

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่มารับบริการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีวัตถุประสงค์การศึกษา คือ

1. เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มารับบริการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะการอยู่อาศัย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และภาระในการดูแล กับ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว กับ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์ายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มารับบริการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วิธีการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive sampling or Judgment sampling) เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2552 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 ราย เครื่องมือเป็นแบบสอบถามสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แบบสอบถามมี 5 ส่วน ซึ่งมีข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 78 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัว และข้อคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น 12 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชจำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นการสำรวจสัมพันธภาพของสมาชิกภายในครอบครัว จำนวน 13 ข้อ และส่วนที่ 5 เป็นคำถามเพื่อสำรวจการ

สนับสนุนทางสังคมของครอบครัวทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน และด้านสิ่งของและบริการ รวม 28 ข้อ เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยมีการทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกงานผู้ป่วยนอกจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จากนั้นหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ 0.912 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi -Square Test) กำหนดหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และหาอำนาจการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยใช้การถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

## สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น**

สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 67.1 และ 32.9 อายุระหว่าง 40-49 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 47.1 อายุเฉลี่ย 44 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 70.0 เกือบครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45.9 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 35.3 ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นแบบครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 71.8 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะเป็นบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 79.4 และเกินกว่าครึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 3-5 คน ร้อยละ 85.3 สำหรับข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเกินครึ่งมีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 12 เดือน (ต่ำกว่า 1 ปี) ร้อยละ 58.2 รองลงมาคือ ตั้งแต่ 36 เดือนขึ้นไป (3ปี) ร้อยละ 20.6 โดยระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 23.95 เดือน ระดับความรุนแรงของโรค พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่สามารถ

ทำงานได้ ร้อยละ 45.3 และในส่วนของภาระในการดูแล พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เป็นภาระของผู้ดูแล ร้อยละ 45.3

### ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคจิตเวช

ความรู้เรื่องโรคจิตเวช พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.2 ระบุว่าได้ถูกต้องต่อข้อความที่ว่า โรคจิตเวชมีสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากความเครียด รองลงมา ร้อยละ 96.5 ระบุว่าได้ถูกต้องต่อข้อความที่ว่า โรคจิตเวชเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดอารมณ์การรับรู้และการแสดงออกที่ผิดไปจากคนปกติทั่วไป น้อยที่สุดคือร้อยละ 45.9 ระบุว่าโรคจิตเวชสามารถเกิดจากพิษของยาเสพติด เมื่อจำแนกระดับคะแนน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 55.9 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชระดับปานกลาง

### ส่วนที่ 3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมด ร้อยละ 98.8 ระบุว่าพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รองลงมา ร้อยละ 98.2 ระบุว่า ดูแลเรื่องความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย น้อยที่สุดร้อยละ 68.2 ระบุว่าพูดเสียงดังและใช้กำลังเมื่อผู้ป่วยอาละวาด เมื่อจำแนกระดับคะแนนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นของผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 92.4 มีระดับคะแนนสูง

### ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว

สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า การให้ความสำคัญผู้ป่วยว่าเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ มีความรักความห่วงใยเป็นกำลังใจและปลอบใจอยู่เสมอ ข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปในทางที่เลวลงหลังมีการเจ็บป่วยทางจิตของคนในครอบครัว โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 72.9 มีระดับสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี

### ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 30.28$   $SD = 3.02$ ) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ( $\bar{X} = 28.72$   $SD = 3.41$ ) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 24.75$   $SD = 2.83$ ) ซึ่งในภาพรวมพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งมีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอยู่ในระดับสูง

## ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และภาระในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

เมื่อวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นและสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น และสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ในระดับปานกลางและดี ( $r = 0.310$ ,  $p\text{-value} = 0.001$  และ  $r = 0.706$ ,  $p\text{-value} = 0.001$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนความรู้เรื่องโรคจิตเวชไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ( $r = 0.708$ ,  $p\text{-value} = 0.311$ )

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพล และสามารถทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยจะคัดเลือกตัวแปรออกจากสมการทีละตัว พบว่าสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นสามารถคาดทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ร้อยละ 70.8 ( $p\text{-value} = 0.001$ ,  $R^2 = 0.498$ ) ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

$$y = a + b_1x_1$$

นั่นคือ  $y = 48.95 + 0.708 x_1$

เมื่อ  $y =$  การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

$a =$  ค่าคงที่ (Constant Value) = 48.95

$b =$  ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

$x_1 =$  สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

ซึ่งหากมีค่าคะแนนสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเพิ่มขึ้น 0.708 คะแนน

### สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

จากการศึกษา พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค และภาระในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

จากการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนความรู้เรื่องโรคจิตเวชไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

จากการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีอิทธิพลและสามารถทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

จากการศึกษา พบว่า มีเพียงปัจจัยเสริม ได้แก่ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวที่สามารถทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแล้วว่ายังไม่พบทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงขอเสนอการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้อง และความต่างกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

เพศ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เพศของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ต่างก็ให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปมากมาย ทั้งในด้านความเป็นอยู่ ค่าครองชีพที่สูงมีความลำบากมากขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการทำบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวไม่ได้กำหนดว่าต้องเป็นเพศใด ต่างก็สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อูร์พันซ์ อนุตตินาวิน (2538, หน้า 110) ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษากรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาท พบว่า เพศของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งเพศหญิง และเพศชายให้การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก จำนวน 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.0 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภรภัทร อิมโอรุ (2550, หน้า 73) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล

อายุ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อายุของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะมีกลุ่มอายุในระดับใด ต่างก็ให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อูร์พันซ์

อนุตตินาวิน (2538, หน้า 110) ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษากรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาท พบว่า อายุของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภรภัทร อิม โอรุ (2550, หน้า 73) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล แต่การศึกษาของ Leflery (1987) และ Cook, et al. (1993 อ้างถึงใน อัญชลี ทรงผาศุภ 2547, หน้า 26) ได้ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะให้การสนับสนุนที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

ระดับการศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือกล่าวได้ว่าระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะมีการศึกษาสูงหรือต่ำ ต่างก็พยายามหาความรู้เรื่องโรคจิตเวช เกี่ยวกับ สาเหตุ การดำเนินของโรค และการรักษา เพื่อนำมาเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุพันธ์ อนุตตินาวิน (2538, หน้า 110) ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษากรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาท พบว่า ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก จากกลุ่มการศึกษาทุกระดับถึงร้อยละ 88.0 และไม่พบการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภรภัทร อิม โอรุ (2550, หน้า 73) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล และการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรเกสซ์ (2537, หน้า 3) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบาราศนราดูร พบว่า ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

สถานภาพสมรส ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สถานภาพสมรสของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ใดก็สามารถให้การสนับสนุนทาง

สังคมไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาของ ยูดี โชติวัฒน์พงษ์ (2536, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เกิดจากการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี พบว่า คู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

อาชีพ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาชีพของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจะประกอบอาชีพอะไรก็ตาม มีความสามารถที่จะให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้ไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาของ ภรภัทร อิม โอสถ (2550, หน้า 74) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอธิบายว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแตกต่างกัน และพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ และอาชีพเกษตรกร เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพ ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ต่างจากผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจะมีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่า

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ผู้มีรายได้สูงย่อมสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยมากกว่าผู้มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรเกตุ (2537, หน้า 122-123) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบราศนราคร พบว่า สภาพเศรษฐกิจภายในครอบครัว ของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท กล่าวได้ว่า สภาพ เศรษฐกิจของประเทศไทยในปัจจุบันกำลังประสบปัญหาอย่างมาก สินค้าทุกชนิดมีราคาสูงขึ้นอย่างมาก และไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้รายได้ที่ได้มาจากการประกอบอาชีพนั้นไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ในครอบครัว เพราะต้องนำรายได้ส่วนหนึ่งมาเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ค่ายา ค่าเดินทางในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ และต้องทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดต้องนำเงินส่วนหนึ่งมาเป็นค่าที่พัก ทำให้ต้องเผชิญกับรายจ่ายที่สูง ครอบครัวต้องตกอยู่ในภาวะยากจน มีหนี้สินต้องขอยืมเงินจากบุคคลอื่นมา



ใช้จ่าย ทำให้มาตรฐานความเป็นอยู่ของครอบครัวและการดำรงชีวิตของครอบครัวจะเปลี่ยนไป การที่ครอบครัวถูกจำกัดด้วยรายได้ในช่วงระยะเวลาต่างๆ โดยไม่มีทางหารายได้เพิ่มขึ้นย่อมจะทำให้มาตรฐานความเป็นอยู่ของครอบครัวต่ำลง ทำให้ต้องปรับชีวิตความเป็นอยู่เพื่อรักษาสุขภาพของครอบครัวให้สมดุลอยู่ในสภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภัทร อิมโอส (2550, หน้า 74) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล

ลักษณะการอยู่อาศัย ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวได้ว่า เนื่องจากในสังคมปัจจุบันจะพบว่า มีขนาดเล็กลง หมายถึง การมีสภาพเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความเป็นส่วนตัวของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในครอบครัวของตนเอง (ครอบครัวเดี่ยว) มากที่สุด ร้อยละ 71.8 และปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ลักษณะการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุน คือ ความเป็นครอบครัวเดี่ยวย่อมทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความอบอุ่น ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันซึ่งกันและกัน และความหวังใก้กันมากขึ้น ดังนั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ย่อมทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรัก ความสงสาร ความเข้าใจและเห็นใจเพิ่มมากขึ้นกว่าครอบครัวขยายที่ประกอบด้วย ญาติ พี่น้องหลายคน บางครั้งอาจมีการขัดแย้งกัน ผิดใจกัน ไม่ลงรอยกันระหว่างบุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาของการอยู่ร่วมกันของคนจำนวนมาก ทำให้ความรัก ความเข้าใจกัน การเอาใจใส่ดูแลกันน้อยลง โดยเฉพาะการที่มีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น ทำให้ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจเป็นไปในทิศทางที่จำกัด

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวได้ว่า เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุนส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา จึงมีความรัก ความสงสาร ความเห็นใจ จึงให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นพิเศษในการเอาใจใส่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการพาไปพบแพทย์ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพื่อให้บุตรอันเป็นที่รักหายจากการเจ็บป่วย และลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมไทย บิดามารดาต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรจนเติบโตใหญ่มีงานทำ ส่วนบุตรควรตอบแทนพระคุณบิดามารดาช่วยเหลือด้วยความรัก ความเมตตาและให้การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุพันธ์ อนุคุณานาวิน (2538, หน้า 110) ศึกษา การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรค

ตลอดเดือนค่อมอง ศึกษากรณีผู้ป่วยในสถาบันประสาท พบว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว อธิบายว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็น บิดามารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติ จะให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวได้ว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวจะมากหรือน้อย ต่างก็ให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นไม่แตกต่างกัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัว อยู่ระหว่าง 3-5 คน มากถึงร้อยละ 85.3 ในสภาพสังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนจากครอบครัวขยายที่มี พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และบุคคลอื่นๆ ที่อยู่รวมกันหลายคน มาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรเกษัง (2537, หน้า 79) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอคส์เต็มซัน ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอคส์เต็มซัน โรงพยาบาลบาราศนราคร พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 3-6 คน ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว และอธิบายข้อดีของครอบครัวเดี่ยว คือ ครอบครัวสามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้อย่างอิสระ จะมีความรักใคร่ผูกพัน ความห่วงใยกันอย่างแน่นแฟ้น แต่ก็มีข้อเสียบางประการ คือ เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือการพลัดพรากจากไปของสมาชิกในครอบครัว จะทำให้สมาชิกที่เหลืออยู่เกิดความว้าเหว่ เจ็บเหงา ขาดความมั่นคง ขาดที่พึ่งที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะในการดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะระยะเวลาการเจ็บป่วยจะนานเท่าไร มีความรุนแรงมากหรือน้อย เป็นภาวะหรือไม่เป็นภาวะ ต่างก็ให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.4 เป็นบิดามารดา จะมีความรัก ความสงสาร ความเห็นใจ ความห่วงใยให้กับบุตรเป็นอย่างมาก จะดูแลบุตรและให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างสุดความสามารถเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้บุตรหายจากการเจ็บป่วยหรือมีอาการดีขึ้น และเมื่อใดที่สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยยังให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่สั้นลง ความรุนแรงของโรคลดน้อยลงหรือหายไป ไม่เป็นภาระของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่เหมาะสม และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น น้อยกว่า 12 เดือน

ร้อยละ 58.2 มีระดับความรุนแรงของโรค สามารถทำงานได้ และไม่เป็นภาระของครอบครัว จำนวนเท่ากับ ร้อยละ 45.3 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นเกินครึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่ถึงปี มีระดับความรุนแรงของโรคที่สามารถทำงานได้ และไม่เป็นภาระของครอบครัว ซึ่งจัดว่าการเจ็บป่วยยังไม่มาก ถ้าสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นกลุ่มนี้อย่างจริงจัง สม่่าเสมอ และต่อเนื่อง เช่น มาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาอย่าง สม่่าเสมอต่อเนื่อง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด และกระตุ้นให้ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย มีการเรียนรู้ มีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนคนปกติทั่วไป

ความรู้เรื่องโรคจิตเวช ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้เรื่องโรคจิตเวชไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคจิตเวชมากกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้หรือมีความรู้น้อย ต่างก็ให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรเกษัง (2537, หน้า 113) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอ็ดส์เพิ่มขึ้น ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอ็ดส์เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลบำราศนราดูร พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอ็ดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายว่า การที่สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอ็ดส์ที่ต้องชัดเจน จะสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอ็ดส์ในระดับมากตามไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภรภัทร อิมโอรู (2550, หน้า 86-87) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่า ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลมากจะมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้านดีมาก เนื่องจากญาติที่มีความรู้จะมีความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลและสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ผลของการศึกษานี้ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรคจิตเวช อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.9 แสดงว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเกินครึ่งยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวช โดยเฉพาะข้อคำถามที่ว่าโรคจิตเวชสามารถเกิดจากพิษของยาเสพติด ร้อยละ 54.1 ตอบผิด ดังนั้น สถานบริการสาธารณสุขควรให้ความรู้ความเข้าใจ เรื่องโทษของยาเสพติดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบ เพื่อครอบครัวได้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลบุตรที่เป็นวัยรุ่นในเชิงป้องกัน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน แสดงว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล มีความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จึงมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลได้ถูกต้อง เพราะด้วยเหตุผลผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา โดยบทบาท และความรัก ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ความเห็นใจ ความสงสารจะมีมากกว่าบุคคลอื่น จึงมีความสนใจ และเอาใจใส่เป็นพิเศษที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยมีความสุขสบาย ขณะรักษาตัวอยู่ที่บ้าน มีการสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะ และมีการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ลำยา เกียรติดำรงสกุล (2549 อ้างถึงใน ภรภัทร อิมโอสู, 2550, หน้า 84) ถึงการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสอดคล้องทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เมื่ออาการผิดปกติ และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีคะแนนสูงเท่ากัน ร้อยละ 98.8 รองลงมา ดูแลเรื่องความปลอดภัย และปลอดภัยให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ร้อยละ 98.2 มีคะแนนเท่ากัน โดยภาพรวมการดูแลผู้ป่วยมีคะแนนสูง 92.4 แต่พฤติกรรมในการดูแลที่พบว่าผู้ดูแลยังปฏิบัติได้ไม่ดี ได้แก่ การพูดเสียงดังและใช้กำลังเมื่อผู้ป่วยอาละวาด ร้อยละ 68.2 อาจเนื่องด้วยผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยรุ่นและป่วยด้วยอาการทางจิต ซึ่งโดยธรรมชาติของวัยรุ่นจะเอาแต่ใจตัวเอง คือ และไม่ค่อยเชื่อฟังบิดามารดา จึงมีความจำเป็นต้องดูแลเป็นครั้งคราว ทั้งนี้เพื่อสอนและชี้แนะให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ และเพื่อให้บุตรมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน แสดงว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยไม่ดี และพบว่าการศึกษานี้สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.9 เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า การให้ความสำคัญผู้ป่วยว่าเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในครอบครัว ได้

คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ มีความรักความห่วงใยเป็นกำลังใจและปลอบใจอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ไวส์ (Weiss, 1974, p. 146) กล่าวถึง การที่บุคคลได้รับการผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมเป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รัก ได้รับการดูแลเอาใจใส่เมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมักจะได้รับการจากสมาชิกในครอบครัว เช่น บิดามารดา พี่น้อง เป็นต้น สอดคล้องกับ ภรภัทร อิมโอรุ (2550, หน้า 82) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อธิบายว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ก็จะเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ผู้ดูแลเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะดูแล อันเนื่องมาจากความรักและความผูกพัน เช่นเดียวกับ ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (2538, อ้างถึงใน ภรภัทร อิมโอรุ 2550, หน้า 82) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย หากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ก็จะเอื้ออำนวยต่อบรรยากาศการดูแล ผู้ดูแลเต็มใจและมุ่งมั่นที่จะดูแล อันเนื่องมาจากความรักและความผูกพัน แต่ถ้าหากสัมพันธภาพเป็นไปในทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากการปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าเต็มใจ ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้สามารถปรับความเข้าใจกันได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรเกษ (2537, หน้า 129) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลบราตาคนราดูร พบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม ส่วนการศึกษาของ ดวงดา อุทุมพฤษทรัพย์ (2534, หน้า 4) ศึกษา ปัจจัยเรื่องสัมพันธภาพระหว่างเหตุการณ์ในชีวิตและการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช นั้นเกี่ยวข้องกับการแสดงอารมณ์อย่างมากของครอบครัว สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลเอาใจใส่ ในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย คู่พิทักษ์ และคณะ (2527, หน้า 17) กล่าวว่า ครอบครัวต่างคนต่างไม่สนใจซึ่งกันและกัน ทะเลาะกันเป็นประจำในครอบครัว การไม่ช่วยเหลือ ไม่ลงรอยกัน ผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจากครอบครัว จนเกิดความเครียด ทำให้อาการทางจิตกำเริบญาติต้องนำผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว เป็นเรื่องที่ดีก่อให้เกิดผลดี เพราะสัมพันธภาพของสมาชิกภายในครอบครัวนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเดียวกันได้แก่ บิดามารดา พี่น้อง ซึ่งให้ความรักความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม มีอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดร่วมกัน มีการเอาใจใส่เลี้ยงดูกัน มีการประพฤติปฏิบัติต่อกัน และช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างสม่ำเสมอ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวหากดำเนินไปในทางที่ดีและ

เหมาะสมก็จะช่วยให้สมาชิกภายในครอบครัวมีการปรับตัวที่ดี และจะเป็นพื้นฐานที่ดีของสังคม จะช่วยเสริมสร้างความผาสุก ความราบรื่นและความมั่นคงให้กับครอบครัวอันจะนำไปสู่รากฐานของความสุขแห่งชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนด้านนี้ในระดับสูง เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้ความรัก ความเห็นใจ ความสงสาร มีความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างดีมากที่สุด รองลงมาช่วยปลอบโยนผู้ป่วยให้มีจิตใจที่เข้มแข็งไม่ย่อท้อต่อปัญหาที่เกิดขึ้น คอยให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ตลอดจนแสดงความเป็นห่วง ดูแลเอาใจใส่เมื่อผู้ป่วยไม่สบายหรือเดือดร้อน และสามารถแก้ไขปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เนื่องจากมองเห็นสภาพของบุตรที่ต้องพบกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช จากการศึกษา พริมโมโม และคนอื่นๆ (Primomo, et al, 1990 อ้างถึงใน อารีย์ มิ่งเกียรติสกุล, 2543, หน้า 68) ที่ศึกษารายงานวิจัยหลายฉบับและพบว่า การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดความวิตกกังวลและซึมเศร้าลง มีการปรับตัวทางสังคมในทางที่ดี ควบคุมการดำเนินโรคได้ดี และช่วยให้การทำงานของร่างกายดีขึ้น ส่วนการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ (2534, หน้า 6-7) กล่าวว่า บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการให้ความรักความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่าง บางครั้งอาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องดูแลผู้ป่วย และบางครั้งจำเป็นต้องตำหนิหรือแสดงอาการหงุดหงิดเมื่อผู้ป่วยไม่เชื่อฟังเอาแต่ใจของตัวเอง แต่อยู่ในระดับต่ำ เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นมารดา จะมีความใกล้ชิดต่อผู้ป่วยมากกว่าทั้งยังมีความเข้าใจ ใจผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ และยังให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เหมือนเดิม สอดคล้องกับ อัญชลี ทรงผาสุก (2547, หน้า 23) กล่าวว่า ครอบครัวไม่ควรตำหนิหรือแสดงท่าที่ไม่พอใจผู้ป่วย ควรอธิบายและปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆ สำเร็จแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนด้านอารมณ์ในรายชื่อ กล่าวได้ว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ให้ความรัก ความเห็นใจ ความสงสารและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างดีมากที่สุด ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น บิดามารดา จึงมีความผูกพันรักใคร่ ห่วงใย ความสงสาร ความเห็นใจ ดังนั้น เมื่อบุตรเกิดการเจ็บป่วยขึ้น บิดามารดาต้องทำหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ ความเป็นอยู่การกินอยู่หลับนอนและให้กำลังใจ ซึ่งสังคมไทยยึดถือว่า บิดามารดาต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเลี้ยงดูบุตรและให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จนเติบโตมีงานทำ ใน

ขณะเดียวกันการมีผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ในบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นวัยรุ่น การคิด การกระทำ การตัดสินใจ บางครั้งยังไม่ถูกต้องเอาแต่ใจของตัวเอง ขาดความรับผิดชอบ ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกท้อแท้ในบางครั้ง จำเป็นต้องมีการตักเตือน คำறி ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องปกติ และเป็นสิ่งที่บิดามารดาสมควรกระทำในการเลี้ยงดูบุตรในขณะที่ยังเยาว์วัย ทั้งนี้ก็เพื่อให้บุตรได้รับรู้ว่าการทำอะไรไม่ควรกระทำ และสิ่งใดไม่ควรกระทำ ทำให้บุตรเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ตัวเองทำไม่ถูกต้องเพื่อจะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีการปรับตัวที่ดีและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน พบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว รองลงมาให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม มีการยกย่อง ชมเชยผู้ป่วยเมื่อทำความดี และมีการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับคนอื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 79.4 จากการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรเกษัง (2537, หน้า 76) กล่าวว่าโดยธรรมชาติ มารดาจะมีความรัก ความเอาใจใส่ และมีความละเอียดอ่อนในการดูแลบุตร จะให้ความสำคัญมากกว่าบุคคลอื่น ทั้งนี้เพื่อให้บุตรเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ สามารถรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมได้ มีการปรับตัวที่เหมาะสม ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ส่วนข้อคำถามที่สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนต่ำสุด คือ อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วย รวมทั้งข้อคำถามที่ให้ ผู้ป่วยรับทราบปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งจันทร์ชนก โยธินชีवाल (2540, หน้า 37) กล่าวว่า วัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มักจะปฏิเสธการเจ็บป่วยของตน หากอธิบายหรือให้รับรู้ปัญหาต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดความสับสนในจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับปัญหาได้ที่เกิดขึ้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ให้คำแนะนำหรือช่วยแก้ไขเมื่อผู้ป่วยกระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง รองลงมา คือ มีเวลาไปพบแพทย์เพื่อสอบถามข้อข้องใจเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และให้การชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถสอบถามความการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวสามารถหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การฟื้นฟูร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ ส่วนข้อที่สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนต่ำสุด คือ มีข้อจำกัดในการหาข้อมูลข่าวสารที่สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และจิตใจ รองลงมา คือ ให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการกระทำที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารรายชื่อทำให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมีความห่วงใยในเรื่องสุขภาพอย่างมาก พยายามหาวิธีการต่างๆ ที่จะทำ

ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และพฤติกรรม การกระทำเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม ที่จะให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ โดยไม่เป็นภาระของครอบครัว ซึ่งบางครั้งครอบครัวไม่สามารถในการหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยได้ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพการงาน เพื่อนำรายได้มาจุนเจือสมาชิกในครอบครัว และรายได้จากการประกอบอาชีพส่วนหนึ่งต้องนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาล และค่ายาให้กับผู้ป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยทางจิตเวชจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาการรักษาเป็นเวลานาน รายได้ของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคลในครอบครัว และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด บุคลากรทางการแพทย์จึงควรหาแนวทางในการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเกิดผลดียิ่งขึ้น เช่น การจัดทำคู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในภาพรวมยังพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยได้ให้การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านอื่นๆ อยู่ในระดับสูงอย่างเพียงพอ ก็สามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีการปรับตัวที่ดีและเหมาะสมขึ้นได้

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ให้ความช่วยเหลือโดยการพาไปพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือไม่สบาย รองลงมา คือ จัดการให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังให้การสนับสนุนในการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นให้กับผู้ป่วย รวมทั้งให้สิ่งของ หรือของขวัญกับผู้ป่วยในบางโอกาส ส่วนข้อที่สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนต่ำสุด คือ จัดและปรับปรุงสถานที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รองลงมา คือ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อประสบปัญหาด้านการเงินเท่าที่จำเป็น

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการรายข้อ พบว่า สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนในระดับสูงทุกข้อ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.4 เป็นบิดามารดา จึงยอมทุ่มเททั้งเวลา แรงงาน เงินทอง การดูแลจัดหาสิ่งของที่เป็นประโยชน์ให้ ทั้งนี้เพื่อต้องการผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสที่จะหายกลับเป็นปกติได้ นอกจากนี้ ร้อยละ 71.8 ลักษณะการอยู่อาศัยเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว บิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือกับผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นได้อย่างมาก เนื่องจากมีความรัก ความสงสาร ตลอดจนมีความเข้าใจและเล็งเห็นความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือดังกล่าว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่า มีเพียงปัจจัยเสริม ได้แก่ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวที่สามารถทำนายการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบัน



สังคมที่สำคัญที่สุดแห่งแรก ที่ทำหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว เพื่อถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ วัฒนธรรม ค่านิยม และทัศนคติ ตลอดจนอุปนิสัยต่างๆ แก่สมาชิกในครอบครัว จันทรชนก โยธินัชชวาล (2540, หน้า 35) สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวจึงมีอิทธิพล และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เป็นไปในทางที่ดี มีความรัก ความเข้าใจ มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นมีการปรับตัวที่ดี นั้นแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ซึ่งจันทรชนก โยธินัชชวาล (2540, หน้า 35) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวที่สามารถดำเนินบทบาทตามหน้าที่ของตนได้อย่างสมบูรณ์ กลไกของครอบครัวก็就会有ความสงบสุข ร่วมเย็นตลอดไป สอดคล้องกับการศึกษาของ พาทริซิโอ และนอร์แมน (Patricio CE & Norman E., 1994) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและความสัมพันธ์ในครอบครัว การปรับตัว การทำหน้าที่ของครอบครัว โครงสร้างของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ศึกษาใน 93 ครอบครัวที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าวัยรุ่น คือ ความสัมพันธ์และการปรับตัวของวัยรุ่นในครอบครัว ส่วนการศึกษาของ ภรภัทร อิมโอสู (2550, หน้า 91) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระดับความรุนแรง ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแลของผู้ดูแล ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถรวมทำนายได้

## ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น คือ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย การดูแลผู้ป่วย และสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ผู้วิจัยนำมาเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. เน้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวโดยการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว จัดฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน และควรมีการจัดทำคู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2. เน้นเรื่องการสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว เช่น การจัดกิจกรรมหรือแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยญาติมีส่วนร่วม พัฒนาทักษะการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์ การเข้าใจผู้ป่วย

3. ครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย ควรเน้นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและบทบาทต่อผู้ป่วยของสมาชิกคนอื่นๆ เนื่องจากผลการวิจัยสนับสนุนว่าแรงสนับสนุนสูงในครอบครัวเดี่ยว

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อการฟื้นฟูของโรคทางจิตเวช
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
3. ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวต่อการปรับตัวในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น

มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี