

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลซึ่งมารับยาแทนผู้ป่วยจิตเภท หรือมาส่งผู้ป่วยตรวจและรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 120 คน ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2541 ผลการศึกษาได้เสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลของผู้ดูแล

1.2 ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้าน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 120 คน ซึ่งมีข้อมูลทั่วไปจากการวิเคราะห์โดยความถี่ และคำนวณร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน) n = 120	ร้อยละ
เพศ	ชาย	48	40.00
	หญิง	72	60.00
อายุ	18 – 40 ปี	43	35.83
	41 – 60 ปี	61	50.83
	61 – 65 ปี	16	13.34
ระดับการศึกษา	อ่านออกเขียนได้ หรือเรียนถึงประถมศึกษา	89	74.17
	มัธยมต้น	14	11.67
	มัธยมปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	11	9.16
	ปริญญาตรี หรือสูงกว่าปริญญาตรี	6	5.00

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.00 อายุระหว่าง 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.83 มีการศึกษาในระดับอ่านออกเขียนได้ถึงประถมศึกษา ร้อยละ 74.17

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
n = 120		
อาชีพ		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	3	2.50
รับจ้างบริษัทเอกชน	19	15.83
รับจ้างทั่วไป	29	24.17
เกษตรกรรวม	41	34.17
ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว	15	12.50
อื่นๆ	13	10.83
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา – มารดา	47	39.20
สามี – ภรรยา	24	20.00
บุตร	13	10.80
พี่ – น้อง	27	22.50
ญาติ	9	7.50
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
2 – 5 คน	98	81.67
6 – 8 คน	22	18.33

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรวม ร้อยละ 34.17 ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ร้อยละ 39.20 เป็นบิดา-มารดาของผู้ป่วย มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 – 5 คน ร้อยละ 81.67

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ อายุขณะเริ่มมีอาการทางจิต จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช ระยะเวลาในการมีอาการทางจิต

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท		จำนวน (คน) n = 120	ร้อยละ
เพศ	ชาย	72	60.00
	หญิง	48	40.00
อายุ	16 – 20 ปี	5	4.17
	21 – 40 ปี	67	55.83
	41 – 60 ปี	39	32.50
	61 – 78 ปี	9	7.50
	อายุของผู้ป่วยขณะเริ่มมีอาการทางจิต		
	7 – 20 ปี	28	23.34
	21 – 40 ปี	75	62.50
	41 – 60 ปี	16	13.33
	มากกว่า 60 ปี	1	0.83
จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช			
	1 – 3 ครั้ง	113	94.17
	มากกว่า 10 ครั้ง	7	5.83
ระยะเวลาในการมีอาการทางจิต			
	1 – 5 ปี	39	32.50
	มากกว่า 5 ปี	81	67.50

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นชาย ร้อยละ 60 เป็นหญิงร้อยละ 40 อายุอยู่ในช่วง 21 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.83 อายุของผู้ป่วยขณะเริ่มมีอาการทางจิตอยู่ในช่วงอายุ 21 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.50 จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1 – 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 94.17 ระยะเวลาในการมีอาการทางจิต มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 67.50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.89	0.52	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.58	0.69	มาก
ด้านสิ่งของแรงงาน	3.53	0.90	มาก
ด้านอารมณ์	3.99	0.70	มาก
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	4.08	0.75	มาก
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.28	0.62	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.89$, $SD = 0.52$) รายด้านพบว่าการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงาน ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.58$, $SD = 0.69$; $\bar{x} = 3.53$, $SD = 0.9$; $\bar{x} = 3.99$, $SD = 0.70$; $\bar{x} = 4.28$, $SD = 0.62$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย ระดับของภาระ

	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนภาระ	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ช่วงคะแนน		ระดับของภาระ
			แบบวัด	กลุ่ม ตัวอย่าง	
ภาระที่มีอยู่จริง	31.10	4.75	24-72	24 - 49	
ภาระตามความรู้สึก	7.68	4.02	4-12	4 - 11	
ภาระโดยรวม	38.78	6.22	28-84	28-60	ไม่มีภาระ

จากตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระมีค่าเท่ากับ 38.78 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.22 หมายถึง ไม่มีภาระ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคม	ภาระของผู้ดูแล
ด้านข้อมูลข่าวสาร	-.179
ด้านสิ่งของ แรงงาน	-.405*
ด้านอารมณ์	-.274*
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	-.169
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	-.282*
โดยรวม	-.378*

*P < .01

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลในระดับปานกลาง ($r = -.405$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ ($r = -.274, r = -.282, r = -.378$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 120 คน ที่มารับยาหรือมาส่งผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคเหนือ สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 60.00 ของผู้ดูแลเป็นหญิง อายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50.83) อยู่ในวัยกลางคน ระดับการศึกษาของผู้ดูแลอยู่ในระดับอ่านออกเขียนได้ถึงระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.17) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 34.17) รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 24.17) ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 39.20) รองลงมาเป็นที่ น้องของผู้ป่วย (ร้อยละ 22.50) จำนวนสมาชิกซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน 2-5 คน (ร้อยละ 81.67) (ดังตารางที่ 2) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 60.00) มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 55.83) อายุของผู้ป่วยขณะเริ่มมีอาการทางจิตอยู่ระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 62.50) จำนวนครั้งในการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช อยู่ระหว่าง 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 94.17) ระยะเวลาในการมีอาการทางจิต มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 67.50 (ดังตารางที่ 3)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งศึกษาการสนับสนุนทางสังคม กับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามคำถามของการวิจัยดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับใด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4) ซึ่งอภิปรายในแต่ละด้านได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าด้านอื่น ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.62) และมีคะแนนอยู่ในระดับมาก ผู้ดูแลยังรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคนไปมาหาสู่อย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร และรับจ้างทั่วไป ซึ่งมักจะอยู่ในชนบทเป็นสังคมแบบชาวบ้านที่ยังมีลักษณะเอาใจ

ใส่กันและกัน ประกอบกับเพื่อนบ้านส่วนใหญ่จะเป็นญาติ หรือมีความสนิทสนมฉันท์ญาติ (เล็ก สมบัติ, 2540) จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีคะแนนมากกว่าด้านอื่น

การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าตนเองมีคะแนนอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{X} = 4.08$, $S.D.=0.75$) ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีประโยชน์ มีคุณค่ากับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย รองลงมาเป็นผู้ป่วย ของผู้ป่วย จึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยและเนื่องจากสังคมไทยยังมีระบบความผูกพันกันทางสายโลหิตสูง (จรัญ พรหมอยู่, 2526) จึงอาจทำให้ผู้ดูแลที่ได้ทำหน้าที่นี้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับการยอมรับและรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภา นันทพงษ์ (2542) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 160 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย ผู้ดูแลได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหลายด้าน ทั้งด้านสุขอนามัย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา การประคับประคองทางจิต อารมณ์ การได้ทำหน้าที่เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการยอมรับและรู้สึกว่าคุณค่า

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมากด้วยเช่นกัน ($\bar{X} = 3.99$, $S.D.=0.7$) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิด ญาติ เพื่อนบ้าน ซึ่งแสดงความเห็นใจและเข้าใจผู้ดูแลในการทำหน้าที่ต่าง ๆ โดยการให้กำลังใจ คอยรับฟังเมื่อผู้ดูแลรู้สึกเป็นทุกข์ หรือเกิดปัญหา นอกจากนี้ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุงมีบริการให้คำปรึกษา แก่ผู้ดูแล ญาติ และผู้ป่วย โดยนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลจิตเวช เมื่อผู้รับบริการมีความเครียดหรือมีปัญหาไม่สบายใจ สามารถรับคำปรึกษาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือค่าบริการ และหากพยาบาล พบว่าผู้ดูแลหรือผู้รับบริการมีความเครียดทางกาย พยาบาลจะแนะนำให้ใช้บริการจากคลินิกคลายเครียด ซึ่งมีห้องผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ห้องสงบใจ และบริการนวดเพื่อคลายเครียด ซึ่งจัดบริการในเวลาราชการ และหากมีปัญหาต้องการคำปรึกษานอกเวลาราชการ ผู้ดูแลสามารถโทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมงจากบริการขอที่ไลน์ของโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการสนับสนุนทางอารมณ์ให้แก่ผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริภา นันทพงษ์ (2542) ที่พบว่าผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือ และคำแนะนำต่างๆจากบุคลากรในทีมสุขภาพมาก

นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.58$, S.D.= 0.69) อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มารับยาทุกเดือน และในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง ก่อนที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลรับยาแต่ละครั้งจะมีพยาบาลเป็นผู้ซักถามอาการรวมทั้งให้ข้อมูลต่างๆ และคัดกรองผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาและต้องการพบจิตแพทย์เพื่อตรวจ ดังนั้นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่รับยาแทนผู้ป่วย หรือมาส่งผู้ป่วยรับยาจะต้องทราบวิธีสังเกตพฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วย เพื่อที่จะให้ข้อมูลขั้นต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยแก่พยาบาลได้ หากพยาบาลพบว่าผู้ดูแลไม่ทราบวิธีการสังเกตอาการหรือวิธีการให้การดูแลพยาบาลจะให้คำแนะนำเพิ่มเติม นอกจากนี้บริเวณแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง จะมีบอร์ดความรู้ต่าง ๆ เช่น วิถีคลายเครียด แหล่งให้บริการด้านสุขภาพจิต มีการให้สุขศึกษารายบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพจิต และการให้ยาจิตเวช จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารมาก การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจึงมาก ญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเกิดความพึงพอใจในบริการต่างๆ ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง ของสุภาพร พานิชกุล (2541) พบว่า ผู้รับบริการพึงพอใจในงานบริการพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนปรุง ในระดับมากถึงมากที่สุด ความพึงพอใจในการบริการทำให้ผู้ดูแลรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก

การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานอยู่ในระดับมาก แม้ว่าจะมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอื่น ๆ ($\bar{X} = 3.53$, S.D.=0.9) อาจเนื่องจากการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน หรือสิ่งของที่จำเป็น มักเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ดูแลมากกว่าจะได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว (Rose, 1997) ซึ่งในสังคมไทยจะมีลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยจะเห็นได้จากข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่า การที่มีคนใกล้ชิดหรือมีคนช่วยผู้ดูแลนำผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไปโรงพยาบาล และมีคนช่วยดูแลผู้ป่วยหรือมีสมาชิกในครอบครัวช่วยแบ่งเบางานของผู้ดูแลซึ่งเป็นช่วยเหลือด้านแรงงาน จึงทำให้คะแนนการสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงานอยู่ในระดับมาก

2. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร

จากการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 38.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.22 ซึ่งหมายถึง ผู้ดูแลไม่มีภาวะ เนื่องจากในการศึกษานี้ใช้แนวคิดของไปและคาร์เปอร์ (Pai & Kapur, 1981) ซึ่งมองภาวะว่าเป็นปัญหา หรือความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถวัดได้จากผลกระทบที่มีต่อตัวผู้ดูแลและครอบครัว หากผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าไม่คุ้มค่าหรือไม่เป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง ก็จะไม่รู้สึกเป็นภาวะ ประกอบกับการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือแหล่งที่ให้การช่วยเหลือจึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีภาวะ หรือมีภาวะน้อย เนื่องจากไม่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการศึกษาของรชนีกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ผู้ดูแลไม่มีภาวะ อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น บิดา มารดา และพี่น้องของผู้ป่วย ซึ่งเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย จึงต้องทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวตามความคาดหวังของสังคมและพัฒนาการของชีวิต (Lefley, 1987) และการได้ทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ประกอบกับอายุของผู้ดูแล ซึ่งอยู่ในกลุ่มตัวอย่างนี้มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยกลางคนวัยนี้จะเป็นวัยที่บำรุงและส่งเสริมผู้อื่น บุคคลในวัยนี้ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าไรจะมีการควบคุมอารมณ์ได้ดี มีการใช้ประสบการณ์และเหตุผลในการแก้ไขปัญหา (ทิพย์ภา เชษฐไชยวณิช, 2541) อีกทั้งในขณะที่ผู้ดูแลถูกสัมภาษณ์ผู้ป่วยไม่ได้แสดงอาการทางจิตที่รุนแรง จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล จึงทำให้ไม่มีภาวะ ซึ่งจากการศึกษาของราช กุลฮาราและอวาสติ (Raj, Kulhara, & Avasthi, 1991) พบว่าภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะติดตามอาการจะต่ำกว่าภาวะของผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการ เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ที่วัดภาวะของผู้ดูแลในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรง ประกอบกับการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างนี้อยู่ในระดับสูงทุกด้านจึงอาจส่งผลให้ไม่มีภาวะ ซึ่งการศึกษาของวิภาวรรณ ชลุ่ม, ประคอง อินทรสมบัติ และพรณวดี พุทธิวัฒน์ (2539) เกี่ยวกับภาวะในการดูแลและความผาสุกของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรามารามิบัติและโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ จำนวน 100 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ภาวะในการดูแลน้อยเช่นกัน

3. การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ อย่างไร

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคะแนนภาระของผู้ดูแลน้อย หรือผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีภาระในการดูแลมาก สอดคล้องกับการศึกษาของครอตตี้และคูลีย์ (Crotty & Kuly, 1986) ที่ศึกษาภาระของญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 56 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ภาระมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายและมีความรู้สึกที่ดีต่อการดูแล (Lawton, et al., 1989) การสนับสนุนทางสังคมที่จะบรรเทาภาระของผู้ดูแลได้นั้นต้องมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล (O'Brien, 1990) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้านกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมทั้งสองด้านนี้ไม่แตกต่างกันมากและอยู่ในระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานและบริการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานมากจะทำให้ภาระน้อยลง อาจเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียดในการดูแล จึงทำให้ภาระของผู้ดูแลลดลง (Hobbs, 1997) ในการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลเช่น การศึกษาของเพื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคมและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ สัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล จากการศึกษาในครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าไม่สัมพันธ์กับภาระ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารไม่แตกต่างกันมาก เพราะผู้ดูแลกลุ่มนี้เป็นผู้ดูแลที่มารับยาที่ห้องรับยาเดิมซึ่งต้องมาโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอจึงได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรวิชาชีพในระดับใกล้เคียงกัน สำหรับการสนับสนุนทางสังคม

ด้านการยอมรับคุณค่าไม่สัมพันธ์กับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติสายตรงกับผู้ป่วยคือเป็นบิดามารดา พี่และน้องของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณค่าต้องพึงพาตน จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้ไม่แตกต่างกันมากนักจึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะ