

ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

STRESS AND BURDENS IN PARENTS OF CHILDREN WHO CAME TO CHILD
PSYCHIATRIC CLINIC AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

Miss Suprawee Thongchit

A Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn UniversityThesis

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พา
เด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(นายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล)

สุประวีณ์ ทองชิต : ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (Stress and burdens in parents of children who came to child psychiatric clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ, 78 หน้า.

งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 108 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ 1)แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล2)แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) 3)แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 4)แบบสอบถามภาระการดูแล The Burden Interview (BI) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ค่าเฉลี่ย, ร้อยละ, Independence t-test, One way ANOVA, Chi-square และ Pearson's correlation

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 41.7 มีความเครียดเล็กน้อย และร้อยละ 51.9 มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลต่ำ ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแล มีความสัมพันธ์กันทางบวกในรูปเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ความเครียด กับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางลบในรูปเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล กับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางลบในรูปเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดคือ ระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลคือ ศาสนาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแล รูปแบบการรักษา และระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์.....ลายมือชื่อนิติ.....
 สาขาวิชา สุขภาพจิต.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา 2554.....

5374665230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : STRESS / BURDEN / PARENTS

SUPRAWEE THONGCHIT : STRESS AND BURDENS IN PARENTS OF CHILDREN WHO CAME TO CHILD PSYCHIATRIC CLINIC AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. ADVISOR : PROF. UMAPORN TRUNGKASOMBA, 78 pp.

The purpose of this research was to study stress and burdens in parents of children who came for outpatient treatment at child psychiatric clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. This study was cross-sectional and descriptive. The sample consisted of 108 parents of the child patients. Subjects completed 4 questionnaires; 1) a demographic form 2) the Thai Stress Test questionnaire 3) the social support questionnaire and 4) the Burden Interview. Data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, Independence t-test, One way ANOVA, Chi-square and Pearson's correlation by using SPSS program.

The results of the study were as follows: most subjects 41.7% had stress in the mild level and 51.9% had burdens in the low level. Stress and burdens had positive correlation in the linear fashion at $p = 0.01$. Stress and social support have negative correlation at $p = 0.01$. Burdens and social support have negative correlation at $p = 0.01$. The factor which was associated with the level of stress was the symptom severity (as perceived by parents). Factors associated with the level of burdens included religion, career, time spent in caring for the child, the number of children and the severity of symptoms (as perceived by parents) and the types of treatment.

Department : Psychiatry..... Student's Signature

Field of Study : Mental Health..... Advisor's Signature

Academic Year : 2011.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณา และเอื้อเฟื้อจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ที่ได้มอบความรู้ คำแนะนำ พร้อมทั้งให้แนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความกรุณา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนฉวีชัย ผู้ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้าพยาบาลและฝ่ายการพยาบาล ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในครั้งนี้

ขอขอบคุณทูนอดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต จากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานต่างๆ และให้คำแนะนำที่ดี

ขอขอบคุณ ดร.วชิราพรรณ แก้วประพันธ์ ที่ช่วยให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนขอขอบคุณเพื่อนๆที่ปรึกษาโทรุ่่นที่ 23 ทุกคนที่ให้กำลังใจ และเป็นทีปรึกษาที่ดีตลอดมา

สุดท้ายนี้ขอกราบพระคุณบิดา มารดา ที่ได้ให้การสนับสนุนในการศึกษา และเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งของผู้วิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
กรอบแนวความคิดการวิจัย.....	6
วิธีดำเนินการวิจัย.....	7
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	7
คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชเด็ก.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแล.....	22
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม.....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	32
การรวบรวมข้อมูล.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	40
ส่วนที่ 2 ระดับความเครียด.....	49
ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม.....	50
ส่วนที่ 4 ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล.....	51
ส่วนที่ 5 ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแล.....	52
ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์.....	63

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผล.....	70
ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้.....	77
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	78

รายการอ้างอิง..... 79

ภาคผนวก..... 87

ภาคผนวก ก.....	88
ภาคผนวก ข.....	90
ภาคผนวก ค.....	95
ภาคผนวก ง.....	103
ภาคผนวก จ.....	107

ประวัติผู้แต่งวิทยานิพนธ์..... 118

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง.....	40
2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก.....	46
3 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของผู้ปกครอง.....	49
4 จำนวนและร้อยละของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง.....	50
5 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง.....	51
6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองกับความเครียด โดยใช้ Chi-square.....	52
7 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กกับความเครียด โดยใช้ Chi-square..	55
8 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง โดยใช้ Independence t-test, One way ANOVA.....	57
9 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก โดยใช้ Independence t-test.....	60
10 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระการดูแล กับปัจจัยด้านอาชีพของผู้ปกครอง โดยวิธีของ Scheffe.....	61
11 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระการดูแล กับปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) โดยวิธี LSD.....	62
12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง.....	63

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยในปัจจุบันได้หันมาให้ความสำคัญกับปัญหาทางจิตเวชมากขึ้น เนื่องจากหากสามารถทำให้คนในสังคมมีสุขภาพกาย และจิตใจที่ดีก็หมายถึงการมีทรัพยากรบุคคล ที่มีคุณภาพที่จะช่วยพัฒนาสังคม และประเทศชาติต่อไปในอนาคต ปัญหาจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นในประเทศไทยก็เป็นปัญหาที่สังคมไม่ควรมองข้าม ข้อมูลของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾ ระบุว่า ปัจจุบันเด็กไทยนับล้านคนอยู่ในสภาวะเครียดจัด และในปัจจุบันมีเด็กที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit/hyperactivity disorder) โรคความผิดปกติทางการเรียน (Learning Disabilities) โรคออทิสติก (Autistic) เป็นต้น ส่งผลให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครองหลายๆ คนเกิดความเครียด และสงสัยเกี่ยวกับความแตกต่างในด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดของบุตรหลาน ที่ไม่เหมือนกับเด็กอื่นๆ ทั่วไป แม้ว่าจะพยายามดูแล ทุ่มเท เอาใจใส่ และทำทุกสิ่งทุกอย่างให้ดีที่สุดแล้วก็ตาม

จากสถิติผู้มารับบริการในหน่วยงานของกรมสุขภาพจิตกลุ่มเด็กและวัยรุ่น พบว่าโรคทางจิตเวชและปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ความผิดปกติของการพัฒนาการทางจิตใจร้อยละ 36.8 รองลงมา คือ ปัญญาอ่อนร้อยละ 21.5 ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่เริ่มต้นในเด็กและวัยรุ่นร้อยละ 14.9 พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิดร้อยละ 9.9 และความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 7.4⁽¹⁾

จากรายงานสถิติจำนวนของผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ประจำปี 2554 พบว่าเด็กชายมารับบริการเป็นจำนวน 2,890 คน คิดเป็นร้อยละ 72.12 และเด็กหญิง จำนวน 1,117 คน คิดเป็นร้อยละ 27.88⁽²⁾

ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽³⁾ (อ้างในเอกสารประกอบการเตรียมการนำเสนอ คณะรัฐมนตรี ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา วันที่ 31 พฤษภาคม 2553) รายงานว่า จากจำนวนของประชากรในประเทศไทยทั้งหมดประมาณ 62 ล้านคน มีประชากรเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือเด็กออทิสติกประมาณ 6 ใน 1,000 หรือประมาณ 0.6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 372,000 คน และกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการหรือเด็กสมาธิสั้นประมาณ 2.37 หรือประมาณ 1,469,300 คน

แนวโน้มผู้ป่วยจิตเวชเด็กสถาบันราชานุกูลเพื่อตรวจรักษาต่อมีอัตราสูงขึ้นจากปี 2550-2552 ตามลำดับจากร้อยละ 65.59 ปี 2550 เป็นร้อยละ 65.92 สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์จากร้อยละ 36.71 เป็นร้อยละ 40.37 โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จากร้อยละ 16.95 เป็นร้อยละ 25.94 และจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์จากร้อยละ 22.64 เป็นร้อยละ 29.55 นอกจากนี้พบว่า จำนวนผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล ปี 2552 มีจำนวน 7,329 ราย สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์มีจำนวน 3,081 รายและโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ มีจำนวน 3,367 ราย⁽⁴⁾

เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่งในครอบครัวมีผลก่อให้เกิดความเครียดต่อสมาชิกทั้งครอบครัว ความเครียดของผู้ดูแลที่พบบ่อยสาเหตุมาจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา บางครั้งเกิดความยากลำบาก จัดการเวลาไม่ได้ รู้สึกขาดคนช่วย ไม่มีเงินเพียงพอ มีความตึงเครียดด้านสัมพันธภาพ⁽⁵⁾ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการช่วยเหลือ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ครอบครัว ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน ดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ⁽⁶⁾

เมื่อเด็กเจ็บป่วย พ่อแม่จะพาไปหากุมารแพทย์ หรือแพทย์ประจำครอบครัว เมื่อแพทย์ตรวจแล้วเห็นว่า เด็กควรได้รับการรักษาจากจิตแพทย์เด็ก ก็จะแนะนำ หรือส่งต่อจิตแพทย์เด็ก ความผิดปกติทางจิตเวชในเด็ก มีสาเหตุจากปัจจัย ๒ ประการ คือ

1. ชีวภาพของเด็กเอง เมื่อเด็กคลอดออกมา ก็จะมีลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น บางคนหงุดหงิด บางคนร้องบ่อย บางคนนอนสงบ บางคนมีเซาว์น ปัญญาดี บางคนมีความกังวล โดยเฉพาะเด็กหญิง สำหรับเด็กชายมักมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวสูงกว่า

2. สิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างมาก

ลักษณะท่าที หรือเจตคติ (attitude) ของพ่อแม่ที่มีต่อลูก 2 ประการ คือ

1. การไม่รักหรือรังเกียจ (rejection)

2. การรักและปกป้องคุ้มครองเด็กมากเกินไป (over affection and overprotection) ท่าทีที่

พ่อแม่แสดงต่อลูก ได้แก่

2.1 ทอดทิ้ง กระทำทารุณ หรือประณามอย่างไม่สมควร

2.2 เข้มงวด ดุ ลงโทษเสมอๆ ลูกจะเป็นคนขี้กลัว กังวล มีปม ขาดความมั่นคงทางใจ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หรือมีพฤติกรรมในทางตรงกันข้ามคือ ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร

2.3 แสดงความรักลูกไม่เท่ากัน จะทำให้เด็กเกิดความอิจฉาแค้นชิงชังดีกันระหว่างพี่น้อง เด็กที่รู้สึกว่าคุณแม่ไม่รัก มักจะกังวล อารมณ์หวั่นไหว สมาธิเสื่อม เป็นเด็กดื้อ เจ้าอารมณ์

2.4 แสดงความห่วงใย และตามใจเกินขอบเขต วุ่นวาย ปรนนิบัติ คอยระมัดระวังเกินไป เด็กจะไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่รับผิดชอบตนเองเท่าที่ควร มีวุฒิภาวะต่ำ

2.5 แสดงความโอบอุ้มคุ้มครองมากเกินไป อาจเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เป็นคนเปราะบาง ไม่มีความอดทน มีความโน้มเอียงที่จะเป็นโรคจิต โรคประสาทได้พอๆ กับเด็กที่ขาดความรัก เพราะชีวิตจริงนอกบ้าน ทุกคนจะต้องพบความผิดหวัง และความคับข้องใจ ซึ่งจะเป็นแรงกระตุ้นความทะเยอทะยาน และช่วยเสริมสร้างบุคลิกให้แข็งแกร่ง นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสร้างบุคลิกภาพให้สมบูรณ์ และสุขภาพจิตที่ดีให้แก่เด็กก็คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ถ้าพ่อแม่รักใคร่ยกย่องนับถือซึ่งกันและกัน และทั้งพ่อแม่ต่างก็รักลูก เด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดี และมีความสุข ถ้าพ่อแม่ทะเลาะกันบ่อยๆ และแสดงความไม่รักกัน ลูกก็จะขาดความมั่นคงทางใจ ขาดความอบอุ่น⁽⁷⁾

ความเครียดเป็นอาการอย่างหนึ่งที่มีผลกระทบต่อจิตใจโดยตรง และต่อร่างกายซึ่งก่อให้เกิดผลเสียตามมา⁽⁸⁾

ความเครียด (Stress) มาจากภาษาละตินว่า Stricts ซึ่งหมายถึงความกดดันที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจเป็นสภาวะทางจิตใจที่เกิดจากการที่บุคคลเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความเครียดจะเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย และจิตใจ เกิดการปรับตัวที่แสดงออกในรูปแบบของความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่สบายใจ ความวุ่นวายใจ ทำให้บุคคลเสียสมดุลของตนเอง เป็นแรงผลักดันให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป⁽⁹⁾

การป่วยทางจิตเวชในเด็กนั้น อาจจะมีผลให้เกิดความเครียดในตัวผู้ปกครองของเด็ก เพราะเด็กที่มีอาการทางจิตเวช บางคนอาจหงุดหงิดง่าย อารมณ์รุนแรง มีความหวาดระแวง หรือรู้สึกกลัว บางสิ่งบางอย่าง ตกใจง่าย ซึ่งผู้ปกครองของเด็กเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญต่อการรักษา จะต้องมีการปรับตัวตามอารมณ์ หรือพฤติกรรมของเด็กที่มีอาการป่วยทางจิตอยู่ตลอดเวลา เด็กที่มีอาการป่วยทางจิตบางคนอาจจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งความรับผิดชอบการดูแลเอาใจใส่ในผู้ป่วย ได้แก่ การพามาตรวจ หรือรับการรักษาที่โรงพยาบาล การอาบน้ำเช็ดตัวให้ผู้ป่วย การป้อนอาหาร ก็จะตกอยู่ที่ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระการดูแลให้กับผู้ปกครอง นอกเหนือไปจากการประกอบอาชีพ หรือการทำงานเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์หากพบว่าผู้ปกครองเริ่มมีภาวะความเครียด เพื่อให้การช่วยเหลือทางจิตใจที่เหมาะสมต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีระดับความเครียดเท่าไร
2. ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็ก หรือไม่ และในระดับใด
3. ปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้อง กับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
4. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองหรือไม่

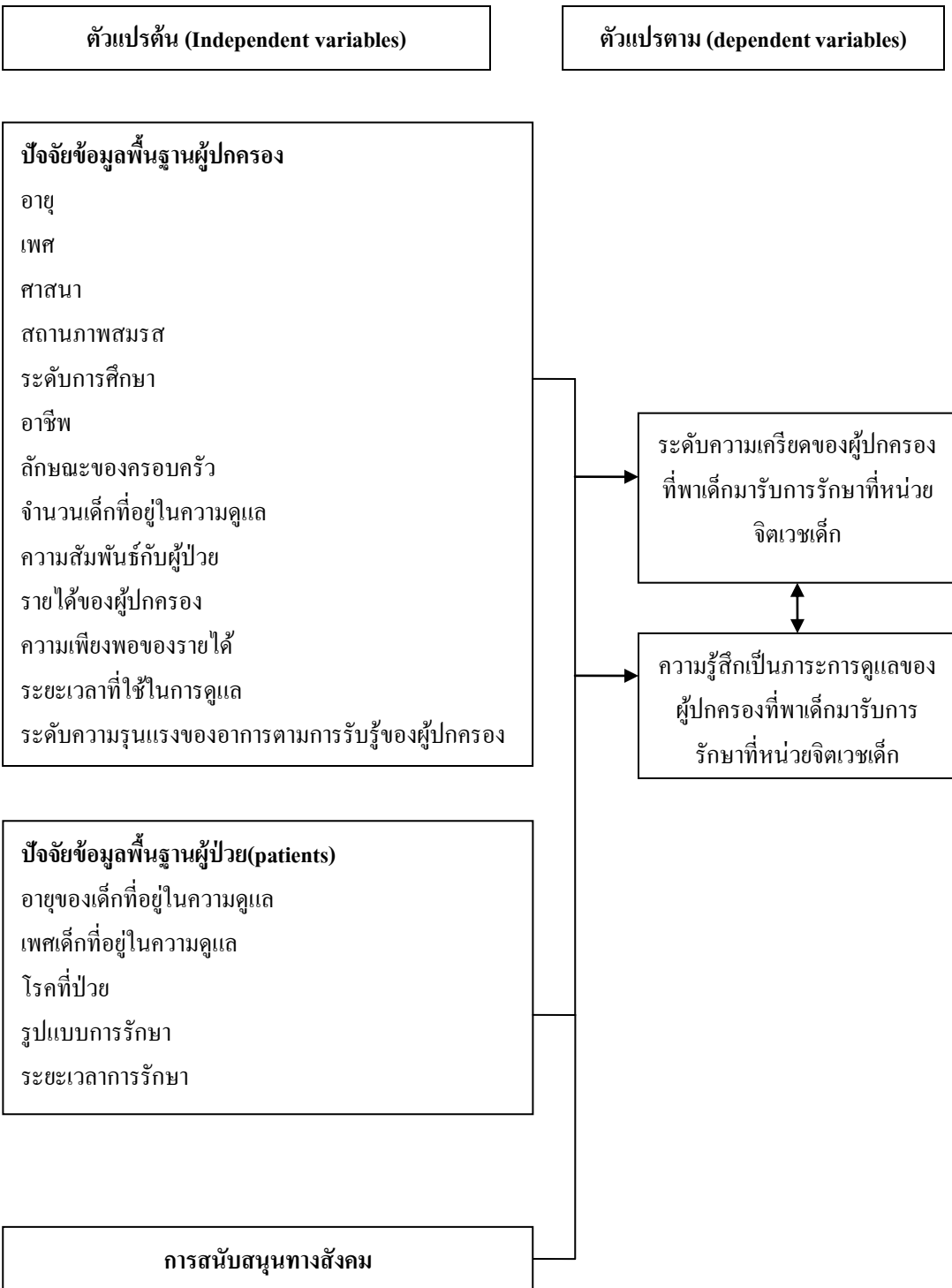
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
2. เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่าง 108 คน ได้จากสูตร Sampling size determination $n = ((Z_{\alpha/2})^2 pq)/d^2$ ซึ่งระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนกันยายน 2554 เป็นต้นไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 108 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล , แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ part II) แบบสอบถามภาระการดูแล (The Burden Interview (BI)

กรอบแนวความคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนรวบรวมวิชาการ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 สร้างเครื่องมือ และตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่หน่วยจิตเวชเด็ก
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนดำเนินการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครอง ที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเรื่องการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย ให้ผู้ปกครองกรอกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย , แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม , แบบสอบถามภาวะการดูแล

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนวิทยานิพนธ์

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก ได้แก่ ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

ความเครียด (Stress) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ปกครองเด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวช ที่ต้องเผชิญกับลักษณะความผิดปกติ และพฤติกรรมของเด็กที่ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ ความสับสน ความสิ้นหวัง เป็นต้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย โดยผลการวัดแปลผลได้ดังนี้คือ กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับดีมาก กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติ กลุ่มผู้ที่มีความเครียดในระดับเล็กน้อย และกลุ่มผู้ที่มีความเครียดมาก ผลที่ได้แบ่งถึงภาวะสุขภาพจิตในบุคคลนั้นในช่วงขณะนั้น⁽¹⁰⁾

ภาวะของผู้ปกครอง หมายถึง การรับรู้ถึงเวลาที่ใช้ และความยากลำบากในการทำกิจกรรมที่เกิดจากการดูแลเด็ก ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก ของผู้ปกครองโดยประเมินจากคะแนนใน

แบบสอบถามภาระการดูแล BI (The Burden Interview)⁽¹¹⁾ โดยความรู้สึกไม่เป็นภาระคะแนน 0-20 ส่วนความรู้สึกเป็นภาระ มีค่าคะแนนระหว่าง 21-88 คะแนน

ผู้ปกครอง ของเด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก หมายถึง ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลัก กล่าวคือ ใช้เวลาในการดูแลเด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน

เด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวช หมายถึง เด็กที่มีอาการผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งมีได้หลายแบบ โดยองค์การอนามัยโลกได้จำแนกความผิดปกติทางจิตเวชเด็กไว้ดังนี้ 1. ความประพฤติแปรปรวน 2. อารมณ์แปรปรวน 3. อารมณ์เคลื่อนไหวมากผิดปกติ 4. พัฒนาการล่าช้าเฉพาะด้าน 5. ความผิดปกติทางสรีรวิทยาเนื่องจากสาเหตุทางจิตใจ 6. โรคประสาทในเด็ก 7. โรคจิตในเด็ก 8. อาการสมองพิการและพฤติกรรมแปรปรวน ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก รพ.จุฬาลงกรณ์⁽¹²⁾

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ค่าปลอบโยน การช่วยเหลือหรือการให้ข่าวสารต่อคนที่เป็นผู้รับโดยการติดต่ออย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการของบุคคลหรือกลุ่มรวมทั้งกระบวนการที่มีคนปฏิสัมพันธ์กันแล้วมีผลในทางบวกต่อคนๆนั้นทั้งในด้านสังคม จิตใจ และร่างกายที่มีสุขภาพดี⁽¹³⁾

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. สามารถวางแผนให้การบริการรักษาผู้ที่มีความเครียดในระยะแรกเริ่ม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางจิตเวชเด็ก ทั้งตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวและผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากภาระในการดูแลเด็กที่มีอาการทางจิตเวช จะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และวางแผนการรักษา เพื่อช่วยลดหรือป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครอง
3. เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความเครียด และภาระ
4. สามารถใช้เป็นข้อมูลของการศึกษาที่เกี่ยวข้องในครั้งต่อไป
5. สามารถใช้ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ หรือแนวทางปฏิบัติในการช่วยลดความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลบุตรหลานที่มีอาการป่วยทางจิตเวช

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

โรคทางจิตเวชเด็ก

ความเครียด

ภาระการดูแล

แรงสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคทางจิตเวชเด็ก

ปัญหาสุขภาพจิตพบได้เสมอในชีวิตประจำวัน คนเราเมื่อเผชิญปัญหาหรือสภาวะเครียด จะมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลทางจิตใจ

เด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กไม่รู้ว่าตนเองมีปัญหาหรือมีความเดือดร้อนต้องมาพบแพทย์ แต่ผู้ใหญ่พาเด็กมาตรวจเนื่องจากความวิตกกังวลหรือต่ออาการหรือพฤติกรรมของเด็ก การตรวจประเมินจำเป็นต้องพูดคุยกับผู้ปกครองเด็ก และตรวจเด็กด้วยวิธีพูดคุยหรือเล่นกับเด็ก

เด็กและวัยรุ่นมักไม่มีความต้องการมาพบแพทย์เอง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ใหญ่ที่มีความเห็นว่าเป็นเด็กหรือวัยรุ่นควรมาพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยสาเหตุและให้แพทย์ช่วยหาทางแก้ไขปัญหาหรือโรคทางจิตเวช ปัญหาที่เป็นสาเหตุนำมาตรวจอาจเป็นปัญหาทางด้านพัฒนาการ เช่น เด็กยังไม่พูดเมื่อถึงวัยที่ควรพูดได้ เด็กอาจมีปัญหาการเรียนโดยเรียนไม่รู้ซ้ำ ไม่สนใจเรียน หรือมีผลการเรียนตกต่ำลง นอกจากนั้นก็อาจมีปัญหาพฤติกรรมต่างๆ เช่น ก้าวร้าว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ชนมากอยู่ไม่นิ่ง หรือมีพฤติกรรมต่างไปจากเด็กปกติวัยเดียวกัน ฉะนั้นวัตถุประสงค์การตรวจทางจิตเวชจึงมี 2 ประการ คือ เพื่อการวินิจฉัย และเพื่อการวางแผนการรักษา

การตรวจทางจิตเวชประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. ชักถามประวัติ

2. การตรวจสภาพจิต
3. การตรวจร่างกาย ⁽¹⁴⁾

ในปี พ.ศ. 2539-2540 ได้มีการศึกษาทางระบาดวิทยาของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อายุระหว่าง 8-11 ปี จำนวน 1,698 คน จากการสุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนทั้งหมดในกรุงเทพฯ โดยใช้แบบสอบถาม Thai Youth Checklist (TYC) ถามพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครู พบว่าความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชเด็กร้อยละ 37.58⁽¹⁸⁾

ความหมาย

วันเพ็ญ บุญประกอบ (อ้างถึงในฉวีวรรณ สัตยธรรม)⁽⁵⁵⁾ ได้ให้คำจำกัดความโรคจิตในเด็กไว้ว่า เป็นความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (ego) ทั้งหมด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการนึกคิด อารมณ์ การเคลื่อนไหว การพูด การรู้จักแยกตัวเองออกจากผู้อื่น การทดสอบความเป็นจริง (Reality testing) และความสัมพันธ์กับบุคคล โรคจิตในเด็กเป็นโรคที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากโรคอื่นๆ และโรคจิตผู้ใหญ่ได้โดยอาการของเขาเอง อาการจะเริ่มปรากฏตั้งแต่วัยทารกไปจนถึง 11 ปี

คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย (2528:10) (อ้างถึงในฉวีวรรณ สัตยธรรม)⁽⁵⁵⁾ กล่าวถึงความหมายของโรคจิตในเด็กไว้ว่า หมายถึงเด็กที่มีความผิดปกติของพัฒนาการในทุกๆ ด้าน เป็นความผิดปกติที่เด็กแสดงออกอย่างชัดเจน ทำให้พัฒนาการของบุคลิกภาพไม่สอดคล้องกันตามวัย เป็นสาเหตุให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มนุษย์สัมพันธ์ขั้นพื้นฐาน และความผูกพันบกพร่องอย่างมาก รวมทั้งความผิดปกติทางด้านความคิด ศีลธรรม และการพูดเป็นความผิดปกติด้านคุณภาพ

เครก (Creak, 1961) ได้ให้ข้อบ่งชี้สำหรับเด็กที่เป็นโรคจิตไว้ ดังนี้

1. มีความบกพร่องเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพทางอารมณ์กับผู้อื่นอย่างรุนแรง
2. มีความผิดปกติของการรับรู้ด้านสัมผัส
3. มีแนวโน้มที่จะหมกมุ่นอยู่กับวัตถุสิ่งของ มากกว่าสิ่งมีชีวิต
4. พฤติกรรมแสดงออกแปลกประหลาด หรือเคลื่อนไหวซ้ำๆ
5. พัฒนาการทางการพูดล้มเหลว
6. การแสดงออกทางอารมณ์รุนแรง
7. ไม่รู้จักตนเองหรือบุคคลอื่น
8. ต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม

9. สติปัญญาที่บ

สาเหตุ ^(55,56)

1. การถ่ายทอดทางพันธุกรรม เด็กได้รับมาจากบิดามารดา ซึ่งได้แก่การถ่ายทอดทางยีนส์
2. สังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของครอบครัวและชุมชน สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
3. ระบบของครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะการเลี้ยงดู พยาธิสภาพจิตใจของบิดามารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว
4. ความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บทางร่างกายของเด็ก จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวและอารมณ์ของเด็กอย่างมาก มีผลทำให้เกิดการแปรปรวนของบุคลิกภาพ และพัฒนาการของสมองหยุดชะงัก
5. พบได้ในครอบครัวทุกสังคม แต่มีแนวโน้มว่าครอบครัวที่มีเศรษฐกิจฐานะสูง บิดามารดามีการศึกษาสูงจะพบมากกว่าบิดามารดาที่มีฐานะและการศึกษาไม่สูง พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็ก

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กมีหลักการเช่นเดียวกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในผู้ใหญ่ โรคหรือความผิดปกติในทางจิตเวชเด็กตามเกณฑ์วินิจฉัยของระบบ DSM ยังคงถือลักษณะอาการแสดงเป็นสำคัญ เกณฑ์วินิจฉัยข้อต่างๆ ได้มาจากการวิจัย ซึ่งช่วยให้ ผู้ที่มีไซจิตแพทย์เด็กโดยตรงสามารถเห็นภาพของลักษณะการแสดงออกของโรคที่เป็นจริงและมีความสำคัญทางคลินิก แต่ที่นอกเหนือไปกว่านั้นก็คือ

- 1) เด็กมีพัฒนาการในด้านต่างๆ ตามวัย ดังนั้น บางอาการที่ถือว่า เป็นปกติของเด็กวัยหนึ่ง อาจถือว่า ผิดปกติ หากเกิดขึ้น หรือคงอยู่ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงกับเด็กอีกวัยหนึ่งก็ได้ เช่น อาการปัสสาวะรดที่นอนของเด็กอายุ 4 ปี กับอายุ 10 ปี ย่อมมีความสำคัญต่างกัน เกณฑ์การวินิจฉัยในเด็กจึงมักมีระดับอายุมาเป็นเกณฑ์ด้วยเสมอ

2) ในความผิดปกติชนิดเดียวกัน เช่น อากาแรกกลัว (phobia) ในแต่ละวัยของเด็กจะมีลักษณะเด่นของอาการที่แสดงออกในวัยนั้นๆ ต่างๆ กันไปด้วย การศึกษาเรื่องพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะทางความคิดและอารมณ์จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง

3) เด็กมีโอกาสมีโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชที่แม่ไม่ได้ถูกจัดเข้ากลุ่มของจิตเวชเด็กเกือบทุกโรค ไม่ว่าจะเป็น schizophrenia, mood disorders หรือ anxiety disorders ได้ทั้งสิ้น การจัดกลุ่มโรคทางจิตเวชเด็กขึ้นก็เพื่อเน้นว่า ความผิดปกติในกลุ่มนี้มักเริ่มพบอาการหรือถูกวินิจฉัยตั้งแต่เด็กเท่านั้น

4) ยังมีอาการอีกหลายอาการในเด็ก ที่อาจก่อให้เกิดปัญหา แต่ไม่ได้จัดไว้เป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชเด็ก เช่น infantile colics, temper tantrums เนื่องจาก ถือว่า เป็นเพียงความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมจากรวัย มิได้เป็นโรค แต่ก็ต้องได้รับการเอาใจใส่แก้ไขเช่นกัน⁽¹⁵⁾

การจำแนกโรคหรือความผิดปกติทางจิตเวชเด็กตาม DSM-IV

กลุ่มความผิดปกติที่มักเกิดขึ้นครั้งแรกในทารก เด็ก หรือวัยรุ่น

ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation)

317 ภาวะปัญญาอ่อนไม่รุนแรง (Mild Mental Retardation)

318.0 ภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation)

318.1 ภาวะปัญญาอ่อนรุนแรง (Severe Mental Retardation)

318.2 ภาวะปัญญาอ่อนรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation)

319 ภาวะปัญญาอ่อนที่ไม่ได้ระบุชัดเจน (Mental Retardation, severity unspecified)

ความผิดปกติทางการเรียน (Learning disorders)

315 ความผิดปกติทางการอ่าน (Reading Disorder)

315.1 ความผิดปกติทางการคำนวณ (Mathematics Disorder)

315.2 ความผิดปกติทางการแสดงออกโดยการเขียน (Disorder of Written Expression)

ทักษะการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Motor skills disorder)

315.4 พัฒนาการของการประสานงานของการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Developmental Coordination Disorder)

ความผิดปกติทางการสื่อสาร (Communication disorders)

315.31 การแสดงออกโดยใช้ภาษาผิดปกติ (Expressive Language Disorder)

315.31 การเข้าใจภาษาและแสดงออกโดยใช้ภาษาผิดปกติ (Mixed Receptive Expressive Language Disorder)

315.39 การออกเสียงผิดปกติ (Phonological Disorder)

307.00 การพูดติดอ่าง (Stuttering)

พัฒนาการผิดปกติแบบกระจาย (Pervasive development disorder)

299.00 Autistic Disorder

299.10 Childhood Disintegrative Disorder

299.80 Rett's Disorder

สมาธิบกพร่องและความประพฤติก่อกวน (Attention-deficit and Disruptive Behavior Disorders)

314.XX สมาธิสั้น ชนและอยู่ไม่นิ่ง (Attention-deficit/Hyperactivity Disorder)

.01 แบบผสม (Combined Type)

.00 แบบไม่มีสมาธิ (Predominantly Inattention Type)

.01 แบบชนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (Predominantly Hyperactive Impulsive Type)

312.80 ความประพฤติผิดปกติ (Conduct Disorder)

ระบุชนิด-เริ่มเป็นตั้งแต่เด็ก/เริ่มเป็นตอนวัยรุ่น

313.81 ความผิดปกติแบบดื้อดั่งและต่อต้าน (Oppositional defiant Disorder)

ความผิดปกติของการกินในวัยทารกและวัยเด็กตอนต้น (Feeding and Eating Disorders of infancy or early childhood)

307.52 ภาวะการกินสิ่งของที่ไม่ใช่อาหารเป็นประจำ (Pica)

307.53 การขย้อนของทารก (Rumination Disorder of infancy)

Tic Disorders

307.23 Tourette's Disorder

307.22 Tic disorder ที่แสดงออกทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย หรือการเปล่งเสียงแบบเรื้อรัง (Chronic Motor or Vocal Tic Disorder)

307.21 Tic disorder แบบชั่วคราว (Transient Tic Disorder) ระบุเป็นครั้งคราว หรือเป็นซ้ำๆ

ความผิดปกติของการขับถ่าย (Elimination Disorders)

อุจจาระราด (Encopresis)

787.6 มีอาการท้องผูก ตามด้วยอุจจาระราด (With Constipation and Overflow Incontinence)

307.7 อุจจาระราดที่ไม่มีอาการท้องผูก (Without Constipation and Overflow Incontinence)

307.60 ปัสสาวะราดที่ไม่มีสาเหตุทางร่างกาย (Not Due to a General Medical Condition) ระบุชนิด-เฉพาะกลางคืน (Nocturnal) เฉพาะกลางวัน (Diurnal)/ทั้งกลางคืนและกลางวัน

ความผิดปกติอื่นๆ ของทารก เด็ก หรือวัยรุ่น (Other Disorders of Infancy, Childhood or Adolescence)

309.21 ความกังวลผิดปกติเมื่อต้องจากพราก (Separation Anxiety Disorder) ระบุ-เป็นตั้งแต่เด็ก (early onset)

313.23 การเลือกไม่พูดในบางสถานการณ์ (Selective Mutism)

313.89 ความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นผิดปกติในทารกหรือเด็กเล็ก (Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood) ระบุชนิด-ชนิดยับยั้ง (inhibited)/ชนิดไม่ยับยั้ง (disinhibited)

307.30 การเคลื่อนไหวซ้ำๆ ผิดปกติจนเป็นนิสัย (Stereotypic Movement Disorder) ระบุ-ถ้ามีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง⁽¹⁶⁾

2. ความเครียด

ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ความเครียดในปริมาณที่น้อยเป็นสิ่งที่ดีสามารถกระตุ้นตัวเรา และช่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ความเครียดที่มากเกินไป อาจเป็นอันตรายได้ วิธีการที่เรารับรู้เหตุการณ์ที่มากกระตุ้นให้เกิดความเครียด และวิธีการที่เราตอบสนองต่อความเครียด เป็นผลกระทบต่อสุขภาพของเรา อาจเกิดจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของเรา และมีผลกระทบในทางกายภาพ ทางด้านจิตใจและสังคม⁽¹⁹⁾

Lazarus & Folkman (1984)⁽²⁰⁾ ให้ความหมายความเครียดไว้ว่า หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม (threat) โดยที่การรับรู้ หรือการประเมินนี้เป็นผลมาจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต กับปัจจัยภายในของบุคคล อันประกอบด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

ความเครียดอาจเกิดจากความวิตกกังวลในอดีต (guilt) หรือวิตกกังวลในอนาคต (anxiety) ความเครียดอาจเกิดอย่างปัจจุบันทันด่วนจนกลายเป็นวิกฤต ทำให้ชีวิตปกติที่มีความสุขกลับกลายเป็นชีวิตที่ประสบวิกฤตในทันที⁽²¹⁾

Selye (1974)⁽⁹⁾ ให้ความหมายว่า ความเครียด (Stress) มาจากภาษาลาตินว่า Stricts ซึ่งหมายถึงความกดดันที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นสภาวะที่บุคคลเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งจากตัวเอง สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความเครียดจะเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย และจิตใจ เกิดการปรับตัวที่แสดงออกมาในรูปแบบของความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่สบายใจ ความวุ่นวายใจ ทำให้บุคคลเสียสมดุลของตนเอง เป็นแรงผลักดันให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายที่ระบุว่า การที่จิตใจของบุคคลตื่นตัวพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาหรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งที่จะเกิดขึ้น ซึ่งบุคคลคาดว่าจะเป็นเรื่องยาก เรื่องฝืนใจ หรือเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของบุคคลซึ่งบุคคลจะต้องทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจทั้งหมดที่มีอยู่เข้าแก้ไขหรือต่อสู้กับปัญหานั้นๆ โดยความเครียดเกิดจากสาเหตุ 3 ประการคือ

1. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าจะไม่สมหวัง กลัวจะไม่สำเร็จ หนักใจในงาน หรือภาระต่างๆ รู้สึกว่าตัวเองต้องทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถ มีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น

2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนช่วงวัย การแต่งงาน การตั้งครรภ์ การเริ่มเข้าทำงาน การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก เป็นต้น

3. สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บไข้ ไม่สบายที่ไม่รุนแรง ตลอดไปจนถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง และเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁽²²⁾

ความเครียดเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานจากความสัมพันธ์ระหว่างกายกับจิต (mind and body relationship) ที่เชื่อกันว่าความรู้สึก หรืออารมณ์มีผลต่อสุขภาพ หรือความเจ็บป่วยทางกายได้⁽²³⁾

ความเครียด เป็นความทุกข์ที่แสดงออกผ่านทางร่างกาย และจิตใจ เป็นอาการที่มีความเกี่ยวพันกันระหว่างร่างกายกับจิตใจ โดยเกิดการตื่นตัวเพื่อเตรียมรับกับสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งไม่เป็นที่พอใจ หรือไม่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น จึงทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์หนักใจ หรือเป็นต้นเหตุให้เกิดความผิดปกติทางร่างกาย รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่ปกติตามไปด้วย⁽²⁴⁾

ความเครียด⁽²⁵⁾ หรือ Stress ที่มีรากศัพท์มาจากภาษาลาตินว่า “Stringers” ความเครียดคือ สภาวะจิตใจที่ขาดความอดทน อटकั้น และเต็มไปด้วยความคิดที่ไร้ประโยชน์ อันเนื่องมาจากความกดดันจากภาระหน้าที่การงาน การเงิน ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้ง รวมทั้งความไม่ถูกต้อง ความก้าวร้าวรุนแรง และสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ เป็นต้น สรุปได้ว่า “ความเครียด” เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามหรือกดดัน ซึ่งแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physiological Stress) เช่น เหงื่อแตก หายใจถี่ขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปากแห้ง อึดอัดในท้อง กระเพาะอาหารปั่นป่วน เป็นต้น

2. องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological Stress) แบ่งออกเป็น

- ด้านพฤติกรรม เช่น ปากสั่น มือสั่น เสียงสั่น พูดเร็ว เดินตัวเกร็ง นอนไม่หลับ

ฯลฯ

- ด้านความคิด เช่น คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ จำอะไรไม่ค่อยได้

- ด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์กั๊ก วิดกกังวล เศร้า โกรธ คับข้องใจ เป็นต้น

ความเครียด⁽²⁶⁾ คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือหลายส่วนของร่างกายนั่นเอง ซึ่งทุกคนจำเป็นต้องมีอยู่เสมอในการดำรงชีวิต เช่น การทรงตัว เคลื่อนไหวท้าวๆไป มีการศึกษาพบว่าทุกครั้งที่เราคิดหรือมีอารมณ์บางอย่างเกิดขึ้นจะต้องมีการหดตัว เคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแห่งใดแห่งหนึ่ง ในร่างกายเกิดขึ้นควบคู่เสมอ

ความเครียดเกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ใดๆ ก็ตามที่ผลักดันให้ร่างกายและจิตใจ ผิดไปจากเดิม ทำให้ไม่สบายใจวิตกกังวล ผุดลุกผุดนั่ง อารมณ์เสีย ไม่มีสมาธิ ไม่พอใจ บางคน เมื่อเกิดอารมณ์เครียด จะแสดงอาการออกมาทางกายด้วย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ กินไม่ได้ อ่อนเพลีย เป็นต้น⁽²⁵⁾

ปฏิกิริยาทางร่างกายเพื่อปรับตัว (Reaction of Adjustment)

เมื่อมีตัวเร่งความเครียดเกิดขึ้น ก็จะเกิดปฏิกิริยาทางร่างกายเพื่อปรับตัว 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. อาการบอเหตุ (Alarm Reaction Stage) จะเกิดขึ้นเฉพาะแห่งซึ่งเนื่องมาจากตัวเร่งให้เกิดความเครียด ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจะเกิดโดยผ่านระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) จะหลั่งฮอร์โมนออกมา ทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านต่อตัวเร่งความเครียด และปรับร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล

2. อาการต่อต้าน (Resistance Stage) ในระหว่างช่วงนี้ การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาจะเกิดขึ้นเพื่อรักษาสภาพต่อต้านของสิ่งมีชีวิตต่อตัวเร่งความเครียด ในบางสถานการณ์ทำให้เกิดระดับการสมดุลทางชีววิทยาเกิดขึ้น

3. ขั้นหยุดการทำงาน (Exhaustion Stage) ถ้ามนุษย์อยู่ภายใต้เหตุการณ์ที่มีความเครียดนานๆ ความต้านทานไม่สามารถจะทำให้ร่างกายยังคงรักษาสุขภาพคงที่ไว้ได้ และความเครียดยังคงมีอยู่ต่อไป อาจจะตายได้เพราะอวัยวะหยุดการทำงาน⁽²⁷⁾

สาเหตุของความเครียด

Miller (อ้างถึงในจุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี)(2551)⁽²⁸⁾ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด แบ่งออกเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล

1. ปัจจัยภายในบุคคล

1.1 สาเหตุทางร่างกาย เป็นภาวะของร่างกายที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น ความเมื่อยล้า ร่างกายไม่แข็งแรง ขาดการพักผ่อน รับประทานอาหารไม่เพียงพอ การเจ็บป่วยทางร่างกาย พันธุกรรม มีโรคประจำตัว ได้รับการผ่าตัดใหม่ ติดสุรา และยาเสพติด

1.2 สาเหตุทางจิตใจ เป็นสภาวะทางจิตใจบางอย่างของบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ อารมณ์ไม่ดีทุกชนิด กลัว เศร้า วิตกกังวล ความคับข้องใจ ทัศนคติ และยัง

เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพประเภทจริงจังกับชีวิตมากเกินไป ใจร้อน ก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ฟังพาทู้อื่น ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าตัดสินใจ หวาดหวั่นอนาคตอยู่เสมอ (Perfectionist) ไม่มีความยืดหยุ่น (Rigid)

2. ปัจจัยภายนอกของบุคคล

2.1 สาเหตุทางกายภาพ ได้แก่ แรงโน้มถ่วงของโลก สภาพดินฟ้าอากาศ การจราจรติดขัด ขาดอากาศบริสุทธิ์ ชีวิตที่ต้องดิ้นรน แข่งขัน ต่อสู้กัน การเดินทางไม่สะดวก

2.2 การสูญเสียสิ่งที่รัก ได้แก่ คนรัก ของรัก ทรัพย์สิน หน้าที่การงาน ธุรกิจล้มละลาย

2.3 การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ งานสมรส มีบุตร เข้าทำงาน ปลดเกษียณ ย้ายที่ทำงาน ย้ายโรงเรียน ย้ายที่อยู่

2.4 ทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ งานเสี่ยงอันตราย งานที่ขาดความปลอดภัย ทำงานที่ไม่พึงพอใจ ทำงานที่ยาก

2.5 สภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ยากจน เป็นหนี้สิน อยู่ในชุมชนแออัด และไม่มีความปลอดภัยในทรัพย์สิน

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช(2545)⁽²⁹⁾ อธิบายว่าสาเหตุของความเครียดรวมทั้งความวิตกกังวลแบ่งตามแนวคิดของ Engel โดยใช้ตัวแบบทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) ซึ่งกล่าวคือ พฤติกรรมของมนุษย์ทั้งในภาวะปกติ (normality) และภาวะผิดปกติ (abnormality) จะมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 3 อย่างคือ

1. ปัจจัยทางชีวภาพ : ซึ่งระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างทางร่างกายอย่างมาก การกระตุ้นระบบประสาทอิสระ (Autonomic nervous system) โดยเฉพาะส่วน Sympathetic ทำให้เกิดอาการ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว แ่นหน้าออก ปวดศีรษะ ท้องเดิน เมื่อมีความวิตกกังวลจะมีการหลั่ง Epinephrine จากต่อมหมวกไตออกมา คนที่มีความวิตกกังวลง่ายพบว่าระบบประสาทอิสระมักมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าธรรมดา นอกจากนี้ยังมีพันธุกรรมและบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับความเครียดเช่นเดียวกัน เป็นต้น ว่าคนที่มีพฤติกรรมแบบ เอ (Type A behavior) จะชอบแข่งขันอย่างจริงจัง และพยายามผลักดันตัวเองให้ไปสู่เป้าหมาย มีความทะเยอทะยานสูง มีความรู้สึกรีบเร่ง และชอบทำงานแข่งกับเวลา หาโอกาสผ่อนคลายได้ยาก ขาดความอดทน และชอบโกรธเมื่อต้องเผชิญกับความล่าช้า

2. ปัจจัยทางจิตใจ : เป็นต้นว่าความกดดัน ทั้งจากภายนอก และภายในมีส่วนทำให้เกิดความเครียดได้บ่อย ความคับข้องใจซึ่งเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลถูกขัดขวางโดยอุปสรรคใดๆก็

ตามเพื่อไม่ให้บรรลุเป้าประสงค์ตามที่ต้องการ ก็จะทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ ความขัดแย้งของแรงจูงใจจะนำไปสู่ความเครียดได้ เช่น สถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าประสงค์ที่น่าพึงพอใจสองอย่างในเวลาเดียวกันหรือ ตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าประสงค์ที่ไม่พึงพอใจสองอย่าง

3. ปัจจัยทางสังคม : เหตุการณ์ชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางสังคมซึ่งตามปกติมักจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของคนเรา ยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงมากและบ่อยเท่าไรก็ยิ่งทำให้คนเราเครียดมากขึ้นเท่านั้น

สาเหตุของความเครียดเกิดจากปัจจัยต่างๆ มากมาย ลัดแมน และซอเรนเสน (อ้างถึงในรุ่งฤดี วงศ์ชุม)(2539)⁽³⁰⁾ ได้แบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคได้ 10 ปัจจัย ดังนี้

1. ด้านพันธุกรรม (Genetic Factors) ได้แก่ การทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกายที่ผิดปกติ เช่น ภูมิต้านทานโรคต่ำ ทำให้เกิดโรคได้ง่าย ตลอดจนไปถึงโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

2. ด้านฟิสิกส์ และเคมี (Physical and Chemical Factors) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

2.1 อันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น ความร้อน รังสี

2.2 อันตรายจากสภาพภายในร่างกาย เช่น ภาวะหมดสติ หรือร่างกายสะสมคอเลสเตอรอลไว้มากเกินไป ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็ง เป็นต้น

2.3 อันตรายจากการขาดสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต เช่น สารอาหาร ออกซิเจน และการสูญเสียเกลือแร่ เป็นต้น

3. ด้านจุลินทรีย์ และปรสิต (Microorganism and Parasites) เช่น จุลินทรีย์ประเภทแบคทีเรีย ไวรัส พยาธิต่างๆ เป็นต้น

4. ด้านจิตใจ (Psychological Factors) ได้แก่ สภาพการเจริญเติบโตที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจไว้ 3 ประการ คือ

4.1 การสูญเสียหรือกลัวว่าจะสูญเสียสิ่งมีค่า หรือสิ่งที่มีความสำคัญ เช่น ภาวะสำคัญของร่างกาย บุคคลที่เป็นที่รักใกล้ชิด บทบาททางสังคม วัตถุมีค่า เป็นต้น

4.2 การได้รับอันตราย หรือกลัวว่าจะได้รับอันตราย เช่น กลัวบาดเจ็บ

4.3 ความคับข้องใจ เมื่อบุคคลไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

5. ด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม (Cultural Factors) เนื่องจากสภาพทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มนุษย์ต้องมีการปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคมนั้นได้ โดยจะต้อง

มีทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อคล้ายคลึงกัน เพื่อให้เป็นที่ยอมรับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อบุคลิกภาพ

6. ด้านการเผชิญกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจ (Future Shock) เช่น การเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เคร่งเครียด การที่ต้องใช้ความคิดเพื่อเลือก หรือตัดสินใจต่อสภาพแวดล้อมต่างๆ

7. ด้านการอพยพ (Migrations) เช่น การโยกย้ายสถานที่ทำงาน หรือที่พักอาศัย เป็นต้น

8. ด้านเศรษฐกิจ (Economic Factors) ได้แก่ สถานะความเป็นอยู่ที่ขัดสน ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาด้านสังคม เป็นต้น

9. ด้านการประกอบอาชีพ (Occupational Factors) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ได้มีผู้ศึกษาลักษณะของอาชีพที่ก่อให้เกิดความเครียด พบว่าอาชีพที่ต้องรับผิดชอบสูง หรือมีการแข่งขัน หรือมีความซ้ำซากน่าเบื่อ จะทำให้บุคคลที่ประกอบอาชีพนั้นเกิดความเครียดได้ง่าย

10. ด้านเทคโนโลยี และสังคม (Stressful Factors within-Technological Societies) ได้แก่ เทคโนโลยีด้านอุตสาหกรรมก่อให้เกิดปัญหาด้านมลภาวะ หรือปัญหาด้านสุขอนามัย เป็นต้น

โดยทั่วไปความเครียดเกิดจากสาเหตุสำคัญหลัก 2 ประการ⁽²⁴⁾ คือ

1. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นปัญหาส่วนใหญ่ที่เผชิญได้ทั่วไป ได้แก่ ปัญหาทางการเงิน หน้าที่การงาน ความรับผิดชอบ ปัญหาภายในครอบครัว หรือแม้แต่สิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น ปัญหามลพิษ รถติด น้ำท่วม หรือแล้ง ซึ่งปัญหาเหล่านี้กระตุ้นให้เกิดความเครียดขึ้นในชีวิตประจำวัน

2. วิธีการคิด และประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน คือ การคิดหาวิธีการแก้ปัญหา หรือทัศนคติที่มีต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว โดยปกติคนที่โลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ใจเย็น จะเป็นคนที่เกิดความเครียดในชีวิตน้อยที่สุด ส่วนคนที่เอาจริงเอาจังกับสิ่งต่างๆในชีวิตมากเกินไป เป็นคนที่มีความคาดหวังมาก ใจร้อน บางครั้งทำให้ขาดสติในการตัดสินใจทำการใดๆทำให้เกิดผลเสียตามมา นอกจากนี้การเป็นคนที่ไม่รู้สึกว่ามีคนคอยให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ก็จะทำให้เกิดความเครียดที่น้อยกว่าคนที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวตามลำพัง

สมบัติ ตาปัญญา (2526)⁽³¹⁾ กล่าวว่าสาเหตุของความเครียด ได้แก่ สภาพแวดล้อมทั่วไป เช่นมลภาวะ ได้แก่ เสียงดังเกินไป จากเครื่องจักรเครื่องยนต์ อากาศเสียจากควันท่อไอเสีย น้ำเสีย

ฝุ่น ละออง ยาฆ่าแมลง การอยู่กันอย่างเบียดเสียด ยัดเยียด เป็นต้น สภาพเศรษฐกิจที่ไม่น่าพอใจ เช่นรายได้ได้น้อยกว่ารายจ่าย สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การสอบแข่งขันเข้าเรียน เข้าทำงาน เลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น

1. นิสัยในการกิน-ดื่ม ที่ส่งเสริมความเครียด เช่น ผู้ที่ดื่มกาแฟบ่อยๆ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ตลอดจนกินของกินที่มีน้ำตาลมากๆ
2. มีสัมพันธภาพกับคนอื่นที่ไม่ราบรื่น มักมีข้อขัดแย้ง ทะเลาะ เบาะแว้งกับคนอื่นเป็นปกติวิสัย
3. ความรู้สึกตนเองต่ำต้อยกว่าคนอื่น ต้องพยายามต่อสู้เอาชนะ
4. ต้องการมีอำนาจเหนือผู้อื่น

แหล่งที่มาของความเครียด

แหล่งที่มาของความเครียดจาก 4 แหล่งพื้นฐาน

1. สิ่งแวดล้อม ที่มีการแข่งขันกัน และความต้องการที่จะปรับตัว รวมถึงสภาพอากาศเสีย มลพิษทางเสียง การจราจรติดขัด ที่อยู่อาศัยที่ไม่ปลอดภัย และอาชญากรรม
2. ความตึงเครียดทางสังคม ปัญหาทางการเงิน ความขัดแย้งกับความต้องการของตนเอง การหย่าร้าง
3. สถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อร่างกายของเรา ภัยรุม ภัยหมดประจำเดือน การเจ็บป่วย รื้อรอย การคลอดบุตร อุบัติเหตุ ขาดการออกกำลังกาย โภชนาการไม่ครบถ้วน และการนอนหลับไม่เพียงพอ
4. ความคิดของตนเองที่ตีความสถานการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียด สถานการณ์บางอย่างในชีวิตจะกระตุ้นให้เกิดความเครียด⁽¹⁹⁾

ผลกระทบของความเครียด

เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะมีผลกระทบต่อสภาวะทั้งร่างกายและจิตใจ⁽²⁵⁾ ดังนี้

1. ความเครียดของกล้ามเนื้อ ได้แก่ พฤติกรรมสีหน้าเครียด ปวดกล้ามเนื้อ หนึ่งตากระตุก กระวนกระวาย ใจสั่น สะดุ้งและตกใจได้ง่าย

2. ระบบประสาท ได้แก่ พฤติกรรมเหวี่ยงออกมากผิดปกติ หัวใจเต้นแรงและเร็ว มือเย็น และขึ้น วิงเวียนศีรษะ ท้องปั่นป่วน รู้สึกหนาวๆ ร้อนๆ ปัสสาวะบ่อย ซึ่พจรเต้นเร็วผิดปกติ
3. เกิดความคิดคาดหวังผิดปกติ ได้แก่ พฤติกรรมวิตกกังวลเกิดความกลัวต่างๆ กระวน กระวาย และคิดคาดหวังว่าจะเกิดเหตุเคราะห์ร้ายกับตนเองและหรือบุคคลใกล้ชิด
4. เกิดความไม่สบายใจ ได้แก่ ขาดสมาธิ นอนไม่หลับกระวนกระวายใจ

สมบัติ ตาปัญญา (2526)⁽³¹⁾ กล่าวว่าผลกระทบของความเครียดได้แก่

1. ผลต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่างๆเช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ อาการท้องผูก ท้องเสียบ่อยๆ นอนไม่หลับ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ
2. ผลต่อสุขภาพจิตใจ นำไปสู่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่าง

3. ภาระ (Burden)

ความหมายของภาระ

ความหมายของภาระในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546)⁽⁸⁶⁾ หมายถึง ภาระที่หนัก การทำงานที่หนัก และหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เช่นเดียวกับพจนานุกรมไทย (วิทย์ เทียง บูรณธรรม, 2535)⁽⁸⁵⁾ ที่ได้ให้ความหมายของภาระไว้ว่า งานที่หนัก ภาระที่หนัก และหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ

กิฟเวน และกิฟเวน (1990)⁽³²⁾ ได้กล่าวว่าภาระหมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าเป็นเหตุการณ กิจกรรม หรือสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล 5 ด้านคือ ด้านเศรษฐกิจ (impact of finances) ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง (felling of abandonment) ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน (impact of schedule) ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ (impact on health) และด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง (sense of entrapment)

Platt (1985)⁽³³⁾ ให้ความหมายของภาระ ว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงปัญหา ความยุ่งยาก หรือเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล

เรนฮาร์ด (Reinhard, 1994)⁽⁸³⁾ กล่าวว่า ภาวะ หมายถึง ความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หากผู้ได้รับการดูแลต้องการความดูแลมาก แต่ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเพียงพอ และการดูแลต้องใช้ทักษะความพยายามมากก็จะทำให้เกิดภาวะ ซึ่งมีแนวคิดสอดคล้องกับ เบรทเวท (Braithwaite, 1987)⁽⁸¹⁾ ให้ความหมายภาวะว่า ปัญหาของผู้ดูแลที่เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลของผู้ได้รับการดูแลกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ลอร์ดตัน และคณะ (Lawton et al, 1989)⁽⁸²⁾ กล่าวว่า ภาวะ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงผลอันไม่พึงปรารถนา และความรู้สึกไม่พอใจที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

บลู (Bull, 1990) (อ้างถึงในออร์ทัย ทงเพ็ชร)⁽⁴²⁾ ให้ความหมายว่า ภาวะ เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแล และเป็นผลต่อสุขภาพกาย หน้าที่ และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง

Oberst และ Hughes (1989)⁽³⁴⁾ กล่าวถึงภาวะว่า เป็นความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลโดยที่งานหรือกิจกรรมที่ทำมักเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละโรคมีความแตกต่างกัน กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในการให้การดูแลย่อมแตกต่างกันไป

Simmons (1990) (อ้างถึงในอรุณี พันธุลี)(2548)⁽³⁵⁾ กล่าวว่าภาวะคือผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ปกครอง ญาติ เกี่ยวกับสุขภาพการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ สังคมจากการดูแลบุตร

ซาริท รีเวอร์ และแบชพีเตอร์สัน (Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980)⁽⁸⁰⁾ กล่าวว่า ภาวะ หมายถึง ขอบเขตการรับรู้ของผู้ดูแลในด้านอารมณ์ ภาวะสุขภาพ ชีวิตในสังคม และสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากการดูแลบุคคลใกล้ชิด

ตามแนวคิดของโอเบิร์ส (1991)⁽³⁶⁾ ภาวะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จะพิจารณาไปตามกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลได้ให้ผู้ป่วย ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct care) การดูแลในส่วนนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำให้กับเด็ก ซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อตอบสนองของความต้องการการดูแลโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ
2. การดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal care) เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อสนองตอบตามความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีปัญหาสุขภาพของเด็ก
3. การกระทำกิจกรรมทั่วไป (Instrumental care) เป็นกิจกรรมการดูแลโดยทั่วไปที่ผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย และเป็นกิจกรรมของผู้ดูแลเองที่จะต้องคอยดูแล ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย งานบ้านที่เพิ่มขึ้น การเดินทางไปที่ต่างๆ และการวางแผนเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ

การเกิดภาวะการดูแล โอเบิร์ต (1991)⁽³⁶⁾ กล่าวว่ากิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้านต้องใช้เวลา และเกิดความยากลำบากในการดูแลที่แตกต่างกัน รวมทั้งลักษณะของกิจกรรมการดูแล ปัจจัยพื้นฐาน และศักยภาพของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลที่แตกต่างกัน เมื่อบุคคลประเมินศักยภาพของตนเองว่าไม่เพียงพอที่จะจัดการกับภาระที่ต้องรับผิดชอบ จะส่งผลให้บุคคลนั้นต้องใช้ความพยายามมากขึ้น และรับรู้ว่าจะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกยากลำบากที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ทำให้บุคคลรับรู้ภาระในระดับสูง แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ดูแลประเมินศักยภาพของตนเองว่ามีมากพอที่จะจัดการกับภาระงานที่รับผิดชอบ ผู้ดูแลก็จะรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่ำ หรือไม่รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล และสามารถจัดการกับภาระงานที่รับผิดชอบได้เป็นอย่างดี

แบบประเมินภาระการดูแล โอเบิร์ต (1991)⁽³⁶⁾ ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiving Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการพึ่งพาเพื่อใช้วัดภาระการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยได้รวบรวมข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรม และจากผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 47 ราย จากการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเท่ากับ 0.40

คำว่า ภาระ (Burden) มีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกันไปมากมายตามแนวคิดของแต่ละบุคคล แต่ความหมายที่เข้าใจก็เป็นการอธิบายเกี่ยวกับภาระ หรือผลกระทบ ความยากลำบาก หรือปัญหาที่เกิดจากการดูแล จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าการให้นิยามและแนวคิดเกี่ยวกับภาระ แบ่งออกได้ 2 แนวคิด ประกอบด้วย

1. แนวคิดที่มองภาระในลักษณะมิติเดียว ซึ่งเป็นการประเมินสถานการณ์การให้การดูแล อย่างเดียว

บราวน์ (Brown) (1991)⁽³⁸⁾ กล่าวว่า ภาระ หมายถึง ผลกระทบต่างๆที่ผู้ดูแลได้รับอันเกิดจากประสบการณ์ในการให้การดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ซาริต ทอดด์ และซาริต (Zarit, Todd & Zarit) (1986)⁽³⁹⁾ ให้ความหมายว่า ภาระ หมายถึง ปริมาณหรือขอบเขต (extent) ที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคมและสถานะเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

2. แนวคิดที่มองภาระเป็นสองมิติ เป็นการมองในส่วนของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย และประเมินปฏิกริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลด้วย

ประเภทของภาระ

Pai & Kapur (1981)⁽³⁷⁾ แบ่งภาระที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตไว้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) เช่น ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ งานประจำของครอบครัว กิจกรรมพักผ่อนของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพ และผลกระทบต่อจิตใจของสมาชิกในครอบครัว

2. ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นภาระที่หนักหน่วง

ไฮนิก และแฮมิลตัน (อ้างถึงในไพรินทร์ กัณทนนะ)⁽⁴⁰⁾ เป็นนักวิจัยกลุ่มแรกๆที่ให้ความหมายชัดเจนในการแยกระหว่างภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย โดยให้ความหมายของภาระเชิงปรนัยว่า เป็นการจำแนกถึงบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้น เป็นเสมือนสิ่งที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในชีวิตครอบครัวในการดูแลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 2 ชนิด คือ ชนิดแรกเป็นผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพของสมาชิก ผลกระทบต่อเด็ก และ

ชีวิตประจำวันของครอบครัว และชนิดที่สอง คือ เกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย ส่วนภาระเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภาระนั้นๆ

แนวคิดของโฮนิค นั้นมีลักษณะคล้ายกับแนวคิด มอนโรโกเมอร์และคณะ (Montgomery et al)(1995)⁽⁴¹⁾ ที่มองภาระเป็นสองมิติ โดยเสนอแนวคิดว่าการมองภาระแบบมิติเดียวอาจไม่ครอบคลุมประสบการณ์ยากลำบากจากการดูแลทำให้เกิดภาระได้ จึงควรมองเป็นสองมิติ

1. มิติแรกเป็นเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการมองภาระในส่วนองประสบการณ์ความยากลำบากที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เช่น ผลของการดูแลที่มีต่อหน้าที่การทำงานของผู้ดูแล ความคิดมีอิสระที่ลดลง ถูกจำกัดในการเข้าสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำรงชีวิตหน้าที่การทำงานตลอดจนสุขภาพของผู้ดูแล

2. มิติที่สองเป็นภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) ซึ่งเป็นความรู้สึก ทศนคติ หรือปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์หรือความยากลำบากที่ไม่พึงปรารถนาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

เชสลา (Chesla, 1989)⁽⁸⁴⁾ ได้กล่าวว่า ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเป็นการเผชิญความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช โดยภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นการประเมินปัญหาโดยครอบครัว จากการที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ความเดือดร้อน ความอับอาย ความขุ่นเคือง และรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองจากการที่จะต้องมารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ส่วนภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) จะไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคม การพักผ่อน และความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านด้วย

ผลกระทบของภาระ

สตอมเมล (Stommel et al., 1990) (อ้างถึงในอรรถย ทองเพชร)⁽⁴²⁾ อธิบายว่าภาระหมายถึงการที่ผู้ดูแลรู้สึกถึงเหตุการณ์กิจกรรม หรือสถานการณ์นั้นๆ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล 5 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ (impact of finances) ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง (feeling of abandonment) ด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน (impact of schedule) ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ (impact on health) และด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง (sense of entrapment)

พอลช็อค และดาเยมลิง (Polshock&Deimling, 1984)⁽⁷⁹⁾ เสนอว่ามีนักวิชาการหลายท่านให้ความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้เกิดการเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา จึงได้อธิบายความหมายของภาวะในการดูแล และพัฒนาเครื่องมือวัดภาวะในการดูแล โดยอาศัยความเชื่อที่ว่าภาวะในการดูแล คือ ผลลัพธ์จากประสบการณ์การดูแลของผู้ปกครอง และเป็นการตอบสนองต่อบริบทการดูแลเป็นรายบุคคล พอลช็อค และดาเยมลิงได้สรุปว่า ภาวะการดูแล คือ การรับรู้เชิงจิตวิสัยของผู้ดูแลต่อความบกพร่องของผู้ได้รับการดูแล หรือความต้องการการดูแลที่ผู้ดูแลนั้นต้องรับผิดชอบ ซึ่งสามารถวัดได้จากความรู้สึกที่ไม่ดี ความยากลำบาก ความพยายามในการดูแลของผู้ดูแล หรือกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ และภาวะเชิงจิตวิสัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของผู้ดูแล 2 ประการ ได้แก่ 1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ได้รับการดูแล และสมาชิกคนอื่นในครอบครัว 2. ขัดขวางกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลกระทบที่สังเกตเห็นได้ จึงเรียกว่า ภาวะเชิงจิตวิสัย

บรัสท์ ลีโอนาร์ด และไซลาฟ (Brust, Leonard & Sielaff, 1992)⁽⁸⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเด็กป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีความบกพร่องทางร่างกาย หรือจิตใจ โดยได้กล่าวถึงกิจกรรมการดูแลที่จำเป็น 3 ประการ คือ 1. งานบ้านที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ป่วย ได้แก่ ทำอาหารให้เด็ก จัดการภาระค่าใช้จ่ายต่างๆรวมถึงค่าบำบัดรักษาเด็ก จัดเตรียมอุปกรณ์การดูแลเด็ก การเดินทางไปสถานที่ต่างๆ 2. การดูแลเด็กโดยตรง ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน การบำบัดรักษา พาไปตรวจรักษา และพาไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ 3. กิจกรรมการเฝ้าระวัง ได้แก่ การเฝ้าอยู่กับเด็ก และการช่วยเหลือสนับสนุนเด็กทางด้านอารมณ์

จากแนวคิดงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะการดูแลที่ผู้วิจัยแต่ละท่านได้ศึกษามานั้น มีความหมายไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสรุปได้ว่าภาวะการดูแลเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรวมทั้งการมองลักษณะของกิจกรรมการดูแล และผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลนั้น

4. การสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยหลายๆงานได้เสนอถึงรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมชนิดต่างๆซึ่งอาจอยู่ในรูปของความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ในคุณค่าและประโยชน์ของการที่

ตนเองเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นในสังคมและการได้รับการชี้แนะจากผู้อื่น ซึ่งอาจแสดงออกในรูปของการสนับสนุนทางอารมณ์ การยกย่องยอมรับและการให้ความสำคัญว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Norbeck (อ้างถึงในประเทือง อานันธิโก)(2543)⁽⁴³⁾ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพจิตของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนดังกล่าวอาจเป็นความใกล้ชิดที่ทำให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของแรงงาน ข้อมูลข่าวสาร และความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วน Wallstone (อ้างถึงในประเทือง อานันธิโก)⁽⁴³⁾ กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้คำปลอบโยน การช่วยเหลือหรือการให้ข่าวสารต่อคนที่เป็นผู้รับโดยการติดต่ออย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการของบุคคลหรือกลุ่มรวมทั้งกระบวนการที่มีคนปฏิสัมพันธ์กันแล้วมีผลในทางบวกต่อคนๆ นั้นทั้งในด้านสังคม จิตใจ และร่างกายที่มีสุขภาพดี

ตามแนวคิดของแบรนต์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981)⁽⁴⁴⁾ ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรักใคร่ ผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม 2) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) ด้านการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและมีโอกาสที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น 4) ด้านความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และ 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของ ช่วยให้เกิดความรู้สึที่ดีที่มีความอบอุ่นใจ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมมีโอกาสรับและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น เกิดความรู้สึกรู้สึกเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House cited in Tilden, 1985)(อ้างถึงในชนัญชิตา โพธิประสาธ)⁽⁴⁵⁾ แรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพที่ดี โดยแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึงการสนับสนุนทางการยกย่อง การส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของตนเอง การให้ความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. แรงสนับสนุนทางการประเมินค่า (appraisal support) หมายถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเอง การให้การรับรองเพื่อให้เกิดความมั่นใจแล้วนำไปเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมกันในสังคม

3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) หมายถึงการได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ข้อมูลข่าวสาร แล้วสามารถนำไปใช้เผชิญกับปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นของบุคคลในเรื่องแรงงาน เงิน และเวลา

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Eakes(1995)⁽⁴⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดามารดาของเด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสัมภาษณ์ Chronic Sorrow Questionnaire ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาเกิดความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน เศร้า สิ้นหวัง และเกิดความยุ่งยากใจเป็นอย่างมาก นับตั้งแต่ทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและความรู้สึกเหล่านี้ยังคงเกิดขึ้นกับตนเองตลอดเวลา อาจะลดน้อยลงไปบ้างแต่ก็ยังมีความรู้สึกอยู่บ้าง นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ของบิดามารดาที่ดูแลผู้ป่วย คือ ขาดการพักผ่อนที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีวันสิ้นสุด ขาดเวลาและพลังงาน การดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ภาวะเศรษฐกิจลดลงเรื่อยๆ กับการใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

Greenberg et al (1988)⁽⁴⁷⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) ต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 90 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความรู้สึกเป็นกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้สึกกลัว (Fear) และความรู้สึกสูญเสีย (Loss) ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพของมารดา

อรทัย ทองเพชร (2545)⁽⁴²⁾ ได้ทำการศึกษาภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาที่พาบุตรออทิสติกมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 136 ราย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของภาระการดูแลของมารดา

เด็กออทิสติกอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ภาวะการดูแลด้านการต้องการการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง และภาวะการดูแลด้านความยากลำบากอยู่ในระดับน้อย

ดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549)⁽⁴⁸⁾ ศึกษาความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 96 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 68.8 มีความเครียดในการดูแลเด็กในระดับรุนแรง ค่าเฉลี่ยคะแนน ความเครียดของผู้ปกครองมีค่า (Mean) เท่ากับ 98.4 และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 18.59

ประภาศรี พุ่มมีผล, ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ และสมบัติ สกกุลพรรณ (2550)⁽⁴⁹⁾ ได้ ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างคือมารดาเด็กออทิสติกที่พานบุตรมาใช้บริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ราชครินทร์ และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีคะแนนสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.00 คะแนนความพร้อมในการดูแล บุตรอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.50 คะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.50

Mobolaji U Dada (2011)⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล เด็กและวัยรุ่น แผนกผู้ป่วยใน ลากอส ไนจีเรีย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ที่สนใจเข้าร่วม โรงพยาบาลจิตเวชลากอส จำนวน 155 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.5 ระดับภาวะการดูแลปานกลางถึงสูง และระดับภาวะการดูแลสูง ร้อยละ 25.2 ของผู้ดูแล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – Sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาทางจิตเวช

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)

1. อายุ 18-65 ปี
2. สามารถอ่านออกเขียนได้
3. ใกล้ชิดกับเด็กและเป็นผู้ดูแลเด็กอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมงขึ้นไป
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

หมายเหตุ ผู้ปกครอง 1 คน ต่อเด็กที่มารับการรักษา 1 คน (ไม่นับจำนวนผู้ปกครองซ้ำ)

กฎเกณฑ์ในการคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

ผู้ปกครองที่ไม่ให้ความร่วมมือ และไม่มีเวลาในการทำแบบสอบถาม

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กทุกราย ที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือก

ขนาดตัวอย่าง (sample size determination)

คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$n = ((Z_{\alpha/2})^2 pq)/d^2$$

แทนค่าจากสูตร

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

p = ความชุกของ Psychiatric Disorders ในเด็กวัยเรียนของ
ไทย คือ 37.6% หรือ 0.376 ⁽⁵¹⁾

$$q = 1 - p = 1 - 0.376 = 0.624$$

$$d = \text{Acceptable error} = 0.1$$

กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูล = 95% , ดังนั้นค่า $Z_{0.01/2} = 1.96$
(two tail)

แทนค่า $n = \frac{(1.96)^2 (0.376)(0.624)}{(0.1)^2} = 90.13$

เพื่อป้องกันความผิดพลาดจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 20 % ดังนั้นต้องใช้กลุ่ม
ตัวอย่างทั้งสิ้น 108 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย(Thai Stress Test),
แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II),
แบบสอบถามภาระการดูแล The Burden Interview (BI) ⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ลักษณะของครอบครัว จำนวนเด็กที่อยู่ในความ และระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตาม การรับรู้ของผู้ปกครอง)

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวช ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ โรคที่เป็นของเด็ก รูปแบบการรักษา และระยะเวลาการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) ⁽¹⁰⁾

แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย ซึ่งพัฒนาโดย ผศ.ดร. สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และคณะ โดยมีค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) มีคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 2 องค์ประกอบคือ positive factor และ negative factor โดยมีค่าความตรงเชิง จำแนก (discriminace analysis) ระหว่างกลุ่มผู้ที่มีและไม่มี ความเครียด และมีค่าความตรงเชิง ความสอดคล้องภายใน (internal reliability coefficient) แบบครอนบัคแอลฟา (Cronbuch Alpha reliability) 0.84 ความเที่ยงแบบแบ่งครึ่ง (split half reliability coefficient) เป็น 0.88 ใน ด้านความรู้สึกเชิงลบ(Negative)ข้อ 1-12 และบวก(Positive)ข้อ 13-24 ให้คะแนนเป็นช่วง 0 (ไม่เคยรู้สึกเลย), 1 (รู้สึกเป็นครั้งคราว), 3 (รู้สึกบ่อยๆ) คะแนนรวมแต่ละด้านเทียบกับตารางเมตริก

ตารางเมตริก

คะแนนรวม ด้าน Negative (ข้อ 1-12)	คะแนนรวมด้าน Positive (ข้อ 13-24)				
	12-36	9-11	6-8	3-5	0-2
0-1	1	2	3	4	5
2-3	2	3	4	5	6
4-5	3	4	5	6	7
6-7	4	5	6	7	8
8-36	5	6	7	8	9

ตารางการแปลผล

กลุ่ม	ระดับความเครียด
1	สุขภาพจิตดีมาก
2, 3, 4	ปกติ
5, 6	เครียดเล็กน้อย
7, 8, 9	เครียดมาก

ผลการวัดแปลผลได้ดังนี้คือ กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับดีมาก กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติ กลุ่มผู้ที่มีความเครียดในระดับเล็กน้อย และกลุ่มผู้ที่มีความเครียดมาก ผลที่ได้บ่งถึงภาวะสุขภาพจิตในบุคคลนั้นในช่วงขณะนั้น

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

(The Personal Resource Questionnaire : PRQ part II) ของแบรนด์และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert)⁽⁵²⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็น Self – rating scale 5 ระดับ พิจารณา 5 องค์ประกอบ คือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) 6,8,9,16,18 การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ (Assistance and Guidance) 4,14,15,22,25 การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) 7,12,17,21,24 การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-worth) 2,3,5,13,23 ความผูกพันใกล้ชิด (Intimacy) 1,10,11,19,20

คำถามเชิงบวก (1,2,3,5,6,8,9,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23,25) ให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน = ไม่จริงเลย

1 คะแนน = เป็นจริงเล็กน้อย

2 คะแนน = เป็นจริงปานกลาง

3 คะแนน = เป็นจริงมาก

4 คะแนน = เป็นจริงมากที่สุด

คำถามเชิงลบ (4,7,10,16,24) ให้คะแนนกลับกัน คือ 4, 3, 2, 1, 0

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 -100 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่ำกว่า 44 คะแนน)
- แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (44-74 คะแนน)
- แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (75 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะการดูแล The Burden Interview (BI)

โครงสร้างโดย (Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980)⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อ โดยนายพรพน ภิญโญ⁽⁵³⁾ นำมาแปลเป็นภาษาไทย และผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและภาษามาใช้ให้เหมาะสมกับคนไทย

การให้คะแนนแบบวัดภาวะการดูแล มีดังนี้ ข้อที่ 1 – 21 มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ เกือบทุกวัน คะแนน 4, ค่อนข้างบ่อย คะแนน 3, บางเวลา คะแนน 2, นานๆครั้ง คะแนน 1 และ ไม่เคย คะแนน 0 ส่วนข้อที่ 22 มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด คะแนน 4, มาก คะแนน 3, ปานกลาง คะแนน 2, เล็กน้อย คะแนน 1 และ ไม่มี คะแนน 0

การแปลผล โดยแบ่งเป็น ความรู้สึกไม่เป็นภาระ กับความรู้สึกเป็นภาระ โดยความรู้สึกไม่เป็นภาระ คือคะแนน 0-20 ส่วนความรู้สึกเป็นภาระ มีค่าคะแนนระหว่าง 21-88 คะแนน นำเครื่องมือไปทดสอบหาค่า Internal Consistency ค่าความเชื่อมั่นได้ = 0.929 ได้มีการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นได้ของแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลชุดนี้โดยใช้ Test-retest reliability ค่าความเชื่อมั่นได้ = 0.77 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = 0.75

ในด้านความรู้สึกเป็นภาวะได้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ คือ

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

ซึ่งคำนวณจากคะแนนสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างโดย

$$\text{ระดับภาวะต่ำ} = \text{ค่าคะแนนซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนต่ำสุด} + \text{อันตรภาคชั้น}$$

$$\text{ระดับภาวะปานกลาง} = \text{ค่าคะแนนซึ่งอยู่ในช่วงคะแนนต่ำสุด ถึงคะแนนต่ำสุด} + \text{อันตรภาคชั้น ถึงคะแนนต่ำสุด} + 2 \text{ อันตรภาคชั้น}$$

$$\text{ระดับภาวะสูง} = \text{ค่าคะแนนซึ่งมากกว่าคะแนนต่ำสุด} + 2 \text{ อันตรภาคชั้น}$$

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{78-21}{3} = 18.67 \cong 19$$

$$\text{ระดับต่ำ} = 21 - 40 \text{ คะแนน}$$

$$\text{ระดับปานกลาง} = 41 - 60 \text{ คะแนน}$$

$$\text{ระดับสูง} = 61 - 78 \text{ คะแนน}$$

ในด้านความรู้สึกเป็นภาวะได้แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของ วิเชียร เกตุสิงห์⁽⁵⁴⁾

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1.ติดต่อเพื่อขออนุมัติดำเนินการจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมของคณะ

2. ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล และฝ่ายการพยาบาล

3. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยจะให้คำอธิบายกับผู้ปกครองของเด็กและต้องได้รับการยินยอมก่อนการเก็บข้อมูลเสมอ จากนั้นให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลพื้นฐานทั้งของตนเองและผู้ป่วย , แบบประเมินความเครียดสำหรับคนไทย , แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II) , แบบสอบถามภาระการดูแล (The Burden Interview (BI)) ด้วยตนเอง

4. เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 20-30 นาที ขึ้นอยู่กับเด็ก และผู้ปกครอง

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาคิดคะแนน และวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปกครอง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Chi-square, t-test, F-test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก และใช้ Pearson's correlation วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นภาระการดูแล

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ด้วยแบบสอบถาม จำนวน 108 ราย

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก ลักษณะของครอบครัว จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแล เวลาส่วนตัว เทียบพักผ่อน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัวมีประวัติการป่วยทางจิตเวช ระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวช ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ โรคที่เป็นของเด็ก รูปแบบการรักษา ระยะเวลาการรักษา

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 4 ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 5 ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความเครียด

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความเครียด

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล

5.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระการดูแลกับปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้อง โดยวิธี Post Hoc Analysis

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

ตารางที่ 1

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
		(108 คน)	
เพศ	หญิง	92	85.2
	ชาย	16	14.8
อายุ	น้อยกว่า 35 ปี	10	9.3
	35 – 50 ปี	81	75.0
	มากกว่า 50 ปี	17	15.7
สถานภาพสมรส	โสด	9	8.3
	สมรส/อยู่ด้วยกัน	72	66.7
	สมรส/แยกกันอยู่	7	6.5
	หย่า	14	13
	หม้าย	6	5.6
ศาสนา	พุทธ	101	93.5
	คริสต์	5	4.6
	อิสลาม	2	1.9
เชื้อชาติ	ไทย	99	91.7
	จีน	9	8.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (108 คน)	ร้อยละ
อาชีพ			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	15.7
	ธุรกิจส่วนตัว	41	38.0
	พนักงานบริษัทเอกชน	24	22.2
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	13.9
	รับจ้างใช้แรงงาน	8	7.4
	ข้าราชการบำนาญ	2	1.9
	เกษตรกรรวม	1	0.9
รายได้ของผู้ปกครองเฉลี่ย(บาท/เดือน)			
	น้อยกว่า 20,000 บาท	47	43.5
	20,000 – 40,000 บาท	38	35.2
	มากกว่า 40,000 บาท	23	21.3
ความเพียงพอของรายได้			
	เพียงพอ	78	72.2
	ไม่เพียงพอ	30	27.8
ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก(บาท/เดือน)			
	น้อยกว่า 5,000 บาท	27	25.0
	5,000-10,000 บาท	62	57.4
	มากกว่า 10,000 บาท	19	17.6
ระดับการศึกษา			
	ประถมศึกษา	22	20.4
	มัธยมศึกษา	25	23.1
	อนุปริญญา	12	11.1
	ปริญญาตรี	39	36.1
	สูงกว่าปริญญาตรี	10	9.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
		(108 คน)	
ภูมิลำเนาเดิม			
	กรุงเทพฯ	69	63.9
	อื่นๆ	39	36.1
ที่อยู่ปัจจุบัน			
	กรุงเทพฯ	89	82.4
	อื่นๆ	19	17.6
ความสัมพันธ์กับเด็ก			
	มารดา	76	70.4
	บิดา	12	11.1
	อื่นๆ	20	18.5
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเด็ก(ชั่วโมง/วัน)			
	4-10 ชั่วโมง	76	70.4
	11 ชั่วโมงขึ้นไป	32	29.6
ลักษณะของครอบครัว			
	ครอบครัวขยาย	56	51.9
	ครอบครัวเดี่ยว	52	48.1
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่ทราบว่าป่วย)			
	ต่ำกว่า 6 เดือน	11	10.2
	6 เดือน – 1 ปี	21	19.4
	มากกว่า 1 ปี – 2 ปี	12	11.1
	มากกว่า 2 ปี	64	59.3
จำนวนเด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแล			
	1 คน	98	90.7
	2 คน	10	9.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (108 คน)	ร้อยละ
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม		
1-2 ครั้ง/เดือน	73	67.6
3-4 ครั้ง/เดือน	27	25.0
5-6 ครั้ง/เดือน	3	2.8
มากกว่า 5-6ครั้ง/เดือน	5	4.6
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช		
ไม่มี	101	93.5
มี	7	6.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	85	78.7
มี	23	21.3
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติมีประวัติป่วยทางจิตเวช		
ไม่มี	95	88.0
มี	13	12.0
ความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้/ความรู้สึก)		
มีความรุนแรงของอาการน้อย	58	53.7
มีความรุนแรงของอาการปานกลาง	46	42.6
มีความรุนแรงของอาการมาก	4	3.7

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก จำนวน 108 คน โดยเป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2 เพศชายจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือช่วงอายุมากกว่า 51 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.7 และช่วงอายุน้อยกว่า 35 ปี จะพบเป็นส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.3

สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ หย่า คิดเป็นร้อยละ 13.0 และพบน้อยที่สุดคือ โสด สมรสแบบแยกกันอยู่ และหย่าร้าง โดยคิดเป็นร้อยละ 8.3, 6.5 และ 5.6 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.5 และมีเชื้อชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 91.7

อาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 38.0 รองลงมาประกอบอาชีพพนักงานเอกชน คิดเป็นร้อยละ 22.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ พบเป็นส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.7 และ 13.9 ตามลำดับ ส่วนอาชีพที่ใช้แรงงาน ข้าราชการบำนาญ และเกษตรกรรวมพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.4, 1.9 และ 0.9 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยส่วนมากของผู้ปกครองอยู่ในช่วงน้อยกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมาอยู่ในช่วงระหว่าง 20,000-40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.2 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่พบน้อยที่สุดคือ มากกว่า 40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.3 ด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่จะเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.2 รองลงมาคือ ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 27.8

ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.4 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.0 และค่าใช้จ่ายมากกว่า 10,000 บาท พบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.6

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 36.1 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 23.1 พบน้อยลงมาคือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 20.4 รองลงมาคือ ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 11.1 และระดับการศึกษาที่พบน้อยที่สุดคือ สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 9.3

ภูมิลำเนาเดิม พบว่า ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 63.9 รองลงมาคือ มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 36.1 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ามีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดเพชรบูรณ์ สมุทรปราการ รวมถึงนครปฐม เพชรบุรี ราชบุรี สุพรรณบุรี และจังหวัดอื่นๆ

ที่อยู่ปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่มีที่อยู่ปัจจุบันอยู่จังหวัดกรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ มีที่อยู่ปัจจุบันอยู่จังหวัดอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 17.6 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ามีที่อยู่ปัจจุบันอยู่จังหวัดสมุทรปราการ เพชรบูรณ์ เพชรบุรี และจังหวัดอื่นๆ

ความสัมพันธ์กับเด็ก พบว่า เป็นมารดา จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์กับเด็กแบบอื่นๆ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นป้า ยาย น้ำ ลุง ย่า รวมถึงตา และครู พบน้อยที่สุด คือ บิดา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-10 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ 11 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 29.6 ส่วนระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ตั้งแต่ทราบว่าป่วย) พบว่า ส่วนใหญ่มากกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ ช่วง 6 เดือน - 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.4

ลักษณะของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นลักษณะของครอบครัวขยาย (พ่อ แม่ ลูก และญาติๆ) คิดเป็นร้อยละ 51.9 รองลงมาคือ ครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ และลูก) คิดเป็นร้อยละ 48.1 ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กส่วนใหญ่มีจำนวนเด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแล จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 90.7 รองลงมาคือ มีจำนวนเด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแล จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3

การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม 1-2 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมาคือ 3-4 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และที่พบน้อยที่สุดคือ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากกว่า 5-6 ครั้งต่อเดือน และ 5-6 ครั้งต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 4.6 และ 2.8 ตามลำดับ

ประวัติการป่วยทางจิตเวชของผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 93.5 รองลงมาคือ มีประวัติการป่วยทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 6.5 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคซึมเศร้า และโรคเครียด ส่วนประวัติการมีโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 78.7 รองลงมาคือ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 21.3 ส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคความดันสูง โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ รวมถึงอาการปวดศีรษะ โรคกรดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหาร และอื่นๆ ส่วนการมีสมาชิก

ในครอบครัว หรือญาติมีประวัติป่วยทางจิตเวช พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 88.0 รองลงมาคือ มีสมาชิกในครอบครัว หรือญาติมีประวัติป่วยทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 12.0 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคซึมเศร้า ปัญญาอ่อน รวมถึงโรคสมาธิสั้น โรคเครียด โรคความจำเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ และอื่นๆ

ความรุนแรงของอาการของเด็กในความดูแล (ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประเมินความรุนแรงของอาการจากโรคที่เด็กป่วยว่ามีความรุนแรงของอาการน้อย คิดเป็นร้อยละ 53.7 รองลงมาคือ กลุ่มที่ประเมินความรุนแรงในอาการจากโรคที่เด็กป่วยว่ามีความรุนแรงของอาการปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.6 และพบน้อยที่สุดในกลุ่มที่ประเมินความรุนแรงในอาการจากโรคที่เด็กป่วยว่ามีความรุนแรงของอาการมาก คิดเป็นร้อยละ 3.7

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวช

ตารางที่ 2

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
		(108 คน)	
เพศของเด็ก			
	ชาย	90	83.3
	หญิง	18	16.7
อายุของเด็ก			
	3-5 ปี	4	3.7
	6-8 ปี	28	25.9
	9-11 ปี	32	29.6
	12 ปีขึ้นไป	44	40.7
จำนวนโรคของเด็ก			
	1 โรค	101	93.52
	2 โรค	7	6.48

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (108 คน)	ร้อยละ
โรคที่ 1 ของเด็ก (ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)		
Attention-deficit/hyperactivity disorder	60	55.6
Learning Disorders	19	17.6
Autistic disorder	14	13.0
Mental Retardation	5	4.6
Conduct disorder	3	2.8
Selective mutism	2	1.9
โรคอื่นๆ (Motor Skills Disorders, Oppositional defiant disorder, Separation anxiety disorder, Stereotype movement disorder, Tic Disorders)	5	4.5
โรคที่ 2 ของเด็ก (ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)		
Attention-deficit/hyperactivity disorder	5	4.6
Autistic disorder	2	1.9
รูปแบบการรักษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
รับประทานยาอย่างเดียว	8	7.4
ปรับพฤติกรรมอย่างเดียว	18	16.7
ให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและเด็ก	6	5.6
รับประทานยาพร้อมทั้งปรับพฤติกรรม	9	8.3
รับประทานยาพร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและเด็ก	13	12.0
ปรับพฤติกรรมพร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและเด็ก	10	9.3
รับประทานยา พร้อมทั้งปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและเด็ก	44	40.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (108 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการรักษา (ตั้งแต่ทราบว่าป่วย)		
ต่ำกว่า 6 เดือน	11	10.2
6 เดือน – 1 ปี	21	19.4
มากกว่า 1 ปี – 2 ปี	12	11.1
มากกว่า 2 ปี	64	59.3

จากตารางที่ 2 พบว่า เด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 83.3 รองลงมาคือ เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 16.7 ส่วนอายุของเด็กในช่วง 12 ปีขึ้นไป พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 9-11 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.6 ช่วงอายุ 6-8 ปี พบรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 25.9 และที่พบน้อยที่สุด คือ ช่วงอายุ 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.7

จำนวนโรคของเด็ก พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีโรคเดียว คิดเป็นร้อยละ 93.52 และพบน้อยที่สุดมี 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 6.48

โรคที่เป็นของเด็ก พบว่า โรคที่ 1 ของเด็กส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคชน-สมาธิสั้น (Attention-deficit/hyperactivity disorder) คิดเป็นร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ ความบกพร่องของทักษะในการเรียน (Learning Disorders) คิดเป็นร้อยละ 17.6 โรคที่ 2 ของเด็กส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคชน-สมาธิสั้น (Attention-deficit/hyperactivity disorder) เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 4.6 รองลงมาคือ โรคออทิสติก (Autistic disorder) คิดเป็นร้อยละ 1.9

รูปแบบการรักษา พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีรูปแบบการรักษาแบบรับประทานยา และปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และเด็ก คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมา คือ ปรับพฤติกรรมอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 16.7

ระยะเวลาการรักษาของเด็ก (ตั้งแต่ทราบว่าป่วย) พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ ช่วง 6 เดือน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.4

ส่วนที่ 2 ระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 3 ข้อมูลระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ระดับความเครียดของ ผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีมาก	20	18.5
ปกติ	41	38.0
เครียดเล็กน้อย	45	41.7
เครียดมาก	2	1.9

จากการใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) ⁽¹⁰⁾ มี 24 ข้อ โดยด้าน
ความรู้สึกเชิงลบ(Negative)ข้อ 1-12 และบวก(Positive)ข้อ 13-24 ให้คะแนนเป็นช่วง 0 (ไม่เคย
รู้สึกเลย), 1 (รู้สึกเป็นครั้งคราว), 3 (รู้สึกบ่อยๆ) คะแนนรวมแต่ละด้านเทียบกับตารางเมตริก

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กส่วนใหญ่มี
ระดับความเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 41.7

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 4 ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แรงสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	18	16.7
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	74	68.5
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	16	14.8
Mean = 58.94, SD = 1.47		

จากการใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มีคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก (1,2,3,5,6,8,9,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23,25) ให้คะแนนดังนี้ 0 คะแนน = ไม่จริงเลย, 1 คะแนน = เป็นจริงเล็กน้อย, 2 คะแนน = เป็นจริงปานกลาง, 3 คะแนน = เป็นจริงมาก, 4 คะแนน = เป็นจริงมากที่สุด และคำถามเชิงลบ (4,7,10,16,24) ให้คะแนนกลับกัน คือ 4, 3, 2, 1, 0 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 -100 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำกว่า 44 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ, 44-74 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง, 75 คะแนนขึ้นไป หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมสูง

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.5 รองลงมา ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 16.7 และพบน้อยที่สุด คือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 14.8

ส่วนที่ 4 ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วย
จิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 5 ข้อมูลระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วย
จิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ของผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ	33	30.6
ความรู้สึกเป็นภาระต่ำ	56	51.9
ความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง	18	16.7
ความรู้สึกเป็นภาระสูง	1	0.9
Mean = 26.84, SD = 13.13		

การให้คะแนนข้อที่ 1 – 21 มีเกณฑ์ ดังนี้ เกือบทุกวัน คะแนน 4, ค่อนข้างบ่อย คะแนน 3, บางเวลา คะแนน 2, นานๆครั้ง คะแนน 1 และ ไม่เคย คะแนน 0 ส่วนข้อที่ 22 มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด คะแนน 4, มาก คะแนน 3, ปานกลาง คะแนน 2, เล็กน้อย คะแนน 1 และ ไม่มีคะแนน 0

ความรู้สึกไม่เป็นภาระ คือคะแนน 0-20, ความรู้สึกเป็นภาระต่ำ คือ 21 – 40 คะแนน, ความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง คือ 41 – 60 คะแนน, ความรู้สึกเป็นภาระสูง คือ 61 – 78 คะแนน

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลต่ำ คิดเป็นร้อยละ 51.9 รองลงมา ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแล คิดเป็นร้อยละ 30.6 พบน้อยลงมา คือ มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.7 และพบน้อยมีสุด คือ มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูง คิดเป็นร้อยละ 0.9

ส่วนที่ 5 ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความเครียด

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความเครียดโดยใช้ Chi-square

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเครียด			X ²	P-Value
	สุขภาพจิตดี	ปกติ	มีความเครียด		
เพศ					
ชาย	6(37.5)	5(31.2)	5(31.2)	4.527	0.104
หญิง	14(15.2)	36(39.1)	42(45.7)		
อายุ					
28-44 ปี	11(17.7)	24(38.7)	27(43.5)	0.069	0.966
45-64 ปี	9(19.6)	17(37.0)	20(43.5)		
สถานภาพสมรส					
โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	6(16.7)	14(38.9)	16(44.4)	0.123	0.940
สมรส/อยู่ด้วยกัน	14(19.4)	27(37.5)	31(43.1)		
อาชีพ					
ไม่ประกอบอาชีพ	1 (5.9)	6 (35.3)	10 (58.8)	7.98	0.240
ธุรกิจส่วนตัว	6 (14.3)	14 (33.3)	22 (52.4)		
พนักงานเอกชน	9 (28.1)	14 (43.8)	9 (28.1)		
ข้าราชการ	4 (23.5)	7 (41.2)	6 (35.3)		
รายได้					
น้อยกว่า 20,000 บาท	7 (14.9)	20 (42.6)	20 (42.6)	1.51	0.824
20,000 – 40,000 บาท	8 (21.1)	12 (31.6)	18 (47.4)		
มากกว่า 40,000 บาท	5 (21.7)	9 (39.1)	9 (39.1)		

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเครียด			X ²	P-Value
	สุขภาพจิต ดี	ปกติ	มีความ เครียด		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	17 (21.8)	32(41.0)	29(37.2)	4.91	0.086
ไม่เพียงพอ	3 (10.0)	9 (30.0)	18 (60.0)		
ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก (บาท/เดือน)					
น้อยกว่า 5,000 บาท	5 (18.5)	11 (40.7)	11 (40.7)	1.21	0.876
5,000-10,000 บาท	13 (21.0)	22 (35.5)	27 (43.5)		
มากกว่า 10,000 บาท	2 (10.5)	8 (42.1)	9 (47.4)		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10 (16.9)	18 (30.5)	31 (52.5)	4.51	0.105
ปริญญาตรีขึ้นไป	10 (20.4)	23 (46.9)	16 (32.7)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก					
บิดามารดา	13(14.8)	33(37.5)	42(47.7)	5.562	0.062
อื่นๆ	7(35.0)	8(40.0)	5(25.0)		
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก					
4-10 ชั่วโมง	14 (18.4)	30 (39.5)	32 (42.1)	0.27	0.872
11 ชั่วโมงขึ้นไป	6 (18.8)	11 (34.4)	15 (46.9)		
ลักษณะของครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	11(21.2)	17(32.7)	24(46.2)	1.27	0.530
ครอบครัวขยาย	9(16.1)	24(42.9)	23(41.1)		
จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแล					
1 คน	19(19.4)	38(38.8)	41(41.8)	1.304	0.521
2 คน	1(10.0)	3(30.0)	6(60.0)		

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเครียด			X ²	P-Value
	สุขภาพจิตดี	ปกติ	มีความเครียด		
เวลาส่วนตัว					
1-2 ครั้ง/เดือน	10(13.7)	28(38.4)	35(47.9)	3.849	0.146
3-4 ครั้ง/เดือนขึ้นไป	10(28.6)	13(37.1)	12(34.3)		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	15(17.6)	36(42.4)	34(40.0)	3.325	0.190
มี	5(21.7)	5(21.7)	13(56.5)		
ระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)					
มีความรุนแรงของอาการน้อย	15(25.9)	23(39.7)	20(34.5)	6.093	0.048*
มีความรุนแรงของอาการปานกลางถึงมาก	5(10.0)	18(36.0)	27(54.0)		

* p<0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ปกครองที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กน้อย กับ ผู้ปกครองที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กปานกลางถึงมาก มีระดับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05 โดยผู้ปกครองที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กปานกลางถึงมาก พบว่ามีความเครียด ร้อยละ 54

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความเครียด

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความเครียดโดยใช้ Chi-square

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเครียด			X ²	P-Value
	สุขภาพจิตดี	ปกติ	มีความเครียด		
เพศของเด็ก					
ชาย	16(17.8)	38(42.2)	36(40.0)	4.277	0.118
หญิง	4(22.2)	3(16.7)	11(61.1)		
อายุของเด็ก					
ต่ำกว่า 9 ปี	5(15.6)	13(40.6)	14(43.8)	3.775	0.437
9-11 ปี	7(21.9)	15(46.9)	10(31.2)		
12 ปีขึ้นไป	8(18.2)	13(29.5)	23(52.3)		
โรคที่เป็นของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)					
ADHD	9(15.0)	27(45.0)	24(40.0)	4.494	0.106
โรคอื่นๆ (Learning Disorders, Motor Skills Disorders, Autistic Disorders, Oppositional defiant disorder, Separation anxiety disorder, Stereotype movement disorder, Tic Disorders)	11(28.9)	10(26.3)	17(44.7)		

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับความเครียด			X ²	P-Value
	สุขภาพจิต ดี	ปกติ	มีความ เครียด		
รูปแบบการรักษา					
รับประทานยาอย่างเดียว/ปรับ พฤติกรรมอย่างเดียว/ให้ คำปรึกษาอย่างเดียว	4(15.4)	10(38.5)	12(46.2)	1.229	0.873
รับประทานยาพร้อมทั้งปรับ พฤติกรรม/รับประทานยาพร้อม ทั้งให้คำปรึกษา/ปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำปรึกษา	8(21.1)	16(42.1)	14(36.8)		
รับประทานยาพร้อมทั้งปรับ พฤติกรรมพร้อมทั้งให้คำปรึกษา	8(18.2)	15(34.1)	21(47.7)		
ระยะเวลาการรักษา					
น้อยกว่า 1 ปี	5(15.6)	14(43.8)	13(40.6)	0.694	0.707
1 ปี ขึ้นไป	15(19.7)	27(35.5)	34(44.7)		

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล

ตารางที่ 8.1 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง (N=108) โดยใช้ Independence t-test

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแล		t	P-Value
		Mean	SD		
เพศ					
ชาย	16	23.44	15.03	-1.125	0.263
หญิง	92	27.43	12.77		
อายุ					
28-44 ปี	62	26.19	11.39	-0.594	0.553
45-64 ปี	46	27.72	15.26		
สถานภาพสมรส					
โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	36	27.58	14.79	0.413	0.681
สมรส/อยู่ด้วยกัน	72	26.47	12.32		
ศาสนา					
พุทธ	101	25.87	12.35	-3.029	0.003**
อื่นๆ (คริสต์, อิสลาม)	7	40.86	17.01		
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก					
4-10 ชั่วโมง	76	25.05	11.80	-2.223	0.028*
11 ชั่วโมงขึ้นไป	32	31.10	15.23		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	59	26.95	13.64	0.092	0.927
ปริญญาตรีขึ้นไป	49	26.71	12.64		

ตารางที่ 8.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนความรู้สึก เป็นภาระการดูแล		t	P- Value
		Mean	SD		
ลักษณะของครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	52	27.37	12.92	0.397	0.692
ครอบครัวขยาย	56	26.36	13.42		
จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแล					
1 คน	98	25.83	12.96	-2.583	0.011*
2 คน	10	36.80	10.94		

* p<0.05, ** p<0.01

ตารางที่ 8.2 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง (N=108) โดยใช้ One way ANOVA

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนความรู้สึก เป็นภาระการดูแล		F	P- Value
		Mean	SD		
อาชีพ					
ไม่ประกอบอาชีพ	17	34.47	19.26	4.069	0.009**
ธุรกิจส่วนตัว	42	28.55	11.98		
พนักงานเอกชน	32	22.81	9.50		
ข้าราชการ	17	22.59	10.89		
รายได้					
น้อยกว่า 20,000 บาท	47	26.66	13.84	0.022	0.978
20,000 – 40,000 บาท	38	26.76	11.63		
มากกว่า 40,000 บาท	23	27.35	14.51		

ตารางที่ 8.2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนความรู้สึก เป็นภาระการดูแล		F	P- Value
		Mean	SD		
ความสัมพันธ์กับเด็ก					
บิดา	12	24.17	16.91	0.673	0.513
มารดา	76	27.79	11.91		
อื่นๆ	20	24.85	15.29		
ระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)					
มีความรุนแรงของอาการน้อย	58	24.05	13.13	4.251	0.017*
มีความรุนแรงของอาการปานกลาง	46	29.24	10.75		
มีความรุนแรงของอาการมาก	4	39.75	26.09		

*p<0.05, **p<0.01

จากตารางที่ 8.1 และ 8.2 พบว่า ผู้ปกครองที่นับถือศาสนาพุทธมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองที่นับถือศาสนาอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$

ผู้ปกครองที่ใช้เวลาดูแลเด็ก 4-10 ชั่วโมงต่อวัน มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองที่ใช้เวลาดูแลเด็ก 11 ชั่วโมงขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก 1 คน มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก 2 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

ผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพต่างกัน จะมีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$

ผู้ปกครองที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กต่างกัน มีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลโดยเฉลี่ยแตกต่างจากผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$

5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล

ตารางที่ 9 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก (N=108) โดยใช้ Independence t-test

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	คะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแล		t	P-Value
		Mean	SD		
เพศของเด็ก					
ชาย	90	26.34	12.99	-0.881	0.381
หญิง	18	29.33	13.95		
อายุของเด็ก					
ต่ำกว่า 12 ปี	64	26.53	12.32	-0.296	0.768
12 ปีขึ้นไป	44	27.30	14.36		
ระยะเวลาการรักษา					
ต่ำกว่า 1 ปี 1 เดือน	32	25.63	10.61	-0.623	0.534
1 ปี 1 เดือนขึ้นไป	76	27.36	14.09		
รูปแบบการรักษา					
รักษาน้อยกว่า 3 รูปแบบ	64	24.31	11.58	-2.472	0.015*
รักษา 3 รูปแบบขึ้นไป	44	30.52	14.47		

*p<0.05

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ปกครองที่มีเด็กในความดูแลที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 3 รูปแบบ (รับประทานยาอย่างเดียว หรือปรับพฤติกรรมอย่างเดียว หรือให้คำปรึกษาอย่างเดียว) มีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองที่มีเด็กในความดูแลที่ได้รับการรักษา 3 รูปแบบขึ้นไป (รับประทานยา พร้อมทั้งปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และเด็ก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ส่วนปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กด้านอื่นๆ ไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระการดูแลกับปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้อง โดยวิธี Post Hoc Analysis

ตารางที่ 10 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระการดูแล กับปัจจัยด้านอาชีพของผู้ปกครอง โดยวิธีของ Scheffe

(I) อาชีพ	(J) อาชีพ	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ไม่ประกอบอาชีพ	ธุรกิจส่วนตัว	11.88	4.32	0.06	-0.40	24.17
	พนักงานเอกชน	11.66*	3.78	0.03	0.91	22.41
	ข้าราชการ	5.92	3.62	0.45	-4.37	16.22
ธุรกิจส่วนตัว	พนักงานเอกชน	-0.22	3.78	1.00	-10.97	10.52
	ข้าราชการ	-5.96	3.62	0.44	-16.25	4.34
พนักงานเอกชน	ข้าราชการ	-5.74	2.96	0.29	-14.14	2.67

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 10 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระการดูแล กับปัจจัยด้านอาชีพของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองในกลุ่มพนักงานเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ปกครองในกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ จะมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูงกว่าผู้ปกครองในกลุ่มพนักงานเอกชน

ตารางที่ 11 แสดงค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาวะการดูแล กับปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) โดยวิธี LSD

(I) ระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)	(J) ระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
รุนแรงมาก	รุนแรงปานกลาง	10.51	6.65	0.12	-2.67	23.69
	รุนแรงน้อย	15.70 [*]	6.60	0.02	2.63	28.77
รุนแรงปานกลาง	รุนแรงน้อย	5.19 [*]	2.52	0.04	0.20	10.18

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 11 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาวะการดูแล กับปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กมาก มีความรู้สึกเป็นภาวะการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองในกลุ่มที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผู้ปกครองในกลุ่มที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กปานกลาง มีความรู้สึกเป็นภาวะการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองในกลุ่มที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และ
 ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 (Pearson's correlation)

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็น
 ภาระการดูแลของผู้ปกครอง

	ความเครียด	ความรู้สึกเป็นภาระ	แรงสนับสนุนทางสังคม
ความเครียด	1.000	0.551**	-0.387**
ความรู้สึกเป็นภาระ	0.551**	1.000	-0.331**
แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.387**	-0.311**	1.000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 12 พบว่า ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแล มีความสัมพันธ์กัน
 ทางบวกในรูปเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.551$) นั่นคือ ระดับความเครียดเพิ่มจะทำให้
 ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลจะเพิ่มด้วย โดยความเครียดกับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลมี
 ความสัมพันธ์กันมากที่สุด

ความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันทิศทางตรงข้ามในรูปเชิงเส้นที่
 ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = -0.387$) นั่นคือ ระดับความเครียดเพิ่มขึ้นจะทำให้แรงสนับสนุนทาง
 สังคมลดลง

ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลและความเครียด มีความสัมพันธ์กันทางบวกในรูปเชิงเส้นที่
 ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.551$) นั่นคือ ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลเพิ่มจะทำให้ระดับ
 ความเครียดจะเพิ่มด้วย

ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันทิศทางตรง
 ข้ามในรูปเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = -0.331$) นั่นคือ ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล
 เพิ่มขึ้นจะทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมลดลง

แรงสนับสนุนทางสังคมและความเครียด มีความสัมพันธ์กันทิศทางตรงข้ามในรูปแบบเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = -0.387$) นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับความเครียดลดลง

แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกเป็นภาระการดูแล มีความสัมพันธ์กันทิศทางตรงข้ามในรูปแบบเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = -0.331$) นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลลดลง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาถึงระดับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รูปแบบการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive – Cross - Sectional Study) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
2. เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก ได้แก่ ปัจจัยตัวผู้ปกครอง, ปัจจัยผู้ป่วย, การสนับสนุนทางสังคม, ระดับความเครียดของผู้ปกครอง และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กทุกราย ที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือก จำนวน 108 ราย โดยมีความสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ที่อยู่ปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก ลักษณะของครอบครัว จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแล เวลาส่วนตัว เทียบ พักผ่อน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โรคประจำตัว สมาชิกในครอบครัวมีประวัติการป่วยทางจิตเวช ระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง), ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวช ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ โรคที่เป็นของเด็ก รูปแบบการรักษา ระยะเวลาการรักษา, แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย ที่สร้างขึ้นโดยรศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์ และคณะ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.84,

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์ ซึ่งได้ใช้ในงานวิจัย เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ที่เป็นญาติและผู้ดูแลไม่ใช่ญาติ และได้นำมาทดลองใช้กับผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่ หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความ เชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีความเชื่อมั่นที่ 0.93 และแบบสอบถามภาวะการดูแล ที่แปลเป็น ภาษาไทยโดยนาฏยพรรณ ภิญญา ซึ่งได้ใช้ในงานวิจัยเรื่อง ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและ ความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุว ะสาทวโทยปถัมภ์ และได้นำมาทดลองใช้กับผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวช เด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถาม มีความเชื่อมั่นที่ 0.91 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงตั้งแต่เดือนกันยายน 2554 เป็น ต้นไป จนครบตามจำนวน 108 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา, ข้อมูลความเครียด, ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลความรู้สึกเป็นภาวะการดูแล โดยนำเสนอในรูปของตารางแสดงค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด และความรู้สึกเป็นภาวะการ ดูแลของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Chi-square Test, Independence t-test และ One-way ANOVA และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกเป็นภาวะ การดูแลของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Pearson's correlation

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ถึง ร้อยละ 85.2 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.8 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-50 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 75 โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93.5 โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อย ละ 38.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยส่วนมากของผู้ปกครองอยู่ในช่วงน้อยกว่า 20,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 43.5 ด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่จะเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 72.2

ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 36.1 ส่วนความสัมพันธ์กับเด็ก พบว่า เป็นมารดามากที่สุด จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์กับเด็กแบบอื่นๆ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นป้า ยาย น้ำ ลุง ย่า รวมถึงตา และครู ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 4-10 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 70.4

ลักษณะของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นลักษณะของครอบครัวขยาย (พ่อ แม่ ลูก และญาติฯ) คิดเป็นร้อยละ 51.9 ส่วนใหญ่มีจำนวนเด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแล จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 90.7

ความรุนแรงของอาการของเด็กในความดูแล (ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ประเมินความรุนแรงของอาการจากโรคที่เด็กป่วยว่ามีความรุนแรงของอาการน้อย คิดเป็นร้อยละ 53.7

1.2 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กที่มาได้รับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก พบว่า เด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 83.3 ส่วนอายุของเด็กในช่วง 12 ปีขึ้นไป พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.7 โรคที่เป็นของเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคชน-สมาธิสั้น (Attention-deficit/hyperactivity disorder) คิดเป็นร้อยละ 55.6 ส่วนรูปแบบการรักษา พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีรูปแบบการรักษาแบบรับประทานยา และปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และเด็ก คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมา คือ ปรับพฤติกรรมอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 16.7

ระยะเวลาการรักษาของเด็ก (ตั้งแต่ทราบว่าป่วย) พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ ช่วง 6 เดือน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.4

2. ระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมาได้รับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับความเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมา คือ มีระดับความเครียดปกติ คิดเป็นร้อยละ 38.0 มีสุขภาพจิตดีมาก คิดเป็นร้อยละ 18.5 พบรองลงมา และพบน้อยที่สุด คือ มีระดับความเครียดมาก คิดเป็นร้อยละ 1.9

3. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.5 รองลงมา ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คิดเป็นร้อยละ 16.7 และพบน้อยที่สุด คือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง คิดเป็นร้อยละ 14.8

4. ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลต่ำ คิดเป็นร้อยละ 51.9 รองลงมา ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแล คิดเป็นร้อยละ 30.6 พบน้อยลงมา คือ มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.7 และพบน้อยที่สุด คือ มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูง คิดเป็นร้อยละ 0.9

5. ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง คือ ผู้ปกครองที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กน้อย กับผู้ปกครองที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กปานกลางถึงมาก มีระดับความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

6. ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง คือ ผู้ปกครองที่นับถือศาสนาพุทธมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองที่นับถือศาสนาอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ผู้ปกครองที่ใช้เวลาดูแลเด็ก 4-10 ชั่วโมงต่อวัน มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองที่ใช้เวลาดูแลเด็ก 11 ชั่วโมงขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก 1 คน มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก 2 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพต่างกัน จะมีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระการดูแล กับปัจจัยด้านอาชีพของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองในกลุ่มพนักงานเอกชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ปกครองในกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพ จะมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูงกว่า ผู้ปกครองในกลุ่มพนักงานเอกชน

ผู้ปกครองที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กต่างกัน มีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลโดยเฉลี่ยแตกต่างจากผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระการดูแล กับปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของอาการของเด็ก(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กมาก มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองในกลุ่มที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และผู้ปกครองในกลุ่มที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กปานกลาง มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองในกลุ่มที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผู้ปกครองที่มีเด็กในความดูแลที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 3 รูปแบบ (รับประทานยาอย่างเดียว/ปรับพฤติกรรมอย่างเดียว/ให้คำปรึกษาอย่างเดียว) มีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองที่มีเด็กในความดูแลที่ได้รับการรักษา 3 รูปแบบขึ้นไป(รับประทานยา และ

ปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และเด็ก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

7. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึก เป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองโดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation) พบว่า ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแล มีความสัมพันธ์กันทางบวกใน รูปเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.551$) นั่นคือ ระดับความเครียดเพิ่มจะทำให้ระดับ ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลจะเพิ่มด้วย โดยความเครียดกับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลมี ความสัมพันธ์กันมากที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคมและความเครียด มีความสัมพันธ์กันทิศทางตรงข้ามในรูปเชิงเส้นที่ ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = -0.387$) นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับ ความเครียดลดลง

แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกเป็นภาระการดูแล มีความสัมพันธ์กันทิศทางตรง ข้ามในรูปเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = -0.331$) นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำ ให้ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลลดลง

อภิปรายผล

การศึกษาถึงความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับ การรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองที่ พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กจำนวน 108 คน มีประเด็นที่น่าสนใจจะนำมาอภิปราย ดังต่อไปนี้

ระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 41.7 โดยใช้เครื่องมือจากแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย ของ ผศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์ และจากการศึกษาพบว่าผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้อง กับผลการศึกษาของ ศิริรัชยา สร้อยจันทร์⁽⁵⁸⁾ ที่พบว่าบิดามารดาของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ มีความเครียดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.9 เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความเครียดของผู้ปกครองในช่วงขณะหนึ่ง

โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระการดูแล มีความสัมพันธ์กันทางบวกในรูปเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = 0.551$) นั่นคือ เมื่อความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้ระดับความเครียดเพิ่มขึ้นตามมาด้วย ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกันกับผลการศึกษาของวันดี ไตสุขศรี (2540)⁽⁵⁹⁾ ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลความเครียด และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง จำนวน 100 ราย พบว่าความเครียดกับภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.5918, p<.01$) เนื่องมาจากภาระการดูแลที่มากขึ้นย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระการดูแล กับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันในทิศทางตรงกันข้ามในรูปเชิงเส้น ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r = -0.387$) นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมลดลง จะทำให้ระดับความเครียดและความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระการดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลการศึกษาตรงกับงานวิจัยหลายๆ ฉบับ เช่น การศึกษาของ Rimmerman & Duvdevani (1996)⁽⁶⁰⁾ ที่ศึกษาความเครียดในกลุ่มตัวอย่างของผู้ปกครองของเด็ก และวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคปัญญาอ่อน ในประเทศอิสราเอล จำนวน 88 คน พบว่า ความเครียดของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระการดูแลลดลง

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 56.0 เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงระดับความรุนแรงจากอาการ ของผู้ป่วยน้อย คิดเป็นร้อยละ 53.7 ซึ่งผลการศึกษาตรงกับผลการศึกษาของ อรทัย ทองเพชร (2545)⁽⁴²⁾ ที่ทำการศึกษาระยะการดูแลของมารดาที่พาบุตรออทิสติกมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 136 คน พบว่าคะแนนภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติกอยู่ในระดับน้อย

อาจจะอธิบายได้ว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 51.9 และมีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 66.7 (ตารางที่ 1) จึงทำให้มีบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือในการดูแลเด็ก และมีคนคอยแบ่งเบาภาระงานบางอย่าง จึงสรุปได้ว่าผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอาการทางจิตเวชไม่รู้สึกว่าการดูแลนั้น เป็นภาระของตนเองเพียงคนเดียว และมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลที่น้อย

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 74.0 เนื่องจากความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม มีลักษณะเป็นแบบเครือข่าย มีการพึ่งพาอาศัยกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนทั้งทางด้านสรีรวิทยา และจิตสังคม (พวงแก้ว แสนคำ, 2549)⁽⁶⁵⁾

เมื่อทำการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเพศของผู้ปกครองกับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และระดับความเครียด พบว่าผู้ปกครองเพศชาย หรือเพศหญิงมีระดับความเครียด และคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลไม่ต่างกัน อาจเนื่องจากผู้ปกครองสามารถยอมรับในอาการของผู้ป่วยได้ และพร้อมที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างดีที่สุด และอาจจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น คำแนะนำที่ดีจากแพทย์ กำลังใจจากบุคคลภายในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thornicroft (2002)⁽⁸⁸⁾ ที่ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ดูแลในยุโรป 5 ประเทศต่อภาระการดูแล พบว่า ผู้ดูแลเพศชาย และเพศหญิงรับรู้ถึงภาระการดูแลไม่แตกต่างกัน

เมื่อทำการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุของผู้ปกครองกับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และระดับความเครียด พบว่าอายุของผู้ปกครองต่างกัน มีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีอายุ 35-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.0 โดยอายุของผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (ตารางที่ 1) อาจเนื่องจากวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีการเผชิญปัญหาที่ดี มีความคุ้นเคยกับบทบาทผู้ดูแล จากประสบการณ์ที่ได้ดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมาก่อน ทำให้ไม่มีความแตกต่างในด้านของความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และระดับความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Scazufa & Kuiper (1999)⁽⁸⁹⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงอารมณ์ และภาระการดูแลของญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 50 คน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล แต่ไม่สอดคล้องกับ Watson et al (1998)⁽⁹⁰⁾ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย จะเกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลได้สูงกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า

การศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านรายได้ของผู้ปกครองกับระดับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแล พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.5 รายได้ของผู้ปกครองที่แตกต่างกัน มีระดับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลไม่ต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีสิทธิในการเข้ารับการรักษา โดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาลออกให้ หรือผู้ปกครองมีการใช้สิทธิประโยชน์จากบริษัทประกันชีวิต ตลอดจนอาจได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Upadhyaya, G.R. & Havalappanavar, N.B. (2008)⁽⁶⁴⁾ ที่ศึกษาความเครียดของพ่อแม่ของบุคคลที่มีความขัดแย้งทางจิตใจ จำนวน 628 คน พบว่า รายได้ของครอบครัวต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดสูง

เมื่อทำการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ของผู้ปกครองกับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และระดับความเครียด พบว่าผู้ปกครองที่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายมีความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลไม่แตกต่างจากผู้ปกครองที่มีรายได้ ไม่เพียงพอกับรายจ่าย เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.7 ซึ่งรายได้ส่วนตัวของผู้ปกครองส่วนใหญ่น้อยกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 43.5 แต่อาจจะได้รับแรงสนับสนุนทางด้านรายได้จากคู่สมรส ซึ่งไม่สอดคล้องกับ นาฎยพรรณ ภิญญ (2545)⁽⁵³⁾ ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้ของบิดา มารดา เด็กออทิสติก ที่มีรายได้เพียงพอไม่มีหนี้สิน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกต่อภาระการดูแล ของบิดามารดา แตกต่างจากกลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน

การศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอาชีพของผู้ปกครองกับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 38.0 ผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพแตกต่างกัน จะมีคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแลแตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์โดยใช้วิธี Post Hoc Analysis พบว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแล สูงกว่าผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน โดยผู้ปกครองที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ควบคู่ไปกับการรับบทบาทผู้ดูแล จะมีการรับรู้ภาระการดูแลสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองที่ไม่ได้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่จะเป็นแม่บ้าน ซึ่งโดยปกติแล้วจะต้องรับผิดชอบในงานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ทำกับข้าว ทำให้ต้องใช้ศักยภาพในการจัดการกับภาระงานเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ N. Ricard et al (1999)⁽⁶⁹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเวช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชของ 8 โรงพยาบาล ในประเทศแคนาดา พบว่า อาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล

โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านระดับการศึกษาของผู้ปกครองกับระดับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแล โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 36.1 ซึ่งระดับการศึกษาของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Greenberg, Greenley, Mckee, Brown, & Griffin-Francell (1993)⁽⁷¹⁾ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 81 คน จากการศึกษาพบว่าการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งผลที่ไม่สอดคล้องเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะระดับการศึกษาใด ก็จะได้รับ การดูแล และได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้รักษาเป็นอย่างดี

การศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านศาสนาของผู้ปกครองกับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระการดูแล พบว่า ผู้ปกครองที่นับถือศาสนาอื่น ๆ (คริสต์ และอิสลาม) มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลมากกว่า ผู้ปกครองที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่นับถือศาสนาคริสต์ และอิสลาม จะมีรูปแบบการรักษาของผู้ป่วย 3 รูปแบบขึ้นไป (รับประทานยาพร้อมทั้งปรับพฤติกรรม และให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และเด็ก) จึงส่งผลให้รูปแบบการรักษาทั้ง 3 รูปแบบนั้น เป็นภาระในการดูแล ที่ผู้ปกครองจะต้องดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากเป็นพิเศษ เช่น การให้รับประทานยาตรงต่อเวลา การต้องพาผู้ป่วยเข้ามาปรับพฤติกรรมที่โรงพยาบาล ตามแพทย์นัด

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านจำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแล กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล ส่วนใหญ่มีเด็กในความดูแล 1 คน ร้อยละ 90.7 โดยผู้ปกครองที่มีเด็กในความดูแล 2 คน มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูงกว่าผู้ปกครองที่มีเด็กในความดูแล 1 คน อาจเนื่องจากการดูแลเด็ก 1 คน กับ 2 คน มีภาระการดูแลต่างกัน อาจเนื่องมาจากเด็กมีอาการของโรคต่างกัน ระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ทำให้การรักษาต่างกัน วิธีการดูแลก็ต่างกัน เป็นผลให้ภาระในการดูแลต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นาฎยพรรณ ภิญญา (2545)⁽⁵³⁾

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแล จึงการศึกษาส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลเด็ก 4-10 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ

70.4 พบว่า ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก 11 ชั่วโมงต่อวัน มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูงกว่าผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก 4-10 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al (2010)⁽⁷³⁾ ศึกษาผลกระทบของสุขภาพจิตและภาระของผู้ดูแลของสุขภาพกายของผู้ดูแลในครอบครัว ในกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลอายุ 18 ปีขึ้นไปของผู้ป่วยจาก Kaohsiung จำนวน 388 คน ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลสมาชิกที่ป่วยในครอบครัว มีภาระสูง และจากการศึกษาของ Varona R. (2007)⁽⁷⁶⁾ ศึกษาการรับรู้ภาระ ตัวก่อความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในฟิลิปปินส์ พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเป็นตัวที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ นั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการดูแลเด็กที่ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อเวลาส่วนตัว เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การปฏิบัติภารกิจส่วนตัว ตลอดจนการประกอบอาชีพ จึงส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระการดูแลที่ต่างกัน

การศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเพศ และอายุของเด็กกับระดับความเครียด พบว่า เพศของเด็กในความดูแลต่างกัน ผู้ปกครองมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน และพบว่าอายุของเด็กในความดูแลแตกต่างกัน ผู้ปกครองก็มีระดับความเครียดไม่ต่างกัน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Johnson & Reader (2002)⁽⁹¹⁾ ที่พบว่าเพศ และอายุของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อาจเนื่องจากแพทย์มีคำแนะนำ และการรักษาที่ดี ซึ่งนอกจากจะให้คำแนะนำในการรักษาเด็กที่ป่วยแล้ว ยังให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองที่มีความวิตกกังวล ไม่สบายใจ ในอาการของเด็ก ทำให้ผู้ปกครองมีระดับความเครียดไม่ต่างกัน

ประเด็นที่น่าสนใจคือ ระดับความรุนแรงของอาการ(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการรับรู้ของระดับความรุนแรงของอาการเด็กที่ดูแลน้อย ร้อยละ 53.7 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของอาการ(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)กับระดับความเครียด พบว่า ผู้ปกครองที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กแตกต่างกัน มีระดับความเครียดต่างกัน โดยผู้ปกครองที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กในระดับน้อย มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดเป็นปกติ ส่วนผู้ปกครองที่มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กในระดับปานกลางถึงมาก มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549)⁽⁴⁸⁾ ที่พบว่าระดับอาการความรุนแรงของโรค

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดู อาจเนื่องจากผู้ปกครองแต่ละคนมีการรับรู้ในอาการของเด็ก และการยอมรับที่ไม่เท่ากัน และจากการศึกษาของ Amogbel, Goyal & Sansgiry (2011)⁽⁷⁷⁾ ได้ทำการศึกษาในผู้เลี้ยงดูเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น neuro-developmental disorder ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอย่างรุนแรง อาจนำไปสู่ความเครียดที่มากขึ้นของผู้ปกครอง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของอาการ(ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง)กับคะแนนความรู้สึกรับรู้เป็นภาวะการดูแล พบว่า ผู้ปกครองที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กต่างกัน มีคะแนนความรู้สึกรับรู้เป็นภาวะการดูแลแตกต่างกัน โดยผู้ปกครองที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กมาก จะมีคะแนนความรู้สึกรับรู้เป็นภาวะการดูแลสูงกว่าผู้ปกครองที่รับรู้ระดับความรุนแรงของอาการของเด็กน้อย และปานกลาง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของรจนา ปุณโณทก (2550)⁽⁷⁸⁾ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 111 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรครมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนเท่ากับ 0.443 สรุปว่าระดับความรุนแรงของอาการของเด็กเป็นปัจจัยทางด้านความรู้สึกรับรู้ซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจ และความรู้สึกรับรู้เป็นภาวะการดูแลของผู้ปกครอง โดยอาจจะส่งผลกระทบต่อภาวะที่เพิ่มมากขึ้นในการพาเด็กที่ป่วยไปบำบัดรักษา

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านรูปแบบการรักษา กับความรู้สึกรับรู้เป็นภาวะการดูแล พบว่า ผู้ปกครองที่มีเด็กในความดูแลที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 3 รูปแบบ (รับประทานยาอย่างเดียว หรือปรับพฤติกรรมอย่างเดียว หรือให้คำปรึกษาอย่างเดียว) มีคะแนนความรู้สึกรับรู้เป็นภาวะการดูแลแตกต่างจากผู้ปกครองที่มีเด็กในความดูแลที่ได้รับการรักษา 3 รูปแบบขึ้นไป (รับประทานยา พร้อมทั้งปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และเด็ก) เนื่องจากการรักษาทั้ง 3 แบบนั้นมีรับประทานยา พร้อมทั้งปรับพฤติกรรม พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และเด็ก อาจเนื่องจากผู้ปกครองจะต้องดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา และยังต้องพาเด็กมาปรับพฤติกรรมตามคำแนะนำของแพทย์ อีกทั้งผู้ปกครองยังต้องปรับตัวในการดูแลเด็กตามที่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกรับรู้เป็นภาวะการดูแลของ

ผู้ปกครอง เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาของ Austin Brown (2011)⁽⁵⁷⁾ ที่พบว่าบิดามารดาของเด็กออทิสติกมีความกดดันเพิ่มขึ้นจากการรักษาบุตร อาจเนื่องมาจากความรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียดของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย ระดับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และความสัมพันธ์

1. ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับเล็กน้อย ซึ่งถ้าหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้ผู้ปกครองมีปัญหาเกี่ยวกับความเครียด ดังนั้นหน่วยงานต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง ควรมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับข้อมูลส่วนนี้ เพื่อหาแนวทางป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอาการทางจิตเวชให้มีสุขภาพจิตที่ดี และพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครอง

2. ควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอาการทางจิตเวชมีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวอย่างไรให้มีสุขภาพที่ดี และช่วยลดภาระของผู้ปกครอง

3. เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ปกครอง และเด็กที่อยู่ในความดูแล รวมถึงประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

4. ตัวแปรของการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล เป็นนามธรรมที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก จึงควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และสาระสำคัญที่เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ของภาระมากขึ้น

5. ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองของเด็กที่มีอาการทางจิตเวช โดยเฉพาะด้านสาเหตุของการเกิดโรคอาการ อาการแสดงของโรค การรักษา เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถดูแลและให้การช่วยเหลือเด็กที่บ้านได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และควรจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือหรือทีมสุขภาพจิตให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ปกครองได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยในสิ่งที่อยากรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กในความดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่นำมาศึกษาคือ ระดับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแล มีความสัมพันธ์กันทางบวก จึงควรทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการลดความเครียดในผู้ปกครองของเด็กที่มีอาการทางจิตเวช เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มปริมาณการสุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายของพื้นที่มากขึ้น กล่าวคือ นอกจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้วควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้เห็นความเหมือน และความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลเพิ่มขึ้น เพื่อให้ทราบถึงสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอาการทางจิตเวชนำไปสู่การส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ปกครองทั่วไป

3. ควรมีการศึกษาทดลองเกี่ยวกับผลการให้ความรู้ และการสนับสนุนต่อความสามารถในการดูแลในผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอาการทางจิตเวช

4. ควรมีการจัดทำคู่มือสำหรับผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอาการทางจิตเวชในการดูแลเด็ก โดยเนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรคอาการ อาการแสดงของโรค การรักษา

5. ทีมสุขภาพจิตควรตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดความเครียด ภาระการดูแล หรือบรรเทาให้น้อยลง ควรมีการช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งมีการสนับสนุนระดับประจักษ์ทางจิตใจร่วมด้วย

รายการอ้างอิง

- (1) สุขภาพจิต, กรม. กองแผนงาน. **สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตของคนไทย** ปีงบประมาณ 2545.
- (2) รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่หน่วยจิตเวชเด็ก ปร.12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ประจำปี 2554.
- (3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **อ้างอิงในเอกสารประกอบการเตรียมการนำเสนอคณะรัฐมนตรี** ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา วันที่ 31 พฤษภาคม 2553.
- (4) รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2552. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ที่ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก, 2552.
- (5) รุจา ภูไพบูลย์. **ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว**. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- (6) อภิชัย มงคล. mhGAP Intervention Guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช **โรคทางระบบประสาท และโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทางฉบับที่ 1**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2554.
- (7) **โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน** โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว สารานุกรมไทยฯ สยามเสื่อป่า ถนนศรีอยุธยา เขตดุสิต กรุงเทพฯ, 2548.
- (8) การประชุมวิชาการครั้งที่ 2. **วิกฤตความเครียดของสังคมไทย**. ศูนย์วิจัยวิทย์ จิตวิทยา ตะวันออก-ตะวันตก คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 29 พ.ย. 2545: 43.
- (9) Selye, Hans. **Stress without distress**. United States of America : McClelland and Steward Ltd, 1974.
- (10) สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และคณะ. **แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2543.
- (11) Zarit, SH., Reever, KE., Bach-Peterson, J. **The Burden Interview**. The Gerontologist. vol. 20. 649-655; 1969: 179-186.
- (12) **World Health Organization – WHO**.
- (13) Norbeck, J.S. **Social support: a model for clinical research and application**. Advances in Nursing Science, July 1998: 43-59.

- (14) วัฒนเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอัมพันธ์ และนางพางา ลิ้มสุวรรณ. **วิธีประเมินปัญหาทางจิตเวชในเด็ก**. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์(ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538.
- (15) ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล. **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2541.
- (16) อลิสา วัชรสินธุ. **จิตเวชเด็ก**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- (17) คลินิกซึมเศร้าโรงพยาบาลศรีธัญญา. **เด็กนับล้านเครียดหนักถึงขั้นวิกฤติเข้าคิวแน่นพบจิตแพทย์**. แหล่งที่มา:<http://www.dmh.go.th/stydepression/news>. (2 มีนาคม พ.ศ.2549).
- (18) วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. **ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, 2550.
- (19) **Stress & Stress Management**. Produced by Clinic Community Health Centre, January, 2010.
- (20) Lazarus, R.S., and Folkman, S. **Stress and appraisal and coping**. New York: Sprinder, 1984.
- (21) การประชุมวิชาการครั้งที่ 2. **วิกฤตความเครียดของสังคมไทย**. ศูนย์วิจัยวิจัยจิตวิทยา ตะวันออก-ตะวันตก คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 29 พ.ย. 2545: 17.
- (22) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2541). **คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด**. กรุงเทพฯ:Design Com.Co;Ltd
- (23) สุรีย์ กาญจนวงศ์ และจรรยาวัตร คมพยัคฆ์. **รายงานการวิจัยเรื่องความเครียด สุขภาพและความเจ็บป่วย: แนวคิด และการศึกษาในประเทศไทย**, ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- (24) ประสานพร มณฑลธรรม. **ความเครียดเพศฆาตเงียบ**. ทักษิณ การพิมพ์ กรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ 1. 2537.
- (25) จิราพร หินทอง. **การจัดการกับความเครียด**. สำนักบริหารและรับรองห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์บริการ, 2551.
- (26) สมบัติ ตาปัญญา. **คู่มือคลายเครียด ความรู้เรื่องความเครียด การป้องกัน**. พิมพ์ครั้งที่ 2 เจริญบุญการพิมพ์, กรุงเทพฯ: 2526.

- (27) วีระ ไชยศรีสุข. **สุขภาพจิต จิตเป็นนายกายเป็นบ่าว**, ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะวิชาครุศาสตร์ วิทยาลัยครูอุบลราชธานี. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2539.
- (28) จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คชภักดี. **สุขภาพจิต**. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพ, การกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ. ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยทักษิณลำดับที่ 147. พิมพ์ครั้งที่ 1 2551.
- (29) จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. **ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ**. เชียงใหม่: เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2545.
- (30) รุ่งฤดี วงศ์ชุม. **ภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
- (31) สมบัติ ตาปัญญา. **คู่มือคลายเครียด ความรู้เรื่องความเครียด การป้องกันและแก้ไข**. พิมพ์ครั้งที่ 2 เจริญบุญการพิมพ์ : กรุงเทพฯ, 2526.
- (32) Stommel, M., Given, C. W., & Given, B. Depression as an overriding variable explaining caregiver burdens. *Journal of Aging and Health*, 1990.
- (33) Platt, C.C. et al. Burden and Coping Strategies of caregiver to Alzheimer's patients, *Family Relations*. 1985;34:27-33.
- (34) Oberst, M. T. et al. Caregiver demand and appraisal of stress among family caregiver, *CANCER nursing* 1989;12:20-25.
- (35) อรุณี พันธุลี. **ผลของกลุ่มให้ความรู้และระดับประคองทางจิตใจต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติก สุขภาพจิตและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
- (36) Oberst, M.T. **Appraisal of caregiving sale: AGS revised**. Madison: University of Wisconsin, 1991
- (37) Pai & Kapur, L.R. The Burden on the family of a psychiatric patient ; Development of an interview schedule. *British Journal of Psychiatric*. 1981 ; 138:332-335.
- (38) Brown PL. The Burden Of Caring For A Burden Of Husbands With Alzheimer's Disease. *Home Health Care Nurse*, 1991;9:33-8.

- (39) Zarit HS, Todd AP, Zarit MJ. Subject Burden Of Husbands And Wives As caregiver : A Longitudinal Study. Gerontologist, 1986; 260-6.
- (40) ไพรินทร์ กันทนະ. **ภาระของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อ HIV**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- (41) Montgomery, V.J.R. et al. Caregiver and the experience of subjective and objective burden. Family relations, 1995;34: 19-21.
- (42) อรทัย ทองเพชร. **ภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- (43) ประเทือง อานันธิโก. **การศึกษาภาวะเครียดและการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กพิการทางปัญญา**. เชียงใหม่ พ.ศ.2542. ที่ประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 6, (6-8กันยายน 2543).
- (44) Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. Nursing Research,30, 227-280.
- (45) ชัญญูชิตา โพธิประสาธ. **พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
- (46) Eakes, G.G. Chronic Sorrow ; The Lived Experience Of Parent Of Chronic Mental Ill individuals. Archives Of Psychiatric nursing. April, 1995: 77-84.
- (47) Greenberg,c., et al. Monozygotic Female Twin with Autism and the FragileX Syndrome, (AFRAX). Journal of Child Psychology and psychiatry. 1988; 29:447-451.
- (48) ดลฤดี แดงน้ำคู้. **ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- (49) ประภาศรี ทุ่งมีผล, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ และสมบัติ สกุลพรรณ. **การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก**. พยาบาลสาร 34, 1 (มกราคม – มีนาคม 2550).
- (50) Mobolaji U Dada, Niran O Okewole, Oluymei C Ogun and Mashudat A Bello-Mojeed. Factors associated with caregiver burden in a child and adolescent

- psychiatric facility in Lagos, Nigeria: a descriptive cross sectional study. BMC Pediatrics 2011, 11:110.
- (51) Alisa Wacharasindhu.,M.D., Benjaporn Panyayong.,M.D. Psychiatric Disorders in Thai School-Aged Children : I Prevalence. J Med Assoc Thai 2002; (Suppl 1) : S125-S136.
- (52) สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซม์เมอร์ที่เป็นญาติและผู้ดูแลไม่ใช่ญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- (53) นาฎยพรรณ ภิญโญ. ความรู้สึกต่อภาระการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- (54) วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : ข่าวสารการวิจัยการศึกษาม 18 (มีนาคม 2538): 9-11.
- (55) ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3, นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2541.
- (56) ศรีพิมล ดิษยบุตร. สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเฉลิมกาญจนา: ศรีสะเกษ, 2552.
- (57) Austin Brown. Hidden stress: Parental burdens caused by autism. The triple helix online aylobal forum for science in society, 2011.
- (58) ศิริธชญา สร้อยจันทร์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรเพื่อการจัดการของครอบครัวกับระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, งานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
- (59) วันดี ไตสุขศรี. ศึกษาความสามารถในการดูแลความเครียดและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- (60) A. Rimmerman and Z. Duvdevani. Parents of children and adolescent with severe mental retardation: Stress, family resources, normalization and their

- application for out-of-home placement. Research in developmental disabilities, 1996.
- (61) Ramamental. Ramathibodi Mental Health Homepage. แหล่งที่มา: <http://www.ramamental.com/medicalstudent/childandteen/principleforchildcure> (2555, มกราคม 18).
- (62) จินตนา วัชรสินธุ์, มณีรัตน์ ภาคภูม, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, นฤมล ธีระรังสิกุล และทวีลาภ ตันสวัสดิ์. **สถานการณ์ ปัญหา ผลกระทบ และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง**. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 2551.
- (63) รุจา ภูไพบูลย์. **การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎี และการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: วี เจ พรีนติ้ง, 2541.
- (64) Upadhyaya, G.R. and Havalappanavar, N.B. **Stress in Parents of the Mentally Challenged**. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 2008.
- (65) พวงแก้ว แสนคำ. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- (66) นภาพรรณ วิริยะศิริกุล. **อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.
- (67) อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : กรุงเทพฯ, 2554.
- (68) Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.R. **Caregiving and experience of subjective and objective burden**. Family relations, 1985.
- (69) N. Ricard, J-P. Bonin, H. Ezer. **Factors associated with burden in primary caregivers of mentally ill patients**. International Journal of Nursing Studies, 1999.
- (70) มณฑา พึ่งเสมา. **ผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อครอบครัว**. วารสารพยาบาล. (กรกฎาคม 2518): 312.

- (71) Greenberg, S.J., Greenley, J.R., Mckee,D., Brown,R., & Griffin-Francell, C. **Mother caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on maternal health.** Family Relation, 1993.
- (72) Orem, D.E. **Nursing: Concepts of practice.** (3rd ed.). St. Louis: Mosby Year Book, 1985.
- (73) Hsing-Yi Chang, Chii-Jun Chiou, Nain-Sen Chen. **Impact of mental health and caregiver burden of family caregivers' physical health.** Archives of Gerontology and Geriatrics, 2010.
- (74) Melissa H. Bellin, Joan Kub, Kevin D. Frick, Mary Elizabeth Bollinger, Mona Tsoukleris, Jennifer Walker, Cassie Land and Arlene M. Butz. **Stress and Quality of Life in Caregivers of Inner-city Minority Children With Poorly Controlled Asthma.** Journal of Pediatric Health Care, 2011.
- (75) นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร. **อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัว และภาระการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2550.
- (76) Rachel Varona, Tami Saito, Miyako Takahashi and Ichiro Kai. **Caregiving in the Philippines: A quantitative survey on adult-child caregivers' perceptions of burden, stressors, and social support.** Archives of Gerontology and Geriatrics, 2007.
- (77) Y.S. Amogbel, R. Goyal, S. Sansgiry. **PND41 Parenting stress in caring for children diagnosed with neuro-developmental disorder.** Value in health, 2011.
- (78) รจนา ปุณโณทก. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2550.
- (79) Poulshock, S.D., & Demling, G.T. **Families caring for elders in residence: Issue in measurement of burden.** Journals of gerontology, 1984.
- (80) Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. **Relatives of the impaired elder: Correlate of feelings of burden.** The Gerontologist, 1980.
- (81) Braithwaite, V. **Coming to terms with burden in home care.** Australian journal on aging, 1987.

- (82) Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. **Measuring caregiving appraisal.** Journal of gerontology, 1989.
- (83) Reinhard, S.C. **Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden.** Research in nursing & health, 1994.
- (84) Chesla, C. A. **Mental illness and the family. Toward a science of family nursing.** California Addison-Wesley Publishing, 1989.
- (85) วิทย์ เทียงบุญธรรม. **พจนานุกรม ไทย-อังกฤษ (Thai-English Dictionary).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรพิทยา, 2535.
- (86) **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.** กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์, 2546.
- (87) Brust, J.D., Leonard, B.J., & Sielaff, B.H. **Maternal time and the care of disabled children.** Public health nursing, 1992.
- (88) Thornicroft, G. **Gender differences in living with schizophrenia: Across-sectional European multi-site study.** Schizophrenia research, 2002.
- (89) Scazufa, M., & Kuiper, E. **Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia before and after psychiatric admission.** British journal of psychiatry, 1999.
- (90) Watson, R., Modeste, N.N., Catolico, O., & Cruch, M. **The relationship between caregiver burden and self-care deficits in former rehabilitations.** Rehabilitation nursing, 1998.
- (91) Johnson J.H., Reader S.K. **Assessing stress in families of children with ADHD: Preliminary development of the disruptive behavior stress inventory (DBSI).** Journal of clinical psychology in medical settings, 2002.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบจริยธรรม



COA No. 245/2011
IRB No. 117/54

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. โครงการวิจัย Verison 1.0 Dated 4 Feb 11
2. โครงร่างการวิจัยฉบับย่อ Verison 1.0 Dated 4 Feb 11
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 4 Apr 11
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Verison 1.0 Dated 4 Feb 11
5. แบบสอบถาม Versio 2.0 Dated 4 Apr 11

ลงนาม ทิม สีนพรัตน์
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธาดา สีนพรัตน์)
ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม
(แพทย์หญิงกัญญลักษณ์ วิเทศสนธิ)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 19 เมษายน 2554

วันหมดอายุ : 18 เมษายน 2555

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่อง / ขอเก็บข้อมูล



ที่ จว.พิเศษ /2554

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

วันที่ 19 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test)

เรียน รศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ

ด้วย นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาคการปกติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่องความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง ซึ่งใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย ในการเก็บข้อมูล โดยมี ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต ใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย เพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต)

ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
โทร. 02-2564298, 02-2564346



ที่ จว.พิเศษ /2554

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

วันที่ 21 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบสอบถามภาวะการดูแล

เรียน คุณนายพรพรรณ ภิญโญ

ด้วย นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาคปกติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่องความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดย ซึ่งใช้แบบสอบถามภาวะการดูแลในการเก็บข้อมูล โดยมี ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ใคร่ขออนุญาตให้นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต ใช้แบบสอบถามภาวะการดูแลเพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต)

ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
โทร. 02-2564298, 02-2564346



ที่ จว.พิเศษ /2554

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

วันที่ 30 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554

เรื่อง ขออนุญาตใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เรียน คุณสรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์

ด้วย นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต เป็นนิสิตหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาคปกติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยเรื่องความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในการเก็บข้อมูล โดยมี ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ขอขออนุญาตให้นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อประโยชน์ในการทำวิจัยเรื่องดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต)

ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
โทร. 02-2564298, 02-2564346



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 4298,4346

ที่ จว.พิเศษ/.....

วันที่

เรื่อง ขอเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ด้วย นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาคปกติ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมี ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต เก็บข้อมูล ณ หน่วยจิตเวชเด็ก ภาปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก จำนวน 108 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย, แบบสอบถามภาระการดูแล และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต)

ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รศ.พญ.ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร
หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์


ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346 นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต เบอร์ติดต่อ 085-844-4629

ภาคผนวก ค

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

(Information sheet for research participant)

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วย
จิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต


ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 02-2564298 มือถือ 081-452-6152

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วย
จิตเวชเด็ก ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน
เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม
กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของ
เด็กที่อยู่ในความดูแลของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะ
เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--

เหตุผลความเป็นมา


ในปัจจุบันมีเด็กที่ป่วยทางจิตเวช ได้แก่ สมาธิสั้น อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ หรือโรคแอลดี (Learning Disabilities) ออทิสติก (Autistic) เป็นต้น ส่งผลให้พ่อแม่ผู้ปกครองหลาย ๆ คนเกิดความเครียดและสงสัยเกี่ยวกับความแตกต่างของบุตรหลานของตนเอง ที่ไม่เหมือนกับเด็กอื่น ๆ ทั่วไป แม้ว่าจะพยายามทุ่มเทเลี้ยงดู และทำทุกสิ่งทุกอย่างให้ดีที่สุดแล้วก็ตาม

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงมีเพื่อศึกษาระดับความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการดูแลรักษาช่วยเหลือ และตอบสนองความต้องการของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้มีสุขภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
2. เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก ได้แก่ ปัจจัยตัวผู้ปกครอง, ปัจจัยผู้ป่วย, การสนับสนุนทางสังคม, ระดับความเครียดของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก, ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก

จำนวนผู้เข้าร่วมในการศึกษา คือ 108 คน

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ท่านจะได้รับเชิญให้มาเข้าร่วมการวิจัย และท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม

โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือประมาณ 20-30 นาที โดยแบบสอบถามมี ดังนี้

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย


ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะการดูแล

โดยแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้กรอก และประเมินด้วยตัวท่านเอง

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจมีความเสี่ยง เช่น เสียเวลา อาจดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ขณะเข้าร่วมวิจัย อาจหงุดหงิด ปวดศีรษะ ตาลาย ไม่สบายระหว่างตอบคำถามหรือทำแบบสัมภาษณ์

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว เพื่อที่ผู้วิจัยจะได้ให้ความช่วยเหลือได้ทันที และถ้าอาการของท่านไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะพาท่านพบแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไป


ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียง หรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะได้ช่วยเหลือเบื้องต้น และถ้าอาการของท่านไม่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะพาท่านพบแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไป

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพชีวิตที่ดีต่อไป

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านและของเด็กในความดูแลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง และตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถ


ติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต โทร.085-844-4629 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของเด็กในความดูแลของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านไม่มีเวลาในการเข้าร่วมวิจัย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิด และจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของเด็กในความดูแลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร 10330


หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาเด็กในความดูแลของท่านได้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ คำแนะนำเกี่ยวกับแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--


5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ภาคผนวก ง

**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย
(Consent form)**

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

สำหรับผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก

การวิจัยเรื่อง ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆจากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด และจะไม่ได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยหรือข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย และข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

	<p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
---	--	---

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลสำหรับการวิจัย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

1. เพศของท่าน ชาย หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี
3. สถานภาพสมรสของท่าน โสด สมรส / อยู่ด้วยกัน สมรส / แยกกันอยู่
 หย่า หม้าย อื่นๆ (ระบุ)
4. ศาสนาของท่าน พุทธ คริสต์ อิสลาม
 ฮินดู อื่นๆ(ระบุ).....
5. เชื้อชาติของท่าน ไทย จีน มุสลิม
 อื่นๆ(ระบุ).....
6. อาชีพของท่าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 ข้าราชการบำนาญ พนักงานบริษัทเอกชน
 ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม
 รับจ้างใช้แรงงาน อื่นๆ(ระบุ).....
7. รายได้ของท่าน(รวมเงินเดือนและรายได้อื่นๆ) บาท/เดือน เพียงพอ ไม่เพียงพอ
8. ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก..... บาท/เดือน
9. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 ประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ประถมศึกษาปีที่ 6
 มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือปวช.
 อนุปริญญา หรือปวส. ปริญญาตรี
 ปริญญาโท ปริญญาเอก
 อื่นๆ (ระบุ).....

10. ภูมิลำเนาเดิม กรุงเทพฯ และปริมณฑล อื่นๆ(ระบุ).....
11. ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพฯ และปริมณฑล อื่นๆ(ระบุ).....
12. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บิดา มารดา อื่นๆ(ระบุ).....
13. ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเด็ก.....ชั่วโมงต่อวัน (ตั้งแต่ทราบว่าเป็นผู้ป่วย)
14. ลักษณะของครอบครัวของท่าน
- ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก
- ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก และญาติๆ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น
15. ปัจจุบันเด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแลของท่าน..... คน
16. เพศของเด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแลของท่าน ชาย.....คน หญิง.....คน
17. ปัจจุบันเด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแลของท่านอายุ
- ต่ำกว่า 2 ปี.....คน 3-5 ปี.....คน
- 6-8 ปี.....คน 9-11 ปี.....คน
- 12 ปีขึ้นไป.....คน
18. เด็กป่วยเป็นโรคใดดังต่อไปนี้
1. Mental Retardation (ปัญญาอ่อน)
 2. Learning Disorders (ความบกพร่องของทักษะในการเรียน)
 3. Motor Skills Disorders (ความผิดปกติของการประสานงานของกล้ามเนื้อ)
 4. Communication Disorders (ความผิดปกติในด้านการสื่อสารไม่ว่าภาษาพูด หรือภาษามือ)
 5. Pervasive Developmental Disorders (ความผิดปกติในด้านพัฒนาการหลายด้าน)
 6. Autistic disorder (ออทิสซึม)
 7. Attention-deficit/hyperactivity disorder (โรคซน-สมาธิสั้น)
 8. Conduct disorder (เด็กมีพฤติกรรมเกราะคล้ายอันธพาล)
 9. Oppositional defiant disorder (เด็กมีอาการดื้อ ไม่เชื่อฟัง)

10. Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood (ความผิดปกติในพฤติกรรมกรกิน)
11. Tic Disorders (อาการกระตุกของกล้ามเนื้อต่างๆไม่เป็นจังหวะหรือการส่งเสียงหรือการพูดคำต่างๆซ้ำๆ)
12. Elimination Disorders (ความผิดปกติของการขับถ่ายทั้งปัสสาวะและอุจจาระ)
13. Separation anxiety disorder (ความกังวลต่อการต้องแยกจากพ่อแม่หรือคนใกล้ชิด)
14. Selective mutism (เด็กไม่ยอมพูดกับคนในครอบครัว แม้แต่ที่โรงเรียน)
15. Reactive attachment disorder of infancy or early childhood (เด็กที่ขาดความรักผูกพันแต่เล็ก)
16. Stereotype movement disorder (พฤติกรรมซ้ำๆของเด็ก)

เขียนชื่อโรคที่เด็กเป็นลงในช่องว่างข้างล่าง

คนที่ 1 เป็นโรคป่วยมานาน..... ปี.....เดือน (ตั้งแต่ทราบว่าป่วย)

คนที่ 2 เป็นโรค.....ป่วยมานาน..... ปี.....เดือน (ตั้งแต่ทราบว่าป่วย)

คนที่ 3 เป็นโรค.....ป่วยมานาน..... ปี.....เดือน (ตั้งแต่ทราบว่าป่วย)

คนที่ 4 เป็นโรค.....ป่วยมานาน..... ปี.....เดือน (ตั้งแต่ทราบว่าป่วย)

19. รูปแบบการรักษาของเด็กที่มีอาการทางจิตเวชที่อยู่ในความดูแลของท่าน (เลือกได้มากกว่า 1 อย่าง)

- รับประทานยา
- ปรับพฤติกรรม
- การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง
- อื่นๆระบุ.....
- การให้คำปรึกษาแก่เด็ก

20. ระยะเวลาการรักษาของเด็ก..... ปี.....เดือน(ตั้งแต่ทราบว่าป่วยถึงปัจจุบัน)

21. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมของท่านเอง เช่น ไปทำบุญ ไปร่วมกิจกรรมตามเทศกาลกับเพื่อน (วันปีใหม่) ฯลฯ

- 1-2 ครั้ง/เดือน
- 3-4 ครั้ง/เดือน
- 5-6 ครั้ง/เดือน
- มากกว่า 5-6 ครั้ง/เดือน

22. ท่านมีประวัติการป่วยทางจิตเวช

- ไม่มี
- มี (ป่วยเป็นโรค.....)

เป็นมานาน..... ปี.....เดือน

23. ท่านมีโรคประจำตัว

Version 2.0 Dated 4 Apr 11

ไม่มี

มี (ป่วยเป็นโรค.....)

เป็นมานาน..... ปี.....เดือน

ได้รับยา.....

24. สมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติของท่านและสามี/ภรรยา มีประวัติป่วยทางจิตเวช

ไม่มี

มี (ป่วยเป็นโรค.....)

25. ความรุนแรงของอาการของเด็กในความดูแลของท่าน (ตามการรับรู้/ความรู้สึกของท่าน)

มีความรุนแรงของอาการจากโรคที่ป่วยมาก

มีความรุนแรงของอาการจากโรคที่ป่วยปานกลาง

มีความรุนแรงของอาการจากโรคที่ป่วยน้อย

ส่วนที่ 2 : แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test)

คำชี้แจง พัฒนาโดย ผศ.ดร.สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน และคณะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สงวนสิทธิ์ตาม พ.ร.บ. ลิขสิทธิ์ 2543 ผู้ที่ต้องการขอใช้แบบสำรวจนี้ในการวิจัย โปรดติดต่อขออนุญาตการใช้ได้จาก ผู้วิจัยที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทร. 02411-3430

คำถามต่อไปนี้ เป็นความรู้สึกที่ท่านอาจมีในชีวิตประจำวัน ซึ่งแต่ละท่านจะมีความรู้สึกที่แตกต่างกัน ขอให้ท่านเลือกข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านที่เป็นอยู่ในขณะนี้ โดยกาเครื่องหมาย X ในแต่ละช่องที่ต้องการ			
ข้อความ	รู้สึกบ่อยๆ	รู้สึกเป็นครั้งคราว	ไม่เคยรู้สึกเลย
1. ท่านรู้สึกหงาและว้าเหว่			
2. ท่านรู้สึกไม่มีความสุขเลย			
3. ท่านมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไรเลย			
4. ท่านรู้สึกกระวนกระวายเกือบตลอดเวลา			
5. ท่านรู้สึกกังวลเกือบตลอดเวลา			
6. ท่านรู้สึกไม่สบายใจโดยหาสาเหตุไม่ได้			
7. ท่านรู้สึกไม่ค่อยมีสมาธิในการกระทำสิ่งต่างๆ			
8. ท่านรู้สึกไม่ชอบทำในสิ่งที่เคยสนใจทำเป็นประจำ			
9. ท่านอยากจะถอยหนี ไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น			
10. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ			
11. ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			
12. ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า			
13. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจว่าท่านเป็นคนเก่ง			
14. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจว่า ท่านเป็นคนที่มีความสามารถ			

ข้อความ	รู้สึกบ่อยๆ	รู้สึกเป็นครั้ง คราว	ไม่เคยรู้สึก เลย
15. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจว่าท่านไม่ได้ด้อยไปกว่าใคร			
16. ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้			
17. ท่านรู้สึกว่าสิ่งต่างๆ รอบตัวท่าน ยังมีอะไรบางอย่างที่ทำให้ท่านมีความสนใจเป็นพิเศษอยู่			
18. ท่านรู้สึกยินดีและพึงพอใจกับการที่ตนเองได้รับความสำเร็จในบางสิ่งบางอย่าง			
19. ท่านรู้สึกกระตือรือร้นในการกระทำการต่างๆ ในชีวิตประจำวัน			
20. ท่านยังรู้สึกสนุกสนานกับการพบปะพูดคุยกับคนอื่นที่อยู่รอบตัวท่าน			
21. การคิดและการตัดสินใจของท่านยังเป็นปกติเหมือนก่อน			
22. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีความหวัง			
23. ท่านรู้สึกมีกำลังใจที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีหรือก้าวหน้าขึ้น			
24. ท่านรู้สึกว่าจิตใจของท่านเป็นปกติ			

รวมคะแนนข้อ 1-12 ได้คะแนนอยู่ในระดับ รวมคะแนนข้อ 13-24

การแปลผลอยู่ในระดับ.....

©สงวนลิขสิทธิ์ตามพ.ร.บ.ลิขสิทธิ์ 2543©

ส่วนที่ 3 : แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ จากครอบครัว เพื่อนๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนในข้อความนั้นๆ

ข้อความ	ไม่จริงเลย	จริงเล็กน้อย	จริงปานกลาง	จริงมาก	จริงมากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1.ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย						
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม						
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้เมื่อฉันทำงานดี						
4.ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อนเมื่อฉันมีปัญหา						
5.ฉันได้พบปะอย่างเพียงพอกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่า						
6. ฉันให้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน						
7. ฉันมีโอกาสน้อยที่จะได้ดูแลผู้อื่น						
8. มีคนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานร่วมกับฉัน						
9. ฉันมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือฉันในระยะยาวได้ถ้าฉันต้องการ						
10. ไม่มีใครที่จะรับฟังความรู้สึกของฉันได้						
11.ในกลุ่มเพื่อนบ้านฉันเราชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน						
12.ฉันมีโอกาสที่จะกระตุ้นผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและทักษะ						
13.คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้ว่าฉันมีความสำคัญต่อครอบครัว						

ข้อความ	ไม่จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริงปาน กลาง	จริงมาก	จริงมาก ที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
14.ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือฉัน ถึงแม้ว่าฉัน จะไม่สามารถตอบแทนเขาได้						
15. ฉันรู้สึกว่ามีใครมีปัญหาเหมือนฉัน						
16. เมื่อฉันอารมณ์เสีย มีผู้ที่ฉันสามารถอยู่ด้วย โดย ปล่อยให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง						
17. ฉันชอบกระทำบางสิ่งเป็นพิเศษ						
18. ฉันทราบว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งในตัวฉัน						
19. ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน						
20.ฉันมีผู้ร่วมงาน เข้าสังคมและร่วมกิจกรรมอื่น อื่น ๆ ด้วย						
21.ฉันรับผิดชอบจัดการช่วยเหลือเมื่อมีผู้ต้องการ						
22. ถ้าฉันต้องการคำแนะนำจะมีผู้คอยให้ความ ช่วยเหลือฉันให้สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ ได้						
23. ฉันรู้สึกว่ายังมีคนต้องการฉัน						
24.คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่าไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควร จะเป็น						
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ให้คำแนะนำแก่ฉัน ในการดูแล ตนเอง						

ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามภาวะการดูแล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้แสดงถึงความรู้สึกของท่านเมื่อดูแลเด็กที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวช กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด ซึ่งคำตอบในแต่ละข้อไม่มีความหมายในเชิงถูกหรือผิด

ข้อความถาม	ไม่ เคย	ไม่ค่อย บ่อย	บาง เวลา	ค่อนข้าง บ่อย	เกือบ ทุกวัน
1. ท่านรู้สึกว่าเด็กในความดูแลของท่านร้องขอความช่วยเหลือมากเกินไปจนความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กในความดูแลของท่าน จนทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง (ท่านใช้เวลาเกือบทั้งหมดในการดูแลเด็ก)					
3. ท่านรู้สึกเครียดในระหว่างดูแล และเผชิญกับความลำบากที่พบจากเรื่องความรับผิดชอบในครอบครัวและการทำงาน					
4. ท่านรู้สึกยุ่งยากใจในพฤติกรรมของเด็กในความดูแลของท่าน					
5. ท่านรู้สึกไม่พอใจที่จะต้องดูแลเด็กในความดูแลของท่าน					
6. ท่านรู้สึกว่าเด็กในความดูแลของท่านส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของท่านและสมาชิกในครอบครัว					
7. ท่านกลัวว่าท่านจะต้องดูแลเด็กเพียงคนเดียว					
8. ท่านรู้สึกว่าเด็กในความดูแลของท่านต้องพึ่งพาท่าน					
9. ท่านรู้สึกถูกบังคับเมื่อต้องดูแลเด็กในความดูแลของท่าน					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านแย่ลงเนื่องจากต้องดูแลเด็กซึ่งป่วย					
11. ท่านรู้สึกว่าท่านใช้เวลาเกือบทั้งหมดในการดูแลเด็ก ทำให้ท่านไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว					
12. ท่านรู้สึกว่าดูแลเด็กส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านสังคมของท่าน					
13. ท่านรู้สึกว่าท่านมีโอกาสไปเยี่ยมญาติพี่น้อง และเพื่อนน้อยลงเนื่องจากภาระในการดูแลเด็ก					

ข้อคำถาม	ไม่เคย	ไม่ค่อยบ่อย	บางเวลา	ค่อนข้างบ่อย	เกือบทุกวัน
14.ท่านรู้สึกที่เด็กคาดหวังให้ท่านดูแลเขา เหมือนกับว่าเป็นคนที่เขาสามารถพึ่งได้					
15.ท่านรู้สึกที่ท่านมีปัญหาด้านการเงินในการดูแลเด็ก					
16.ท่านรู้สึกที่ท่านไม่สามารถดูแลเด็กในระยะที่ยาวนานได้					
17.ท่านรู้สึกหากเด็กที่ท่านดูแลเสียชีวิต จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					
18.ท่านปรารถนาว่าจะมีคนดูแลเด็กแทนท่านได้					
19.ท่านรู้สึกไม่มั่นใจ เกี่ยวกับการให้การดูแลเด็ก					
20.ท่านรู้สึกว่าท่านควรให้การช่วยเหลือเด็กในความดูแลของท่านมากกว่านี้					
21.ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถทำหน้าที่ในการดูแลเด็กดีแล้ว					
ข้อคำถาม	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
22.โดยรวมแล้วท่านรู้สึกว่าเป็นภาระมากน้อยเพียงใดในการดูแลเด็ก					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุประวีณ์ ทองชิต เกิดเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ.2529 ปัจจุบันอายุ 24 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อปีการศึกษา 2552 และเข้าศึกษาต่อในระดับ ปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553