

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ข้อที่ 4 ที่ตั้งไว้คือ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเครือข่ายจำนวน 187 ราย แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ นอกกรอบแนวความคิด ซึ่งผลการศึกษา มีดังนี้

7.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร โดยใช้ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square) และใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยนำตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการมาวัดหาค่าความสัมพันธ์ เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยการจับคู่กับตัวแปรตาม และเป็นการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบ 2 ทาง (Two Tailed Test) ใช้ความเชื่อมั่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการทดสอบสมมติฐานและการอภิปรายผลมีดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความเกี่ยวพันทางเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากศึกษาพบว่า ความเกี่ยวพันทางเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 7.1)

ตารางที่ 7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเกี่ยวพันทางเครือญาติกับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

บทบาทในการดูแล ความเจ็บป่วย	ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ			รวม
	สายโลหิต	การแต่งงาน	สมมติ	
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
ระดับต่ำ	28.3 (26)	21.3 (16)	63.1 (12)	29.0 (54)
ระดับปานกลาง	41.3 (38)	33.3 (25)	31.6 (6)	37.1 (69)
ระดับสูง	30.4 (28)	45.4 (34)	5.3 (1)	33.9 (63)
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
(จำนวน)	(92)	(75)	(19)	(186)

Chi-square 17.873 Significance 0.001 $P < 0.05$

จากตารางที่ 7.1 เครือญาติที่มีความเกี่ยวพันทางเครือญาติโดยสายโลหิต โดยการแต่งงาน และเครือญาติสมมติ เมื่อเปรียบเทียบบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วยระดับสูงระหว่างทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า เครือญาติโดยการแต่งงานมีบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วยมากกว่าเครือญาติโดยสายโลหิตและเครือญาติสมมติ คิดเป็นร้อยละ 45.4 ร้อยละ 30.4 และร้อยละ 5.3 ตามลำดับ

และเมื่อทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ความเกี่ยวพันทางเครือญาติที่แตกต่างกัน ทำให้มีบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยแตกต่างกัน นั่นคือ ความเกี่ยวพันทางเครือญาติมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 2 สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของเครือญาติมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

การศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของเครือญาติ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ขนาดถือครองที่ดิน ตำแหน่งในชุมชน ตำแหน่งในครอบครัว การมีบทบาทช่วยเหลือชุมชน ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้ (ตารางที่ 7.2)

สมมติฐานที่ 2.1 เพศมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=.0390, P>0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องคล้อยกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แม้จะพบว่าเครือญาติเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งตรงกับการศึกษาของ จุฑามาศ ปัจจะวิสุทธิ์ (2536) แต่การศึกษาค้างนี้ไม่ต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษาค้างนี้ได้กำหนดบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยไว้หลายด้านด้วยกัน ทั้งบทบาทในกระบวนการรักษาพยาบาล และบทบาทในการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว ทั้งเพศชายและเพศหญิงต่างก็มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ต่างกันที่ลักษณะของบทบาทหรือมีหน้าที่ที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน กล่าวคือ เพศหญิงจะมีหน้าที่ส่วนใหญ่ในการอภิบาลผู้ป่วย เช่น การให้ยา การเช็ดตัว การดูแลเรื่องอาหาร เป็นต้น ซึ่งในแง่ดังกล่าวเป็นไปตามการศึกษาของ Elliot-Binn (1973) และ Litman (1971) ที่พบว่า ภรรยาและแม่เป็นผู้ที่ให้การคำแนะนำที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีบทบาทสูงในการเฝ้าระวังรักษาผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในบ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของสุนัตรา บัญชาชัย และคณะ (2533) ที่พบว่า มารดา ย่าหรือยายจะเป็นผู้ตัดสินใจในการใช้ยามากที่สุด ซึ่งการศึกษาที่กล่าวมาเป็นการมองบทบาทในแง่ใดแง่หนึ่งเท่านั้น ส่วนการศึกษาค้างนี้ได้รวมไปถึงการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาซึ่งเกี่ยวข้องกับเงินทองค่าใช้จ่าย การตัดสินใจอนุญาตให้แพทย์ทำการรักษาพิเศษ ตลอดจนบทบาทการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยเฉพาะการนำส่งโรงพยาบาลหรือในระหว่างรักษาในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนเรื่องเงินทองสิ่งของ ซึ่งเป็นบทบาทที่เพศชายกระทำไม่ได้แตกต่างจากเพศหญิง จึงทำให้การศึกษาค้างนี้ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2.2 อายุมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า อายุของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .0510$, $P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้กำหนดด้านการรักษาอย่างเดียวเท่านั้น ยังศึกษาการสนับสนุนทางสังคมด้วย และได้กำหนดอายุของกลุ่มเครือญาติที่ศึกษาไว้ไม่ต่ำกว่า 18 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่มีวุฒิภาวะแล้ว จึงมีโอกาสช่วยเหลือด้านแรงงาน เช่น ผู้ที่มีอายุปานกลางจะมีบทบาทดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ผู้ที่มีอายุน้อยจะช่วยเหลือทำงานแทนผู้ป่วย เครือญาติที่อยู่วัยสูงอายุจะช่วยเหลือยกลูกของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2.3 การศึกษามีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การศึกษาระดับประถมศึกษาของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.0323$, $P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ถึงแม้ว่าจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.0) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ อูไรพร พงศ์พานาคี (2533:32) การศึกษาจะทำให้บุคคลมีพัฒนาการทางสติปัญญา มีความรอบรู้และมีเหตุผลในการตัดสินใจกระทำในสถานการณ์ แต่ในระบบของการดูแลความเจ็บป่วยนั้นเป็นวัฒนธรรมหนึ่งที่มีอยู่ในทุกสังคม โดยอาศัยแนวทางปฏิบัติจากความรู้ความเชื่อ ที่เป็นประสบการณ์มากกว่าจากการศึกษาในระบบการศึกษา และในที่นี้ได้รวมถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยทั้งการรักษาตนเอง การรักษาแบบพื้นบ้าน และการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาล ดังนั้น การศึกษาของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2.4 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .0202$, $P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แม้ว่าเครือญาติส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรส คือ แต่งงานแล้วและอยู่ด้วยกันก็ตาม (ร้อยละ 86.6) ทั้งนี้เป็นเพราะเครือญาติเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเป็นเครือญาติสมมติ ซึ่งมีบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วยน้อยกว่าอยู่แล้ว และแม้ว่าเครือญาติที่มีบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วยมาก จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยดัง

ที่กล่าวมาแล้ว แต่ผู้ที่มีสถานภาพสมรสนอกเหนือจากนี้จะมีบทบาทไม่ต่างกัน โดยเฉพาะในครอบครัวอื่นๆ ที่ไม่ใช่ครอบครัวของผู้ป่วย ในขณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ที่มีสถานภาพสมรสเป็น โสดมักได้แก่บุคคลที่อยู่ในครอบครัวของผู้ป่วย จะเป็นผู้ให้ความสนใจมาดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง จึงพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2.5 อาชีพมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า อาชีพเกษตรกรรมของเครือญาติมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .1522$, $P < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษพบว่าเครือญาติส่วนใหญ่มีอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ปัจจะวิสุทธ์และคณะ (2536:37) และของ อุไรพร พงศ์พานาค (2532: 83) อาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่ทำเป็นช่วงฤดู มีโอกาสเข้ามาพบปะการดูแลความเจ็บป่วยได้มาก ซึ่งต่างจากอาชีพอื่นๆ เช่น อาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขาย อาชีพรับราชการ โดยเฉพาะอาชีพรับจ้าง มีรายได้เป็นรายวัน ถ้าหยุดงานหลายวันก็จะมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการทำงาน ส่วนอาชีพรับราชการ มักจะอยู่ต่างถิ่นและมีขีดจำกัดในเรื่องของการลางาน จึงทำให้ไม่มีบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยเท่าที่ควร ดังนั้นอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2.6 รายได้มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า รายได้ของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .0409$, $P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ถึงแม้ว่าจากการศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้ต่อปี 30,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 39.3) แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤตในครอบครัว และแม้ว่าสภาพทางเศรษฐกิจครอบครัว จะเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่กำหนดแนวทางการรักษาพยาบาล แต่สำหรับการดูแลความเจ็บป่วยไม่ได้ขึ้นอยู่กับรายได้ เพราะวิธีการรักษาพยาบาลมีทางเลือกอยู่หลายทาง และเครือญาติจะมีบทบาทดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การรักษาตนเอง ยังไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวความคิดของ Crawford (1985:100) ว่า ฐานะเศรษฐกิจของบุคคล กำหนดการใช้บริการเลือกแหล่งรักษาคุณภาพ แต่เนื่องจากในสังคมชนบทไทยมีการช่วยเหลือกันอย่างใกล้ชิด ในยามเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องเลือกแหล่งรักษาที่คิดว่ามี

คุณภาพ เมื่อไม่มีเงินก็สามารถหยิบยืมได้จากเครือญาติและเพื่อนบ้าน ดังนั้นรายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2.7 ขนาดถือครองที่ดินมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า ขนาดถือครองที่ดินของเครือญาติมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .1840, P < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ขนาดถือครองที่ดินเป็นเครื่องชี้วัดฐานะเศรษฐกิจได้มากกว่ารายได้ต่อปีของกลุ่มเครือญาติ ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ผู้ที่มีฐานะดีกว่าย่อมมีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่นได้มากกว่า ดังนั้นขนาดถือครองที่ดินมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2.8 ตำแหน่งในชุมชนมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า ตำแหน่งในชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .1076, P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเครือญาติส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งในชุมชน มีบางส่วนที่มีตำแหน่งในชุมชน เช่น กรรมการหมู่บ้าน อสม. ครูโรงเรียนประจำหมู่บ้าน ซึ่งเครือญาติที่มีตำแหน่งเหล่านี้มีความเกี่ยวพันทางเครือญาติอยู่แล้ว การดูแลความเจ็บป่วยจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับตำแหน่งทางสังคม และวิธีการรักษาระหว่างเครือญาติที่มีตำแหน่งในชุมชนกับไม่มีตำแหน่งในชุมชน ย่อมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากมีวิถีชีวิต ตลอดจนความเชื่อด้านการดูแลความเจ็บป่วยเดียวกัน จึงทำให้ตำแหน่งในชุมชนของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2.9 ตำแหน่งในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า ตำแหน่งสมาชิกในครอบครัวของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.0610, P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ถึงแม้ว่าจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่

เป็นสมาชิกในครอบครัว แต่ไม่ว่าเครือญาติจะมีตำแหน่งหัวหน้าครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย ต้องเข้ามามีบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยเนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่สุด แม้ว่าเครือญาติที่มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องออกไปทำงาน แต่เมื่อหลังเลิกงานก็ยังคงมาดูแลผู้ป่วยเช่นกัน ดังนั้นตำแหน่งในครอบครัวของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 2.10 การมีบทบาททางสังคมมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การมีบทบาทผู้นำอาวุโสของเครือญาติไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.0750, P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เครือญาติส่วนใหญ่ไม่มีบทบาททางสังคม มีบางส่วนที่มีบทบาททางสังคม เป็นผู้นำอาวุโสของหมู่บ้าน สมาชิกกลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้าน หมอพื้นบ้าน (หมอตำแย) ครูโรงเรียนประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่เสียสละช่วยเหลือชุมชน แต่เครือญาติดังกล่าวมีความเกี่ยวพันทางเครือญาติอยู่แล้วและมีวัฒนธรรมสุขภาพเดียวกัน ดังนั้นการมีบทบาททางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

ตารางที่ 7.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของ
เครือญาติกับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐาน ที่	สถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ	จำนวน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P
2.1	เพศ	187	.0390	.597
2.2	อายุ	187	.0510	.489
2.3	การศึกษา	187	-.0323	.661
2.4	สถานภาพสมรส	187	.0202	.784
2.5	อาชีพ	187	.1522	.038*
2.6	รายได้	186	.0409	.581
2.7	ขนาดถือครองที่ดิน	186	.1840	.012*
2.8	ตำแหน่งในชุมชน	187	.1076	.144
2.9	ตำแหน่งในครอบครัว	187	-.0610	.408
2.10	การมีบทบาททางสังคม	187	-.0750	.309

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 7.2 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของเครือญาติ มีบางปัจจัยทางฐานะเศรษฐกิจเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาชีพและขนาดถือครองที่ดิน ส่วนปัจจัยสถานภาพทางสังคมของเครือญาติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ตำแหน่งในชุมชน ตำแหน่งในครอบครัว และการมีบทบาททางสังคม

สมมติฐานที่ 3 ความผูกพันทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า ความผูกพันทางสังคมมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .6774$, $P < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ตารางที่ 7.3)

สมมติฐานที่ 3.1 ระยะเวลาที่รู้จักผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่รู้จักผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .0417$, $P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องจาก ถึงแม้ว่าเครือข่ายจะรู้จักกับผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน แต่ก็ไม่ค่อยได้พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ก็ไม่ก่อให้เกิดความผูกพันอย่างเหนียวแน่นและลึกซึ้ง ซึ่งเป็นการรู้จักแบบผิวเผิน การแสดงออกความเป็นห่วงใยในยามเจ็บป่วยจึงไม่มาก ระยะเวลาที่รู้จักกันกันจึงไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ตารางที่ 7.3)

สมมติฐานที่ 3.2 วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า วัตถุประสงค์มาดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .5919$, $P < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ตารางที่ 7.3)

ตารางที่ 7.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางสังคมกับบทบาทการดูแล
ความเจ็บป่วย

สมมติฐาน ที่	ความผูกพันทางสังคม	จำนวน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P
3.1	ความผูกพันทางสังคม	187	.6774	.000*
3.2	ระยะเวลาที่รู้จักผู้ป่วย	187	.0417	.572
3.3	วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย	187	.5919	.000*

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 7.3 พบว่า ปัจจัยความผูกพันทางสังคมกับผู้ป่วยและปัจจัยวัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือความผูกพันทางสังคมและวัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ส่วนระยะเวลาที่รู้จักผู้ป่วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**สมมติฐานที่ 4 การรับรู้สถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับ
บทบาทการดูแลความเจ็บป่วย**

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.0291$, $P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะในสังคมชนบท จะมีความแตกต่างกันระหว่างสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละครอบครัวน้อย และเครือข่ายโดยส่วนใหญ่เห็นว่า สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมไม่เป็นปัญหาอุปสรรคที่จะคบหากัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเครือญาติ ซึ่งความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นจะเกิดขึ้นจากการมีโอกาสช่วยเหลือพึ่งพากันในชีวิตประจำวัน มากกว่าการจะยอมรับนับถือกันจากฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อันเป็นลักษณะทั่วไปของความสัมพันธ์แบบประมุขุมิ ซึ่งตรงข้ามกับลักษณะของชุมชนเมืองที่คบหากันอย่างเป็นทางการ โดยดูจากลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นการรับรู้สถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย (ตารางที่ 7.4)

**ตารางที่ 7.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ
ผู้ป่วยกับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย**

การรับรู้ทางสถานการณ์ทางสังคม และเศรษฐกิจผู้ป่วย	จำนวน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P
การรับรู้ตำแหน่งหน้าที่ผู้ป่วย	187	.0078	.916
การรับรู้วัยอายุผู้ป่วย	187	.0168	.820
การรับรู้อาชีพผู้ป่วย	187	-.0326	.659
การรับรู้การศึกษาความรู้ความสามารถ	187	.0547	.458
การรับรู้ฐานะเศรษฐกิจผู้ป่วย	187	-.1373	.062
รวม	187	-.0291	.693

สมมติฐานที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

การศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยได้กำหนดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้สุขภาพอนามัยทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้ชนิดความเจ็บป่วย การรับรู้ประเภทความรุนแรง การรับรู้ระดับความรุนแรง การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย การรับรู้การรักษาที่อาจเสี่ยงอันตราย และการรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ ซึ่งผลการศึกษามีดังนี้ (ตารางที่ 7.5)

สมมติฐานที่ 5.1 การรับรู้สุขภาพอนามัยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .0035, P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษาค้างนี้ได้กำหนดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยโดยทั่วไปตามแนวคิดของทางการแพทย์สมัยใหม่ ในขณะที่การรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของเครือญาติเป็นลักษณะของการผสมผสานความรู้ทั้งแบบดั้งเดิมและแบบสมัยใหม่และจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามพื้นฐานความเชื่อหรือตามการประเมิน อันเป็นลักษณะของการผสมผสานความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของตนเอง และจากการได้เห็น ได้ยิน ได้ฟังมาในกลุ่มเครือญาติด้วยกัน มากกว่าที่จะเป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ดังนั้นการรับรู้สุขภาพอนามัยทั่วไปจึงไม่มีความสัมพันธ์บทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 5.2 การรับรู้ชนิดความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยชนิดโรค ไม่ได้ติดต่อไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.0977, P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะเครือญาติจะให้ความสำคัญกับการแบ่งชนิดของโรคดังกล่าวนี้้น้อยมาก อีกทั้งเครือญาติที่มีบทบาทในกระบวนการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นญาติใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว จึงไม่ได้เน้นถึงกิจจและสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ทุกอย่าง ส่วนญาติที่ห่างออกไปมักมีบทบาทสนับสนุนทางสังคมมากกว่า

และในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล ก็เป็นการมาเยี่ยมเยียนมากกว่าการมาช่วยดูแล ซึ่งเชื่อว่าไม่มีผลต่อการติดต่อโรคกับผู้ป่วยแต่อย่างใด จึงปฏิบัติไม่ต่างกันทั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อหรือโรคไม่ติดต่อ ดังนั้นการรับรู้ชนิดความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลความเจ็บป่วย ดังกรณีผู้ป่วย 2 ราย นี้

กรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 25 ปี มีประวัติเป็นโรคเอดส์ระยะ 3 มาโรงพยาบาลด้วยโรคปอดบวม โดยมีพ่อแม่พามา ทั้งๆ ที่รับรู้ว่าเป็นโรคติดต่อ และรุนแรง ผู้เป็นแม่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นการเช็ดตัว ป้อนน้ำ อาหาร การให้กำลังใจ ปรนนิบัติดูแลเหมือนปกติทั่วไป บุคคลภายนอกมีอาจทราบได้เลยว่าเป็นผู้ป่วยโรคติดต่อ ทั้งแม้รับรู้ว่าเป็นโรคติดต่อทางใด มีวิธีป้องกันอย่างไร

อีกกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยชาย อายุ 23 ปี มาโรงพยาบาลด้วยโรคท้องเสียเรื้อรัง โดยมีภรรยา แม่ของภรรยา และญาติทางภรรยาพามา แพทย์เจาะเลือดพบว่าติดเชื้อโรคเอดส์ จึงอธิบายให้ผู้ป่วยและภรรยาทราบ ภรรยาไม่มีที่ทำงานเลี้ยงดูผู้ป่วย ยังคงดูแลอย่างใกล้ชิด จนไม่คิดสังเกตต่อเครือญาติทั่วไปว่าเป็นโรคติดต่อที่รุนแรง

จากกรณีทั้ง 2 รายนี้ เห็นได้ว่า แม้ผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อที่รุนแรง สังคมยังไม่ยอมรับ ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลความเจ็บป่วยแต่อย่างใด

สมมติฐานที่ 5.3 การรับรู้ประเภทความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับบทบาท

การดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประเภทความรุนแรงแบบเฉียบพลัน ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.1218$, $P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน เครือญาติจะมีบทบาทมากในส่วนของการนำส่งโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง เครือญาติจะมีบทบาทมากในส่วนของการช่วยเหลือดูแลรักษาประคับประคอง ดังนั้นการรับรู้ประเภทความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 5.4 การรับรู้ระดับความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ระดับความรุนแรงมากไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.0484$, $P > 0.05$) ซึ่ง

ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจนกระทั่งต้องพักรักษาในโรงพยาบาล ถือว่ามีความรุนแรงอยู่ในระดับหนึ่งตามความรู้สึกรู้สึกของเครือญาติจึงไม่มีความแตกต่างกันมากนักระหว่างความรุนแรงในระดับต่างๆ และเครือญาติจะให้ความสำคัญว่าผู้ป่วยจะหายหรือไม่ มากกว่าที่จะคิดว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากนักน้อยเพียงใด จึงจะมีบทบาทดูแล ดังนั้นการรับรู้ระดับความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 5.5 การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วยจากสิ่งเหนือธรรมชาติ มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=.2203$, $P<0.05$) ทั้งนี้เป็นเพราะในกลุ่มของเครือญาติเองที่รับรู้สาเหตุที่เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติจะมีบทบาทมากในช่วงก่อนมาโรงพยาบาล ได้แก่ การรักษาทางไสยศาสตร์ พฤติกรรมแสวงหาแหล่งรักษา ในขณะที่ผู้ที่รับรู้สาเหตุที่เกิดจากธรรมชาติก็จะนำส่งโรงพยาบาล และเครือญาติจะมีบทบาทน้อยลงเนื่องจากบุคลากรการแพทย์ที่เข้ามามีบทบาทในด้านการรักษาพยาบาลในขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 5.6 การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตรายมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้การตรวจพิเศษที่ไม่เสี่ยงอันตราย มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=-.2034$, $P<0.05$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงลบกับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย โดยพบว่า เครือญาติส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล จะยกหน้าที่การตรวจรักษาให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยความเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจพิเศษบางอย่างที่ไม่เสี่ยงอันตราย จะมีบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยน้อย และมีหน้าที่รับทราบแพทย์ได้ตรวจอะไรให้บ้างเท่านั้น ดังนั้น การรับรู้ว่าการตรวจพิเศษที่เสี่ยงอันตรายจะมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 5.7 การรับรู้การรักษาที่เสี่ยงอันตรายมีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้การรักษาโดยการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.0404, P > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะในกระบวนการรักษายาบาลก่อนมาโรงพยาบาลได้กำหนดบทบาทของเครือญาติไว้ว่าต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นแม้ว่าเครือญาติจะรับรู้วิธีการรักษาโดยตรง แต่ด้วยความจำเป็นจะต้องแก้ปัญหาในภาวะวิกฤติ จะต้องแสวงหาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย แล้วนำมาปฏิบัติต่อผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาล เครือญาติก็จะยกหน้าที่การรักษาให้แพทย์พยาบาลเป็นผู้ดูแล ถึงแม้ว่าจะรับรู้การรักษาบางอย่างเสี่ยงอันตรายต่อผู้ป่วยก็ยอมให้แพทย์รักษา เนื่องจากมีความคิดว่าแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และเครือญาติไม่กล้าเสี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้หากไม่ยินยอมให้แพทย์รักษา ดังนั้นการรับรู้การรักษาที่เสี่ยงอันตรายจึงไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่ 5.8 การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.1920, P < 0.05$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงลบกับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย และจากผลของการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ซึ่งสอดคล้องกับการแพทย์แผนปัจจุบันมาก จะมีบทบาทในระดับน้อย ทั้งนี้เพราะส่วนหนึ่ง ไม่กล้าที่จะตัดสินใจรักษาด้วยตนเองจึงยกหน้าที่ให้บุคลากรทางการแพทย์ เครือญาติจะมีบทบาทเพียงปฏิบัติตามคำแนะนำ บทบาทการดูแลความเจ็บป่วยน้อยลง ส่วนเครือญาติที่การรับรู้สอดคล้องกับทางการแพทย์น้อย เข้ามามีบทบาทการลงความเห็นประเมินผลอาการ และตัดสินใจตามการรับรู้ของตนเอง จึงมีพฤติกรรมการแสวงหาวิธีรักษาทำให้มีพฤติกรรมบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยมาก ดังนั้นเครือญาติที่มีการรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ มีสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

กรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 90 ปี อยู่บ้านแวงใหญ่ ตำบลแวงใหญ่ อำเภอแวงใหญ่ ป่วยด้วยโรคไตวาย พักรักษาในโรงพยาบาล 1 วัน ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง หายใจเหนื่อยหอบ ทนาวสัน แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยา น้ำเกลือ และจำกัด

น้ำดื่ม เครื่องญาติเห็นอาการหนาวสั่น รับรู้ว่าการรุนแรง ประกอบกับอายุมาก ถึงรักษาไม่นานก็คงเสียชีวิต จึงตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เนื่องจากมีความเชื่อว่าคนที่ตายในบ้าน จะมีความสุขที่ได้อยู่ใกล้ลูกหลาน วิญญาณมีที่อยู่อาศัย ถ้าเสียชีวิตสถานที่แปลกถิ่น ทำให้วิญญาณเรวร้อนกลับบ้านไม่ถูก ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีข้าวกิน นอกจากเงินไขความเชื่อแล้ว ยังมีเงินไขความสะดวกในการพากลับ และจัดงานศพได้ง่ายขึ้น

ตารางที่ 7.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยกับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

สมมติฐานที่	การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	จำนวน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P
5.1	การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป	184	.0035	.963
5.2	การรับรู้ชนิดความเจ็บป่วย	186	-.0977	.186
5.3	การรับรู้ประเภทความรุนแรง	187	-.1218	.098
5.4	การรับรู้ระดับความรุนแรง	186	-.0484	.513
5.5	การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย	186	.2203	.003*
5.6	การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย	181	-.2034	.006*
5.7	การรับรู้การรักษาที่อาจเสี่ยงอันตราย	182	-.0404	.588
5.8	การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์	143	-.1920	.022*

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 7.5 ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยบางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย และการรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรับรู้ชนิดความเจ็บป่วย การรับรู้ประเภทความรุนแรง การรับรู้ระดับความรุนแรง และการรับรู้การรักษาที่อาจเสี่ยงอันตราย

สรุปได้ว่า ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ได้ตั้งสมมติฐานไว้ 5 สมมติฐาน จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยเป็นไปตามสมมติฐาน มีเพียงบางตัวแปรใน 4 สมมติฐานเท่านั้น ซึ่งพิจารณาเรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปหาน้อย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ได้แก่ วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ ขนาดถือครองที่ดิน อาชีพหลัก ความผูกพันทางสังคม การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ การรับรู้การตรวจที่อาจเสี่ยงอันตราย ตามลำดับ (ตารางที่ 7.6)

ตารางที่ 7.6 สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

ลำดับที่	ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
1	วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย	.5915	.000
2	การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย	.2203	.003
3	ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ	.2034	.005
4	ขนาดถือครองที่ดิน	.1840	.012
5	อาชีพหลัก	.1522	.038
6	ความผูกพันทางสังคม	.0417	.000
7	การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์	-.1920	.022
8	การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย	-.2034	.006

7.2 ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำปัจจัยทั้งหมดดังกล่าวข้างต้นเข้าสู่สมการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (X) หลายตัวที่มีต่อตัวแปรตาม (Y) ตัวเดียวกัน ถ้าตัวแปรอิสระใดที่เข้าไปอยู่ในสมการแล้วไม่มีความสัมพันธ์ต่อตัวแปรตามก็จะถูกตัดออกจากสมการ และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามจะถูกเลือกเข้าสู่สมการ เพื่อนำมาทำนายการเกิดเหตุการณ์ของตัวแปรตามได้ (ตารางที่ 7.7)

ตารางที่ 7.7 ค่าวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวทำนายกับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

ปัจจัยทำนาย	B	Beta	T	SigT	MultR	R ²	ลำดับ ที่ส่งผล
ความผูกพันทางสังคม	.943	.465	7.032	.000	.665	.4417	1
วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย	12.885	.383	5.793	.000	.741	.5483	2
รายได้	5.725	.171	3.151	.002	.759	.5754	3
การรับรู้ที่สอดคล้องกับ-- ทางการแพทย์	-2.454	-.188	-3.512	.001	.775	.6009	4
ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ	3.978	.117	2.174	.032	.785	.6171	5
ตำแหน่งในชุมชน	11.345	.114	2.116	.036	.793	.6295	6
ค่าคงที่	.3576						

จากตารางที่ 7.7 เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนด้วยปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้ มี 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทำนายลำดับแรกคือ ความผูกพันทางสังคม วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย รายได้ การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ และตำแหน่งในชุมชน โดยมีรายละเอียดในการคัดเลือกปัจจัยในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ปัจจัยแรกที่ได้รับการคัดเลือก คือ ความผูกพันทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย(b)=.943 และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมาตรฐาน (Beta)=.465 สามารถอธิบายบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 44.17

ขั้นตอนที่ 2 ปัจจัยตัวที่ 2 ที่ได้รับการคัดเลือก คือ วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย(b)=12.855 และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมาตรฐาน (Beta)=.383 สามารถอธิบายบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 54.83

ขั้นตอนที่ 3 ปัจจัยตัวที่ 3 ที่ได้รับการคัดเลือก คือ รายได้ มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย(b)=5.725 และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมาตรฐาน (Beta)=.171 สามารถอธิบายบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 57.54

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยตัวที่ 4 ที่ได้รับการคัดเลือก คือ การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย(b)=-2.454 และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมาตรฐาน (Beta)=-.188 สามารถอธิบายบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 60.09

ขั้นตอนที่ 5 ปัจจัยตัวที่ 5 ที่ได้รับการคัดเลือก คือ ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย(b)=3.978 และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมาตรฐาน (Beta) =.117 สามารถอธิบายบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 61.71

ขั้นตอนที่ 6 ปัจจัยตัวที่ 6 ที่ได้รับการคัดเลือก คือ ตำแหน่งในชุมชน ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย(b) =11.345 และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายมาตรฐาน (Beta) =.114 สามารถอธิบายบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 62.59

ดังนั้นจากข้อมูลปัจจัยดังกล่าวสามารถสร้างสมการพหุคูณเส้นตรงในการทำนายบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้ดังนี้

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6$$

เมื่อ Y = บทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

$$a = \text{ค่าคงที่} = .3567$$

$$b_1 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวทำนายที่ 1}$$

$$x_1 = \text{ตัวทำนายที่ 1 ความผูกพันทางสังคม}$$

$$b_2 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวทำนายที่ 2}$$

$$x_2 = \text{ตัวทำนายที่ 2 วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย}$$

$$b_3 = \text{ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวทำนายที่ 3}$$

x_3 = ตัวทำนายที่ 3 รายได้

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวทำนายที่ 4

x_4 = ตัวทำนายที่ 4 การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวทำนายที่ 5

x_5 = ตัวทำนายที่ 5 ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบของตัวทำนายที่ 6

x_6 = ตัวทำนายที่ 6 ตำแหน่งในชุมชน

ดังนั้นแทนค่าสมการได้ดังนี้

$$Y = .3567 + .943X_1 + 12.885X_2 + 5.725X_3 \\ - 2.454X_4 + 3.978X_5 + 11.345X_6$$

สมการถดถอยแบบเส้นตรงที่เป็นสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานมีดังนี้

$$Z = B_1Z_1 + B_2Z_2 + B_3Z_3 + B_4Z_4 + B_5Z_5 + B_6Z_6$$

เมื่อ Z = บทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

B_1 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานของตัวทำนายที่ 1

Z_1 = ตัวทำนายที่ 1 ความผูกพันทางสังคม

B_2 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานของตัวทำนายที่ 2

Z_2 = ตัวทำนายที่ 2 วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย

B_3 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานของตัวทำนายที่ 3

Z_3 = ตัวทำนายที่ 3 รายได้

B_4 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานของตัวทำนายที่ 4

Z_4 = ตัวทำนายที่ 4 การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์

B_5 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานของตัวทำนายที่ 5

Z_5 = ตัวทำนายที่ 5 ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ

B_6 = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานของตัวทำนายที่ 6

Z_6 = ตัวทำนายที่ 6 ตำแหน่งในชุมชน

แทนค่าในสมการได้ดังนี้

$$Z = .465Z_1 + .383Z_2 + .171Z_3 - .188Z_4 + .117Z_5 \\ + .114Z_6$$

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยมีตัวแปรอิสระ 23 ตัวแปรที่มีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระเพียงบางส่วน ได้แก่ ความผูกพันทางสังคม วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย รายได้ การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ และตำแหน่งในชุมชน มีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 62.95

ผลจากการศึกษาอธิบายได้ว่า การที่เครือญาติจะมีบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ซึ่ง ได้แก่ ความผูกพันทางสังคม วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย รายได้ การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ และตำแหน่งในชุมชน ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวนี้ จะมีอิทธิพลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

7.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการดูแลความเจ็บป่วย

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย โดยเรียงลำดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากมากไปหาน้อย (ตารางที่ 7.6) และปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย (ตารางที่ 7.6) พบว่าปัจจัยที่มีทั้งความสัมพันธ์และมีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ได้แก่ วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ ความผูกพันทางสังคม และการรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แต่ไม่มีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย ขนาดถือครองที่ดิน อาชีพหลัก และการรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย นอกจากนี้ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทแต่มีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย คือ รายได้ และตำแหน่งในชุมชน (ตารางที่ 7.8)

ตารางที่ 7.8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาท และค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานสมการถดถอยของปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย

ปัจจัย	r	Beta
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาท		
1 วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย	.5919	.383
2 การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย	.2203	-
3 ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ	.2034	.117
4 ขนาดถือครองที่ดิน	.1840	-
5 อาชีพหลัก	.1522	-
6 ความผูกพันทางสังคม	.0417	.465
7 การรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์	-.1920	-.188
8 การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย	-.2034	-
ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาท		
9 รายได้	.0409	.171
10 ตำแหน่งในชุมชน	.1076	.114

7.4 ปัจจัยอื่นๆ นอกกรอบแนวคิดในการศึกษา

นอกจากนี้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยยังพบว่า มีปัจจัยทางสังคมอีกปัจจัยหนึ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ "ประเพณีการช่วยเหลือเยี่ยงเยียนผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย" ซึ่งได้ถือปฏิบัติกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน อาจกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นพร้อมกับสังคมมนุษย์ก็ได้ และมีการสืบทอดอย่างเป็นระบบ โดยผ่านกระบวนการสังคมกรรม (Socialization) เป็นลักษณะที่โดดเด่นของสังคมชนบทอีสาน ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงปัจจัยประเพณีการช่วยเหลือการเยี่ยงเยียน ดังนี้

ประเพณีการช่วยเหลือหรือเยี่ยมเยียนในยามเจ็บป่วย

จากการศึกษาพบว่า เครือญาติที่มีบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยครั้งนี้ ยังมีปัจจัยด้านประเพณีและค่านิยมการช่วยเหลือกันในยามเจ็บป่วย โดยเล่าให้ฟังว่า "ถ้ามีคนในหมู่บ้านเจ็บป่วย ก็ต้องไปเยี่ยมเยียน ถามไถ่อาการ เพื่อแสดงความมีน้ำใจต่อกัน ไม่ทิ้งกันในยามทุกข์ยาก มีอะไรที่สามารถช่วยได้ก็ต้องช่วยกัน ผู้ป่วยทำงานไม่ได้ต้องการความช่วยเหลือ มีอะไรก็เอาไปช่วย มีอาหารมียา ก็แบ่งกันให้ ถ้าผู้ป่วยนอนป่วยอยู่ที่บ้านก็ไปช่วยที่บ้าน ถ้านอนป่วยที่โรงพยาบาลก็ต้องตามไปดูแล อย่างน้อยก็ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น ต่อสู้โรคร้ายไข้เจ็บให้ถึงที่สุด ยามครอบครัวเราป่วยเขาก็มาช่วยเหลือ ยามเขาป่วยเราก็มองไปดูแลเหมือนกัน ต้องอาศัยซึ่งกันและกัน" มีเครือญาติบางส่วนเล่าให้ฟังว่า "เมื่อมีสมาชิกในหมู่บ้านเจ็บป่วยก็ต้องไปเยี่ยมเยียน ไปให้เงินหน้า ถ้าไม่ไปเยี่ยมเลยก็จะถูกว่าได้ และถ้าวันหน้าวันหลังคนในครอบครัวเราป่วยก็จะไม่มีใครมาดูแล" การมาดูแลเยี่ยมเยียนผู้ป่วยดังกล่าว รวมความหมายไปถึงเยี่ยมญาติเจ้าของไข้ด้วย ซึ่งเป็นลักษณะของการพึ่งพิงอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อหวังว่าถ้าสมาชิกในครอบครัวตนเองป่วยก็จะมีคนมาช่วยเหลือ ไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

จากการศึกษาข้างต้นผู้วิจัยวิเคราะห์ว่า เนื่องจากในสมัยก่อนชาวบ้านชนบทมีการตั้งบ้านเรือนเป็นกลุ่มเพื่อความอยู่รอด ท่ามกลางป่าเขา ทุ่งนา ไม่มีถนน ไฟฟ้า น้ำประปา ไม่มียาหรือการแพทย์สมัยใหม่ ในท่ามกลางการดำรงชีวิตชนบทเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือร่วมมือจากเครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อช่วยกันควบคุมหรือเอาชนะธรรมชาติ ช่วยเหลือด้านการทำงาน ช่วยเหลือป้องกันอันตรายจากคนกลุ่มอื่น สำหรับชาวชนบทแล้วเพื่อนที่ดียิ่งที่สุดคือ ญาติสนิทมิตรสหายนั่นเอง ด้วยเหตุนี้จึงให้ความสำคัญกับเครือญาติมาก จึงก่อให้เกิดแบบแผนการตั้งบ้านเรือนแบบ "รวมญาติ" บ้านใกล้เคียงกันมักจะเป็นเครือญาติกัน จนกลายเป็นญาตินับถือหรือญาติสมมติขึ้น นอกจากนี้ในขณะที่ความเจริญเติบโตทางด้านสวัสดิการสังคมไทยยังไม่กระจายไปยังชนบท ไม่มีหมอสมัยใหม่ มีแต่หมอพื้นบ้าน หากมีบุคคลเจ็บป่วยก็ไม่สามารถขอรับบริการจากรัฐได้ จึงต้องพึ่งพาครอบครัวญาติมิตรสหายของตน แผลงรักษาจึงเป็นบุคคลใกล้เคียงหรือหมู่บ้านใกล้เคียง ในภาวะเจ็บป่วย เพื่อนบ้านจะสละเวลาของเขามาช่วยเรา ก็ย่อมเป็นที่หวังว่าเราจะต้องสละเวลาบางส่วนของเราไปช่วยเขาบ้าง เมื่อถึงคราวที่เราต้องการความช่วยเหลือ และในการช่วยเหลือดังกล่าวไม่เฉพาะช่วยเหลือผู้ป่วยเท่านั้นยังช่วยเหลือญาติเจ้าของไข้อีกด้วย ซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันดังกล่าวได้ถือปฏิบัติต่อกัน มีลักษณะถ้อยทีถ้อยอาศัยมาจนถึงปัจจุบันนี้ จนกลายเป็น

เป็นการจัดระเบียบทางสังคมทำให้เกิดการควบคุมทางสังคม (Social Control) เพื่อให้สมาชิกในสังคมมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมจึงอยู่ได้อย่างสงบสุข

อภิปรายผลการศึกษา

อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ 4 ข้อ ดังนี้

1. ศึกษาความสัมพันธ์ทางเครือญาติ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มเครือญาติที่ทำการศึกษาคือเป็นสังคมที่ให้ความสำคัญกับเครือญาติทั้งสองฝ่าย (Bilateral societies) ตามแนวคิดของKeesing (1975) ซึ่งแบ่งสังคมโลกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ สังคมที่เน้นความสำคัญฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นหลัก (Unilineal Societies) และสังคมที่ให้ความสำคัญกับญาติทั้งสองฝ่าย อย่างไรก็ตาม ในแง่ของความสัมพันธ์ในกลุ่มเครือญาติ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างเหนียวแน่น มีความผูกพันระดับมาก ระยะเวลาที่รู้จักกันโดยเฉลี่ย 30 ปี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเครือญาติที่ศึกษานี้มีความเกี่ยวพันโดยสายโลหิตมากที่สุด ได้แก่ เป็นลูก พี่น้อง พ่อแม่ของผู้ป่วย ซึ่งในสังคมไทยให้ความสำคัญกับเครือญาติโดยสายโลหิตมากที่สุด เพราะมีการสืบทอดทางชีวิต นอกจากนี้เป็นเครือญาติทางฝ่ายหญิงมากกว่าฝ่ายชาย ทั้งนี้เป็นเพราะประเพณีและวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งให้ฝ่ายชายที่แต่งงานแล้วไปอยู่กับครอบครัวของพ่อแม่ฝ่ายหญิง และมีครัวเรือนที่แวดล้อมไปด้วยครอบครัวของเครือญาติทางฝ่ายหญิงเป็นส่วนใหญ่ พร้อมกับมีวิถีการดำเนินชีวิตร่วมกัน จากกิจกรรมการประกอบอาชีพ คือการทำนาเป็นหลัก ซึ่งในช่วงแรกกลุ่มเครือญาติดังกล่าวที่เป็นพี่น้องของฝ่ายหญิง จะทำนาร่วมกันในพื้นที่ของพ่อแม่ จนทำให้เกิดการช่วยเหลือพึ่งพากันอย่างเห็นได้ชัด และถือว่ามีความสนิทสนมใกล้ชิดกันมากกว่าเครือญาติทางฝ่ายชาย

นอกจากนี้ ในกลุ่มของเครือญาติยังมีการจัดลำดับความสำคัญ ตามแนวคิดของ สนิท สัมกรการ(2519) ซึ่งกล่าวถึง การจัดลำดับความสำคัญของเครือญาติไว้ในสังคมไทย อันเกิดขึ้นจากการนับญาติทางสายโลหิตและการแต่งงาน ตลอดจนเมื่อพิจารณาจากลักษณะความสัมพันธ์ ทำให้มีญาติอีกประเภทหนึ่ง คือ ญาติโดยการสมมติ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ที่ได้ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันจนนับว่าเป็นญาติ แต่การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการจัดลำดับความสำคัญในลำดับที่หนึ่ง คือ จะรวมญาติที่เป็นสามีหรือภรรยาไว้ในประเภทญาติสนิทลำดับแรกนี้ด้วย ต่อมาจึงจะเป็นพ่อแม่ของฝ่ายหญิง พ่อแม่ของฝ่ายชาย พี่น้อง

ฝ่ายหญิง พี่น้องฝ่ายชายปู่ย่าตายายของฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย ลูกป้า น้าอาของฝ่ายหญิงและฝ่ายชายและเครือญาติโดยการสมมติ ญาติต่างๆที่นับจากสายโลหิตเป็นพี่น้องของปู่ย่าตายาย ทั้งของฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย และญาติสมมติที่อยู่ห่างไกล อย่างไรก็ตามความสำคัญของเครือญาติจะมีมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ในเชิงการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ในบางครั้งจึงอาจพบว่า เครือญาติโดยการสมมติมีความสำคัญมากกว่าญาติทางสายโลหิตหรือโดยการแต่งงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ในชุมชนส่วนใหญ่จะนับถือกันเป็นเครือญาติทั้งหมดบ้าน โดยพิจารณาจากความสัมพันธ์ที่กล่าวมา คือ มีกิจกรรมที่ได้ช่วยเหลือต่อกัน อย่างน้อยก็เป็นกิจกรรมที่เป็นประเพณี เช่น การแต่งงาน งานศพ งานบวช ซึ่งชาวบ้านในหมู่บ้านทุกครอบครัว ต่างก็ได้ช่วยเหลือตอบแทนซึ่งกันและกัน

2. ศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครือญาติส่วนใหญ่รับรู้ถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ตามความเชื่อและประสบการณ์ ตลอดจนแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาลตามความเหมาะสม กล่าวคือ ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากสาเหตุตามธรรมชาติและจะรักษาตามแบบแผนการแพทย์สมัยใหม่ ยกเว้นอาการที่แสดงออกไม่เด่นชัด พร้อมทั้งการแพทย์สมัยใหม่ระบุถึงสาเหตุและผลการรักษาได้ไม่เป็นที่พอใจของญาติ จึงจะเชื่อว่ามีสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ และจะแสวงหาแหล่งรักษาแบบการแพทย์แผนพื้นบ้านต่อไป นอกจากนี้การรับรู้ถึงการเจ็บป่วย ไม่ได้แบ่งแยกว่าเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย แต่จะเข้าใจรวมกัน โดยดูจากอาการและการแสดงบทบาทของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับบทบาท คือไม่ต้องทำงานหรือสามารถละเว้นจากบทบาทปกติในชีวิตประจำวันได้ ในขณะที่ญาติจะเป็นผู้แสดงตนเพื่อยอมรับบทบาทใหม่ของผู้ป่วย ซึ่งตรงตามแนวคิดของ F, R. (อังกูณ อัมพร เจริญชัย, 2534) ที่กล่าวว่า ความเจ็บป่วย เป็นสภาวะที่บุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ของบุคคลได้ตามปกติ ซึ่งได้รับการกำหนดจากสังคม ที่กำหนดแบบแผนการปฏิบัติของผู้ป่วย จนเมื่อสังคมยอมรับแล้วก็มีแบบแผนที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยต่อไป ในส่วนของพฤติกรรมแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาล พบว่า เป็นการผสมผสานระบบแพทย์ของสังคมเข้าด้วยกันตามแนวคิดของ Kleinman (อังกูณ นิพนธ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530) ทั้งระบบแพทย์แบบสามัญชน ระบบแพทย์ตะวันตก และระบบแพทย์พื้นบ้าน โดยพิจารณาจากอาการเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย และการแสวงหาแหล่งรักษาพยาบาล ทั้งการรอดูอาการ การรักษาตนเอง การรักษาในกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ ลักษณะอาการของผู้ป่วย แหล่งที่ให้บริการ และสภาพ

ทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และพฤติกรรมดังกล่าวก็สอดคล้องกับแนวคิดของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2535) ที่กล่าวถึงการรักษายาบาลเป็นขั้นตอน (Stages of Illness) อันเป็นการย้ายจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่ขั้นตอนหนึ่ง พร้อมกับการประเมินอาการไปด้วย เมื่อพบว่าผลการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจก็จะแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การแสวงหาแหล่งรักษายาบาล ยังสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดเกี่ยวกับระบบการกระทำของ Parson (อ้างใน Tunner, 1990) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้กระทำ ซึ่งหมายถึง ครอบครัว มีจุดมุ่งหมาย คือให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย มีสถานการณ์ คือ ภาวะการเจ็บป่วย สภาพทางสังคมเศรษฐกิจของผู้ป่วย ก็เกิดวิธีการหรือการกระทำสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการประเมินผลอาการ โดยอาศัยประสบการณ์ของครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และค่านิยมการเลือกรักษายาบาล นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือวิธีการพาผู้ป่วยจากที่อยู่ที่บ้านไปสู่โรงพยาบาล เป็นการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขและสถานการณ์แล้ว ยังเปลี่ยนบรรทัดฐานใหม่ จากการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของตนเองก็มอบหมายการดูแลรักษายาบาลให้เป็นหน้าที่ของแพทย์พยาบาลต่อไป ลักษณะดังกล่าวเมื่อพิจารณาในแง่ของบทบาทการดูแลผู้ป่วยหรือการกระทำ จะพบว่า ครอบครัวมีบทบาทด้านการรักษาน้อยลงในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และบรรทัดฐานที่ยกให้เป็นหน้าที่ของแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

จากการศึกษายังพบว่า ครอบครัวมีการรับรู้ระดับความรุนแรง ไม่สอดคล้องกับทางแพทย์ กล่าวคือ ครอบครัวมักดูอาการแสดงออกของผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์อาการเบี่ยงเบนไปจากชีวิตประจำวันตัดสินความระดับความรุนแรง ถ้ามีอาการเบี่ยงเบนไปจากชีวิตประจำวันมากก็จะประเมินว่ารุนแรงมาก เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก อาการวิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน อาการทุรนทุรายจากความไม่สบาย และอาการอื่น ๆ ที่ทำให้ครอบครัววิตกกังวล ในขณะที่ทางการแพทย์มีการประเมินความรุนแรง จากเกณฑ์ความเสี่ยงต่อความพิการหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น กรณีผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง ทั้งที่สภาพร่างกายทั่วไปปกติ ในทางการแพทย์ถือว่ารุนแรง เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อเส้นเลือดฝอยในสมองแตก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงระหว่างครอบครัวต่างกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งเสมอ ในด้านมุมมองครอบครัวมองว่าบุคลากรไม่สนใจผู้ป่วย ส่วนบุคลากรมองว่าครอบครัววิตกกังวลเกินไป หรือบางครั้งก็มองว่าไม่สนใจดูแลสุขภาพ และมักต่อว่าเสมอ เช่น "ทำไมเพิ่งมา" "ทำไมไม่รีบพามาหาหมอ"

3. ศึกษาบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

3.1 การสนับสนุนกระบวนการรักษาพยาบาล ระยะก่อนมาโรงพยาบาล

เครือญาติมีบทบาทการรักษาพยาบาลเป็นขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ U.A. Igum (อ้างใน นิพนธ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530) ที่กล่าวว่า สังคมมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุคคลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นขั้นตอนเหตุการณ์ แต่ละขั้นตอนอาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน แยกไม่ออกในเวลาเดียวกัน และไม่จำเป็นต้องผ่านทุกขั้นตอนเสมอไป บทบาทแต่ละขั้นตอนมีความสำคัญแตกต่างกันออกไป และกระบวนการตัดสินใจมากหรือน้อยแตกต่างกัน เช่น ในกรณีผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วย เครือญาติมีบทบาทในขั้นตอนการตระหนักอาการผิดปกติ ประเมินผลอาการ และประเมินแหล่งรักษา ส่วนกรณีผู้ป่วยมีอาการไม่เจ็บป่วยนั้น เครือญาติมีบทบาททั้ง 7 ขั้นตอน เริ่มตั้งแต่ตระหนักอาการผิดปกติ ช่วยให้รักษาตนเอง สอบถามอาการผิดปกติ ประเมินผลอาการ ยอมรับเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย แสดงความห่วงใย และประเมินผลแหล่งรักษา เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้นก็จะกลับมาที่ขั้นตอนประเมินผลอาการและประเมินแหล่งรักษา กระทำเช่นนี้จนกว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมการแสวงแหล่งรักษาให้หายเจ็บป่วย ซึ่งบทบาทดังกล่าวขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอาการความเจ็บป่วย การเดินทางสะดวก ประสบการณ์และความใกล้ชิดของเครือญาติ การรับรู้การให้บริการของสถานบริการ และเงื่อนไขค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล การศึกษายังพบว่าเครือญาติมีบทบาทมาก ในขั้นตอนตระหนักอาการผิดปกติ ประเมินผลอาการผู้ป่วย และแสดงความห่วงใย ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของ Kleinman ได้ว่า เครือญาติให้การดูแลความเจ็บป่วยตามระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Health Sector) โดยเครือญาติจะเป็นบุคคลแรกที่รับรู้ และตีความอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นไปตามระบบความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดผ่านการอบรมทางสังคม (Socialization) และระบบความเชื่อดังกล่าวมีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจใช้บริการและวิธีการรักษา

ระยะพักรักษาในโรงพยาบาล มีเครือญาติผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 3-4 คน ต่อผู้ป่วยหนึ่งคน จำนวนเครือญาติมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วย ถ้าเป็นแบบเจ็บป่วยมีเครือญาติมากกว่า และมีจำนวนมากในระยะแรกของการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยป่วยนานเข้าหรือผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเรื้อรังแต่เครือญาติกลับน้อยลง จนในที่สุดก็จะเหลือเครือญาติโดยสายโลหิต 1-2 วันเท่านั้น ขณะที่อยู่โรงพยาบาล พบว่า เครือญาติมีบทบาททั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าบทบาทส่วนใหญ่เป็นเชิงบวก ส่วนเชิงลบเป็นการต่อต้านการรักษา พบว่า มีผู้ป่วย 3 รายที่เครือญาติพากลับบ้านโดยไม่รับ

การรักษาต่อ ทั้งนี้เมื่อเงื่อนไขคือ อายุผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับวิญญาณหลังจากเสียชีวิตแล้ว การรับรู้ สถานบริการที่มีเครื่องมือพร้อมกว่า

บทบาทเชิงบวก ได้แก่ ขณะที่อยู่แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน เครือญาติมีบทบาท ช่วยทำบัตรให้ผู้ป่วย การให้ข้อมูลความเจ็บป่วยแก่แพทย์พยาบาล ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ตัดสินใจยินยอมการรักษา ซึ่งมีบทบาทมากกว่าการศึกษาของ Nicklin (1979) ที่พบว่า ขณะที่อยู่ห้องฉุกเฉิน เครือญาติมีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย ในการให้ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ประวัติความเจ็บป่วย และบุคลิกภาพของผู้ป่วย ทำให้แพทย์พยาบาลวางแผนการรักษาได้อยู่เหมาะสม

ขณะที่อยู่หอผู้ป่วยใน เครือญาติมีบทบาทให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ช่วยเหลือตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล การดูแลอภิบาลผู้ป่วย นอกจากนี้ในห้องผู้ป่วย สามัญซึ่งเป็นห้องรวมมีเตียงผู้ป่วย 13 เตียง พบว่า เครือญาติมีการปฏิสัมพันธ์กับเครือญาติผู้ป่วยเตียงอื่นๆ ทำให้มีการถ่ายทอดการปฏิบัติไปสู่ผู้ป่วยและเครือญาติ ถ่ายทอดความรู้ไปสู่เครือญาติและชุมชน อีกทั้งสนับสนุนการตรวจรักษา สนับสนุนด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและเครือญาติ เช่น การระบายปัญหา ปลอบใจให้กำลังใจ และมีพฤติกรรมการรักษาแบบผสมผสานการรักษาพื้นบ้านด้วย ได้แก่ การบนบานศาลกล่าว การหาหมอธรรม การนำสิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้ผู้ป่วยติดตัว และที่เห็นได้ชัดเจน คือผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีสายลิ้นผูกข้อมือ ซึ่งเป็นสัญลักษณ์อย่างหนึ่งของการยอมรับเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย (Sick role) อย่างไรก็ตามบทบาทการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีระดับน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ตามแนวคิดของ Deutsch and Krauss (อ้างใน ถวิล ธาราโกชน์, 2532) ที่กล่าวถึงบทบาททางอาชีพ (Occupational Role) เป็นบทบาทที่โครงสร้างทางสังคมได้กำหนดบทบาทไว้โดยเฉพาะคือ ผู้มีหน้าที่รักษาพยาบาล ต้องเป็นกลุ่มอาชีพ ได้แก่ แพทย์ ซึ่งเครือญาติมีบทบาทเฉพาะที่กลุ่มดังกล่าวกำหนดไว้ ให้การยอมรับและยกหน้าที่การรักษาพยาบาลให้ ดังนั้นบทบาทของเครือญาติในด้านการรักษาจึงลดลง ยกเว้นเมื่อผลการรักษาไม่เป็นที่พอใจจึงมีบทบาทในการแสวงหาการรักษาแหล่งใหม่ต่อไป

ระยะพักฟื้นหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า เครือญาติมีบทบาทการรักษาพยาบาล เช่นเดียวกับระยะก่อนมาโรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่หายจากความเจ็บป่วย ก็จะมีทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมแสวงหาแหล่งรักษา ได้แก่ หมอกระดูก หมอสมุนไพร หมอทำขวัญ ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขดังนี้ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ประสบการณ์ผลการรักษาของชาวบ้าน ความมีชื่อเสียงของผู้นำรักษา

ระยะทางใกล้ และคำรักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุสุมา ชูศิลป์ และคณะ (2532) ที่พบว่าปัจจัยกำหนดการเลือกบริการจากหมอพื้นบ้าน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ประสบการณ์ของชาวบ้านเกี่ยวกับผลการรักษาโรค ความหมดหวังในการรักษาแผนปัจจุบัน ชนิดของความเจ็บป่วย และความมีชื่อเสียงในการรักษาโรคเฉพาะทาง แต่การศึกษารั้งนี้ไม่พบปัจจัยความหมดหวังในการรักษาแผนปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากการติดตามผู้ป่วยและเครือญาติระยะพักฟื้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล จำนวน 2 รายเท่านั้น คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคประสบบุติเหตุ ซึ่งไม่มีกรณีผู้ป่วยที่เรื้อรังและรุนแรงจนหมดหวังจากการแพทย์แผนปัจจุบัน

3.2 การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จิตใจ กำลังใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ชี้นำ และด้าน การเงิน สิ่งของ แรงงาน มีดังนี้

ด้านอารมณ์ จิตใจ กำลังใจ พบว่าระยะก่อนมาโรงพยาบาลเครือญาติมีบทบาทระดับปานกลาง ส่วนระยะพักรักษาในโรงพยาบาลมีบทบาทระยะมาก และระยะพักฟื้นเครือญาติยังคงมีบทบาทเช่นเดียวกับการช่วยเหลือมากในลักษณะการมารับรู้ความเจ็บป่วย มาให้เห็นหน้าหรือปรากฏกาย การพูดคุยปลอบใจ การรับฟังความรู้สึกผู้ป่วย และการสัมผัสทางกาย ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของกลุ่มเครือญาติที่ศึกษามีความผูกพันทางสังคมสูง และมีเครือข่ายทางสังคมแบบเครือข่ายตรง (Direct Network) ซึ่งเป็นการติดต่อโดยตรงของปัจเจกบุคคลกับบุคคลอื่นๆ เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มักจะมีการติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ การช่วยเหลือด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถช่วยเหลือได้ตลอดเวลา

ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ชี้นำ พบว่าระยะก่อนมาโรงพยาบาลเครือญาติมีบทบาทระดับปานกลาง แต่จะมีบทบาทมากในการแนะนำไปหาหมอ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ สุพัตรา ชชาติบัญชาชัย และคณะ (2533) ที่พบว่า เครือญาติมีบทบาทในการแนะนำการใช้ยามากที่สุด โดยวิธีการแนะนำผ่านการเยี่ยมเยียนไปมาหาสู่ทุกวัน การพูดคุยสนทนา การเยี่ยมเยียนถามไถ่และแนะนำการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการถ่ายทอดข้อมูลเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล พบว่า มีบทบาทระดับมาก โดยเฉพาะการพูดคุยกับผู้ป่วยให้เข้าใจความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ แนะนำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ และแนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งพฤติกรรมความช่วยเหลือเหล่านี้เป็นลักษณะของกลุ่มที่มีความผูกพันสูง มีระบบการส่งต่อแบบสามัญชน (Lay Referral

System) ซึ่งอธิบายตามแนวคิดของ เบญจา ยอดดำเนิน และกฤตยา อาชวนิจ

ได้ว่า ระบบการส่งต่อแบบสามัญชนเป็นสิ่งสำคัญในสังคมที่มีลักษณะความสัมพันธ์.

สูง เพราะในสังคมเช่นนี้ถือว่าการเจ็บป่วยของผู้ใดผู้หนึ่ง ไม่ใช่เป็นเรื่องเฉพาะตัวผู้นั้น หากเป็นเรื่องของครอบครัว เครือญาติ และสังคม เพราะฉะนั้นเครือญาติจึงมีบทบาทมากในการให้คำแนะนำและข้อมูลต่างๆ ส่วนระยะพักฟื้นก็ยังคงมีบทบาทเช่นเดียวกัน

ด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน พบว่า ระยะก่อนมาโรงพยาบาลเครือญาติมีบทบาทระดับน้อย เนื่องจากเป็นระยะที่รออาการหรืออาการยังไม่ปรากฏเด่นชัด บางครั้งจึงไม่ต้องการรักษา หรือบางรายมีการรักษาตนเองด้วยการ ซื้อยากินเอง หรือหาหมอพื้นบ้าน ที่อยู่ใกล้เคียง ซึ่งเป็นการรักษาที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก แต่ระยะพักรักษาในโรงพยาบาลมีบทบาทระดับระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและการพักรักษาในโรงพยาบาลได้รับการติดตามและยอมรับจากแพทย์ เครือญาติให้การยอมรับเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย (Sick Roles) จึงได้รับการยกเว้นจากภาระหน้าที่ประจำวัน และเครือญาติเป็นผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวแทน ส่วนในด้านการเงินยังพบว่ามีระดับน้อยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีฐานะเศรษฐกิจพอที่จ่ายค่ารักษาได้ และบางส่วนมีบัตรสงเคราะห์ บัตรสุขภาพ มีสิทธิเบิกค่ารักษาจากหน่วยงานได้ ซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาใด ๆ

กล่าวสรุปบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้ว่า ระยะก่อนมาโรงพยาบาลเครือญาติมีบทบาทด้านการรักษาระดับปานกลาง ส่วนสนับสนุนทางสังคมมีระดับปานกลางถึงน้อย เมื่อระยะพักรักษาในโรงพยาบาลมีบทบาทด้านการรักษาระดับน้อย และการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางถึงมาก อาจกล่าวได้ว่า ทั้งระยะก่อนมาโรงพยาบาลและพักรักษาในโรงพยาบาล เครือญาติยังคงมีบทบาทเช่นเดิม แต่ยังมีการเปลี่ยนรูปแบบการช่วยเหลือจากการรักษาเป็นการสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้ยังพบว่า เครือญาติที่มีบทบาทในการดูแลความเจ็บป่วยทั้ง 3 ระยะ มีลักษณะต่างกัน กล่าวคือ ในระยะก่อนรักษาในโรงพยาบาลนอกจากเครือญาติใกล้ชิดในระดับครอบครัวแล้ว ผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมักเป็นเครือญาติสมมติ หรือญาติที่มีระดับห่างออกไป โดยเฉพาะเครือญาติที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยมากกว่า เนื่องจากเป็นลักษณะการพึ่งพาในกลุ่มเครือญาติโดยตรง แม้จะมีกลุ่มวิชาชีพที่ทำหน้าที่รักษาพยาบาลโดยเฉพาะ แต่ในกลุ่มดังกล่าวก็มักนับถือเป็นญาติพี่น้อง และวิธีการรักษาก็ยอมรับให้เครือญาติมีส่วนในการดูแลความเจ็บป่วยได้มาก อย่างไรก็ตามการมีโอกาสได้ช่วยเหลือดังกล่าวขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหลายประการ โดยเฉพาะระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ใน

บทบาทการเจ็บป่วยก่อนรักษาในโรงพยาบาลมากนักน้อยเพียงใด ส่วนระยะพักรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ที่มีส่วนในการดูแลความเจ็บป่วยโดยเฉพาะในกระบวนการรักษาพยาบาล มักเป็นเพียงเครือญาติในครอบครัวผู้ป่วยเอง ส่วนเครือญาติอื่น ๆ มีส่วนช่วยเหลือเพียงการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และในระยะพักฟื้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล จะเป็นลักษณะเช่นเดียวกับระยะก่อนรักษาในโรงพยาบาล แต่จะเปลี่ยนจากกระบวนการรักษามาเป็นการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น

ลักษณะดังกล่าวอธิบายได้จากแนวคิดทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวกับบทบาทตามการเสนอของชูดา จิตพิทักษ์ (2528) ที่รวบรวมแนวคิดของนักสังคมวิทยาไว้ว่า การพิจารณาถึงบทบาทสามารถมองได้ 2 ด้าน คือ ด้านปฏิสัมพันธ์ และด้านโครงสร้างทางสังคม ในกลุ่มของเครือญาติเห็นได้ชัดในแง่ของการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ กล่าวคือ เครือญาติจะยอมรับบทบาทของผู้ป่วยจากการแสดงออกตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ และเครือญาติจะมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งในแง่ของกระบวนการรักษา ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมไปกับกระบวนการสนับสนุนทางสังคมโดยไม่ได้แยกออกจากกัน ดังนั้นเครือญาติจึงมีบทบาทมากในระยะที่ผู้ป่วยไม่ได้รักษาอยู่ที่โรงพยาบาล การยอมรับผู้ป่วยให้เข้าสู่บทบาทการเจ็บป่วย ซึ่งแสดงออกในเชิงสัญลักษณ์ จะเห็นได้ชัดจากพฤติกรรมการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล อันเป็นพฤติกรรมแฝงที่แสดงออกโดยไม่ได้ตั้งใจ แต่ทั้งนี้มีส่วนหนึ่งมีความคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะยอมรับผู้ป่วยเช่นกันว่า ผู้ป่วยเจ็บป่วยจริงและมีอาการหนัก จากการที่มีญาติพี่น้องมาส่งเป็นจำนวนมาก เมื่อปฏิบัติสืบมาจึงเหมือนกับเป็นค่านิยม ในขณะที่ส่วนหนึ่งต้องการมาช่วยเหลือในระหว่างการเดินทาง

ส่วนผลกระทบจากการดูแลความเจ็บป่วย มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เชิงบวกได้แก่ ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น มีการพบปะระหว่างเครือญาติมากขึ้น ส่วนเชิงลบได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายขณะเผ่าไข้ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัวและชุมชน เช่น ไม่มีคนเลี้ยงลูก ขาดคนทำงานให้ชุมชน ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่า ขาดรายได้ในแต่ละวัน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในแต่ละครั้งที่มาดูแลหรือเยี่ยมผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่าย 50-300 บาท โดยเฉลี่ย 160 บาท และยังมีค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่ 170-16,915 บาท ซึ่งพบว่าสูญเสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของ ประเวศ วะสี (2531) ที่ได้กล่าวถึง การแพทย์และสาธารณสุขมีข้อเสียอย่างหนึ่ง คือมีความหมดสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจมาก นอกจากนี้มีประเพณีการรับส่งเครือญาติและประเพณีเลี้ยงญาติที่มาเยี่ยม

ซึ่งเป็นค่านิยมในการเลี้ยงดูปู่เลื้อ จากการศึกษพบว่า เครือญาติเจ้าของไข้จะหน้าที่เลี้ยงญาติที่มาเยี่ยม ซึ่งอาหารจะต้องดีและเพียงพอ นอกจากนั้นถ้ามีรถส่วนตัวก็จะมีหน้าที่ไปส่งหรือรับด้วย มิฉะนั้นจะถูกติฉินนินทาว่าใจแคบ และถ้าไม่มีรถส่วนตัวก็อาจเหมารถหรือจ่ายค่ารถให้ กรณีเครือญาติรายหนึ่งเสียค่าอาหารเลี้ยงญาติ วันละ 3000 บาท และค่าเหมารถวันละ 500 บาท ซึ่งบางรายจะต้องยืมเงินมาใช้จ่ายดังกล่าว ผลกระทบด้านสุขภาพ พบว่า เครือญาติมีโอกาสติดเชื้อจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะบางรายมีปัญหาไม่มีคนช่วยเลี้ยงลูกหลาน จึงต้องพามาอนที่หอผู้ป่วยในทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าผู้ใหญ่ ทำให้มีปัญหาต่างๆตามมา

ผลกระทบดังกล่าวจะทำให้นำไปสู่วัฏจักรแห่งความยากจน ซึ่งอธิบายตามแนวคิดของ สันธยา พลศรี (2533) ที่ได้กล่าวถึง ปัญหาชนบทไทยที่ต้องประสบปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ วัฏจักรแห่งความยากจน ซึ่งเป็นความยากจนที่ไม่สามารถหลุดพ้นไปได้ กล่าวคือเมื่อผลผลิตต่ำ จะทำให้รายได้ต่ำ การออมและสะสมทรัพย์ต่ำไปด้วย จึงกระทบกระเทือนต่อการลงทุนในปีต่อไป ซึ่งสามารถอธิบายในการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า มีผลผลิตต่ำ หมายถึงการที่ไม่สามารถทำงานให้เป็นผลผลิตได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยหรือการดูแลความเจ็บป่วยส่วนรายได้ต่ำหมายถึง การที่ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ จึงทำให้ได้ค่าแรงที่น้อยกว่าปกติ เมื่อไม่สามารถทำงานได้ รายได้ก็ต่ำเป็นเงาตามตัว ขาดเงินเก็บก็ต้องเอาเงินทองที่เก็บหอมรอมริบมาใช้จ่ายในการดูแลความเจ็บป่วย การลงทุนปีต่อไปก็ขาดเงินในการลงทุน โดยเฉพาะการศึกษาครั้งนี้มีเครือญาติมีอาชีพทางการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ จึงเห็นผลกระทบได้อย่างชัดเจน

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการดูแลความเจ็บป่วย

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยนั้น จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ อาชีพของเครือญาติ ขนาดถือครองที่ดินของเครือญาติ ความผูกพันทางสังคม ลักษณะเครือญาติที่มีวัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย การรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย และการรับรู้ที่สอดคล้องกับทางการแพทย์

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่สามารถทำนายบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยได้แก่ ความผูกพันทางสังคม วัตถุประสงค์มาหาผู้ป่วย รายได้ การรับรู้ที่สอดคล้องกับ

ทางการแพทย์ ความเกี่ยวพันทางเครือญาติ และตำแหน่งในชุมชน โดยมีอำนาจทำนายร้อยละ 62.95 ทั้งนี้ปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วยมากหรือน้อย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างคู่แต่ไม่ได้เข้ามาอยู่ในสมการพหุคูณเส้นตรง คือ การรับรู้สาเหตุความเจ็บป่วย อาชีพหลัก ขนาดถือครองที่ดิน และการรับรู้การตรวจพิเศษที่อาจเสี่ยงอันตราย ส่วนปัจจัยที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร คือ รายได้ และตำแหน่งในชุมชน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร วัดค่าความสัมพันธ์โดยการจับคู่กับตัวแปรตามทีละคู่ โดยไม่มีการควบคุมตัวแปรอื่น ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบทบาทการดูแลความเจ็บป่วย ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เป็นการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระหลายตัวต่อตัวแปรตามตัวเดียวกัน โดยมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้ว จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่า มีปัจจัยด้านประเพณีการช่วยเหลือกันในยามเจ็บป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เมื่อสมาชิกในหมู่บ้านมีความเจ็บป่วย เครือญาติและเพื่อนบ้านจะเยี่ยมเยียนถามไถ่อาการ แนะนำวิธีหรือแหล่งรักษา เอายาหรืออาหารไปให้ การให้กำลังใจ ซึ่งเป็นลักษณะการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เพื่อหวังว่าถ้าสมาชิกในครอบครัวตนเองเจ็บป่วย ก็จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือเช่นกัน ทั้งนี้เป็นลักษณะการควบคุมทางสังคมให้สมาชิกอยู่ด้วยกันอย่างปลอดภัยและสงบสุข อธิบายได้ว่าในสมัยก่อนชาวชนบทต้องอยู่ท่ามกลางป่าเขาทุ่งนา ไม่มีสาธารณูปโภค จึงต้องอยู่รวมกลุ่มกันเพื่อความอยู่รอด ทำให้เกิดการช่วยเหลือพึ่งพากันหลายด้าน จนเกิดความสนิทสนมกัน คนที่ไม่ใช่ญาติก็จะนับถือเสมือนญาติแท้ๆ คนหนึ่ง