

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 63 คน ผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 2 ส่วน

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 63 คน มีอายุเฉลี่ย 44 ปี และอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปีมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.90 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.82 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.46 รายละเอียด ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ ศาสนาและสถานภาพ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=63)	ร้อยละ
อายุ		
18-20 ปี	3	4.76
21-40 ปี	18	28.57
41-60 ปี	35	55.56
มากกว่า 60 ปี	7	11.11
(range=18-75 ปี, $\bar{X}$ =44, SD=12.86)		
เพศ		
หญิง	39	61.90
ชาย	24	38.10
ศาสนา		
พุทธ	61	96.82
คริสต์	2	3.18
สถานภาพ		
คู่	45	71.43
โสด	7	11.11
หย่า ม่าย แยกกันอยู่	11	17.46

กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.66 รองลงมาคือไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.29 และระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.29 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.43 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 37.75 มีรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 60 และรายได้ตั้งแต่ 1,501–2,500 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 29.08 รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=63)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	9	14.29
ประถมศึกษา	42	66.66
มัธยมศึกษา	9	14.29
อาชีวศึกษา	1	1.58
อุดมศึกษา	2	3.18
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	4	6.35
นักเรียน	3	4.76
มีอาชีพ	56	88.89
รับจ้าง	26	46.43
เกษตรกร	21	37.50
ค้าขาย	4	7.15
รับราชการ	3	5.35
งานบ้าน	2	3.57

ตารางที่ 2 (ต่อ)

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=63)	ร้อยละ
รายได้ ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	8	12.70
มีรายได้	55	87.30
ต่ำกว่า 1,500 บาท	33	60.00
1,501–2,500 บาท	16	29.08
2,501–3,500 บาท	2	3.64
มากกว่า 3,500 บาท	4	7.28

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.02 รับผิดชอบดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 3 ปีขึ้นไป และมีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในฐานะ บิดามารดา มากกว่ากลุ่มอื่น คิดเป็นร้อยละ 36.52 การรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.80 รายละเอียด ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=63)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจนถึงปัจจุบัน		
6 เดือน-1 ปี	6	9.52
มากกว่า 1-3 ปี	11	17.46
3 ปี ขึ้นไป	46	73.02
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท		
บิดา มารดา	23	36.52
คู่สมรส	11	17.46
บุตร	10	15.87
ญาติ	19	30.15
พี่ น้อง	10	52.63
ป้า น้า	6	31.59
ย่า	1	5.26
หลาน	2	10.52
การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท		
รุนแรงมาก	11	17.46
รุนแรงปานกลาง	32	10.80
รุนแรงน้อย	20	31.74

ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 61.90 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 61.91 และ ไม่มีรายได้ ร้อยละ 66.66 รองลงมามีรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 85.72 รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำแนกตาม อาชีพ และรายได้

ลักษณะผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	จำนวน (n=63)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	39	61.90
นักเรียน	3	4.76
มีอาชีพ	21	33.34
งานบ้าน	1	4.76
รับจ้าง	13	61.91
ค้าขาย	3	14.29
เกษตรกรรม	4	19.04
รายได้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต่อ เดือน		
ไม่มีรายได้	42	66.66
มีรายได้	21	33.34
ต่ำกว่า 1,500 บาท	18	85.72
1,501-2,500 บาท	2	9.52
2,501-3,500 บาท	1	4.76

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท

2.1 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 126.76 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.53 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงถึง 26.61 รองลงมาคือ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 25.66 รายละเอียด ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม รายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=63)

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	ค่าคะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	25-175	101-148	126.76	9.53	สูง
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน:					
ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน	5-35	20-31	25.66	2.63	สูง
ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง	5-35	18-31	24.96	2.42	สูง
ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	5-35	21-35	26.61	2.99	สูง
ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น	5-35	19-31	24.92	2.62	สูง
ด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำในด้านต่างๆ	5-35	17-31	24.58	2.87	สูง

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 มีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ในระดับสูงเช่นเดียวกัน รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 6

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งโดยรวมและ รายด้าน (n=63)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับ	
	สูง (จำนวน / ร้อยละ)	ต่ำ (จำนวน / ร้อยละ)
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	63 (100)	0 (0)
การสนับสนุนรายด้าน:		
- ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน	63 (100)	0 (0)
- ด้านการได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่าในตนเอง	61 (96.83)	2 (3.17)
- ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	63 (100)	0 (0)
- ด้านการได้เอื้อประโยชน์ หรือช่วยเหลือผู้อื่น	62 (98.42)	1 (1.58)
- ด้านการได้รับความช่วยเหลือ แนะนำในด้านต่าง ๆ	60 (95.24)	3 (4.76)

ส่วนที่ 2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นบุคลกรทางด้านสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.82 รองลงมาได้แก่ เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน คิดเป็นร้อยละ 87.30 และ จากญาติ คิดเป็นร้อยละ 85.71 ได้รับจากแหล่งอื่นๆ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.35 รายละเอียด ดังแสดงใน ตารางที่ 7

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของแหล่งการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (ตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง)

แหล่งการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (n=63)	ร้อยละ
บุคลากรทางด้านสุขภาพ	61	96.82
เพื่อนบ้าน / เพื่อนร่วมงาน	55	87.30
ญาติ	54	85.71
หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน	53	84.12
มิตรสหาย	44	69.84
บุตร	35	55.55
คู่สมรส	35	55.55
พระ / นักบวช	22	34.92
บิดามารดา	21	33.33
ผู้ที่มีปัญหาคล้ายกัน	17	26.98
อื่นๆ	4	6.35
ตำรวจ	2	3.17
ครู	2	3.17

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ศึกษา อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ใน ระดับสูง ($\bar{X}=126.76$, $SD=9.53$; ตารางที่ 5) ซึ่งให้เห็นว่าผู้ดูแลหลัก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเชิง คำนับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการเอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือแนะนำด้าน ต่างๆ จนทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจ หรือพึงพอใจเป็นอย่างสูง เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่มาส่งผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวช ดังการศึกษาของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542) และการศึกษาของทีปประพิน สุขเขียว (2543) นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทประเมินตนเอง ว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 11 แหล่ง พบว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมากที่สุด ถึงร้อยละ 96.82 (ตารางที่ 7) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้มารับยา หรือมาส่ง ผู้ป่วยทุกเดือนจึงมีโอกาสดำเนินการรับข้อมูล และได้รับการแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 ปี ถึงร้อยละ 73.02 (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน/ เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 87.30 และจากญาติ ร้อยละ 85.71 (ตารางที่ 7) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลอยู่ในชุมชน ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน อยู่ร่วมกันแบบญาติพี่น้อง ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกัน และกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิด ที่ทำให้รู้สึกว่า ตนเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิก ในครอบครัวเดียวกัน เพื่อน (Weiss as cited in Weinert, 1987) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพันอยู่ในระดับสูง

($\bar{X}=25.66$, $SD=2.63$) ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาศัยอยู่ในชนบท มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย ไปมาหาสู่ช่วยเหลือกันสม่ำเสมอ (วิเชียร รักการ, 2539) และส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ สามารถให้ความช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการด้านความรัก และการเอาใจใส่ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 87.30 และจากญาติ ร้อยละ 85.71 (ตารางที่ 7) ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า ตนเองได้รับความรักใคร่ผูกพัน และนอกจากนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 71.43 (ตารางที่ 1) ฉะนั้นการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นย่อมทำให้เกิดความสบายใจ โดยทั่วไปมักจะได้รับจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับตนเองก่อนเสมอ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ จึงอาจมีผลต่อการประเมินในข้อนี้ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุงพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=27.06$, $SD=3.32$)

ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่อง และชื่นชมที่บุคคลนั้นสามารถ แสดงบทบาททางสังคม เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม (Weiss as cited in Weinert, 1987) พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนในด้านนี้ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=24.96$, $SD=2.42$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็โรคจิตเภท โดยส่วนใหญ่เป็น บิดามารดา ร้อยละ 38.10 (ตารางที่ 3) ซึ่งต้องรับบทบาทในการดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยตรง ให้การดูแลทั้งด้านสุขอนามัย การปฏิบัติตามแผนการรักษา การประคับประคองอารมณ์ ดูแลจัดการเรื่องการเงิน ที่อยู่อาศัย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ (Marilyn, Eathleen, & Sanda อ้างใน ศิริินภา นันทพงษ์, 2542) กลุ่มตัวอย่าง จึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้ทำหน้าที่นี้รู้สึกว่าคุณค่าได้รับการยอมรับ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จึงประเมินว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้อยู่ในระดับสูง ดังเช่น การศึกษาของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น บิดามารดาของผู้ป่วย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้อยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ ทิพย์ประพิน สุขเขียว (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็น บิดามารดา และได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในด้านนี้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึงการได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ทำให้มี การแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใย เข้าใจซึ่งกันและกัน (Weiss as cited in Weinert, 1987) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=26.61$, $SD=2.99$) ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในสังคมไทย ซึ่งมีวิถีชีวิตเรียบง่าย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไปมาหาสู่กันตลอดเวลา (วิเชียร รักการ, 2539) และ กลุ่มตัวอย่างมีชีวิตอยู่ในชนบท การช่วยเหลือมักจะอยู่ในวงค์เครือญาติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือในการดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากคนใกล้ชิด เครือญาติและบุคคลอื่นๆ ในสังคม การที่ได้รู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เมื่อผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้ไปร่วมงานบุญ งานศพ งานแต่งงาน และได้รับการยอมรับโดยไม่รังเกียจ และจากการประเมินในข้อย่อย กลุ่มตัวอย่าง ประเมินว่า ตนเองได้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นถึงร้อยละ 77.77 (ภาคผนวก ค ตารางที่ ค 1) สิ่งเหล่านี้อาจมีผลต่อการรับรู้ ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้อยู่ในระดับสูง

ด้านการเอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบ ในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้เกิดความรู้สึกว่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และ ผู้อื่นพึงพาได้ (Weiss as cited in Weinert, 1987) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=24.92$, $SD=2.62$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์โดยเป็นบิดามารดา ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 38.10 (ตารางที่ 3) เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีการดูแลเกื้อหนุน มีความผูกพันกันทางสายโลหิต (จรัญ พรหมอยู่, 2536) บิดามารดาเป็นผู้เลี้ยงดูบุตรและเมื่อบุตรเจ็บป่วย บทบาทของบิดามารดา ในฐานะของผู้ดูแลจึงต้องมีมากขึ้น (รุจิรา จงสกุล, ลีลิต เปาโลหิต, วรณภา แห้วดี, เพ็ญศิริ สมใจ, และ วัชนี หัตถพนม, 2540) ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกว่าได้เอื้อประโยชน์ ช่วยเหลือบุตรในด้านต่างๆ เช่น การดูแลเรื่องทั่วไป การรับประทานอาหาร การรับประทานยา หรือการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประเมินว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในด้านนี้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ด้านการได้รับความช่วยเหลือแนะนำในด้านต่างๆ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือ ทางอารมณ์ คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ในช่วงที่บุคคลเผชิญ กับความเครียดหรือภาวะวิกฤต (Weiss as cited in Weinert, 1987) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=24.58$, $SD=2.87$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายของโรงพยาบาลเชียงคำ ที่มุ่งให้บริการแก่ผู้รับบริการ

อย่างมีคุณภาพ โดยให้บริการด้านความรู้ การบริการปรึกษาปัญหา และให้คำแนะนำต่างๆ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล รวมทั้งการสังเกตอาการ และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การที่โรงพยาบาลเชิงคำมีกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำต่างๆ จากบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง ของการสนับสนุนทางสังคมในด้านการได้รับการช่วยเหลือ แนะนำ และบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีบทบาทมากในการช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย (Song, Biegel & Miligan อ้างใน ศิริินภา นันทพงษ์, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษานี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ตนเองได้รับจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 96.82 (ตารางที่ 7) ซึ่งสามารถให้การช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไวน์ฟิลด์ และ ฮาเวย์ (Winefield & Harvey, 1994) ที่ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 66.70 จะขอความร่วมมือ และขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริินภา นันทพงษ์ (2542) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับความช่วยเหลือและ คำแนะนำต่างๆ อยู่ในระดับสูงและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการศึกษาของ ทิปประพิน สุขเขียว (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้สูงเช่นกัน

แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 96.82 (ตารางที่ 7) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 3 ปี ถึงร้อยละ 73.02 (ตารางที่ 3) ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสได้รับความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และอาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเป็นบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 36.52 รองลงมาเป็นคู่สมรส บุตร และญาติตามลำดับ (ตารางที่ 3) กลุ่มตัวอย่างจะมีความห่วงใย และวิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบได้อีก (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2539) จึงมีความต้องการทราบเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของการรักษา ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (Norbeck, Chafetz, Skodol-Wilson, & Weiss, 1991) และต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดูแลรักษา

การจัดการกับอาการทางจิต การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา และการป้องกันกำเริบซ้ำ (สถิตย์ วงศ์สุรประกิจ, 2542) จึงแสวงหาความรู้ โดยการซักถามจากบุคคลกร ทางด้านสุขภาพ วารสารแผ่นพับ หรือคู่มือต่างๆ จากบุคลากรทางด้านสุขภาพที่นำมาแจกให้อ่าน เพื่อเป็นข้อมูล ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และเนื่องจากนโยบายของทางโรงพยาบาลเชียงคำ ที่มีนโยบาย ให้บริการแก่ผู้มารับบริการฉุกเฉินฟรี เมื่อผู้มารับบริการ ทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแล มารับบริการ บุคลากรทางด้านสุขภาพจะให้ความรู้ หรือคำแนะนำแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และ ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแล ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่ประเมินว่า ตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมากกว่า แหล่งอื่นๆ ซึ่ง แบดเจอร์ (Badger อ้างใน ศิริินภา นันทพงษ์, 2542) กล่าวว่า บุคลากรทางด้าน สุขภาพเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมาก และแนวคิดของปิลิสุก (Pilisuk, 1982) กล่าวไว้ว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับด้านสุขภาพ ของประชาชน เช่นเดียวกับของ ศิริินภา นันทพงษ์ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก บุคลากรทางด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน ดังนั้น การศึกษาเฉพาะทางเกี่ยวกับโรคและการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ในเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อที่จะได้ให้คำแนะนำ แก่ผู้ดูแลได้อย่างถูกต้อง

แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ รองจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ คือ เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 87.30 ญาติ ร้อยละ 85.71 หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ร้อยละ 84.12 และจากมิตรสหาย ร้อยละ 69.84 ตามลำดับ (ตารางที่ 7) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การดำรงชีวิต ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่าย ที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ตลอดเวลา มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อกัน มีการช่วยเหลือด้านต่างๆ (จิราภรณ์ ฉลาวันวัฒน์, 2541) โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ต้องเผชิญปัญหา ทั้งทาง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและเผชิญกับความเครียด จากการดูแลผู้ป่วย เป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแล อยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้และหมดหวัง (ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539) ฉะนั้น ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะเครือญาติ หรือเพื่อนบ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเลือกวิธีการเผชิญกับ ความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ได้รับการ ยอมรับ (Weiss as cited in Weinert, 1987) ดัง การศึกษาของ ภัทธภรณ์ พุ่งปันคำ (Tungpunkom,

2000) ที่ศึกษาแม่ที่ดูแลลูกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่บ้าน พบว่าแม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจาก กลุ่มผู้มีปัญหาคล้ายกันในกลุ่มชน และบุคคลที่เป็นแกนนำในกลุ่มชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และจากการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน (2544) ที่ศึกษาสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 60.78. มีการปรึกษาเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเครือญาติ รองลงมาเป็นเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.27 (ตารางที่ 2) รองลงมาคืออาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 33.33 (ตารางที่ 2) และส่วนใหญ่อยู่ในชนบทมีการไปมาหาสู่กันเป็นประจำ แม้จะมีการประกอบอาชีพรับจ้างหรืออาชีพเกษตรกรรม ก็จะประกอบอาชีพใกล้บ้านของตนเอง สามารถที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ไม่ลำบาก ประกอบกับในสังคมชนบทมีความสัมพันธ์ รักใคร่กันดี มีการไปมาหาสู่ ฟังพ้ออาศัยแบบญาติมิตร สามารถที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อกันได้อย่างเปิดเผย (เล็ก สมบัติ, 2540) บางครั้งสามารถที่จะฝากดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้ด้วย (บุญพาณ นคร, 2538) ดังนั้น การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แก่แกนนำในกลุ่มชนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

นอกจากความช่วยเหลือที่ได้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ญาติมิตรสหาย และหน่วยบริการที่จัดให้ในกลุ่มชนแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพระ/นักบวช ร้อยละ 34.92 (ตารางที่ 7) เนื่องจากพระสงฆ์เป็นผู้นำที่มีบทบาทในการพัฒนาชุมชน เป็นผู้มีความรู้ และเป็นแบบอย่างที่ดีงามในชุมชน บุคคลในชุมชนจะให้ความศรัทธาและให้ความสำคัญกับพระสงฆ์ โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจมักจะไปวัด เพื่อขอความช่วยเหลือในระดับต้น เช่น การรคน้ำมนต์ การสะเดาะเคราะห์ การให้กำลังใจ เป็นต้น (ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2539) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ผู้มีปัญหาคล้ายกันค่อนข้างน้อย ร้อยละ 26.98 (ตารางที่ 7) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมากเพียงพอ ทำให้แสวงหาจากผู้ที่มิมีปัญหาคล้ายกันน้อย และอาจเนื่องมาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ขาดการส่งเสริม ให้กลุ่มตัวอย่าง มีโอกาสได้พบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่วนแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ ได้แก่ ตำรวจและครู พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าแหล่งอื่น อาจเนื่องมาจาก บุคคลเหล่านี้ไม่ได้ใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจะไปขอความช่วยเหลือต่อเมื่อ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจัดการได้ หรือขอความช่วยเหลือจากตำรวจ ในกรณีที่ต้องนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนจำนวน 2 คน ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครู ซึ่งผู้ดูแลขอความช่วยเหลือ และ

ปรึกษาปัญหาที่เกิดจากการดูแล และการลาโรงเรียนเพื่อดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท นอกจากจะให้แก่ผู้ดูแลโดยตรงแล้ว ควรคำนึงถึงชุมชนทั้งหมดด้วย เพื่อเตรียมความพร้อม ในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับ ผู้ดูแลได้

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University