดปกติ และระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย ไม่มีผลต่อการกลับมารับการรักษาในโรง พยาบาลอีกครั้งหนึ่ง

ปรีดีหทัย แก้วฉวีรัตน์ (2534) ได้ศึกษา “บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์” พบว่า บทบาทของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสัมพันธ์ภาพของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่ดี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดี

สุรพล ไชยเสน (2535) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว” พบว่า ครอบครัวที่มีความรู้สุขภาพจิต เจตคติและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่าครอบครัวที่มีความรู้สุขภาพจิต เจตคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่น้อย ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ .05

กชกร ศรีสัมพันธ์ (2537) ได้ศึกษา “บทบาทของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ” พบว่า ผู้พิการและสมาชิกครอบครัวมีความคิดเห็น ความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ดีมาก โดยผู้พิการมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้สมรสและมารดามากที่สุด รองลงมาได้แก่ บุตร ญาติพี่น้อง และบิดา ตามลำดับและสมาชิกครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมแก่ผู้พิการอยู่ในระดับที่ดีมาก โดยมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และด้านการยอมรับอยู่ในระดับสูง สำหรับพฤติกรรมเผชิญปัญหานั้น ผู้พิการส่วนใหญ่มักจะนิยมใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่าการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบควบคุมอารมณ์

กฤษณี หาญพัฒนชัยกุล (2538) ได้ศึกษา “การปรับตัวของครอบครัวในการดูแลคนพิการในจังหวัดนครราชสีมา” พบว่า ครอบครัวคนพิการไม่ให้ความสำคัญดูแลคนพิการเท่าที่ควร คนพิการภายหลังไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และภายในครอบครัวมีปัญหาด้านศักยภาพและด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ไพลิน กัวไพรินทร์ (2538) ได้ศึกษา “สัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวทางสังคมของบุคคลปัญญาอ่อน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลราชานุกุล” พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน และมีลักษณะสัมพันธภาพในระดับต่ำในการชักชวนคนปัญญาอ่อนเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

วิระวรรณ อุประมาณ (2538) ศึกษาวิจัย “การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า” พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก การดูแลรักษาจึงควรมีการประเมินและช่วยเหลือให้ครอบครัวทำหน้าที่ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความผูกพันทางอารมณ์และสื่อสาร การรณรงค์เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างให้ครอบครัวมีหน้าที่ที่จะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็ก

ปกรณ วชิรกุล (2541) ศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก” พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ในทางบวก ได้แก่ รายได้ การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาที่มีความพิการ นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ใน

ทางบวก ได้แก่ สัมพันธภาพกับชุมชน การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และ ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ได้แก่ สัมพันธภาพกับชุมชน เขตที่อาศัยของผู้พิการ ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประเภทความพิการ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่มีความพิการ อาชีพของผู้พิการ และรายได้ของผู้พิการตามลำดับ

Ampairat Aksomprom et. al (1994-1994) Study of Thai Family Relationship by Family Functioning Indicator ได้ศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 1,188 ราย นำมาวิเคราะห์ 1,155 ฉบับ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มาจากครอบครัวบกพร่องในหน้าที่และมีสุขภาพจิตไม่ดี ฉะนั้น ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัวมีผลต่อสุขภาพจิตเสียมากกว่าความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวที่มีสุขภาพจิตดี

2.6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

เจียงคำ อินทรชัย (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จิตติมา สุริยะพันธ์ (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญภาวะเครียดใน ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ศึกษาเฉพาะ กรณีผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มารับบริการรักษาพยาบาล ณ หน่วยต่อมไร้ท่อ สาขาอายุรกรรม วัชรพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านสังคม อารมณ์ และจิตใจ ได้แก่ การยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ต่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โดยผู้ป่วยที่มีการยอมรับตนเองอยู่ในระดับสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางและมาก จะมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับปัจจัยเหล่านั้นในระดับต่ำ และในด้านบริการสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า นักสังคมสงเคราะห์ควรคำนึงถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุให้มากขึ้นกว่าเดิม ทั้งในด้านพัฒนาการตามวัยซึ่งเสื่อมถอยลง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้าน กาย จิตใจ สังคม และลักษณะการเจ็บป่วย จะช่วยให้ นักสังคมสงเคราะห์ ยอมรับสภาพของผู้ป่วยเป็นอยู่ (Person in Situation) ทำที่ยอมรับและแสดงออกถึงความเข้าใจความจริงใจของนักสังคมสงเคราะห์ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจขึ้นก่อนคลายความตึงเครียดทางอารมณ์ จิตใจ มีความมั่นคงในตนเองมากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยในการพัฒนาศักยภาพ เพื่อช่วยเหลือตนเองให้มีพฤติกรรมการเผชิญภาวะความเครียดได้ดีขึ้น

จรรยา สุวรรณทัต (อ้างถึงใน ปริยกา ถาวรกุล, 2535 : 41) ได้ศึกษาทัศนคติของเด็กพิการ ต่อความพิการและทัศนคติของเด็กพิการและครูต่อกันและกันจากประเภทของเด็กพิ การ 5 ลักษณะ คือ ดาบอด หูหนวก พิการทางกาย ปัญญาอ่อน และมีปัญหาทางสังคม พบว่า เด็กพิการแต่ละประเภทมีความต้องการในด้านต่างๆ ไม่แตกต่างกันแต่อย่างใดลักษณะสำคัญคือ ต้องการการยอมรับจากเพื่อนและสังคม ต้องการประสบผลสำเร็จมีเพื่อนทั้งในกลุ่มพิการและกลุ่มปกติ ต้องการอิสระและการแสดงออก เด็กพิการส่วนใหญ่จะยอมรับลักษณะความพิการด้านดาบอดและแขนขาพิการเท่ากันเป็นอันดับแรก รองลงมาเป็นหูหนวกปัญหาสังคมและเรียนช้า

วารภรณ์ แสงวัชร (2537) ได้ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยและรับการรักษาพยาบาล ในโรงพยาบาลต้องใช้ระยะเวลารักษายาวต่อเนื่อง จึงกระทบต่อภาวะทางจิตใจอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นครอบครัวถือเป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญมากที่สุดหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่าง ๆ จะช่วยให้มีอารมณ์และจิตใจที่มั่นคงมองโลกในแง่ดี มีสุขภาพจิตที่ดี พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมซึ่งการสนับสนุนที่ได้รับจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว

2.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการ

เพ็ญแข แสงโนรี (2526) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสุติกรรมที่มาขอรับบริการสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย” พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสุติกรรมในระยะตั้งครรภ์ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นประเด็นสำคัญ รองลงมาคือ ต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังคลอดบุตร ทำให้ผู้ป่วยมีความเห็นว่างานบริการสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลเหมาะสมดีแล้วและควรมีนักสังคมสงเคราะห์เพิ่มขึ้น เพราะส่วนใหญ่เห็นว่าได้ประโยชน์จากการมาพบนักสังคมสงเคราะห์

อุมาสมร หังสพฤกษ์ (2527) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “สภาวะจิต สังคม และเศรษฐกิจของผู้ปกครองเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร” พบว่า การป่วยด้วยมะเร็งเม็ดเลือดของเด็กสร้างปัญหาทางจิตใจ อารมณ์แก่ผู้ปกครองของเด็กอย่างมาก เช่น ตกใจ เสียใจ สงสารเด็ก วิตกกังวลว่าเด็กจะไม่หายจากโรค และการเจ็บป่วยของเด็กยังมีผลกระทบต่องานของผู้ปกครอง เศรษฐกิจของครอบครัว ตลอดจนเกิดความรู้สึกยุ่งยาก รู้สึกเป็นภาระเพิ่มขึ้น แต่ทนได้เพราะเด็กที่ป่วยเป็นบุตร ส่วนความต้องการบริการสังคมสงเคราะห์ ผู้ปกครอง

ส่วนใหญ่ต่างประสบกับปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะค่ายาซึ่งมีราคาสูงต่อการรักษาแต่ละครั้ง โดยผู้ปกครองของเด็กมักนำปัญหาดังกล่าวปรึกษากับแพทย์ผู้ให้การรักษาส่วนนักสังคมสงเคราะห์ ในโรงพยาบาลนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่รู้จักและทราบว่ามิแต่ไม่ทราบว่านักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่อะไร เข้าใจว่านักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ช่วยแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ในด้านการเงิน แต่ส่วนใหญ่เห็นว่าบริการด้านสังคมสงเคราะห์นั้นมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลและต้องการให้นักสังคมสงเคราะห์ไปเยี่ยมบ้าน เพื่อจะได้เห็นสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของคน

พุทธพร สุนทรลักษณ์ (2533) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาความต้องการบริการสังคมของผู้ป่วยโรคกระดูกที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ” พบว่า ในด้านผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว หลังจากที่ได้ประสบอุบัติเหตุแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็คือ ผู้ป่วยตกเป็นภาระแก่ครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายมากขึ้นกว่าปกติ เพื่อนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางมาเยี่ยมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ และครอบครัวขาดรายได้ ในส่วนที่ผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้ ทำให้รายได้ลดลง รายจ่ายมากขึ้นครอบครัวจึงตกอยู่ในภาวะหนี้สิน และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวคือ สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดทางด้านจิตใจ และต้องทำงานหนักมากขึ้น สำหรับผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจนั้น พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความโกรธ ความซึมเศร้า ความไม่สบายใจขณะอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนความต้องการบริการสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 95.3 เห็นความจำเป็นของงานบริการสังคม และมีความต้องการบริการสังคมของโรงพยาบาล

สินีนากู บุญต่อเติม (2534) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์จิตใจ ของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจากรถทางบก : ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร” พบว่า ผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 11.75 ต้องกลายเป็นคนพิการตลอดชีวิตและตกเป็นภาระของครอบครัว และสังคมในการให้การเลี้ยงดูและเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ จิตใจ แก่เขาเหล่านั้นตลอดไป

สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์ (2541) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” พบว่า ความต้องการของญาติโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านคือ ด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ด้านการประทับประคองจิตใจ ด้านการจัดการภายในบ้าน ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ และด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการคือ ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตัวเอง สามารถทำนายความต้องการของญาติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการสังคม

พิชัย จินตนาภักดี (2530) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาการให้บริการสวัสดิการสังคม แก่เด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานสงเคราะห์ ของกรมประชาสงเคราะห์” โดยสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้บริการภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์เกี่ยวกับการจัดบริการสวัสดิการสังคม ปรากฏว่าผู้ให้บริการทั้ง 2 ฝ่ายมีความเห็นตรงกันว่า ควรจัดบริการด้านปัจจัยสี่และการเลี้ยงดูให้แก่เด็กมากที่สุด นอกจากนี้ผู้ให้บริการทั้งภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์เห็นตรงกันว่า ควรมีการบันทึกผลการให้บริการสวัสดิการสังคม และเห็นว่าการจัดบริการสังคมมีประโยชน์ต่อเด็กทำให้เด็กได้รับการพัฒนาในด้านต่าง ๆ รวมทั้งควรส่งเสริมผู้ให้บริการสวัสดิการสังคมของสถานสงเคราะห์ โดยการส่งไปอบรมหรือให้ทุนไปศึกษาต่อ ในด้านการแพทย์ผู้ให้บริการทั้ง 2 ฝ่ายเห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กมีความพิการมากขึ้นนั้น มีความจำเป็นมากที่สุด และการดูแลรักษาความปลอดภัยด้านสุขภาพให้แก่เด็กทางสถานสงเคราะห์ ควรมีการป้องกันอุบัติเหตุในเด็กเล็ก โดยทั่วไปแล้วผู้ให้บริการภายในสถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่เห็นว่า บริการทางการแพทย์ที่จัดให้แก่เด็กมีความเหมาะสม เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ ทางด้านการศึกษา ผู้ให้บริการภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์ต่างมีความเห็นเหมือนกัน เกี่ยวกับการบริการด้านการศึกษาที่ควรจัดเน้นให้แก่เด็กคือ ให้เด็กเรียนรู้สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว ให้มีครูการศึกษาพิเศษ และครูฝึกอาชีพที่มีความรู้และความสามารถเพียงพอกับจำนวนเด็ก เกี่ยวกับบริการด้านการศึกษาที่จัดให้แก่เด็กผู้ให้บริการภายในสถานสงเคราะห์ ส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสม เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ สำหรับด้านสังคม ผู้ให้บริการทั้งสองฝ่ายยังให้ความเห็นตรงกันว่า กิจกรรมนันทนาการมีประโยชน์คือ เด็กได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน ได้แสดงออกได้ร่วมเล่นกับเพื่อน และช่วยป้องกันแก้ไขปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งช่วยพัฒนาเด็ก ผู้ให้บริการภายในสถานสงเคราะห์ ส่วนใหญ่เห็นว่ากิจกรรมด้านสังคมที่จัดให้แก่เด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานสงเคราะห์เหมาะสม เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ

กิตติยา (นรามาศ) รัตนากร (2531) ได้ศึกษาเรื่อง “คนพิการ : การสงเคราะห์และฟื้นฟูสมรรถภาพ” ได้ให้ข้อเสนอแนะด้านอาชีพของคนพิการว่า ควรจัดการรณรงค์การเปลี่ยนทัศนคติการจัดคนพิการทำงาน โดยเน้นให้พิจารณาจากความสามารถของคนพิการให้มากกว่าความพิการที่เกิดขึ้นและตั้งหน่วยความรับผิดชอบเกี่ยวกับคนพิการเร่งรัฐบาลให้พิจารณากฎหมาย มีทั้งการจัดประชุม สัมมนา เสนอความคิดเห็นหลายครั้ง จัดตั้งศูนย์ฝึกอาชีพให้มากกว่าเดิมทั้งในความรับผิดชอบของรัฐบาล และสนับสนุนให้เอกชนดำเนินการ ส่วนคนพิการต้องพยายามฝึกฝนงานด้านอาชีพด้วยความตั้งใจ จริงใจ เอาใจใส่ต่องาน

วิจารณ์ วรรณกิจ (2531) ได้ศึกษาเรื่อง “แนวทางการจัดบริการสังคมแก่เด็กกำพร้าที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ : ศึกษาเฉพาะกรณีเด็กอ่อนอายุแรกเกิด - 5 ปี” ผลการศึกษาพบว่า ประชากรที่ศึกษาให้ความสนใจพัฒนาการทางด้านจิตใจของเด็ก และไม่เห็นความสำคัญของนักสังคมสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ที่มีบทบาทโดยตรงในการช่วยเหลือและจัดบริการสังคมให้เด็กกำพร้า อย่างไรก็ตามนักสังคมสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ต่างก็มิได้แสดงบทบาทที่เด่นชัดในเรื่องของการป้องกัน แก้ไข หรือพัฒนาเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์เท่าที่ควร สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการสังคม ได้แก่ จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนเด็กกำพร้า และวิชาชีพต่างๆ ในสถานสงเคราะห์ยังขาดความร่วมมือ และขาดการประสานงานการช่วยเหลือเด็กกำพร้าที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ แม้ว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษาจะมีความตระหนัก ต่อการแก้ไขปัญหาด้านพัฒนาการของเด็กกำพร้า และมีแนวความคิดที่จะให้เด็กกำพร้าได้อยู่กับครอบครัวมากกว่าที่จะให้เด็กเติบโตอยู่ในสถานสงเคราะห์ แต่เนื่องจากกลุ่มประชากรขาดความรู้ด้านพัฒนาการทางจิตใจของเด็กจึงทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเด็กกำพร้าที่มีพัฒนาการเสื่อมถอยได้ ดังนั้นกลุ่มประชากรที่ศึกษาจึงได้เสนอแนะให้มีการปรับปรุงประสิทธิภาพของการทำงาน โดยจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านพัฒนาการของเด็ก เน้นเนื้อหาสาระเกี่ยวกับพัฒนาการทางจิตใจเด็ก ส่วนแนวทางการจัดบริการสังคมแก่เด็กกำพร้าที่มีปัญหาด้านพัฒนาการกลุ่มประชากรที่ศึกษาได้เสนอรูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก โดยให้เด็กได้อยู่กับครอบครัวบุญธรรมเป็นอันดับแรก รองลงมาคือให้เด็กได้อยู่กับครอบครัวอุปการะส่วนเด็กที่ไม่สามารถหาครอบครัวได้จะต้องจัดบริการช่วยเหลือให้เด็ก โดยการเลี้ยงดูเด็กเสมือนหนึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวและดูแลเอาใจใส่เด็กด้วยความรัก ความอบอุ่นมากขึ้นพยายามให้มีการสัมผัสกับเด็ก โอบกอดเด็กและเล่นหัวกับเด็กทุกวันอย่างสม่ำเสมอ มีการกระตุ้นพัฒนาการตามวัยต่าง ๆ ของเด็กอย่างเหมาะสม เป็นต้น

กองวิชาการ กรมประชาสงเคราะห์ (2534) ได้ศึกษาเรื่อง “การศึกษารูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดบริการสวัสดิการสังคมให้กับคนพิการและทุพพลภาพของกรมประชาสงเคราะห์ กรณีพิการในรูปแบบสถาบัน” พบว่า ผู้รับบริการสงเคราะห์ในศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการสามารถพัฒนาตนเองในระดับปานกลาง แต่คนพิการส่วนใหญ่ในสถานสงเคราะห์สามารถพัฒนาตนเองค่อนข้างต่ำ และสภาพความพิการของผู้รับบริการสงเคราะห์ ถ้าเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความสามารถของตนเอง ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาคือ ความช่วยเหลือคนพิการที่มีปัญหาเดือดร้อนให้คนพิการสามารถอยู่กับครอบครัวต่อไปได้ โดยจะต้องปรับปรุงหลักเกณฑ์การสงเคราะห์ให้กว้างขวางเพียงพอ สามารถเปิดหลักสูตรการฝึกอาชีพที่ตลาดแรงงานต้องการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีคุณภาพและสามารถออกไปประกอบอาชีพได้

รวมพร ถาวรอนุกุลกิจ (2538) ได้ศึกษาเรื่อง “แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการในสถานสงเคราะห์ของกรมประชาสงเคราะห์” ผลการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการมีความจำเป็นต่อเด็กพิการมาก เพราะเป็นวิธีการที่จะพัฒนาความสามารถของเด็กพิการที่มีอยู่ เพื่อให้จะใช้ประโยชน์ในการทำงานการศึกษา และการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของสังคมเท่านั้น แต่จะเกี่ยวข้องในเชิงเศรษฐกิจด้วย

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจ มีความพร้อมเผชิญกับปัญหา ภาวะวิกฤต และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวรวมถึงแหล่งบริการอื่นๆด้วย เช่น การรักษาพยาบาล การได้รับคำปรึกษา แนะนำ และการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน วัสดุอุปกรณ์พร้อมสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ประสบปัญหาทราบถึงปัญหา และความต้องการของตน และลดภาวะความตึงเครียดลง อีกทั้งยังสามารถทำให้บุคคลเหล่านั้นอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมอย่างปกติสุข

2.7 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาเรื่องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของครอบครัวในการส่งสมาชิกที่พิการเข้าสถานสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ ได้นำแนวคิด ทฤษฎี มากำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้ (แผนภูมิที่ 2.1)

1. ตัวแปรต้น กำหนดตัวแปรต้น เป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ปัจจัยพื้นฐานครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ครอบครัวเดี่ยว/ขยาย

2) ปัจจัยด้านคนพิการ ประกอบด้วย เพศ อายุ ชนิดความพิการ ประเภทความพิการ ระดับความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ความสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัว ความต้องการโดยสมัครใจของผู้พิการ

3) ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย สิทธิประโยชน์ที่ครอบครัวได้รับ ความสัมพันธ์กับสมาชิกที่พิการ ทิศนคติของครอบครัวต่อคนพิการ ทิศนคติของครอบครัวต่อสถานสงเคราะห์ ความรู้สึกว่าคนพิการเป็นภาระ ความต้องการให้คนพิการได้รับความสะดวกสบาย

4) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร การยอมรับของสังคม การได้เข้ากลุ่มหรือเป็นสมาชิกกลุ่ม การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน /ชุมชน/รัฐ และการได้รับคำแนะนำจากนักสังคมสงเคราะห์/ชุมชน

2. ตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจส่งคนพิการเข้าสถานสงเคราะห์

แผนภูมิที่ 2.1
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น

ปัจจัยพื้นฐานครอบครัว
<ul style="list-style-type: none"> - เพศ - อายุ - การศึกษา - สถานภาพสมรส - อาชีพ - รายได้ครอบครัว - จำนวนสมาชิกในครอบครัว - ลักษณะที่อยู่อาศัย - ลักษณะครอบครัว

ปัจจัยด้านตัวคนพิการ
<ul style="list-style-type: none"> - เพศ - อายุ - ชนิดความพิการ - ประเภทความพิการ - ระดับความพิการ - ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง - ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว - ความต้องการ โดยสมัครใจของผู้พิการ

ปัจจัยด้านครอบครัว
<ul style="list-style-type: none"> - สิทธิประโยชน์ที่ครอบครัวได้รับ - ความสัมพันธ์กับสมาชิกที่พิการ - ทัศนคติครอบครัวต่อคนพิการ - ทัศนคติครอบครัวต่อสถานสงเคราะห์ - ความรู้สึกว่าคนพิการเป็นภาระ - ความต้องการ ให้คนพิการ ได้รับความสะดวกสบาย

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม
<ul style="list-style-type: none"> - การได้รับข้อมูลข่าวสาร - การยอมรับของสังคมภายนอก - การได้เข้ากลุ่ม/สมาชิกกลุ่ม - การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน/ชุมชน/รัฐ - การได้รับคำแนะนำของนักสังคมฯ/ ชุมชน

ตัวแปรตาม

