

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

วริศา จันทรังสีวรกุล

จิราจันทร์ คณทา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

วันส่ง 23 กันยายน 2563, วันแก้ไข 13 พฤศจิกายน.2563, วันตอบรับ 19 มีนาคม.2564.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่พักอาศัยในพื้นที่เขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดไทร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลเพื่อใช้ใน Power Analysis ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบวัดภาวะในการดูแล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินระดับความเครียด และหาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือได้ .93 .92 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า ภาวะในการดูแลโดยรวมและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.640$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-0.334$) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการลดความเครียดของผู้ดูแล โดยให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ผู้ดูแล

Relationships between Personal factors, Burden of Care, Social Support and Stress of Caregiver the Patient with Chronic Diseases in Community.

Warisa Juntarangsrivorakul

Jirajan Kontha

Boromrajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan

Received 23 September 2020, Revised 13 November 2020, Accepted 19 March 2021

Abstract

The purpose of this descriptive research were to examine the relationship between personal factors, burden of care, social support and stress .The population of study was caregiver the patient with chronic diseases in community who was 20 years old or over and live in the service area of the Tambon Health Promotion Hospital. The samples were drawn by simple random sampling. A sample size was calculated effect size by Power Analysis which had a number 183 caregiver the patient with chronic diseases. The research instruments for collecting the data were the burden of care measurement, and social support and stress assessment form. The reliability of the burden of care measurement, and social support assessment form and stress assessment form were .93, .92 and .93 respectively. Data were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient. The results revealed that the burden of care of overall and stress were moderate level. The social support were high level of overall. The overall burden of care was positive significant correlation with stress at .01 level ($r = .640$) and social support was negative significant correlation with stress at .01 level. ($r = .334$) These findings can be guided to reduce the stress of caregivers by give correct information or suggest a help source to caregivers so that they have less stress, affecting the quality of life of caregivers and the quality of care for chronic illness patients.

Key word : Burden of Care, Social Support, Stress, Caregiver

■ บทนำ

โรคเรื้อรังนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อมากขึ้นในอนาคต และยังเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากการติดตามการเสียชีวิตของประชากรไทยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ 5 โรค ระหว่างปี 2555-2559 พบว่ามีสัดส่วนประมาณร้อยละ 25-30 ของการ

เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อทั้งหมด โดยพบว่าในระดับประเทศ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น 48.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2559 และอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มจาก 33.4 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น 45.3 ต่อแสนประชากร ในปี 2559 ระดับพื้นที่เขตสุขภาพพบว่าพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งประกอบด้วย

จังหวัดนครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร อุทัยธานี และชัยนาท ในปี 2559 มีอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงสุด (65.5 ต่อแสนประชากร) สอดคล้องกับอัตราตายก่อนวัยอันควร อายุ 30-69 ปี (55.6 ต่อแสนประชากร) รองลงมาเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราตาย 37.8 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน มีอัตราตาย 18.8 ต่อแสนประชากร และโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราตาย 16.6 ต่อแสนประชากร⁽¹⁾ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ มีการรักษาที่ทันสมัย ทำให้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วย ให้พ้นจากภาวะวิกฤติได้ แต่ยังไม่สามารถรักษาโรคเรื้อรังให้หายขาดได้

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากญาติหรือผู้ดูแล นับเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลที่ยาวนาน ผู้ดูแลมีหน้าที่ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังบางคนยังไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลบางคนไม่มีความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่นๆ ได้แก่ งานประจำที่ต้องทำ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และผู้ดูแลบางคนมีครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแล⁽²⁾ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจ รวมถึงรัฐที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก⁽³⁾ รัฐได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าวจึงได้กำหนดนโยบาย โดยมุ่งเน้นให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชนเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อัตราการป่วยซ้ำ ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามอัตภาพสามารถดำเนินชีวิตประจำวันและใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้⁽⁴⁾ โดยบุคคลที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านนั้นเป็นหน้าที่ของญาติ

หรือสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เพราะปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเอง จากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เช่น สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ มีความเหน็ดเหนื่อยก่อให้เกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมของผู้ดูแล จากผลการวิจัยหลายๆ เรื่อง พบว่าการดูแลส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เช่น ความเครียดและการเป็นภาระเนื่องจากบทบาทที่หลากหลาย⁽⁶⁾

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแล ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน⁽⁷⁾ ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบผู้ป่วยและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกจากบทบาทเดิมของตนเองที่ปฏิบัติเป็นประจำ ทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานที่หนักอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกเครียด รู้สึกผิดเมื่อผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการเลวลง และญาติผู้ดูแลยังต้องอดทนกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เอาแต่ใจ ไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ผู้ป่วยเรื้อรังบางรายที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้จำเป็นต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับญาติผู้ดูแลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้แก่ อายุ เพศ ระดับ

การศึกษา และสถานภาพสมรส ความเครียด ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่าย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยต้องใช้ทั้งความรู้และความอดทนในการแก้ปัญหา นอกจากนี้การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานและต่อเนื่องจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เหนื่อยหน่าย เครียด ทำให้เกิดความขัดแย้งกันในครอบครัวได้⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่าความเครียดจากการดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร และจากการศึกษาของ ญัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร⁽⁸⁾ และดวงกมล หน่อแก้วและชุนกร แก้วมณี⁽⁹⁾ ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตและโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ พบว่าความเพียงพอของรายได้ อายุของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดและการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล

จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในอันดับต้นๆ ของการเปรียบเทียบจากทุกเขตในปี 2559 พบว่า พื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงที่สุด (65.5 ต่อแสนประชากรในปี 2559) มีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงเป็นอันดับ 4 คือ 37.0 ต่อแสนประชากรและในปี 2559 พบอัตราการตายจากภาวะความดันโลหิตสูงและอัตราการตายก่อนวัยอันควรอายุ 30-69 ปีเพิ่มขึ้นเป็นอันดับที่ 3 (16.6 ต่อแสนประชากร ในปี 2559)⁽¹⁾ และในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดไทร อ.เมือง จ.นครสวรรค์ นับเป็นสถานบริการซึ่งรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญรวมทั้งหมด 3,602 ราย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,007 ราย โรคเบาหวานจำนวน 1,071 ราย ไตวายเรื้อรังจำนวน

348 ราย โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 79 ราย โรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 52 ราย โรคมะเร็งจำนวน 25 ราย และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 20 ราย จากประชากรในพื้นที่จำนวน 13,988 ราย⁽¹⁰⁾ นับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนว่าเป็นอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลหรือไม่ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลได้ ส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่บ้านและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับของภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

■ กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาดังนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) ของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 2005)⁽¹¹⁾ ที่กล่าวถึงบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกันทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม 5 ระดับ ได้แก่ 1) ปัจจัยระดับบุคคล (microsystem) เป็นปัจจัยภายในตัวของบุคคล (Intrapersonal)

ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยอายุ 2) ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (Mesosystem) เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal) ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล ภาวะในการดูแล 3) ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน (Exosystem) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสังคมหรือชุมชนที่ญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม 4) ปัจจัยระดับวัฒนธรรม (Macrosystem) เป็นปัจจัยที่อยู่ภายนอกสุดของบุคคล เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรมค่านิยมกฎหมาย ศีลธรรมหลักศาสนา เป็นต้น และ 5) ปัจจัยระดับมิติของเวลา (Chronosystem) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ผ่านมา เช่น การมีนโยบายการเปลี่ยนแปลงไปของบุคคลหรือจุดพลิกผันในชีวิตซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษา 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคมและชุมชน กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าอธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล การสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไปที่พักอาศัยในพื้นที่ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดไทร อ.เมือง จ.นครสวรรค์ จำนวน 15 หมู่ โดยกำหนดเกณฑ์ในการเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

● **เกณฑ์ในการเข้าศึกษา (Inclusion criteria)** 1) ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลักในชุมชน ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 2) ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง

เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดสมอง หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 4) เป็นผู้ที่ได้รับการประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแล จากแบบสอบถามภาวะในการดูแล⁽⁸⁾ ได้คะแนน 22 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะ 5) เป็นผู้ที่เข้าใจความหมายของภาษาไทย และสื่อสารภาษาไทยได้ 6) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

● **เกณฑ์ในการออกศึกษา (Exclusion criteria)** ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต

ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (Non-Communicable Diseases; NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดสมอง หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดไทร อ.เมือง จ.นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในช่วงระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2562 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 183 คน

● **ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เพื่อใช้ใน Power Analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power version 3.1 ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือก Statistical test เป็น Correlation Bivariate normal model และเลือก Type of power analysis เป็น A priori : Compute requires sample size-given α , power, and effect size ในโปรแกรมสำเร็จรูป G* power version 3.1⁽¹²⁾ กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 และความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 จากการทบทวนวรรณกรรม

ไม่พบผู้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมาก่อน จากการศึกษาทางการวิจัยทางการแพทย์ที่ผ่านมาในประเทศไทย พบการใช้ค่าขนาดอิทธิพลกลุ่มอยู่ระหว่าง 0.2–0.4⁽¹³⁾ ผู้วิจัยจึงใช้ค่าอิทธิพล 0.20 แทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G* power version 3.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 153 คน และเพื่อป้องกันสูญหายระหว่างการศึกษา เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของจำนวนที่คำนวณได้⁽¹⁴⁾ ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 ราย

● **การเลือกกลุ่มตัวอย่าง** โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเก็บตัวอย่างจากหมู่บ้านในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดไทร อ.เมือง จ.นครสวรรค์ ทั้งหมด 15 หมู่ จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่กำหนด โดยทีมผู้วิจัยค้นหากลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากนั้นจับสลากเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดทั้งหมด 183 คน ตามสัดส่วนประชากรแต่ละหมู่

● **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคของผู้ป่วยที่ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของ ชันญชิตาคุชฎี ทูลศิริ รัชนี้ สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง⁽⁷⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ 22 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจาก 0–4 คือ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ กำหนดเกณฑ์การประเมินโดยปรับจากเกณฑ์

การแบ่งของ ดวงกมล นน่อแก้ว และ ชนุกร แก้วมณี⁽⁹⁾ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.74–4.00 รู้สึกเป็นภาระมากที่สุด ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.83–2.73 รู้สึกเป็นภาระมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 0.92–1.82 รู้สึกเป็นภาระปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.91 รู้สึกเป็นภาระน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ฦงษ์พงศ์ เป็นลาภ⁽⁸⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ 80 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจาก 1–5 คือ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ ด้านทรัพยากรและวัตถุ จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยใช้เกณฑ์การประเมินของ ฦงษ์พงศ์ เป็นลาภ⁽⁹⁾ ในการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแปลผลจากการจัดกลุ่มข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากการกระจายข้อมูลเป็นแบบปกติ โดยการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยคือ ได้คะแนนน้อยกว่า mean-S.D. การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ได้คะแนน mean±S.D. การสนับสนุนทางสังคมมาก คือ ได้คะแนนมากกว่า mean±S.D การสนับสนุนทางสังคมมีเกณฑ์การแบ่งระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนตั้งแต่ 3.32–4.00 มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.64–3.31 มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.63 มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความเครียด วัดด้วยแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ 80 คะแนน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจาก 1–5 คือ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดมาก

ที่สุด การกำหนดเกณฑ์การประเมินใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของกรมสุขภาพจิต ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.06 ขึ้นไป มีความเครียดระดับรุนแรง ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.06–3.05 มีความเครียดระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.16–2.05 มีความเครียดระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.15 มีความเครียดระดับน้อย

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) นำแบบวัดภาวะในการดูแล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินระดับความเครียดไปทดลองใช้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พร้อมนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินระดับความเครียด .93 แบบวัดภาวะในการดูแล .92 และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม .93

● **การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล** ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2562 ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลสามารถนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติได้ 183 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายข้อและโดยรวมของภาวะในการดูแล และความเครียด หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

● **การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยส่งโครงร่างการวิจัยเพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHO-023/62 วันที่ให้การรับรอง 25 กันยายน 2562

■ ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 50–59 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.6 รองลงมามีอายุ 40–49 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.4 และมีอายุ 70 ปีขึ้นไปน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000–9,999 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 32.8 รองลงมามีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และมีรายได้ 30,000–34,999 บาท/เดือนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.5 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 1–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.9 รองลงมามีระยะเวลา 11–20 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.2 และมีระยะเวลาในการดูแล 41–50 ปี และ 51–60 ปี น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.5 ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนรายด้านและโดยรวม

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะในการดูแลโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 1.79 อยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.32 อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.58 อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ย 3.41 อยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านทรัพยากรและวัตถุ มีค่าเฉลี่ย 2.84 อยู่ในระดับปานกลาง ความเครียดโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 1.98 อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมกับความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า ภาวะในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .640$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 ($r = .334$) ส่วนอายุ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์ กับความเครียด ($r = .146, 130$ และ $.088$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

■ อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ศึกษาในระดับของภาวะ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะ ในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้อง กับการศึกษาของ อัครวัฒน์ เพ็ญพวงภควัต⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาล หนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับ ปานกลางเฉลี่ยเท่ากับ 59.97 คะแนน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ เสาวนีย์ คงนิรันดร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนัดดา แนบเกษร⁽¹⁶⁾ เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการ ดูแล โดยรวมเท่ากับ 42.98 อยู่ในระดับน้อย แตกต่างกับการศึกษาของ ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาปัจจัย ที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความรู้สึก เป็นภาระโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 35.6 อยู่ใน ระดับน้อย

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ย

3.58 และ 3.41 อยู่ในระดับสูง ส่วนด้าน ทรัพยากรและวัตถุ มีค่าเฉลี่ย 2.84 อยู่ใน ระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของ กฤษณีย์ คมขำ, ดวงใจ รัตนชัยญา และ กิรดา ไกรนุวัตร⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนาย การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง อยู่ในระดับปานกลาง และแตกต่างจาก การศึกษาของ ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความเครียดและปัจจัย ที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.9 การที่กลุ่ม ตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ ในระดับสูง อาจเนื่องจากการได้รับการสนับสนุน จากบุคคลในชุมชนหรือแหล่งบริการต่าง ๆ เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือกลุ่มบุคคลอื่น ในชุมชน โดยให้ความช่วยเหลือในด้านกาให้ ข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตใจ เป็นที่ปรึกษาให้ คำแนะนำให้การได้รับประคับประคอง เห็นได้ จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/ คู่ คิดเป็นร้อยละ 62.9 จึงได้รับการสนับสนุน จากครอบครัว รวมถึงบุคคลรอบข้างทั้งในด้าน อารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร⁽⁸⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ สถานภาพสมรส ทำให้การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ แหวดาว สุรประภิต⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้ดูแลที่เป็น โรคจิตจากแอมเฟตามีนมีความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของ ขวัญตา บุญวาต, ธิดารัตน์ สุภานันท์,

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอายุ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

รายการตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20 - 29	16	8.8
30 - 39	23	12.6
40 - 49	41	22.4
50 - 59	67	36.6
60 - 69	26	14.2
70 ขึ้นไป	10	5.4
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000	53	30.0
5,000 - 9,999	60	32.8
10,000 - 14,999	13	7.1
15,000 - 19,999	17	9.3
20,000 - 24,999	6	3.3
25,000 - 29,999	11	6.0
30,000 - 34,999	1	0.5
35,000 - 39,999	0	0
40,000 ขึ้นไป	22	12.0
ระยะเวลาในการดูแล (ปี)		
1 - 10	148	80.9
11 - 20	26	14.2
21 - 30	8	3.9
31 - 40	0	0
41 - 50	1	0.5
51 - 60	1	0.5

อรุณี ชุนหบดี และนิมิตตธูรา แว⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาความเครียด และความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง ในพื้นที่จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้านในจังหวัดตรัง มีความเครียดในระดับสูง แตกต่างกับการศึกษาของ สุวริย์ เศรษฐวิวัฒน์บำรุง⁽²¹⁾ ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดด้านอันตรายเกิดจากการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาผู้ป่วย การที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ ความไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษาพยาบาล การนอนไม่หลับจากที่ต้องดูแล การรับผิดชอบ

ค่าใช้จ่ายแต่เพียงลำพัง ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากญาติพี่น้องในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นตัวแปรที่จะช่วยบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์หรือความตึงเครียดนั้นลง⁽²²⁾ จึงทำให้มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ภาระในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .640$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

รายการตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ภาวะในการดูแลโดยรวม	1.79	.69	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.32	.68	สูง
ด้านอารมณ์	3.58	.67	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.41	.77	สูง
ด้านทรัพยากรและวัสดุ	2.84	.94	ปานกลาง
ความเครียดโดยรวม	1.98	.64	ปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ภาวะในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ตัวแปร	ความเครียด
อายุ	.146
รายได้	-.130
ระยะเวลาในการดูแล	.088
ภาวะในการดูแล	.640**
การสนับสนุนทางสังคม	-.334**

* $p < .05$

** $p < .01$

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าเมื่อมีภาวะในการดูแลมาก จะมีความเครียดมาก เมื่อผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลน้อย จะทำให้มีความเครียดน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุประวีณ์ ทองชิต⁽²³⁾ ที่ศึกษาความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์กันทางบวกในรูปแบบเชิงเส้นที่ระดับนัยสำคัญ .001 ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin⁽²²⁾ ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะในการดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกันอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรขององค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและบริบท ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวของผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลา ทักษะคิด อากาของผู้ป่วย

หรือความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก็จะมีสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด เข้ามามากกระตุ้นทั้งในส่วนของความเครียดระดับปฐมภูมิที่เกิดจากหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ดูแลผู้ป่วย และในส่วนของความเครียดระดับทุติยภูมิเกิดจากความตึงเครียดในบทบาทของผู้ดูแล จึงส่งผลให้ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.334$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าเมื่อผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความเครียดน้อย เมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะทำให้มีความเครียดมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สาสิณี เทพสุวรรณ ณิชูจิรา ทองเจริญชูพงศ์ และรสริน เกรย์⁽²⁴⁾

ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และการมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เมื่ออยู่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความ สุขและความเครียด โดยพบว่าหากผู้ดูแล ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะยิ่งส่งผล ต่อระดับความสุขที่เพิ่มมากขึ้นและทำให้ ความเครียดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบ กระบวนการความเครียดของ Pearlin⁽²²⁾ ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นก็จะ แสวงหาตัวแปรคั่นกลาง (Mediators) ซึ่งเป็น ตัวแปรที่จะช่วยบรรเทาความรุนแรงของ สถานการณ์ หรือความตึงเครียดนั้นลง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการ เผชิญปัญหา ซึ่งหากตัวแปรคั่นกลางนั้น มีไม่เพียงพอ ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถ ปรับตัวต่อความเครียดได้และเกิดเป็นผลลัพธ์ ของความเครียด (Outcomes of stress) การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นตัวแปรคั่นกลาง ระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความ รู้สึกตึงเครียด เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับความ ยากลำบากในการดูแลหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะรู้สึก ว่าตนเองนั้นมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสามารถ จัดการกับปัญหาได้และมีความตึงเครียดลดลง

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับ ความเครียดอายุไม่มีความสัมพันธ์กับ ความเครียด ($r=.146$) ซึ่งไม่เป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุประวีณ์ ทองชิต⁽²³⁾ ที่ศึกษาปัจจัยด้านอายุ ของผู้ปกครองกับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระ ในการดูแลและระดับความเครียด พบว่า อายุของ ผู้ปกครองต่างกันมีคะแนนระดับความเครียด ไม่แตกต่างกัน และแตกต่างกับการศึกษา ของ ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ์ รุ่งนิรันดร⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ การมีโรคประจำตัวอื่นๆ การรักษาที่ได้รับของ ผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ของผู้ดูแล สถานภาพสมรส จำนวนยาที่ใช้ รับประทาน จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแล ผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล และการสนับสนุนทาง สังคม โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.6 รองลงมา มีอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.4 (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีการเผชิญปัญหาที่ดี มีความคุ้นเคยกับบทบาทผู้ดูแล มีประสบการณ์ ที่ได้ดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวมาก่อน ทำให้ผลการศึกษานี้ไม่มีความสัมพันธ์ กับความเครียดของผู้ดูแล

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความ เครียด ($r=.130$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุประวีณ์ ทองชิต⁽²³⁾ ที่พบว่า รายได้ของ ผู้ปกครองที่แตกต่างกันมีระดับความเครียด ไม่ต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ Upadhyaya & Havalappanavar⁽²⁵⁾ ที่ศึกษาความเครียดของพ่อแม่ของบุคคล ที่มีความขัดแย้งทางจิตใจ จำนวน 628 คน พบว่า รายได้ของครอบครัวต่ำมีความสัมพันธ์ กับระดับความเครียดสูง ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ระหว่าง 5,000-99,999 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 32.8 รองลงมามีรายได้น้อยกว่า 5,000/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.0 จึงไม่ค่อยมีความแตกต่างของรายได้ของผู้ดูแลที่เป็น กลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนผู้ดูแลอาจได้รับการ ช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งเห็นได้ จากผลการวิจัยในครั้งนี้เรื่องการสนับสนุน ทางสังคมรายข้อ พบว่า เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับการช่วยเหลือเสมอ มีค่าเฉลี่ย 2.85

อยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ผลการศึกษาค้างนี้ รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางการเงิน นอกเหนือจากรายได้

ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ($r=0.088$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ไม่เป็นไปตามรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin⁽²²⁾ ที่กล่าวว่าระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยพื้นฐานและบริบทของความเครียด ซึ่งระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยนั้นจะมีปฏิสัมพันธ์กันกับองค์ประกอบอื่นๆ ซึ่งระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความเครียดโดยอาจมีหรือไม่มีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การมีสิ่งก่อความเครียดมากกระตุ้นร่วมด้วย หรือการมีสิ่งก่อความเครียดและมีความตึงเครียดภายในจิตใจของผู้ดูแลมาร่วมกระตุ้นให้เกิดความเครียด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Varona⁽²⁶⁾ ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะ ตัวก่อความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในฟิลิปปินส์ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเป็นตัวที่ก่อให้เกิดความเครียดในการศึกษาค้างนี้ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-10 ปี ถึงร้อยละ 80.9 (ตารางที่ 1) จึงไม่ค่อยมีความแตกต่างของระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงเมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นก็จะแสวงหาตัวแปรคั่นกลาง (Mediators) ซึ่งเป็นตัวแปรที่จะช่วยบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์หรือความตึงเครียดนั้นลง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการเผชิญปัญหา⁽²²⁾ ซึ่งในการศึกษาค้างนี้มีแรงสนับสนุนเป็นตัวแปรคั่นกลาง จะเห็นได้จากการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 3.32 อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 2) ทำให้ระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

■ สรุป

1. ภาวะในการดูแลโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรและวัตถุ อยู่ในระดับปานกลาง และความเครียดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง

2. ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

■ ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) ด้านนโยบายต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน จากผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยในบางข้ออยู่ในระดับสูง รพ.สต.จังหวัดควรจัดโครงการหรือกิจกรรมในการลดความเครียดของผู้ดูแล เพราะจะส่งผลเสียต่อภาวะจิตใจและสุขภาพของผู้ดูแล ส่งผลต่อเนื่องถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยจัดกิจกรรมในเรื่องการผ่อนคลายความเครียด การจัดการความเครียด และจัดเจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น โดยจัดทีมหรือหน่วยงานที่คอยรับหน้าที่ให้ความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน นอกจากนี้ผลการศึกษา พบว่า ภาวะในการดูแลบางข้อที่อยู่ในระดับมาก และภาวะในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ดังนั้น รพ.สต.จังหวัดควรให้การช่วยเหลือโดยให้

ข้อมูลที่ถูกตัดหรือแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลในระดับน้อยลง และส่งเสริมและช่วยเหลือการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นในข้อที่มีคะแนนระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสารบางข้อ และด้านทรัพยากรและวัตถุประสงค์ทุกข้อ โดยจัดทีมและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมและให้ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงการจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

2) ข้อเสนอต่อการจัดระบบบริการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาของพื้นที่ จากผลการศึกษาพบว่า ความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายข้อบางข้ออยู่ในระดับสูงและภาระในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ผู้เกี่ยวข้องควรวางแผนในการให้ความรู้และจัดกิจกรรมในการจัดการความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ และ

จัดทีมเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาในการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยลงไปในระดับชุมชนเพื่อเข้าถึงปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนอย่างแท้จริง โดยศึกษาปัญหาและความต้องการที่แท้จริงในเรื่องความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายบุคคล รวมถึงการช่วยเหลือการสนับสนุนทางสังคมในด้านทรัพยากรและวัตถุประสงค์ โดยหาแหล่งทุนหรือแจ้งแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย และจัดเจ้าหน้าที่มาช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงความเครียดของผู้ดูแล เพื่อให้ข้อมูลเชิงลึกมาใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรม/โครงการลดความเครียดผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
2. พวงเพ็ญ ผึ้งสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล และวิชญา ใจจนรักษ์. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559;26(2):54-64.
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง; 2558.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). [อินเทอร์เน็ต] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.onwr.go.th/?page_id=4172.
5. สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล 2557;29(4):22-31.
6. Pinguart M, Sorensen S. Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-analysis. Journal of Gerontology, Series B. Psychosocial Sciences and Social Sciences 2006;61(1):33-45.
7. ชนัญชิตาตุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และววรรณรัตน์ ลาวัณ. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2554;4(1):62-75.
8. ณัฐพงศ์ เป็นลาม และธีรยุทธ รุ่งนรินทร์. ความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. เวชศาสตร์ร่วมสมัย 2559;60(4):425-38.

9. ดวงมล หน่อแก้ว และชุนกร แก้วมณี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 “สร้างเสริมสหวิทยาการ ผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC”; วันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ.2559; ณ มหาวิทยาลัยราชธานี จ.อุบลราชธานี. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี; 2559 หน้า 187-97.
10. เวชระเบียนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดไทร. รายงานสถิติประจำปี. นครสวรรค์ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดไทร; 2561.
11. Bronfenbrenner U, (Ed.). Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. Sage Publications Ltd.; 2005.
12. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;39(2):175-91.
13. นิภาชล บุญทับถม. ผลของโปรแกรมการจัดการชีวิตต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการป้องกันการติดเชื้อของผู้ใช้สารเสพติดหลังจำหน่ายออกจากสถานับ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
14. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต; 2553.
15. อัครวัฒน์ เพียงพอกวิต. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาลหนองกิ่งหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561;12(22):72-84.
16. เสาวนีย์ คงนรินทร์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนิดดา แนบเกษร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561;32(3):118-32.
17. ปิติพร สิริทิพากร และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558;38(2): 54-66.
18. กฤษณีย์ คมขำ, ดวงใจ รัตนธัญญา และกิรดา ไกรนุวัตร. ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลทหารบก 2558;16(2):114-22.
19. แหวดดาว วงศ์สุระประภิต. ความเครียดและวิถีการปรับแก้ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
20. ขวัญตา บุญวาศ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, อรุณี ชุณหบดี และนิมิตตารา แว. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;4(1):205-16.
21. สุวรรีย์ เศรษฐวิวัฒน์บำรุง. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2557;1(2):37-48.
22. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process : An overview of concepts and their measures. Gerontologist 1990;30(5):583-94.
23. สุประวีณ์ ทองชิต. ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
24. สาลินี เทพสุวรรณ, ญัฐจิรา ทองเจริญชูพงษ์, รสนิษฐ์ เกรย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารประชากร 2556;4(1):75-8.
25. Upadhyaya GR and Havalappanavar NB. Stress in Parents of the Mentally Challenged. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology 2008;34(Spec):53-9.