



การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ขวัญสุดา บุญทศ พย.ม.**, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ ปร.ด.***,
สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล พบ.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเพื่อขยายความ (exploratory descriptive study) อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 106 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 18 ราย และเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน ประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวจำนวน 47 ราย และสมาชิกชุมชนที่ให้การสนับสนุน จำนวน 41 ราย ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในการเก็บข้อมูล แล้ววิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และจัดหมวดหมู่สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท มีเครือข่ายระหว่าง 3-8 คน ต่อ 1 คน เครือข่ายลำดับแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด คือ แม่ พี่ชาย/พี่สาว พ่อ และบุคลากรทางสุขภาพตามลำดับ โดยให้ความสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด รองลงมาคือการให้ในด้านข้อมูลคำแนะนำ การให้สิ่งของ และการสนับสนุนด้านการจ้างงาน การเสริมแรงบวก การช่วยเหลือให้รับรู้คุณค่า การให้เงิน ส่วนการส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพพบว่าได้รับความสนับสนุนน้อยที่สุด ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือคือ รายได้น้อย อายุมาก มีปัญหาสุขภาพ อាកารทางจิต และความไม่ร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนเหตุผลที่ได้รับการช่วยเหลือคือ เห็นใจสงสาร เป็นบทบาทหน้าที่ และพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือ

สรุป ผู้ป่วยจิตเภทมีเครือข่ายทางสังคมแคบ โดยมากมักเป็นบุคคลในครอบครัวแม้สวัสดิการที่ได้รับจากรัฐคือการรักษาตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงขาดการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมที่หลากหลาย และเสนอให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องนี้ต่อไป

คำสำคัญ การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม จิตเภท

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 89-100

- * ได้รับทุนสนับสนุนจาก ศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ** บัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- *** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- **** รองศาสตราจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Social Support in Patients with Schizophrenia

*Kwansuda Boontoch RN, M.N.S***, *Amornrat Sricamsuk Saito, Ph.D.****,
*Suwanna Arunpongpaisal M.D.*****

ABSTRACT

Objective : An exploratory descriptive study was conducted to explain the social supporters of patients with schizophrenia who living in Muang District, Khon Kaen Province.

Methods : A total of 106 participants were recruited in the study including 18 persons with schizophrenia, 47 family members and 41 community members. Data were collected using semi-structured interviews. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data and content analysis was used for qualitative data.

Results : Patients with schizophrenia had 3-8 social supporters per each patient. Mothers were the mainly social supporters, followed by elder sisters/brothers, fathers, and health care providers. Patients with schizophrenia reported receiving the most emotional support, followed by informational support, tangible support, employment support, positive reinforcements, self esteem support, and monetary support. Support for rehabilitation was the least. Factors associated with low social supporters including low incomes, advanced age, physical problems, psychiatric symptoms and uncooperativeness of patients with schizophrenia. Reasons of good social supporters were feeling sympathy, a sense of responsibility, and feeling happy to help.

Conclusions : Patients with schizophrenia have small number of social supporters and the most supporters are family members. Although they receive social welfare from the government, particularly universal health care coverage, they still have low accessibility to other social welfare. Future studies should be explored these issues.

Keywords : social support, social networks, schizophrenia

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(1): 89-100

- * Funded by Research and Training Center for Enhancing Quality of Working-Age People, Khon Kaen University
- ** Graduate Study, Mental Health and Psychiatric Nursing Graduate School Khon Kaen University.
- *** Lecturer, Faculty of Nursing Khon Kaen University.
- **** Associate Professor, Department of Psychiatry Faculty of Medicine Khon Kaen University.

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมองอย่างหนึ่ง¹ ทั่วโลกพบในประชากรประมาณร้อยละ 1² แม้ว่าความชุกของโรคจิตเภทจะค่อนข้างต่ำ แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว³ อีกทั้งมักพบในวัยทำงานสูงสุด ทั้งเพศชายและหญิง⁴ จึงนับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวาง การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยมาก อาการด้านบวกส่งผลให้เกิดความรู้สึกกลัวว่าอาการจะกลับมา เกิดความรู้สึกเปราะบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม หรือแม้แต่การคงความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว อีกทั้งการรับรู้ตราบาปส่งผลให้ขาดความมั่นใจ รู้สึกด้อยค่า มองตนเองเป็นคนระดับล่าง⁵ ส่วนอาการด้านลบส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการเข้าสังคม แยกตัว และถูกแบ่งแยกจากสังคม พบมากกว่าร้อยละ 47 การไม่มีอาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลถึงการปรับตัวเพื่อกลับสู่สังคมของผู้ป่วย⁶ การสนับสนุนทางสังคม เป็นเสมือนด่านป้องกันผลกระทบจากความเครียด จากการแปลความหมายสถานการณ์ต่างๆ ในทางลบน้อยลง⁷ อีกทั้งนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นการอยู่รักษาในโรงพยาบาลขั้นที่สุด และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าจะมาจากครอบครัว ระบบสนับสนุนในชุมชน และกลุ่มวิชาชีพต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วย และอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้

จากการที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทดังกล่าว ยิ่งผู้ป่วยมีลักษณะและความรุนแรงของอาการยิ่งมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น แต่จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา

ชี้ให้เห็นว่า ขนาดเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคจิตเภทมีน้อยมาก และยังมีปัจจัยอื่นจากการสนับสนุน เช่น ความพึงพอใจในปฏิสัมพันธ์ คุณภาพชีวิตของผู้ให้การสนับสนุน เป็นต้น⁸ การศึกษาที่ประเทศโปแลนด์พบว่าเครือข่ายทางสังคม ที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉลี่ยมีประมาณ 9 คนต่อคน ซึ่งโดยปกติประชากรทั่วไปมีเครือข่ายสนับสนุนประมาณ 40 คนต่อคน⁹ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเครือข่ายทางสังคมขนาดเล็กกว่า และมีโอกาสในการเข้าถึงและมีความพึงพอใจกับผู้นับถือรอบข้าง รวมทั้งความสัมพันธ์ทางอารมณ์น้อยกว่าประชากรทั่วไป¹⁰ อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษารื่องนี้ในประเทศไทยยังมีน้อย เป็นเพียงศึกษาการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุน โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท^{9,10} ยังขาดการศึกษาขนาดเครือข่ายทางสังคม และชนิดของการสนับสนุนในบริบทที่ได้รับจริงในมุมมองของผู้ให้การสนับสนุนและผู้ป่วย อีกทั้งปัจจุบันนี้ระบบบริการสาธารณสุขของไทย โดยเฉพาะนโยบายของกรมสุขภาพจิตที่เน้นการเข้าถึงระบบบริการยาที่มีคุณภาพ และการตอบสนองด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับความสะดวกมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงจำเป็นต้องประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับในบริบทจริง คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในบริบทจริง โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภท และสัมภาษณ์เครือข่ายในชุมชนที่ได้ให้การสนับสนุน โดยใช้เทคนิควิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาและบรรยายการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้จัดโปรแกรมที่มีความเฉพาะเจาะจงส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและอธิบายถึงขนาดเครือข่าย การทำหน้าที่ของเครือข่ายและชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อขยายความ (exploratory descriptive study) โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าสัดส่วน¹² จำนวนขนาดตัวอย่างได้ 54 ราย แต่เนื่องจากในช่วงที่ศึกษามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับการรักษาจำกัด และไม่เข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติที่คัดเลือกเข้าศึกษา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้ คือผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 18 คน เครือข่ายที่ให้การสนับสนุนจำนวน 88 คน ประกอบด้วยสมาชิกครอบครัว 47 คน สมาชิกในชุมชน 41 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคจิตเภท และใช้การสืบค้นผู้ให้การสนับสนุนของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยมีการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ

เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย

- 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10
- 2) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมาอย่างน้อย 2 ปี
- 3) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น รัศมีไม่เกิน 30 กิโลเมตร
- 4) สื่อสารพูดคุยรู้เรื่องใช้ภาษาไทยหรือภาษาถิ่นในการสื่อสารได้ดี
- 5) ไม่มีโรคร่วมทางกาย หรือโรคร่วมทางจิต หรือได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง

6) ไม่มีอาการทางจิตรุนแรงที่มีผลรบกวนการสัมภาษณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินสภาพจิตแบบย่อ (mini mental status examination; MMSE) โดยคะแนน MMSE ต้องมากกว่า 23 คะแนน

7) ผู้ให้การดูแลโดยชอบด้วยกฎหมายยินยอมให้เข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครที่เป็นคนในครอบครัวของผู้ป่วย

- 1) เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก และให้การดูแลผู้ป่วยมาอย่างน้อย 6 เดือน
- 2) MMSE มากกว่า 23 คะแนน
- 3) มีสติสัมปชัญญะดี สื่อสารด้วยการพูดภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้เป็นอย่างดี
- 4) ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเลือกบุคคลในชุมชนที่ให้การสนับสนุนต่อผู้ป่วย

- 1) มีสติสัมปชัญญะดี พูดภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้เป็นอย่างดี
- 2) MMSE มากกว่า 23 คะแนน
- 3) เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกล่าวถึงในการให้ช่วยเหลือ หรือให้ความสนับสนุนในด้านต่างๆ
- 4) ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา
- 5) ไม่มีโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้

เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 1) แบบประเมินสภาพจิตอย่างย่อ (Mini-Mental Status Examination : MMSE)
- 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

- 3) แบบสัมภาษณ์เครือข่ายทางสังคม
 - 4) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย
- 2. เครื่องมือที่ใช้สัมภาษณ์เครือข่ายที่ให้การสนับสนุน**

- 1) แบบประเมินสภาพจิตอย่างย่อ (Mini-Mental Status Examination : MMSE)
- 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน พิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (wording) ความชัดเจน ความครบถ้วนของข้อความ และใช้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) มาเป็นแนวทางการปรับปรุงข้อความคำถาม แล้วนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการทดสอบความตรง ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยในชุมชนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงจนเหมาะสมและนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเข้าเก็บข้อมูลในชุมชน ผู้วิจัยได้เข้ารับการอบรมวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาเชิงคุณภาพและขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ นายอำเภอเมืองขอนแก่นและผู้นำชุมชนที่เข้าศึกษา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2554 ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกขั้นตอน โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ : HE541053 ลำดับที่: 4.3.04:12/2554 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวปฏิบัติในการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก และในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น จากนั้นโทรศัพท์ติดต่อหรือเข้าพบขณะมารับการตรวจรักษาเพื่อขอความร่วมมือเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงติดตามเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและเครือข่ายในชุมชน โดยสัมภาษณ์ทั้งที่บ้านและที่อื่นๆ เป็นสัดส่วนตามความสะดวกของผู้ป่วยและครอบครัวแล้วแยกสัมภาษณ์ทีละคน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทวันละ 1 คน ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที มีการพักระหว่างการสัมภาษณ์ตามต้องการของผู้ป่วย ส่วนการสัมภาษณ์เครือข่ายใช้เวลาคนละ 30-45 นาที ส่วนใหญ่สัมภาษณ์เสร็จในวันเดียวกัน มีเครือข่าย 5 คนที่ต้องกลับเข้าไปสัมภาษณ์ในภายหลังเนื่องจากไม่ว่างหรือยังไม่พบในวันที่ไปสัมภาษณ์ครั้งแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ และข้อมูลด้านการเจ็บป่วยนำมาแจกแจงในรูปของความถี่ และสถิติเบื้องต้น เช่น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาจำแนกจัดหมวดหมู่ขยายความให้สมบูรณ์ตามกรอบแนวคิดและกรอบคำถาม จากนั้นวิเคราะห์ความครบถ้วนของข้อมูลตามโครงสร้างการสัมภาษณ์และกรอบแนวคิด การวิเคราะห์ใช้วิธีนำข้อมูลที่ได้นำมาแจกแจงความถี่ บรรยายโดยยกตัวอย่างคำสัมภาษณ์ อธิบายเปรียบเทียบกับทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

1) ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 18 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (14 ราย) และสถานภาพโสด (13 ราย) มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 36-45 ปี จนระดับประถมศึกษาพบมากที่สุด (6 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่างงาน (12 ราย) ในด้านสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรทองประกันสุขภาพถ้วนหน้า (15 คน) ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย (13 ราย คน) อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (16 ราย) และอยู่บ้านของพ่อแม่มากที่สุด (14 ราย) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนมากมีรายได้ 2,501-5,000 บาทต่อเดือน อายุที่เริ่มป่วยอยู่ระหว่าง 14-43 ปี ซึ่งจำนวนอายุเฉลี่ยเท่ากับ 23.11 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำสุดคือ 2 ปี สูงสุด คือ 24 ปี จำนวนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.55 ปี (ตารางที่ 1)

2) การเข้าถึงการสนับสนุนสังคมจากรัฐและชุมชน

พบว่าผู้ป่วยเกือบครึ่งไม่ได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการ (8 ราย) ส่วนมากไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนใดๆ (17 ราย) ไม่ได้รับสิ่งของหรือเครื่องอำนวยความสะดวก (14 ราย) เกือบทั้งหมดไม่ได้รับการฟื้นฟูทักษะทางอาชีพในชุมชน (17 ราย) และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นหลัก (18 ราย) และไม่ได้รักษาทางเลือกอื่นๆ มีเพียง 1 ราย ที่รักษากับหมอมอธรรม (ตารางที่ 2)

3) เครือข่ายที่ให้การสนับสนุนต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58) ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 30.7) รองลงไปคือช่วงอายุ 46-59 ปี (ร้อยละ 27.3) 36-45 ปี (ร้อยละ 21.6) และ 18-35 ปี (ร้อยละ 20.45) ตามลำดับ ความสัมพันธ์ของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน ส่วนมากเป็นบุคคลในครอบครัว คือแม่และพี่มากที่สุด (ร้อยละ 17 เท่ากัน) รองลงไปเป็นพ่อและบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 12.5 เท่ากัน) เพื่อนคนรู้จัก เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ญาติ และอื่นๆ พบน้อยที่สุดคือภรรยา น้อง และบุตรตามลำดับ (รูปที่ 1) ส่วนรายได้ต่อเดือนของผู้ให้การสนับสนุน พบมากที่สุดคือ 5,001-10,000 บาท รองลงไปคือ 2,501-5,000 บาท มากกว่า 20,000 บาท และรายได้ไม่แน่นอนพบน้อยที่สุด

4) ขนาดเครือข่ายทางสังคม

ผู้ป่วยโรคจิตเภทหนึ่งคนมีเครือข่ายบุคคลที่ให้การสนับสนุนอยู่ระหว่าง 3-8 ราย โดยเฉลี่ย 4-5 ราย (ประชากรทั่วไปมีขนาดเครือข่ายประมาณ 40 ราย)⁸ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท) จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ ลักษณะครอบครัว การอาศัยอยู่ และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว

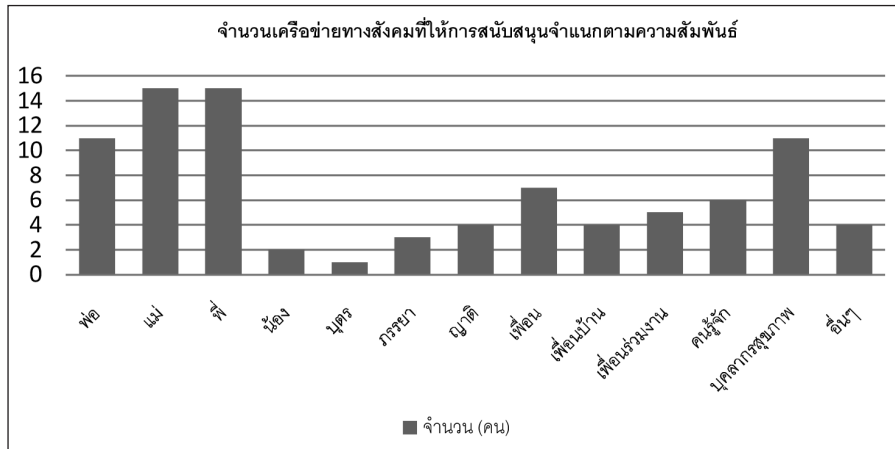
ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน (n=18)
เพศ	
ชาย	14
หญิง	4
สถานภาพ	
โสด	13
คู่	4
หย่าร้าง	1
อายุ	
18-35 ปี	6
36-45 ปี	11
46-59 ปี	1
ระดับการศึกษา	
ระดับประถมศึกษา	6
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	3
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	5
ระดับปริญญาตรี	3
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	1
อาชีพ	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1
พนักงานหน่วยงานธุรกิจ	2
รับจ้าง	1
ว่างงาน	12
ค้าขาย	2
การอาศัยอยู่	
พ่อแม่	16
คู่สมรส	1
พี่น้อง	1
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	
2,501-5,000	8
5,001-10,000	4
10,001-15,000	1
15,001-20,000	2
มากกว่า20,000	1
ไม่แน่นอน/ไม่ทราบ	2

ตารางที่ 2 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างแสดงถึงการเข้าถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ข้อมูล	จำนวนคน (n = 18)
สิทธิการรักษา	
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	15
สิทธิเบิกข้าราชการ	1
สิทธิอื่นๆ	2
การได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการ	
ได้รับ	10
ไม่ได้รับ	8
การได้รับเงินช่วยเหลืออื่นๆ (จากหน่วยงานของรัฐ/ชุมชน)	
ได้รับ	0
ไม่ได้รับ	18
การได้รับสิ่งของ/เครื่องอำนวยความสะดวก	
ได้รับ	4
ไม่ได้รับ	14
การฝึกทักษะอาชีพ	
ได้รับ	1
ไม่ได้รับ	17
การรับบริการสุขภาพในชุมชน	
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	18
คลินิก	0
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	0
การรักษาทางเลือกอื่นๆ	
แพทย์แผนไทย	0
หมอธรรม/หมอดู	1
การรักษากับพระสงฆ์	0
การปฏิบัติธรรม/การเจริญสติ	0
ไม่ได้รักษาทางเลือกอื่นๆ	17

ตารางที่ 3 แสดงขนาดเครือข่ายทางสังคมตามจำนวนของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ขนาดเครือข่าย (n=88) (ราย)	จำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (n=18) (ราย)
3	5
4	4
5	1
6	5
7	2
8	1
รวม	18



รูปที่ 1 แผนภูมิแสดงสถานะความสัมพันธ์ของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

5) การทำหน้าที่ของเครือข่าย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยพบว่าสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนในหลายๆหน้าที่ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นแม่ให้การสนับสนุนมากที่สุด (89 หน้าที่) รองลงไปได้แก่ พี่ (60 หน้าที่) พ่อ (45 หน้าที่) บุคลากรทางการแพทย์ (30 หน้าที่) ส่วนเครือข่ายที่ทำหน้าที่น้อยที่สุด คือบุตร (3 หน้าที่) แต่ลักษณะการช่วยเหลือพบการให้ความสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด (ร้อยละ 18.8) รองลงไปคือการให้ข้อมูลคำแนะนำ (ร้อยละ 14.1) การให้สิ่งของ และการสนับสนุนด้านการจ้างงาน (ร้อยละ 13.8) การเสริมแรงทางบวก การช่วยให้รับรู้คุณค่า (ร้อยละ 13.5) การให้เงิน (ร้อยละ 12.6) การส่งเสริม หรือจัดกิจกรรมฟื้นฟูร่างกายพบว่าการให้การสนับสนุนน้อย (ร้อยละ 4.4) ข้อจำกัดในการให้การสนับสนุนของเครือข่าย คือ รายได้น้อย อายุมาก อากาศทางจิตและความร่วมมือของผู้ป่วย ส่วนเหตุผลในการให้การช่วยเหลือ คือ รู้สึกเห็นใจ สงสารมากที่สุด (ร้อยละ 31.6) รองลงไปเป็นเพราะบทบาทหน้าที่ (ร้อยละ 29.38) เหตุผลส่วนตัวอื่นๆ (ร้อยละ 22.0) และพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 9.6)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีอาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และรายได้ของครอบครัวมีผลต่อการได้รับความสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Francesca¹³ รายงานว่าปัจจัยด้านประชากรที่จำเพาะบางอย่างส่งผลต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางจิตเวช โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูง ส่วนใหญ่มีอาชีพเลี้ยงตนเองได้ และสามารถแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง การกำเริบของโรคน้อยกว่า ขณะที่การมีอาชีพส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความภาคภูมิใจ และมั่นใจในการแสวงหาการช่วยเหลือ หรือการดูแลตนเอง ในด้านการตอบสนองขั้นพื้นฐานได้ดีกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา⁵ สนับสนุนว่าการมีอาชีพช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีความมั่นใจ รับรู้คุณค่า ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไร้อาชีพ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกด้อยคุณค่า ไม่กล้าริเริ่มความสัมพันธ์กับใคร มีขนาดเครือข่ายเล็ก ย่อมส่งผลให้ได้รับความสนับสนุนลดลง หากผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว

ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี ย่อมส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนที่ดี นอกจากนี้การเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีทักษะในการจัดการปัญหาหลายรูปแบบ¹⁴ แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้เกิดการกำเริบซ้ำ ผู้ดูแลเบื่อหน่ายจนขาดการให้ความสนับสนุน หรือละทิ้งบทบาทหน้าที่ อนึ่งรายได้ครอบครัวมีผลต่อการให้ความสนับสนุนด้วย พบว่ารายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่ารายได้ของประชากรทั่วไปในประเทศและในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹⁵ การมีรายได้น้อยย่อมส่งผลต่อการให้ความสนับสนุนผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่ว่าจะเป็นการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน หรือการดูแลให้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น นอกจากนี้อายุที่เริ่มป่วยพบว่าสัมพันธ์กับการได้รับความสนับสนุน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เริ่มป่วยเมื่ออายุมาก มักไม่ค่อยส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ อายุมากมักมีการตอบสนองต่อการรักษาดีกว่าผู้ที่เริ่มป่วยเมื่ออายุน้อย¹ ทำให้ยังสามารถคงบทบาทหน้าที่ต่างๆ ไว้ได้ ส่วนปัจจัยด้านเพศ การกำเริบซ้ำ และสถานภาพการสมรสไม่มีความแตกต่างกันชัดเจนต่อการได้รับความสนับสนุน

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามีความแตกต่างน้อยกว่าประชากรทั่วไป ซึ่งขนาดใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ¹³ คือพบน้อยกว่า 5 คน โดยเฉลี่ย และโดยมากเครือข่ายลำดับต้นๆ เป็นสมาชิกในครอบครัวเช่นเดียวกัน¹⁶ อาจเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในชุมชน ทำให้พบว่าเครือข่ายส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ขณะที่บางการศึกษาที่ศึกษาในผู้ป่วยในหรือในบ้านพัก กลับพบว่าบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในลำดับต้นๆ คือ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์¹⁷ แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทและเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน พบว่าผู้ป่วยที่มีขนาดเครือข่ายทางสังคมจำนวนมาก มีผลต่อความ

รู้สึกมีคุณค่าและการรับรู้ถึงการได้รับการยอมรับ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านการกำเริบซ้ำและการฟื้นฟูหายของโรคพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มที่มีเครือข่ายน้อยและเครือข่าย

จากการสัมภาษณ์จากผู้ให้การสนับสนุน พบว่าสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ค่อนข้างกว้าง ได้แก่ การให้เงินทอง ให้สิ่งของ อำนาจความสะดวกด้านที่อยู่อาศัย การจ้างงาน การสอนงาน ให้คำแนะนำ/ความรู้ในการดูแลตนเอง ส่งเสริมการรับประทานยา สังเกตอาการผิดปกติ การเสริมแรงบวก ส่งเสริมการให้คุณค่า ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะผู้เป็นแม่และพี่ชาย/พี่สาวพบว่าให้การสนับสนุนต่อผู้ป่วยในหลายๆ หน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bronowsky และ Zaluska⁹ รายงานว่าครอบครัวเป็นเครือข่ายให้การสนับสนุนที่ทำหน้าที่ค่อนข้างกว้าง เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนารถ สุวลักษณ์¹⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน พบว่าบุคคลในครอบครัวได้แก่ พ่อ แม่ และภรรยา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าบุคคลอื่นๆ อาจเป็นเพราะมีความผูกพันใกล้ชิดมากกว่า และสะท้อนให้เห็นถึงวัฒนธรรมไทยที่ครอบครัวยังคงดูแลบุคคลที่อ่อนแอเจ็บป่วย ไม่ทอดทิ้งหรือละทิ้งแม้จะต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลบุคคลกลุ่มนี้ ดังนั้นการช่วยเหลือบุคคลที่เป็นเครือข่ายเหล่านี้ให้ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นประเด็นที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการการตอบสนองทางบวกจากเครือข่าย โดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือในการรักษา และแรงจูงใจในการมาโรงพยาบาล รวมถึงการรับรู้คุณค่าของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความต้องการติดต่อทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจากกลุ่มเพื่อนในการแลกเปลี่ยนและระบายนปัญหา การทำกิจกรรม

เพื่อความเพลิดเพลินต่าง ๆ แม้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าคุณเองได้รับการปฏิบัติเช่นบุคคลทั่วไป แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นการไร้สมรรถภาพ ไร้คุณค่า และเป็นภาระต่อคนอื่นจึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงเครือข่ายที่มีคุณภาพ และการแสวงหาการสนับสนุน ทำให้มีเครือข่ายเท่าที่ตนเองพอจะติดต่อและเข้าถึงได้ง่าย เช่น ผู้ป่วยด้วยกัน สมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ให้การยอมรับแม้รู้ว่าป่วยก็ตาม แต่ผู้ป่วยยังขาดศักยภาพในการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากอาการของโรคทำให้แยกตนเอง ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ และถูกล้อเลียน ถูกทำให้อับอาย หรือผลจากอาการข้างเคียงของยาทำให้ไม่กล้าเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีการรับรู้ต่อตนเองในทางลบ เช่น ไร้สมรรถภาพ ไร้ค่า ไม่มีรายได้ ต้องเป็นภาระต่อผู้อื่น ขาดความรู้ในการเข้าถึงไม่ทราบว่าคุณเองมีสิทธิ์ที่จะได้รับอะไรบ้าง ไม่ทราบแหล่งช่วยเหลือ ขาดผู้แนะนำแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ แหล่งช่วยเหลือในชุมชนที่ไม่มีการสนับสนุนต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐาน เป็นต้น

จากการศึกษานี้พบว่าสวัสดิการที่ได้รับจากรัฐมากที่สุดคือสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์การรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจต่อการใช้สิทธิ์เนื่องจากสะดวกและมีขั้นตอนในการใช้สิทธิ์ที่ง่ายไม่ซับซ้อน ผู้ที่มา รักษาด้วยตนเองสามารถดำเนินการได้ง่าย อีกทั้งไม่มีค่าใช้จ่ายใดใด ทำให้การมารับการรักษาง่ายขึ้น รองลงไปเป็นสวัสดิการด้านเบี้ยยังชีพสำหรับผู้พิการที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่าครึ่งได้รับการช่วยเหลือนี้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ยังไม่ได้รับ

การช่วยเหลือจากสวัสดิการนี้ มีความรู้สึกด้านลบต่อการรับเบี้ยยังชีพ เช่น การที่ต้องกลายเป็นผู้พิการทำให้รู้สึกด้อยค่า มองว่าตนเองมีมือมีเท้าแต่ต้องถูกตีตราว่าเป็นผู้พิการก่อนได้รับเงินช่วยเหลือ ทำให้ไม่ยอมขอรับการช่วยเหลือ แม้แต่ผู้ที่ได้รับเบี้ยยังชีพเองก็กล่าวถึงความรู้สึกด้านลบต่อการได้รับเบี้ยยังชีพ เช่น รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้พิการโดยถาวร รู้สึกว่าตนเองเป็นคนแตกต่างจากผู้อื่นที่อยู่ในสังคมทั่วไป บางคนอยากคืนเงินแต่ถูกห้ามจากครอบครัว ดังนั้นการเข้าถึงเบี้ยยังชีพของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะจากตราบาป ส่วนการได้รับการช่วยเหลือจากเงินอุดหนุนอื่นๆ ในบริบทที่ได้รับจริงจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือในส่วนนี้เลย ขณะที่การช่วยเหลืออื่นๆ ที่จำเป็นในชุมชนสำหรับผู้ป่วย เช่น การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมทักษะชีวิต การติดตามดูแลในชุมชนจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมบำบัดอื่นๆ สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดกล่าวว่ารูปแบบบริการเหล่านี้ไม่มีบริการในชุมชนและจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจเนื่องจากไม่ทราบสิทธิ์ และขาดทักษะในการแสวงหาและเข้าถึงการช่วยเหลือต่างๆ อีกทั้งชุมชนยังขาดการตระหนักถึงบุคคลกลุ่มนี้ ทำให้มีแนวโน้มที่จะรับรู้การให้ความสนับสนุนที่ต่ำ ดังเช่นการศึกษาของ Lamp¹⁹ ที่พบว่าผู้ที่ได้รับความสนับสนุนที่หลากหลายจากรัฐมักรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มากกว่า ขณะที่ผลการการศึกษา²⁰ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทคนไทยรายงานว่าคุณป่วยได้รับการสนับสนุนสวัสดิการจากรัฐอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63 เป็นการสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ แต่เมื่อศึกษาในบริบทจริง กลับพบว่าการเข้าถึงการสนับสนุนต่างๆ ยังมีจำกัดอยู่ เช่น ขาดการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนอื่นๆ เป็นส่วนน้อย ยกเว้น

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกือบทั้งหมด กล่าวถึงความสะดวกสบาย ขั้นตอน และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ลดลง ช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับการรักษาได้ส่วนหนึ่ง

สรุป

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีขนาดเครือข่ายทางสังคมน้อย โดยมากมักเป็นสมาชิกในครอบครัว ขาดเพื่อนพุดคุย มีความต้องการการตอบสนองด้านการให้คุณค่า การตอบสนองทางด้านอารมณ์ และให้คุณค่าต่อการที่มีอาชีพที่เหมาะสมกับตนเอง มีการรับรู้ต่อตนเองในทางลบคือตราบาปและการไร้สมรรถภาพ นอกจากนี้ยังขาดการเข้าถึงสวัสดิการสังคมที่หลากหลาย โดยเฉพาะโปรแกรมจิตสังคมบำบัดในชุมชนเพื่อการบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

การได้รับความสนับสนุนส่งผลต่อการรับรู้คุณค่า และแรงจูงใจต่อการรักษา จึงควรมีการส่งเสริมการให้คุณค่า การสะท้อนทางบวก การมีส่วนร่วมทางสังคม ส่งเสริมเครือข่ายที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย ผู้ให้การสนับสนุน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวนับว่ามีบทบาทมากในการสนับสนุนผู้ป่วยจึงควรได้รับการส่งเสริมให้ทำหน้าที่ในการให้ความสนับสนุนแก่ผู้ป่วย การประเมินความสามารถและทักษะในการให้ความสนับสนุน นอกจากนี้ การศึกษาในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมยังมีจำกัด จึงควรมีการศึกษาเพิ่มขึ้นไม่เพียงแต่ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่านั้น แต่ควรศึกษาโรคจิตเวชอื่นๆ ด้วยต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีขนาดเล็กกว่าที่คำนวณได้ เนื่องจากในช่วงที่ศึกษามีผู้ป่วยมารับการรักษาน้อย ประกอบกับมีผู้ป่วยกว่า 1 ใน 3 ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกเข้าศึกษา การนำไปอ้างอิง ควรระมัดระวัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตวัยแรงงาน (The Research and Training Center for Quality of Life of Working Ages People : REQW) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มอบทุนวิจัยในครั้งนี้ และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่เอื้ออำนวยให้การวิจัยเรื่องนี้ลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Paholpak S. Psychiatry for medical personnel. Department of Psychiatry Faculty of Medicine Khonkaen University. 2th ed. Klungnavittaya: Khon Kaen; 2003: 161-170.
2. Sadock BJ, Sadock VJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 10th ed. Baltimore : William & Wilkins; 2007: 467-97.
3. WHO. Mental health: a state of well-being. c2009- [cited Dec 28 2011]. Available from:http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html
4. Information Division. The Top 5 of psychiatric inpatients by age group from fiscal year 2005-2007. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2007: 12-15.
5. Coring DJ, Cook JV. Use of qualitative method to explore the quality of life construct from a consumer perspective. Psychiatr Serv 2007; 58: 5 pages. [cite 2011 Dec 12] Available from: <http://ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3793/07ps240.pdf>

6. Melle I, Friis S, Hauff E, Vaglum P. Social Functioning of Patients With Schizophrenia in High-Income Welfare Societies. *Psychiatr Serv* 2000; 50(2): 6 pages. [cite 2011 Dec 12] Available from: <http://ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3536/223.pdf>
7. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. Social relationships and health. *Amer Psycho* 2004; 59. [cite 2011 Dec 10] Available from: <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/AmerPsycholpaper.pdf>
8. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *Int J Soc Psychiatry* 2001; 47 [cite 2011 Dec 18] Available from: <http://isp.sagepub.com/content/47/3/67.full.pdf>
9. Bronowski P, Zaluska M. Social support of chronically mentally ill patients. *Arch Psychiatr Psychother* 2008; 2 : 13-9. Available from: http://archivespp.pl/uploads/images/2008_10_2/13_p___Archives%202_08.pdf
10. Sukkiaw T. Social support and burden among caregivers of the Schizophrenic patients [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2000.
11. Yuenyongsan W. Social support of caregivers of persons with schizophrenia [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002.
12. Chirawatkul A. Biostatistics for the health sciences research. 2th ed. Khon Kaen: Department of Biostatistics and Demography Khon Kaen University; 2005: 182-3.
13. Pernice-Duca F. The Structure and Quality of Social Network Support among Mental Health Consumers of Clubhouse Programs. *J Community Psychol* 2008; 36: 929-46.
14. Wiwegwan Y. Mental health and Caregiver's behavior on patients with schizophrenia [Thesis]. Bangkok: Mahidol University. 2000.
15. National Statistical Office. An economic and social survey of household [cited September 22, 2011]. Available from : <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/socioSum54.pdf>
16. Kaviha C.. Causal Beliefs, Stigma and Social Support in Persons with Schizophrenia and their Caregivers 2010: 1-10 . [cited September 22, 2011] Available from: <http://psychotherapyhd.files.wordpress.com/2010/03/causal-beliefs-stigma-and-social-support-in-persons-with-schizophrenia-and-their-caregivers.pdf>
17. Young KW. Social Support and Life Satisfaction. *Int J Soc Psychiatry* 2006; 10 (2): 155-64 .
18. Petcharat B, Suwaluk Y. Factors related to caregivers' caring behaviors for chronic schizophrenic patients at home. *Songkla Med J* 2003; 21: 249-58.
19. Lam JA, Rosenheck RA. Correlates of improvement in quality of life among persons who are homeless and have serious mental illness. *PS Psychiatry* 2000; 51: 116-9.
20. Wongsuraprakit S. Home Care Needs of Family of the Schizophrenic [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007.