

1

ความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3 - 10 ปี
ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล



นางสาวสุภาพ ชุมวิรัตน์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

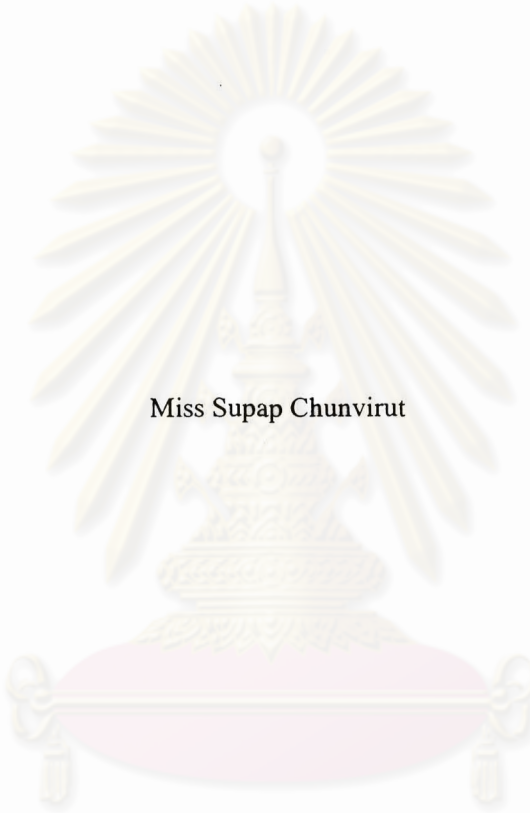
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Prevalence of Depression and Social Support in Mothers of Children with Autism
Aged 3 - 10 Years at Outpatient Department, Rajanukul Institute



Miss Supap Chunvirut

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

521836

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความชุกของภาวะซีมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของ
มารดาเด็กออทิสติก อายุ 3 - 10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนก
ผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล

โดย

นางสาวสุภาพ ชุณวิรัตน์

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ เดชา ลลิตอนันต์พงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อติสร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ เดชา ลลิตอนันต์พงศ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อัมพล สุอัมพันธ์)

สุภาพ ชุณวิรัตน์ : ความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็ก
ออทิสติก อายุ 3 - 10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล.

(Prevalence of Depression and Social Support in Mothers of Children with Autism aged
3 - 10 years at Outpatient Department, Rajanukul Institute) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์
หลัก : รศ.นพ.เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, 102 หน้า.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 155 ราย ในระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม – 20 ตุลาคม พ.ศ. 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดหาโรคซึมเศร้า (Health-Related Self-Report : HRSR The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population) และแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II) ของแบรนด์และไวเนอร์ท (Brand and Weinert) ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่า Chi-square และ One-Way ANOVA

ผลการศึกษา ความชุกภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติกคือ ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ ปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพเด็ก สถานที่รักษา ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่ทำให้มารดากังวล และปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ส่วนประวัติโรคทางจิตเวชเดิม และการดูแลเด็ก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ปัจจัยด้านการดูแลเด็กและปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพเด็ก มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ มารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะพบว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำในด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น และการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองมากกว่าด้านอื่น

จากผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติกอายุ 3-10 ปี มีระดับสูงกว่าประชากรปกติ แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จึงควรเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในมารดาเด็กออทิสติก และการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่มารดา อาจจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....
ปีการศึกษา.....2552.....

ลายมือชื่อนิติ.....
ลายมือชื่ออ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5174843430 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : AUTISM / SOCIAL SUPPORT / DEPRESSION


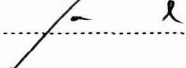
SUPAP CHUNVIRUT : PREVALENCE OF DEPRESSION AND SOCIAL SUPPORT IN MOTHERS OF CHLIDREN WITH AUTISM AGED 3 - 10 YEARS AT OUTPATIENT DEPARTMENT, RAJANUKUL INSTITUTE. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. DECHA LALITANANPONG, M.D. ; 102 pp.

This study was cross-sectional descriptive study. The purposes were to find prevalence of depression in mothers of children with autism, determine the relationships between the social supporting system and related factors about depression in mothers of children with autism. This study consisted of 155 mothers participating during 20 August-20 October 2009. The instruments used in this study were the standard The Health-Related Self-Report : HRSR The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population and The Personal Resource Questionnaire (PRQ Part II). The data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test and One-Way ANOVA. The results of this study were as following :

Prevalence of depression in mothers of children with autism was 20 percent. The social supporting system of most mothers of children with autism were at moderate degree and the social supporting system were significantly related to depression in mothers of children with autism (p<0.001). Factors were significantly related to depression in mothers of children with autism were income, economic status, health of children, place of treatment and behavioral problem (p<0.01), the history of psychiatric illness and care of children (p<0.05). Factors were significantly related to the social supporting system in mothers of children with autism were care of children and behavioral problem (p<0.01), income, economic status, and health of children (p<0.05). Mothers of children with autism had the low level of social supporting system reflected that the low level of opportunity for nurturance and low self-worth.

According to the finding of this study, prevalence of depression in mothers of children with autism aged 3-10 years high level than normal population. The social supporting system in the low level significantly to depression in mothers of children with autism such as should be on the lookout for depression and promote the social supporting system in mothers of children with autism will be decreasing depression in mothers of children with autism.

Department : Psychiatry
Field of Study : Mental health
Academic Year : 2009

Student's Signature 
Advisor's Signature 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ เฉชา ลลิตอนันต์พงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำปรึกษา ข้อชี้แนะ และความช่วยเหลือในหลายสิ่งหลายอย่างจนกระทั่งลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และกรรมสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อัมพล สุอัมพันธ์ ที่ให้ความกรุณาในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของงานวิจัย ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ พี่ๆพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานกิจกรรมบำบัด สถาบันราชานุกูลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือ ประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ รวมทั้งคุณแม่เด็กออทิสติกทุกๆ ท่านที่ยินดีสละเวลาให้ข้อมูลแก่งานวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือในทุกกระบวนการของการติดต่อประสานงานขั้นตอนต่างๆ รวมทั้งให้ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ บุพการีผู้ผลักดันให้ได้เข้าศึกษาจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้ รวมทั้งทุกคนในครอบครัวที่ให้การดูแลสนับสนุนผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบใจ เพื่อน พี่น้อง ทุกคนที่เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือกัน พันฝ่าอุปสรรคปัญหาไม่น้อยใหญ่ ตั้งแต่ต้นจนมาถึงปัจจุบัน ขอขอบคุณในทุกๆ กำลังใจอีกครั้งที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรคอหิวาตกโรค.....	7
ประวัติโรคอหิวาตกโรค.....	7
คำจำกัดความ.....	8
อุบัติการณ์โรคอหิวาตกโรค.....	9
สาเหตุการเกิดโรค.....	9
ลักษณะอาการของเด็กอหิวาตกโรค.....	10
การวินิจฉัยโรค.....	13
การพยากรณ์โรค.....	15
การรักษาและแนวทางการช่วยเหลือ.....	15
ความหมายของภาวะซีมเศร้า.....	21
อุบัติการณ์โรคซีมเศร้า.....	22

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
สาเหตุของภาวะซึมเศร้า.....	22
อาการของภาวะซึมเศร้า.....	24
ระดับของภาวะซึมเศร้า.....	25
การประเมินภาวะซึมเศร้า.....	26
การสนับสนุนทางสังคม.....	28
หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
รูปแบบการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การรวบรวมข้อมูล.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	43
ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กออทิสติก.....	43
ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก.....	49
ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้า.....	53
ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม.....	54
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทาง สังคมของมารดาเด็กออทิสติก.....	56
- ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับภาวะ ซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก.....	56
- ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับ ภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก.....	59

บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก.....	62
- ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก.....	65
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก.....	68
ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยต่างๆ โดยใช้ Post Hoc Analysis.	70
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	76
อภิปรายผล.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	82
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	83
รายการอ้างอิง.....	85
ภาคผนวก.....	91
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	102

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน.....	43
2	จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน.....	49
3	จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามภาวะซึมเศร้า.....	53
4	จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม	54
5	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับภาวะซึมเศร้าของ มารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square.....	56
6	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับภาวะซึมเศร้า ของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square.....	59
7	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับแรงสนับสนุนทาง สังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square.....	62
8	ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับแรง สนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square.....	65
9	ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิ สติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square.....	68
10	ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe.....	70
11	ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัย ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe.....	71
12	ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มของเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวล ที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe.....	72
13	ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มของเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนิน ชีวิตประจำวันของมารดา ที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe.....	73

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
14	ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มของเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา ที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe.....	74
15	ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe.....	75



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม บุคคลไม่สามารถพัฒนาไปได้ดีและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขได้หากปราศจากครอบครัวที่ดี ภารกิจของครอบครัวในด้านพัฒนาการ(developmental tasks)⁽¹⁾ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าสามารถทำได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีในแต่ละระยะ จะทำให้ครอบครัวมีความสุข หากทำไม่สำเร็จจะทำให้ครอบครัวไม่มีความสุข ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการในระยะต่อไป ซึ่งภารกิจเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับบิดามารดา บทบาทของบิดามารดามีความสำคัญต่อครอบครัวอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทการเป็นแม่ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีบทบาทอย่างมากในการดูแลเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งมีความผูกพันกับบุตรมากกว่าบิดา ซึ่งในการเลี้ยงดูบุตรนั้นเป็นภาระที่ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน จึงพบว่ามารดามีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าบิดา และหากบุตรมีความเจ็บป่วย ก็จะมีส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดา ก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว นับได้ว่าเป็นปัญหาที่มีผลกระทบทางอารมณ์ต่อบุคคลในครอบครัว⁽²⁾ เมื่อใดที่ครอบครัวประเมินว่า การเจ็บป่วยนั้นเป็นการคุกคาม หรือสูญเสียที่รุนแรง ครอบครัวจะเกิดความรู้สึกเครียดและซึมเศร้า โดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ที่มักจะถูกมองว่าเป็นความเบี่ยงเบนไปจากคนปกติทั่วไป ผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัวถูกตีตราจากคนรอบข้าง ทำให้เกิดความอาย รู้สึกผิด ความกลัว และกระทบต่อการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว

ดังการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกมีความเจ็บป่วยเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาที่เป็นผู้ดูแล จะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงมากที่สุดในการครอบครัว เนื่องมาจากส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักของบุคคลออทิสติกจะเป็นมารดามากกว่าบิดา หรือบุคคลอื่นๆ⁽³⁾

โรคออทิสติก เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการในเด็ก โดยทั่วๆไปจะมีความผิดปกติ 3 ด้านหลัก กล่าวคือ⁽⁴⁾ 1.ความผิดปกติทางสังคม ที่สำคัญคือ ความผิดปกติของคุณภาพของการติดต่อกับผู้อื่น เด็กจะแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สบตา ไม่สนใจคนอื่นในลักษณะของบุคคลต่อบุคคล 2.ความผิดปกติทางการสื่อสาร ความผิดปกติทั้งความเข้าใจและการแสดงออก ทั้งภาษาพูดและภาษากาย เด็กจะพูดอ้อแอ้ (babble) น้อย ประมาณร้อยละ 50 ไม่พัฒนาภาษาพูดที่จำเป็น ใน

กลุ่มที่มีภาษาพูดมักจะพูดซ้ำและมีคำพูดที่ผิดปกติ เช่น พูดตาม ทั้งที่พูดตามทันทีและพูดตามสิ่งที่ผู้อื่นพูดในเวลาอื่น (delayed echolalia) เช่น จำคำพูดในโฆษณาทางทีวี คำพูดของพ่อแม่หรือครูมาพูดซ้ำโดยไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์รอบตัว 3.กิจกรรมและความสนใจที่มีจำกัดและซ้ำๆ เด็กออทิสติก มักมีกิจกรรมและความสนใจที่จำกัดซ้ำๆ ทำอะไรเหมือนเดิม ไม่ยอมเปลี่ยนแปลง

ลักษณะความผิดปกติทางการสื่อสาร พฤติกรรม และสังคม รวมทั้งอาการทางจิตบางอย่างของเด็กออทิสติกดังที่กล่าวมาในข้างต้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวเด็กออทิสติกเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว เนื่องจากเด็กออทิสติกเป็นภาระในการเลี้ยงดูมากกว่าเด็กปกติ โดยเฉพาะเด็กที่มีลักษณะอยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ทำให้สุขภาพจิตบิดามารดา มีความหวาดหวั่นว่าเด็กจะไปแสดงพฤติกรรมทำร้ายสมาชิกในครอบครัวที่อ่อนแอกว่า⁽⁵⁾ และยังคงเป็นห่วงถึงอนาคตของเด็กว่าจะเป็นเช่นไร เด็กจะสามารถอยู่ร่วมในสังคมปกติได้หรือไม่ เด็กจะช่วยเหลือตัวเองได้แค่ไหน ถ้าไม่มีบิดามารดาแล้วใครจะเป็นผู้ดูแลเด็กต่อไป และการที่บิดามารดาให้ความสนใจดูแลลูกที่เป็นออทิสติกมากเกินไป ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับลูกคนอื่นๆ ที่อาจถูกละเลยได้ เหล่านี้ล้วนแต่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจแก่บิดามารดาและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งยังใช้ระยะเวลายาวนานในการบำบัดรักษา การดูแลเด็กออทิสติกจึงส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ปกครองจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ปกครองมีการปรับตัวต่อผลกระทบจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม

สถาบันราชานุกูล เป็นสถาบันที่ให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟู ที่ครอบคลุมในทุกด้าน และยังให้บริการครอบคลุมถึงครอบครัวของเด็ก โดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและส่งเสริมฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาให้ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปในสังคม⁽⁶⁾ ซึ่งจากสถิติการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วย นอกจากกลุ่มโรค Pervasive Developmental Disorder พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยในปี 2550 มีผู้มารับบริการจำนวน 4,752 ราย และเพิ่มเป็น 6,271 ราย ในปี 2551⁽⁷⁾ จากสถิติที่เพิ่มขึ้นมากทำให้เห็นได้ว่ามารดาผู้ดูแลเด็กออทิสติก ให้ความสำคัญในการบำบัดรักษาและต้องการที่จะช่วยเหลือบุตรของตน ซึ่งมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาทุกคนย่อมมีความคาดหวัง และต้องการให้บุตรของตนมีการพัฒนาที่ดีขึ้น มีศักยภาพในการดำรงชีวิตมากขึ้น แต่ในกระบวนการรักษาย่อมต้องใช้เวลาานาน และมีหลายปัจจัยที่อาจทำให้การบำบัดรักษาไม่ประสบผลสำเร็จตามที่มารดาเด็กคาดหวังไว้ อาจนำมาซึ่งความเครียด ท้อแท้ เหน็ดเหนื่อย หรือสิ้นหวัง จนนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด จะเห็นได้ว่ามารดาเด็กมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่เด็กอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติกและแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นอย่างไร เพื่อ

เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ ป้องกันภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก และเพื่อ
ป้องกันปัญหาหรือผลกระทบกับครอบครัวและสังคมต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. ความชุกภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูลเป็นอย่างไร
2. แรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูลเป็นอย่างไร
3. ปัจจัยต่างๆสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูลอย่างไร
4. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ
สถาบันราชานุกูลเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล
2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็ก
ออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล

สมมติฐาน

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของ
มารดาเด็กออทิสติกอายุ 3 – 10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ซึ่งใช้
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 155 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 เป็น
ต้นไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 155 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ แบบสอบถามข้อมูล
ทั่วไป, แบบวัดหาโรคซึมเศร้า (Health-Related Self-Report : HRSR The Diagnostic Screening Test

for Depression in Thai Population), แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II)

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนรวบรวมวิชาการ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 สร้างเครื่องมือ และตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อส่งถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อขออนุญาตรหัสข้อมูลและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล
3. เมื่ออนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้
 - 4.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนการระบุชื่อ และเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ รวมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลรวมของการวิจัยเท่านั้น จากนั้นขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม
 - 4.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบวัดหาโรคซึมเศร้า และแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ มารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ มารดาเด็กออทิสติก ที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล

คำศัพท์นิยามเฉพาะ

เด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีความผิดปกติ หรือมีความบกพร่องเกี่ยวกับพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมายและอารมณ์ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ในช่วงอายุ 3-10 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัย

ที่ต้องได้รับการดูแล ฟังฟังจากมารดาเป็นอย่างมาก และเป็นช่วงวัยที่เด็กจะเริ่มเข้าสู่สังคมในโรงเรียน โดยรวมทั้งกรณีมีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วยและมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าโศก ไม่มีความสุข รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดสมาธิ ไม่มีชีวิตชีวา พลังงานในการทำงานลดลง และมองโลกในแง่ร้าย

แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงปัจจัยที่สำคัญทางจิตวิทยาสังคมเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการสนับสนุนด้านต่างๆ ที่มีผลต่อบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน โดยใช้แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงมาจากPRQ Part II ของ Brand and Weinert

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

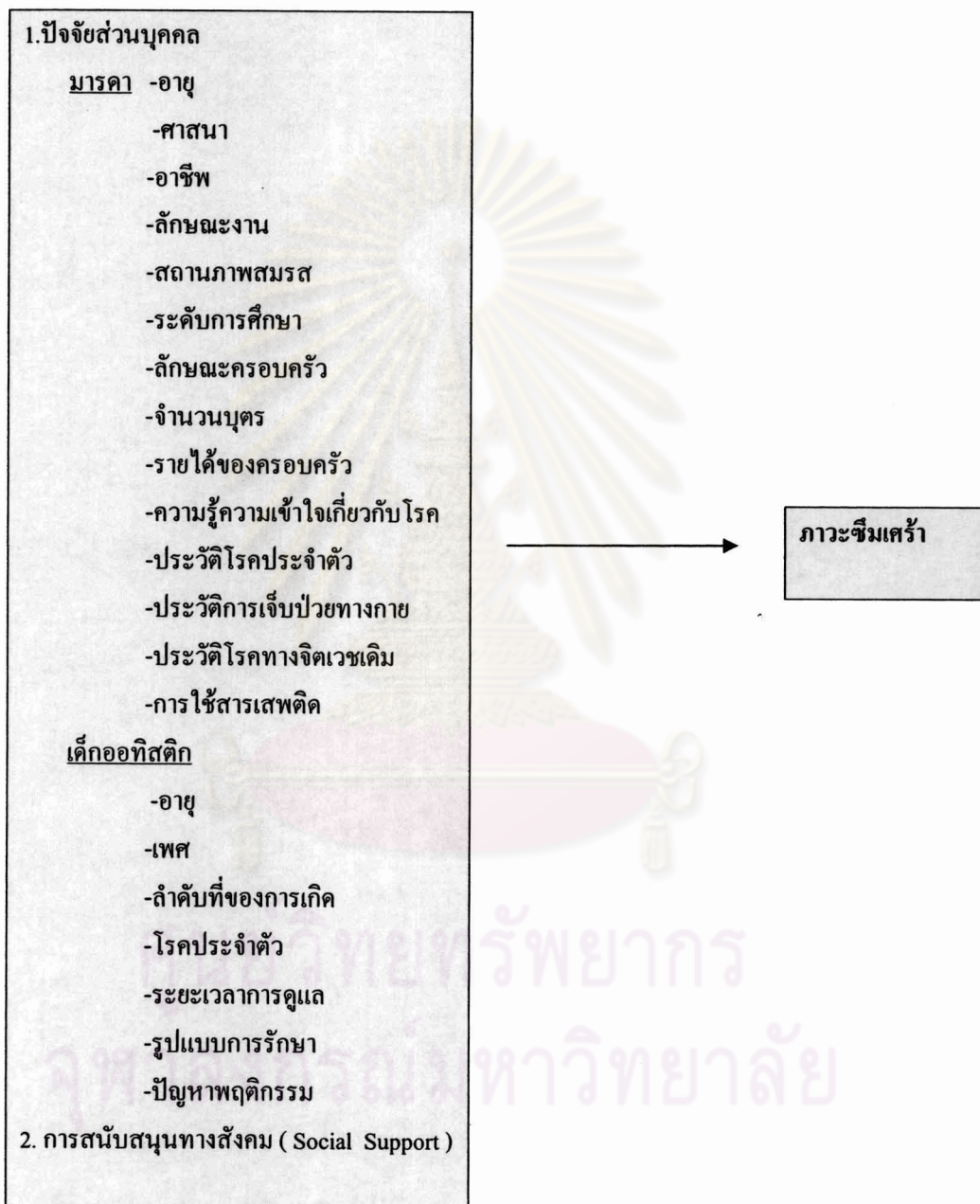
1. เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบายในการดำเนินงานเพื่อป้องกันแก้ไข และให้การช่วยเหลือแก่มารดาเด็กออทิสติก
2. เพื่อให้สังคมและครอบครัวที่มีบุตรหลานเป็นเด็กออทิสติก ได้ตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก
3. เพื่อส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาหรือผู้ดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มมากขึ้น
4. เพื่อเป็นแนวทางและข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรคออทิสติก
2. ภาวะซึมเศร้า
3. แรงสนับสนุนทางสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคออทิสติก

ประวัติของโรคออทิสซึม⁽⁸⁾

จากรายงานทางวิทยาศาสตร์ ชาวฝรั่งเศส J.M.G Itard ในปี ค.ศ. 1799 ซึ่งได้เขียนเรื่องราวของเด็กชายอายุ 12 ปี ชื่อ วิกเตอร์ ในหนังสือ “The Wind Boy of Avuyron” ผู้ซึ่งอาศัยอยู่ตามชายป่า และมีความผิดปกติในพฤติกรรมมากมาย โดยเฉพาะเรื่องภาษาและการเรียนรู้ นอกจากนั้นก็ยังมีหนังสือที่เขียนถึงเรื่องราวเกี่ยวกับ ค.ช. คอน อายุ 2 ขวบ 7 เดือน ซึ่งมีความบกพร่องในการรับรู้ การใช้ภาษา แยกตัว และมีพฤติกรรมแปลกๆ โดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันในปี ค.ศ. 1919 ซึ่งทำให้ทราบว่าโรคนี้นี้มีมานานแล้ว ปี ค.ศ. 1943 Dr.Leo Kanner ได้รวบรวมลักษณะอาการเฉพาะของโรค และจัดกลุ่มโรคนี้นี้โดยใช้ชื่อว่าออทิสซึม (Autism) ซึ่งมาจากรากศัพท์ของภาษากรีก ว่า Auto (แปลว่า self) และแยกโรคนี้ออกจากกลุ่มโรคของเด็กที่มีความพิการอย่างรุนแรง (severe mentally handicapped children) และรายละเอียดของอาการที่พบในเด็กแต่ละคนไม่จำเป็นต้องมีครบทุกอาการ ระยะแรก ดร.แคนเนอร์ เชื่อว่า เด็กต้องมีความผิดปกติมาตั้งแต่แรกเกิด จึงใช้คำว่า Infantile autism แต่ในระยะหลังเมื่อมีความรู้ความเข้าใจโรคนี้นี้ดีขึ้นพบว่า อาการที่แสดงออกถึงความผิดปกติต่างๆ ในเด็กบางคนอาจแสดงออกเมื่อเด็กโตขึ้น ได้ จึงใช้คำว่า childhood autism

ในปี ค.ศ. 1962 ได้มีการจัดตั้งสมาคมของพ่อแม่ นักวิชาการ และผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กออทิสติกในประเทศอังกฤษและประเทศต่างๆ ในทวีปอเมริกาและยุโรป โดยคนกลุ่มเหล่านี้ทำงานอย่างกว้างขวางในการรวบรวมปัญหา รวบรวมข้อมูลทางการแพทย์และการศึกษาค้นคว้าต่างๆ

ให้บริการแก่ครอบครัวที่เพิ่งค้นพบว่าลูกเป็นโรค และหาทุนสำหรับการค้นคว้า และเทคนิควิธีการที่ก้าวหน้าในการให้ความช่วยเหลือและให้การศึกษาแก่เด็กเหล่านี้ นอกจากนี้ยังพยายามให้ความรู้กระจายออกสู่บุคคลทั่วไป

คำจำกัดความ

เพ็ญแข ลีมศิลา⁽⁹⁾ นิยามว่า เด็กออทิสติก คือเด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการสื่อความหมาย พฤติกรรมอารมณ์ และจินตนาการ ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงานในหน้าที่บางส่วนของสมองผิดปกติไป และความผิดปกตินี้จะพบได้ก่อนวัย 30 เดือน

อุมาพร ตรังคสมบัติ⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า โรคออทิสติก (AUTISTIC DISORDER) หรือออทิสซึม (AUTISM) เป็นความผิดปกติของสมองแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก

คำว่า autism มีรากศัพท์มาจากคำว่า autos ในภาษากรีก ซึ่งแปลว่า “ตนเอง” (self) คำนี้หมายถึง การอยู่ในโลกของตนเองหรือการหนีไปจากความเป็นจริง การเรียกชื่อโรคนี้ว่า autism หรือ autistic ก็เพราะผู้ป่วยจะมีอาการไม่สนใจผู้คนรอบตัวราวกับมีโลกของตนเอง โดยสมองที่ทำงานผิดปกติจะแสดงอาการออกมาใน 3 ด้านใหญ่ๆ คือ 1. ด้านสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 2. ด้านภาษาและการสื่อสาร 3. ด้านอารมณ์และพฤติกรรม

วันัดดา ปิยะศิลป์⁽¹¹⁾ กล่าวว่า โรคออทิสซึม เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในสมองที่มีการพัฒนาการล่าช้าของเด็ก ส่งผลให้มีความอ่อนหยุ่นของประสาทการรับรู้ ทำให้พูดช้าและแยกตัวออกจากสังคม ความอ่อนหยุ่นนี้จะขัดขวางหรือแปลผลข้อมูลที่รับรู้จากสายตา การได้ยินและประสาทสัมผัสอื่น ๆ ผิดพลาดจากปกติ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการทางการพูดและการสื่อสารของเด็กเป็นอย่างมาก

จอม ชุ่มช่วย⁽¹²⁾ กล่าวว่า ออทิสติก เป็นโรคความผิดปกติทางระบบประสาทชนิดหนึ่ง แสดงออกทางพัฒนาการทางสังคม การสื่อสาร และพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือผิดปกติ ความผิดปกติดังกล่าวต้องแสดงออกให้เห็นชัดเจนก่อนอายุ 3 ปี

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา⁽¹³⁾ กล่าวว่า โรคออทิสติก (Autistic Disorder) หรือ ออทิสซึม (Autism) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะสังคม ทักษะทางภาษา และการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจ เป็นแบบแผนซ้ำๆ ไม่ยืดหยุ่น ปัญหาดังกล่าวเป็นตั้งแต่เด็ก แสดงให้เห็นก่อนอายุ 3 ขวบ

สรุปได้ว่า โรคออทิสติก หรือ ออทิสซึม เป็นความผิดปกติของสมองแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ซึ่งความผิดปกตินี้พบได้ตั้งแต่ก่อนอายุ 3 ปี โดยจะมีความบกพร่องทางพัฒนาการทางด้านสังคม ภาษา การสื่อความหมาย อารมณ์และพฤติกรรม

อุบัติการณ์

โรคนี้นี้พบได้ในทุกเชื้อชาติ ทุกระดับฐานะและการศึกษา ในอดีตโรคนี้นี้พบเพียง 4-6 คนต่อประชากร 10,000 คนเท่านั้น แต่การศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ของโรคสูงขึ้น กลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบในอัตรา 2 ต่อประชากร 10,000 คน แต่กลุ่มที่มีอาการน้อยพบ 1-2 คนต่อประชากร 1,000 คน หรืออาจมากกว่านั้น⁽¹⁰⁾

พินิต โสเสถียรกิจ⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า ความชุกของการกลุ่มอาการออทิสติก(Autistic Spectrum Disorder) เท่ากับ 58.7 : 10,000 และในโรคออทิสซึม(Autism) เท่ากับ 22 : 10,000⁽¹⁵⁾ ในปัจจุบันพบกลุ่มอาการออทิสติกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเป็นผลเนื่องมาจากการขยายขอบเขตของเกณฑ์การวินิจฉัย ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถวินิจฉัยโรคได้มากขึ้น รวมถึงความตระหนักของผู้ปกครองต่อโรคดังกล่าว

อัตราส่วนระหว่างเพศ⁽¹⁰⁾

การศึกษาทั้งในทางคลินิกและในทางระบาดวิทยา พบว่า การเกิดโรคออทิสติกในเด็กผู้ชายสูงกว่าในเด็กผู้หญิง ในอัตราส่วน 4 : 1 เด็กผู้หญิงที่เป็นออทิสติกมักมีอาการมากกว่าเด็กผู้ชาย มีระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ที่ต่ำกว่าและมีคลื่นสมองผิดปกติมากกว่า รวมทั้งมีอาการชักได้มากกว่าเด็กผู้ชาย

สาเหตุการเกิดโรค

Dr. Leo Kanner กล่าวถึงโรคออทิสติกไว้ครั้งแรกในวารสารทางการแพทย์เมื่อปี ค.ศ.1943 จนถึงบัดนี้ นักวิทยาศาสตร์ก็ยังไม่สามารถหาสาเหตุที่ชัดเจนของโรคได้⁽¹⁰⁾

โดยสาเหตุที่แท้จริงของกลุ่มอาการออทิสติกยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าสาเหตุหลักได้แก่ปัจจัยทางพันธุกรรม โดยในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) พบอุบัติการณ์ของการเกิดกลุ่มอาการออทิสติกได้สูงถึง ร้อยละ 36 – 96⁽¹⁶⁾ แต่อุบัติการณ์ของการเกิดกลุ่มอาการออทิสติกในฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ (dizygotic twins) ที่เป็นเพศเดียวกัน พบได้เพียงร้อยละ 0 – 30⁽¹⁶⁾ ถ้าบิดามารดามีบุตรหนึ่งคนป่วยเป็นกลุ่มอาการออทิสติกที่ไม่ได้เป็นผลจากโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โอกาสของบุตรรายต่อไปที่จะเกิดภาวะออทิสติกซ้ำมีสูงถึง ร้อยละ

2-8⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงตำแหน่งต่าง ๆ บนโครโมโซมที่อาจเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการออทิสติก⁽¹⁶⁾ ได้แก่ โครโมโซม 2q , 7q , 15q11-13 เป็นต้น

สแตนเลย์ เนลสัน นักวิจัยสหรัฐอเมริกาพบสาเหตุของการเป็นออทิสติกในเด็กเพิ่มเติม โดยระบุว่ามาจากการเปลี่ยนแปลงของยีนบางตัว และจะมีผลกระทบต่อเด็กผู้ชายสูงกว่าเด็กผู้หญิง โดยจากการวิเคราะห์ดีเอ็นเอของครอบครัว 1,046 ครอบครัว ซึ่งมีบุตรอย่างน้อย 2 คนเป็นออทิสติกนั้นพบว่า ครอบครัวเหล่านั้นมียีนกลายพันธุ์ โดยเป็นยีนที่ชื่อ “CACNA1G” ซึ่งอยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 17 จึงมองว่ายีน CACNA1G นั้นจะมีส่วนสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อการเกิดภาวะออทิสติกในเด็ก⁽¹⁷⁾

ลักษณะอาการเด็กออทิสติก⁽¹⁰⁾

สมองที่ทำงานผิดปกติจะแสดงอาการออกมาใน 3 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร
3. ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

ความผิดปกติทางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

เด็กออทิสติกจะมีพัฒนาการทางสังคมที่บกพร่องค่อนข้างมากโดยจะแสดงอาการได้หลายแบบดังนี้

- ไม่มีการตอบสนองทางสังคมหรือไม่ค่อยมีปฏิกิริยาต่อผู้คนที่เหมือนเด็กปกติ
- เรียกชื่อแล้วไม่ตอบสนอง พ่อแม่มักเล่าว่าลูก “ไม่หันตามเสียงเรียก”
- ไม่ค่อยสบตา หลีกเลียงไม่ยอมมองตา ไม่มองหน้าตรงๆ บางคนหลายมองทางหางตา หรือเอามือปิดตาไม่ยอมมองคน
- ไม่มีความสนใจร่วมกับผู้อื่น (ไม่มี shared attention) เช่น จะไม่เข้าไปร่วมดูสิ่งสนุกๆ กับพี่น้องหรือชี้ชวนให้พ่อแม่ดูสิ่งที่ตนสนใจ
- ไม่สามารถแบ่งปันทางอารมณ์กับผู้อื่น คือ ไม่เล่าความรู้สึกนึกคิดให้ผู้อื่นรับรู้หรือไม่ขอความช่วยเหลือทางอารมณ์จากผู้อื่น เช่น ไม่เข้าหาผู้ใหญ่เวลาร้องไห้ แต่จะยืนร้องไห้อยู่คนเดียว
- ไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น
- ห่างเหินไม่เข้ามาคลุกคลีกับพ่อแม่ ในตอนเล็กๆ จะมีลักษณะไม่เฝ้าเข้าหาพ่อแม่ ไม่ยอมให้อุ้ม ไม่เข้ามาคลอเคลียแสดงความรัก
- ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับเด็กอื่น มักจะไม่มีเพื่อน
- ชอบอยู่คนเดียว พ่อแม่มักเล่าว่าลูกชอบเล่นคนเดียว ไม่ยอมเล่นกับเพื่อน

-สนใจสิ่งของมากกว่าคน หากเด็กออกทิสติกอยู่ในห้องที่มีคนนั่งอยู่ด้วยเขาจะไม่สนใจคน ไม่ทักทาย ไม่เข้าไปหา แต่จะนั่งเล่นอยู่ตามลำพังราวกับไม่มีคนอยู่ในห้อง หากสนใจคนก็ไม่ได้สนใจจริงๆ แต่สนใจสิ่งของที่อยู่บนคนนั้นมากกว่า เช่น แว่นตา ลวดคัตฟัน ฯลฯ เด็กมักทักทายผู้คนด้วยวิธีแปลกๆ เช่น เข้ามามกกลืน มาดึงแว่นตา จ้องที่ฟัน เอามือมาแตะตัว ฯลฯ บางรายเป็นแบบ ไม่กลัวใคร เข้ามามาคนแปลกหน้าเหมือนคนคุ้นเคยชอบให้ทุกคนอุ้ม

ความคิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร

เด็กออทิสติกร้อยละ 80 จะมีปัญหาทางภาษาและการสื่อสารอย่างรุนแรง ดังนี้

- พูดซ้ำหรือพูดไม่ได้เลย (ในที่นี้หมายถึงพูดภาษาปกติ)
- ไม่สามารถเริ่มต้นบทสนทนากับผู้อื่นได้
- ไม่สามารถตอบสนทนากับผู้อื่น เช่นพูดกันไปคนละเรื่อง
- เงียบ ไม่พูดกับใคร
- มีคำศัพท์เฉพาะตัวหรือมีภาษาแปลกๆที่เป็นภาษาเฉพาะของเด็กเองและผู้อื่นฟังไม่เข้าใจ
- พูดคำซ้ำๆ ซากๆ เช่น อาจพูดคำในโฆษณาในโทรทัศน์ซ้ำๆ
- สื่อสารโดยใช้ท่าทางไม่เป็น (แตกต่างจากเด็กหูหนวกซึ่งสามารถใช้ท่าทางสื่อสารได้)
- เมื่อต้องการอะไรจะขอหรือชี้ไม่เป็น แต่จะใช้วิธีดึงมือคนไปที่สิ่งนั้น
- มักพูดเสียงเรียบเฉย ไม่มีระดับเสียงสูงๆ ต่ำๆ แบบคนทั่วไป
- พูดซ้ำประโยคหรือข้อความที่ผู้อื่นพูดด้วย
- ใช้ภาษาในรูปแบบแปลกๆ เช่น ใช้คำโดยที่ไม่ได้มีความหมายเหมือนที่คนทั่วไปให้กัน มี

การสลับตำแหน่งของคำต่างๆ หรือมีโครงสร้างประโยคที่ผิด เช่น แทนที่จะพูดว่า “หมากัดนุ้ย” กลับพูดว่า “นุ้ยกัดหมา” เป็นต้น

-เด็กบางคนมีพัฒนาการภาษาดีตามสมควร แต่ก็ยังไม่เข้าใจความหมายที่ลึกซึ้งหรือความหมายเชิงนามธรรม เช่น ไม่เข้าใจคำอุปมาอุปมัยหรือคำพูดล้อเล่นของเพื่อน และใช้ภาษาไม่ถูกต้องตามกาลเทศะเหมือนเด็กปกติ

ความคิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

- มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่น้อยเกินไป เช่น เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉยเวลาพูดคุย
- บางครั้งมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงเกินไป เช่น เวลาโกรธหรือไม่พอใจก็จะร้องกรี๊ดเป็นเวลานาน หรือร้องอย่างโหยหวนผิดธรรมดา
- ชอบทำอะไรซ้ำๆ เช่น โยกตัว โบกมือไปมา ชอบดูโฆษณาทางโทรทัศน์หรือดูการ์ตูนซ้ำๆ

-มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น หมุนตัว เดินเขย่ง วิ่งไปมาอย่างไร้จุดหมายแต่บางรายอาจชอบนั่งเฉยๆ

-มีพฤติกรรมชอบทำร้ายตนเอง เช่น โขกหัวหรือกัดแขนตนเอง

-มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไม่แน่นอน เช่น เด็กบางคนอาจดูคล้ายคนหูหนวกเพราะไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก ไม่หันมาเมื่อพ่อแม่เรียก แต่พอเอาบุญแจมาเข้าเบาๆ ช้างหลังเด็กจะหันมาทันที

-ประสาทสัมผัสมีความไวมากเกินไป (hypersensitive) เช่น ไวต่อเสียง ทนต่อเสียงปกติธรรมดา เช่น เสียงสุนัขเห่าหรือเสียงคนปิดประตูไม่ได้ จะร้องไห้มากหรืออาละวาดเมื่อได้ยินเสียงดังแล้ว แต่กลับไม่รู้สึกรับเสียงกริ่งหรือเสียงของตัวเองที่ตะโกนดังๆ ออกมา บางคนไวต่อการเคลื่อนไหวหรือการสัมผัสจับต้อง จะตกใจง่ายต่อสิ่งเร้าบางอย่างและร้องกรี๊ด หรือโวยวายเกินเหตุ

-บางกรณีประสาทสัมผัสกลับมีความไวน้อยเกินไป (hyposensitive) เช่น ไม่รู้สึกเจ็บปวด แม้เจ็บหรือมีบาดแผลก็ไม่ร้องไห้ ไม่รู้สึกหนาว-ร้อน ไม่รับรู้การสัมผัสของผู้อื่น เห็นห่างจากผู้อื่น ชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ชอบเล่นคนเดียว

-กลัวของบางอย่างโดยไม่มีสาเหตุ เช่น กลัวตุ๊กตา หรือกลัวในสิ่งที่ไม่น่ากลัว เช่น ลูกโป่ง การขึ้นรถ เป็นต้น และกลัวอยู่นานเป็นปีๆ แต่ในสิ่งที่น่ากลัว เช่น ความสูง รถยนต์ที่แล่นมาเร็วๆ เสียงเบรกรถแรงๆ กลับไม่กลัว

-ปรับตัวอยาก ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในกิจวัตรประจำวัน เช่น มักทำกิจวัตรตามลำดับเดิม แต่งตัวตามลำดับขั้นเดิม เดินตามเส้นทางเดิมหรือทำตามตารางเดิมทุกวัน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนที่เคยทำเด็กจะหงุดหงิดอาละวาด

-ชนมาก อยู่ไม่นิ่ง สมาธิสั้น

-มีความผิดปกติในการเล่น กล่าวคือ

- ไม่มีจินตนาการ จะเล่นสมมุติหรือเลียนแบบไม่เป็น เช่น เล่นขายของไม่เป็น สมมุติตุ๊กตาเป็นพ่อ-แม่-ลูกไม่เป็น
- เล่นของเล่นไม่เป็น เช่น เมื่อเล่นรถก็จะเพียงหมุนล้อไปมาหรือเอามาดม หรืออาจถือของเล่นไว้ในมือเฉยๆ
- ชอบเล่นของซ้ำๆ อย่างไม่มีจุดหมาย เช่น ปิดเปิดสวิตช์ไฟซ้ำๆ ปิดเปิดประตูซ้ำๆ
- ชอบของที่หมุนไปมา เช่น ชอบมองดูพัดลมหมุน
- ชอบเอาของมาเล่นหรือมาดูใกล้ๆ
- เล่นเกมที่มีลักษณะโต้ตอบกันไม่เป็น เช่น เล่นจ๊ะเอ๋ไม่เป็น
- เล่นร่วมกับเด็กอื่นไม่เป็น ไม่เข้าใจวิธีการเล่นที่เป็นกติกาหรือกฎเกณฑ์

ในเด็กออทิสติกคนหนึ่งๆ เราจะพบความบกพร่องทั้งสามด้านร่วมกัน อย่างไรก็ตามอาการเด็กแต่ละคนจะมีความรุนแรงต่างกัน เนื่องจากความบกพร่องมีลักษณะค่อนข้างกว้างครอบคลุมพัฒนาการหลายด้าน ทางกรมแพทย์จึงจัดโรคออทิสติกไว้ในกลุ่มที่เรียกว่า Pervasive Developmental Disorder หรือเรียกสั้นๆว่า PDD คำนี้ใช้เรียกความผิดปกติทางพัฒนาการหลายด้านที่พบในเด็ก มีโรคหลายโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้

การวินิจฉัยโรค

คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV-TR, 2000) โดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา จัดให้ “โรคออทิสติก” อยู่ในกลุ่ม “พีดีดี” (Pervasive Developmental Disorders; PDDs) หรือ “ความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน” ซึ่งแสดงอาการอย่างชัดเจนในวัยเด็กก่อนให้เกิดพัฒนาการทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และการสื่อสาร ไม่เป็นไปตามปกติ มีพฤติกรรม ความสนใจ และกิจกรรมที่ผิดไปจากปกติ

ความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน หรือ พีดีดี เทียบเคียงได้เท่ากับคำว่า “ออทิสติกสเปกตรัม” (Autistic Spectrum Disorder) แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. ออทิสติก (Autistic Disorder)
2. เร็ทท์ (Rett's Disorder)
3. ซีดีดี (Childhood Disintegrative Disorder)
4. แอสเพอร์เกอร์ (Asperger's Disorder)
5. พีดีดี เอ็นไอเอส (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified; PDD-NOS)

สำหรับในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเกณฑ์การวินิจฉัยโรคออทิสติกเท่านั้น ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์ไว้ดังนี้⁽¹⁸⁾

A. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ (1) (2) และ (3) โดยอย่างน้อยต้องมี 2 ข้อ จากหัวข้อ (1) และจากหัวข้อ (2) และ (3) อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

1. มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้
 - a. บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง (เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม)
 - b. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้

c. ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่ชี้ว่าตนสนใจอะไร)

d. ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธภาพตอบสนองกับสังคม

2. มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

a. พัฒนาการในการพูดช้าหรือไม่มีเลย โดยไม่แสดงออกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน เช่น แสดงท่าทาง

b. ในรายที่มีการพูดได้ ก็ไม่สามารถเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่องจากคนอื่นได้

c. ใช้คำพูดซ้ำหรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ

d. ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ

3. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ใช้ซ้ำ และรักษาเป็นเช่นเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

a. หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆ มีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ

b. ติดกับกิจวัตร หรือยึดทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น

c. ทำกิจวัตรซ้ำๆ เช่น เล่นสะบัดมือ หมุนตัว โยกตัว

d. สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

B. มีความล่าช้าหรือความผิดปกติก่อนอายุ 3 ปี ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ด้าน

(1) ปฏิสัมพันธ์กับสังคม

(2) ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม

(3) เล่นสมมติหรือเล่นตามจินตนาการ

C. ความผิดปกติไม่เข้ากับเรทท์ (Rett's Disorder) หรือ ซีดีดี (Childhood Disintegrative Disorder) ได้ดีกว่า

ระดับอาการความรุนแรง⁽¹⁰⁾

โรคออทิสติกเป็นโรคที่มีลักษณะแตกต่างกันได้มาก อาการมีหลายอย่างและความรุนแรงก็ต่างกันตั้งแต่น้อยไปจนถึงรุนแรง เช่น ตั้งแต่พูดไม่ได้เลยไปจนถึงพูดมากไม่หยุด หรือมีภาวะปัญญาอ่อนช่วยตัวเองไม่ได้ไปจนถึงเรียนเก่งสามารถจบปริญญาเอก เนื่องจากอาการของโรคมียุ่ขอบเขตค่อนข้างกว้าง ทางวงการแพทย์จึงเรียกโรคนี้ว่าเป็น spectrum (บางครั้งเรียกว่า Autistic spectrum disorder หรือ ASD)

เราอาจแบ่งอาการของโรคได้เป็น 3 ระดับคือ

รุนแรงน้อย เด็กมักมีสติปัญญาดี มีพัฒนาการทางภาษาที่ตีพอใช้ได้ สามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ บางรายเรียนได้สูงถึงปริญญาเอก บางที่เราเรียกเด็กกลุ่มนี้ว่า high functioning autism

รุนแรงปานกลาง เด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการทางสังคมและภาษาที่จำกัด เรียนหนังสือไม่ได้สูงเท่ากลุ่มแรก แต่สามารถช่วยตัวเองได้ตีพอใช้

รุนแรงมาก เด็กกลุ่มนี้มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ภาษาและสังคมพัฒนาไปน้อยมากช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องมีผู้ดูแลไปตลอดชีวิต แต่นับว่าโชคดีที่กลุ่มนี้มีไม่มากเท่าไร

เด็กแต่ละคนจะมีอาการมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าสมองมีความบกพร่องมากแค่ไหน ในเด็กที่เป็นออทิสติกจากโรคทางกาย เช่น โรคหัดเยอรมันแต่กำเนิดอาการมักจะรุนแรงกว่าเด็กที่ไม่มีโรคทางกาย เด็กออทิสติกที่มีปัญญาอ่อนร่วมด้วยอาการมักรุนแรงกว่าเด็กที่มีสติปัญญาดี

การพยากรณ์โรค

การวิจัยที่ทำก่อนปี ค.ศ 1970 พบว่าผลลัพธ์ของโรคนี้ไม่ค่อยดี เด็กมักเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แต่การวิจัยในปัจจุบันพบว่าผลลัพธ์ของโรคดีขึ้นทั้งนี้เพราะปัจจุบันพ่อแม่สังเกตลูกมากขึ้น พาลูกมาพบแพทย์เร็วขึ้น แพทย์จึงสามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่อายุน้อยและให้การช่วยเหลือได้เร็ว⁽¹⁰⁾

สิ่งที่สามารถพยากรณ์ได้ว่าเด็กจะดีขึ้นได้มากน้อยเพียงไรคือ ระดับ IQ และภาษาที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 5 ปี หากเด็กมีเขาวนปัญญาดีและพูดได้ตีพอใช้ โอกาสที่จะพัฒนาได้อย่างดีก็มีสูง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พ่อแม่จะต้องทำการกระตุ้นพัฒนาการของลูกอย่างจริงจังตั้งแต่อายุน้อย⁽¹⁰⁾

พบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ ออทิสติก สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นและร้อยละ 15 – 20 สามารถดำรงชีวิตโดยต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นร่วมด้วย⁽¹⁹⁾

การรักษาและแนวทางการให้ความช่วยเหลือ

ออทิสติกเป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีผู้พยายามค้นหาวิธีการหลายอย่างที่จะทำให้เด็กดีขึ้นซึ่งมีหลากหลายวิธีการดังนี้⁽²⁰⁾

การส่งเสริมพัฒนาการ (Early Intervention)

การส่งเสริมพัฒนาการ คือการจัดกิจกรรมเพื่อใช้ในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามวัย โดยยึดหลักและลำดับขั้นพัฒนาการของเด็กปกติ ควรทำตั้งแต่อายุน้อย โดยต้องทำอย่าง

เข้มข้น สม่ำเสมอ และต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานพอ การออกแบบการฝึกต้องให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา ความสามารถ และความเร็วในการเรียนรู้ของแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน

ทักษะพื้นฐานในการเรียนรู้ที่ควรเริ่มฝึกเป็นอันดับแรก เพื่อดึงเด็กออกจากโลกส่วนตัวของเขาเองมาเรียนรู้โลกภายนอก ควรเน้นในเรื่องการมองเห็นใบหน้าสบตา การมีสมาธิ การฟัง และทำตามคำสั่ง การฝึกทักษะเหล่านี้ในระยะเริ่มต้นจะใช้เวลาไม่นาน และเห็นการเปลี่ยนแปลงช้า ทำให้เกิดความเครียดทั้งกับผู้ปกครองและตัวเด็กเอง แต่เมื่อเด็กมีทักษะพื้นฐานเหล่านี้ดีแล้วการต่อยอดในทักษะที่ยากขึ้นก็จะไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป

พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy)

โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดประกอบด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ (Applied Behavior Analysis - ABA) และกระบวนการฝึกปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification Procedure) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้คงอยู่ต่อเนื่อง หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ

การทำพฤติกรรมบำบัด ตั้งแต่อายุน้อยๆ และทำอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ไม่ว่าจะใช้โปรแกรมใดก็ตาม พบว่าช่วยเสริมสร้างทักษะด้านภาษา ด้านสังคม และทักษะอื่นๆ นอกจากนี้ยังช่วยลดระดับความเครียดของผู้ปกครองด้วย

เทคนิคที่ใช้มีพื้นฐานมาจากหลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ เทคนิคที่ใช้ได้ผลดีคือ การให้แรงเสริม เมื่อมีพฤติกรรมที่ต้องการ แรงเสริมมีทั้งสิ่งที่จับต้องได้ เช่น ขนม ของเล่น สติกเกอร์ และสิ่งที่จับต้องไม่ได้ เช่น คำชมเชย ตบมือ ยิ้มให้ กอด เป็นต้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ประกอบด้วย การแก้ไขการพูด กิจกรรมบำบัด หรือ กายภาพบำบัด (ในรายที่มีปัญหาด้านกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวร่วมด้วย)

-การแก้ไขการพูด (Speech Therapy)

ถ้าเด็กพูดได้เร็ว โอกาสที่จะมีพัฒนาการทางภาษาใกล้เคียงปกติก็จะเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมก็ลดลงด้วย ดังนั้นการแก้ไขการพูด จึงมีความสำคัญ

ผู้เชี่ยวชาญที่แก้ไขการพูด คือ “นักแก้ไขการพูด” (Speech Therapist/ Speech Pathologist) แต่ผู้ที่มีบทบาทสำคัญไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แต่คือผู้ปกครองซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับเด็ก ดังนั้นไม่ใช่การรอจนถึงวันนัดแล้วค่อยฝึกเท่านั้น เพราะจะไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร ผู้ปกครองสามารถกระตุ้นให้มีการพูดได้โดยผ่านการเล่นได้เช่นกัน พยายามสร้างสถานการณ์ ที่กระตุ้นให้เกิดการสื่อสารขึ้น เช่น เวลาเล่นต่อจิ๊กซอว์ ก็อาจเอาไปซ่อนชิ้นหนึ่งเพื่อให้เด็กถามหา หรือ อาจเอารองเท้าของคนอื่นมาให้

เด็กได้ เพื่อให้เด็กบอกว่า “ไม่ใช่” หรือถามหารองเท้าของตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ควรนำเทคนิควิธีการฝึก ซึ่งได้รับการแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

การพูดเป็นวิธีการสื่อความหมายที่สำคัญที่สุด แต่ถ้ายังไม่สามารถพูดได้ ก็จำเป็นต้องหาวิธีการอื่นมาทดแทน เพื่อให้สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ ซึ่งเรียกวิธีการเหล่านี้ว่า การสื่อความหมายทดแทน (Augmentative and Alternative Communication; AAC) เพื่อใช้ทดแทนการพูดเป็นการชั่วคราว หรือโดยถาวรในรายที่มีความบกพร่องทางการพูดอย่างรุนแรง ตัวอย่างเช่น กลวิธีการรับรู้ผ่านการมอง (Visual Strategies) โปรแกรมแลกเปลี่ยนภาพเพื่อการสื่อสาร (Picture Exchange Communication System; PECS) เครื่องโอบา (Communication Devices) และโปรแกรมปราศรัย เป็นต้น

-กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy)

กิจกรรมบำบัดเป็นวิชาชีพทางการแพทย์แขนงหนึ่ง โดยการประยุกต์กิจวัตรประจำวัน (routine) หรือกิจกรรม (activities) มาใช้ในการตรวจประเมิน วินิจฉัย ส่งเสริม ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ห่อนสมรรถภาพทางด้านร่างกาย (Physical dysfunction) หรือผู้มีพัฒนาการบกพร่อง (developmental disabilities) หรือผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจอารมณ์และสังคม (psychosocial dysfunction) ให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ โดยกิจกรรมหรือกิจวัตร หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่ทำอย่างมีจุดมุ่งหมายซึ่งผ่านการวิเคราะห์ โดยนักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) จะเป็นผู้ที่ประยุกต์ใช้กิจกรรมต่างๆ มาช่วยในการบำบัดเด็ก ตามสภาพปัญหาของแต่ละคน เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ และสิ่งที่เป็นปัญหาต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กและกระตุ้นพัฒนาการให้เหมาะสมตามวัย

นักกิจกรรมบำบัดจะจัดกิจกรรมให้เด็กในรูปแบบของกิจกรรมการเล่น ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบการรักษาที่เรียกว่า Sensory Integration (S.I.) เนื่องจากว่าเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์แสดงออกให้เห็นหลายรูปแบบทั้งพฤติกรรมของหุน เล่นของหุน โยกตัว สายศีรษะ ชอบดมเลียสิ่งของ เดินเขย่ง ตบมือ กระโดด เล่นมือ ไวต่อเสียงหรือแสงบางอย่าง หรือชอบเสียง ชอบแสงบางอย่าง เลือกรับประทานอาหาร ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้บอกได้ถึงภาวะความบกพร่องของการรับ และแปลผลข้อมูลความรู้สึก (S.I.) โดยในเด็กแต่ละคนจะมีลักษณะที่ไวต่อการรับความรู้สึกแต่ละระบบไม่เท่ากัน ดังนั้นเด็กแต่ละคนจึงมีความผิดปกติที่แตกต่างกันออกไป

ภาวะความบกพร่องของการรับและแปลผลข้อมูลความรู้สึก เป็นปัญหาที่พบได้แต่คนส่วนใหญ่ไม่มีความเข้าใจว่าปัญหานี้จะส่งผลถึงพฤติกรรมของเด็กที่มีต่อการเรียน การเคลื่อนไหว การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเอง ซึ่งภาวะการรับความรู้สึกที่บกพร่อง แบ่งได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

1. ภาวะไวต่อการรับรู้สึกมากเกินไป จะแสดงออกโดยหนีต่อสิ่งเร้านั้น เช่น หลีกหนีเสียงบางอย่าง ไวต่อแสงบางอย่าง ไม่ชอบแสงสว่างชอบอยู่ในที่มืด ไม่ชอบเคลื่อนไหว ไม่ทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง ไวต่อผิวสัมผัสบางอย่าง เด็กจึงเดินเขย่ง เลือกรับประทานอาหาร ไม่ชอบให้กอดให้หอม ตัดผมตัดเล็บลำบาก ทำให้เด็กพยายามหลีกหนี ไม่เผชิญกับสิ่งเร้าต่างๆ

2. ภาวะไวต่อการรับรู้สึกน้อยเกินไป เด็กจะแสดงออกโดยค้นหาสิ่งเร้านั้นมากขึ้นกว่าปกติ เช่น เด็กจะชอบเสียงบางอย่าง ชอบมองแสงสว่าง แสงไฟ หลอดไฟ ชอบเล่นกระจก เล่นเงาตัวเอง ชอบโหนปีนปาย ชอบเล่นแรงๆ วิ่งผ่าคน ชอบการสัมผัส คม เลีย วัตถุสิ่งของ ชอบเล่นน้ำ เล่นผาดโผน ไม่รู้จักอันตรายและไม่รู้จักเจ็บปวด

การบำบัดโดยใช้กรอบการรักษาแบบ Sensory Integration จะช่วยพัฒนาเด็กออทิสติกดังนี้

1. สมองมีการรับข้อมูลความรู้สึกประมวลผลข้อมูลและประสานเชื่อมต่อกันดีขึ้น
2. สมองรับข้อมูลความรู้สึกได้สม่ำเสมอ และสามารถนำข้อมูลนั้นไปสัมพันธ์กับ การรับรู้ความรู้สึกชนิดอื่นๆ เพื่อให้เกิดการตอบสนองอย่างเหมาะสมได้ โดยจะส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ลดลง เกิดทักษะการรับรู้ เรียนรู้ที่ดีขึ้น มีสมาธิในการทำกิจกรรมมากขึ้น เล่นได้เหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย

การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกให้กับเด็กออทิสติกนั้น จะใช้การฝึกผ่านกิจกรรมการกระตุ้นระบบประสาท 3 ระบบพื้นฐานดังนี้

1. การกระตุ้นระบบประสาททรงตัวและการเคลื่อนไหว (Vestibular) ได้แก่ การทรงตัว การทรงท่า การเคลื่อนไหวแบบราบเรียบและในทิศทางต่างๆ ส่งผลให้มีสมาธิในการทำกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่ให้กับเด็ก เช่น กิจกรรมการกระโดดแทมโพลีน การโยกบอล การนั่งชิงช้า การกลิ้งตัว เป็นต้น

2. การกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส (Tactile) ได้แก่ การกระตุ้นระบบการรับรู้ทางการสัมผัสต่างๆ ประกอบด้วยการกด การเจ็บปวด การรับรู้อุณหภูมิ ร้อน-เย็น ส่งผลให้เด็กมีภาวะความมั่นคงทางอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมอ่างบอล การสัมผัสพื้นผิวต่างๆ การกลิ้งตัวบนพรม เป็นต้น

3. การกระตุ้นระบบประสาทกล้ามเนื้อเอ็นและข้อต่อ (Proprioceptive) ได้แก่ การกระตุ้นการทำงานของระบบกล้ามเนื้อ เอ็นและข้อต่อต่างๆ จะส่งผลถึงการเคลื่อนไหว สหสัมพันธ์ ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ราบเรียบ มีประสิทธิภาพ เช่น การให้ทำกิจกรรมการยกของหนัก การลาก คึง ผลักของที่มีน้ำหนักมาก การโหน การปีนปาย การกระโดด เป็นต้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มทักษะพื้นฐานด้านสังคม การสื่อสาร และทักษะทางความคิด ซึ่งทำให้เกิดผลดีในระยะยาว โดยเนื้อหาหลักสูตรจะเน้นการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เด็กสามารถใช้ชีวิตประจำวันจริงๆ ได้ แทนการฝึกแต่เพียงทักษะทางวิชาการเท่านั้น

แผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program; IEP) จำเป็นต้องออกแบบให้เหมาะสมกับความสามารถ ความบกพร่อง และความสนใจของเด็กแต่ละคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ง่าย ไม่สับสน เด็กสามารถนำทักษะที่ได้จากชั้นเรียน ไปใช้นอกห้องเรียน

ปัจจุบันมีทางเลือกในการศึกษาเพิ่มขึ้น ทั้งในรูปแบบโรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะทาง โรงเรียนเรียนร่วม ห้องเรียนคู่ขนาน ห้องเรียนปกติ รวมถึงการศึกษานอกโรงเรียน และการศึกษาตามอัธยาศัย

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม ประกอบด้วยการฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน และการฝึกฝนทักษะสังคม เพื่อให้บุคคลออทิสติกสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

-การฝึกฝนทักษะในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Training)

ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ให้เด็กสามารถทำได้ด้วยตนเอง เต็มความสามารถที่เขามีอยู่ โดยต้องการความช่วยเหลือให้น้อยที่สุด

ในการฝึกฝน เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้จนสามารถปฏิบัติได้ และเกิดเป็นความเคยชิน คิดตัวไปใช้ชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้เด็กช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ ลดการดูแลของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และเกิดความภาคภูมิใจ เมื่อเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง

-การฝึกฝนทักษะสังคม (Social Skill Training)

ทักษะสังคม เป็นความบกพร่องที่สำคัญของเด็กออทิสติก ดังนั้นจึงต้องให้การฝึกฝนด้านนี้เป็นพิเศษ ซึ่งทำได้โดยจำลองเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ทางสังคมต่างๆ เพื่อให้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ หรือการสอนโดยให้จดจำรูปแบบบทสนทนาในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อนำมาใช้โดยตรง

การสอนเรื่องราวทางสังคม (Social Story) ซึ่งมี แครอล เกรย์ (Carol Gray) เป็นต้นตำรับ จะกำหนดเรื่องราว หรือสถานการณ์ต่างๆ ในสังคม มาสอนเด็ก โดยเน้นในเรื่อง ลักษณะทางสังคมที่สำคัญ ปฏิกริยาโต้ตอบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากเด็กทั่วไป และจากเด็กออทิสติก รวมถึงเหตุผลที่แสดงปฏิกริยาโต้ตอบเช่นนั้น เพื่อช่วยให้เด็กออทิสติกสามารถเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคม

เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของผู้อื่น และวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ สามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมได้ โดยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลง

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ในปัจจุบันเปลี่ยนจากการให้ทำงานในสถานพยาบาล หรือ โรงงานในอารักขา มาสู่ตลาดแรงงานจริง หรือการประกอบอาชีพส่วนตัว ภายใต้การชี้แนะ การฝึกอาชีพ การจัดหางาน และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

เพื่อไปสู่เป้าหมายให้บุคคลออทิสติกสามารถทำงาน มีรายได้ และดำรงชีวิตโดยอิสระพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทักษะที่จำเป็นในการทำงาน เช่น การตรงต่อเวลา การปรับตัวเข้ากับหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน ความปลอดภัยในการทำงาน เป็นต้น และฝึกทักษะพื้นฐานเฉพาะทางอาชีพควบคู่กันไป

บุคคลออทิสติกสามารถประกอบอาชีพได้ปกติ ตามความถนัดของแต่ละคน ถ้ามีการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม และสังคมมีความเข้าใจ เปิดโอกาสให้

การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)

การรักษาด้วยยาไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายขาดจากออทิสติกโดยตรง แต่นำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการบางอย่างที่เกิดร่วมด้วย เด็กไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาทุกคน และเมื่อทานยาแล้วก็ไม่จำเป็นต้องทานต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเช่นกัน แพทย์จะพิจารณาปรับขนาดยา หรือหยุดยา เมื่ออาการเป้าหมายทุเลาลงแล้ว

ในปัจจุบันยังไม่พบว่ามียาตัวใดที่ช่วยแก้ไขความบกพร่องด้านการสื่อสารและด้านสังคม ซึ่งเป็นปัญหาหลักของเด็กออทิสติกได้ ส่วนยาที่นำมาใช้พบว่ามีประโยชน์ในการลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว และหมกมุ่น

การบำบัดทางเลือก (Alternative Therapy)

นอกจากแนวทางหลักที่ใช้ในการบำบัดรักษาข้างต้นแล้ว ในปัจจุบันยังมีแนวทางการบำบัดทางเลือกที่หลากหลาย สามารถเลือกใช้ควบคู่กับแนวทางหลัก ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และผลการตอบสนองที่ได้รับของเด็กแต่ละคน

สิ่งสำคัญที่ควรทำความเข้าใจคือ การบำบัดทางเลือกใช้เสริมแนวทางหลักให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ไม่ใช่การนำมาใช้โดดๆ เพียงอย่างเดียวแล้วได้ผล การบำบัดทางเลือกดังกล่าวประกอบด้วย

1. การสื่อความหมายทดแทน (Augmentative and Alternative Communication; AAC)
2. ศิลปกรรมบำบัด (Art Therapy)
3. ดนตรีบำบัด (Music Therapy)
4. เครื่องเอชอีจี (HEG; Hemoencephalogram)

5. การฝังเข็ม (Acupuncture)
6. การบำบัดด้วยสัตว์ (Animal Therapy)
7. การบำบัดด้วยหุ่นยนต์ (Robot Therapy)

2. ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ดวงใจ กษานติกุล⁽²¹⁾ ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ใจ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานหรือการเรียน

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย⁽²²⁾ กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาสูญเสีย เกิดความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ รู้สึกมีคมนเบื่อหน่าย จิตใจหดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่และอยากตาย

ศิริพร จิรวัดน์กุล⁽²³⁾ กล่าวว่าภาวะซึมเศร้ามีความหมายใน 3 นัย ได้แก่ นัยทางอารมณ์ (Mood) และความรู้สึก(Feeling) เช่น รู้สึกเหงาหงอย เศ็ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง นัยทางอาการ(Symptom) เช่น อาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว การนอนผิดปกติ ใจลอย หลงลืม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบทำ รวมทั้งเรื่องเพศ ไม่อยากพบปะใครๆ นอกจากนั้นยังมีอาการทางกายเหมือนป่วยเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้และรักษาไม่หาย เช่น ปวดตามบริเวณต่างๆ ของร่างกาย ไม่สบายท้อง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น นัยของการเป็นโรค (Disease) หรือการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคประสาทวิตกกังวล(Anxiety Disorder) โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคอารมณ์ผิดปกติ(Mood Disorder/Affective Disorder)

ศุวดี จันดีกระยอม⁽²⁴⁾ ให้ความหมายว่าเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อความซับซ้อนของปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม ถือเป็นความทนทุกข์ทรมานในลักษณะหลายมิติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และมีความหมายแตกต่างกันในสามลักษณะ คือ อารมณ์ซึมเศร้า อาการซึมเศร้า และโรคซึมเศร้า

ยุพาพัทธ์ รักษณวิงศ์⁽²⁵⁾ ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของอาการเบี่ยงเบนทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ร่างกาย และพฤติกรรม อันได้แก่ การโศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว่าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ทั้งในปัจจุบันและ

อนาคต และบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ

องค์การอนามัยโลก⁽²⁶⁾ ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่เป็นภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจจะมีอาการแสดง คือ มีอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีความรู้สึกผิด ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง ความอยากอาหารหรือการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีแรง และไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการดังกล่าวอาจจะเกิดเรื้อรังหรือหายแล้วเป็นซ้ำ (recurrent) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้น

อุบัติการณ์

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยมาก จากสถิติรายงานสรุบบางแห่ง ภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเองของกรมสุขภาพจิตในปี 2552 พบผู้มีภาวะซึมเศร้าสูงถึง 27,055 ราย⁽²⁷⁾

พบว่าร้อยละ 10-25 ของผู้หญิง และร้อยละ 5-12 ของผู้ชายเป็นโรคนี้ โรคนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นอัตราส่วน 2:1 อุบัติการณ์ของโรคนี้ในคนต่างเชื้อชาติ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ และสถานภาพการสมรสจะไม่แตกต่างกัน โดยสามารถพบได้ในทุกอายุ อายุเมื่อเริ่มเป็นโรคโดยเฉลี่ยคือ 24 ปี⁽²⁸⁾

จากรายงานความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence) ของโรคซึมเศร้า พบว่ามีความชุกชั่วชีวิตเพศชาย ร้อยละ 12 และเพศหญิง ร้อยละ 26⁽²⁹⁾ โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศกำลังพัฒนา และเป็นสาเหตุของภาวะการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก อันดับสองของทุกกลุ่มอายุทั้งเพศชายและหญิง เนื่องจากเป็นภาวะที่เป็นนานหรือเรื้อรัง และเป็นซ้ำได้บ่อยก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันและหน้าที่ความรับผิดชอบ⁽³⁰⁾

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า เกิดจากหลายสาเหตุแต่ละสาเหตุจะมีผลกระทบซึ่งกันและกัน สาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่ได้มีการค้นพบประกอบด้วย⁽²⁸⁾

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย

1.1 ทฤษฎีทางพันธุกรรม กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่ง ไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง การศึกษาเด็กที่พ่อแม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไปถึงร้อยละ 10-15 ในทำนองเดียวกันถ้าครอบครัวบิดามารดาหรือคนใดคนหนึ่งมีอาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 50 และ

จากการศึกษาญาติของเด็กที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าญาติของเด็กทั่วไป

1.2 ทฤษฎีทางชีวเคมี การสังเกตที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการค้นพบยาที่รักษาโรคซึมเศร้า นำไปสู่สมมติฐานของสารสื่อประสาท ที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของการสังเคราะห์สารสื่อประสาทในระบบประสาทส่วนกลาง โดยมีระดับของสาร norepinephrine และ serotonin ลดลงต่ำกว่าปกติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเมื่อได้รับการรักษาและหายดีแล้ว ระดับของสารทั้งสองจะสูงขึ้นอยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽³¹⁾ จึงมีผู้เสนอว่าฮอร์โมนเพศหญิงน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

2. ปัจจัยด้านจิตใจ

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ซึ่งอธิบายว่า การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นความสูญเสียในความเป็นจริงหรือในจินตนาการที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง ซึ่งมักเป็นการสูญเสียสิ่งที่รัก การสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเสีย (self image) นอกจากนี้การสูญเสียทำให้อารมณ์โกรธและมีความไม่เป็นมิตรอยู่ภายในใจ แต่ไม่กล้าแสดงออก เพราะกลัวถูกรังเกียจ เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกัน เกิดความลังเล สำนึกผิดในใจ ความรู้สึกที่ไม่ดีหันเข้าหาตนเอง (introjection) ก่อให้เกิดความรู้สึกผิดโกรธและเกลียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยเศร้ามาก รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) ไม่มีความหมาย ไม่มีความหวังและเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี

2.2 ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์เรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิตทำให้มีความรู้สึกเศร้า มีความคิดและความหวังต่อตนเองในด้านลบ ไม่สามารถปรับตัวได้ Bowlby⁽³²⁾ (อ้างถึงใน อติ นุช มาลากุล ณ อยุธยา) เน้นถึงเรื่องความผูกพันระหว่างทารกกับผู้เลี้ยงในช่วง 6 เดือนแรก ถ้าเมื่อใดความผูกพันนี้ถูกทำลายไป เด็กจะเกิดความกังวลจากการพรากจากและรู้สึกสูญเสียเกิดเป็นความเศร้าที่จะพัฒนาให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้

3. ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมหลายอย่าง สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทางจิตใจของบุคคลกับปัจจัยทางสังคม โดยมองว่าสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมจารีตประเพณี เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยมากกว่าการกระทำของบุคคลนั้นๆ การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิด

ทัศนคติทางด้านลบและแยกตัวจากสังคม อีกประการหนึ่งการขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการสูญเสียภาพลักษณ์ตนเองจากการเจ็บป่วย การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต

ดวงใจ กสานติกุล⁽²¹⁾ ได้สรุปว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกัน คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยเสริม(Predisposing factors) ปัจจัยเร่ง(Precipitation factors) และปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง(Perpetuating factors) โดยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน

อาการของภาวะซึมเศร้า^(21, 28)

1. อารมณ์เศร้าหมอง ไม่มีความสุข ใจคอหดหู่ไม่มีชีวิตชีวา
2. อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia)
3. อารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายโดยไม่รู้สาเหตุ และมักจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้
4. รู้สึกเบื่ออาหารไม่หิว ต้องฝืนใจรับประทาน น้ำหนักร่างกายลดมาก กลุ่มที่ไม่เป็นตามรูปแบบกลับจะมีอาการเจริญอาหาร น้ำหนักเพิ่มและมีปัญหาเรื่องอ้วนตามมา
5. อาการนอนไม่หลับ หลับไม่ดีหลับยากระยะต้น (initial insomnia) หลับไม่สนิท มักรู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก
6. อาการอ่อนเพลีย แม้ไม่ได้ออกกำลังกายและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การนอนหลับพักผ่อนก็ไม่ช่วยให้ดีขึ้น
7. อาการไม่มีสมาธิ คิดช้า ความคิดไม่แล่น พุดจาเชื่องช้า จี๋ลึม คล้ายกับความจำเสื่อม แต่เมื่อทดสอบด้านจิตวิทยาแล้วจะไม่พบว่ามีการสูญเสียความจำ
8. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) ผุดลุกผุดนั่ง ทำพฤติกรรมซ้ำๆ ที่ไร้จุดหมาย บางคนมักจะมีอาการเชื่องช้า (retardation) ผู้ที่มีอาการรุนแรงมากอาจมีอาการนอนหรือนั่งนิ่งอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (catatonia)
9. ความรู้สึกผิดโทษตัวเอง หรือตำหนิตัวเองทั้งที่ไม่มีควมผิดอะไร
10. ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดความสำคัญ เป็นภาระครอบครัวและนำความยุ่งยากมาให้ ซึ่งความคิดเหล่านี้สามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้
11. อาการคิดหมกหมุ่นเกี่ยวกับความตาย มีความคิดอยากตาย มักคิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีที่สุด
12. อาการคิดมากวิตกกังวล ได้แก่ ใจสั่นหวิว ตกใจง่าย ซาตามมือและเท้า ปากแห้งปวดศีรษะ เป็นต้น

13. อาการหมดอารมณ์ทางเพศ หรือสมรรถภาพทางเพศลดลง

14. อาการหมกมุ่นว่าเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) คือเกิดอาการทางกายร่วมด้วยเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว เป็นต้น

ระดับของภาวะซึมเศร้า

Townsend⁽³³⁾ (อ้างถึงใน อติสุข มาลากุล ณ อยุธยา) แบ่งภาวะซึมเศร้าตามความรุนแรงดังนี้

1.ภาวะซึมเศร้าชั่วคราว (transient depression) อาการซึมเศร้าในระดับนี้ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงคือ

- ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้า โศกเสียใจ หม่นหมอง
- ด้านพฤติกรรม อาจมีการร้องไห้
- ด้านความรู้ อาจมีความยากลำบากที่จะไม่คิดถึงเรื่องที่ทำให้ผิดหวัง
- ด้านร่างกาย รู้สึกอ่อนล้า

2.ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเศร้าโศกเสียใจตามปกติ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- ด้านอารมณ์ ปฏิเสธความรู้สึก โกรธ วิตกกังวล รู้สึกผิด ท้อแท้ สิ้นหวัง เศร้าโศก
- ด้านพฤติกรรม ร้องไห้ มีภาวะถดถอย อยู่ไม่สุข กระวนกระวาย ถอยหนี
- ด้านความรู้ มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับการสูญเสีย ต่ำห็นตนเอง และผู้อื่น กิดสับสน
- ด้านร่างกาย เบื่ออาหารหรืออาจทานมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดหน้าอก หรือมีอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

3.ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่แสดงถึงปัญหาและความผิดปกติมากขึ้น จะมีอาการเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าชนิดดิสโทมิก (dysthymic disorder) ซึ่งประกอบไปด้วย

- ด้านอารมณ์ รู้สึกเศร้า โศกเสียใจ ท้อแท้ สิ้นหวัง หมดความสามารถ มองโลกมีดมนสิ้นหนทาง รู้สึกนับถือตนเองต่ำ ยากที่จะมีความสุขกับกิจกรรมต่างๆ
- ด้านพฤติกรรม การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ทำทางห่อเหี่ยว พุดซ้ำ พุดน้อย มักพุดเกี่ยวกับความล้มเหลวของชีวิต หมกมุ่นอยู่กับตนเอง หลีกหนีสังคม ลดความสนใจในการดูแลตนเอง สนใจการแต่งกายน้อยลง และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
- ด้านความรู้ ความคิดเชื่องช้า ยากที่จะมีสมาธิ คิดวนเวียนซ้ำซากโดยเฉพาะความคิดในแง่ร้าย มีความคิดอยากตาย

-ด้านร่างกาย เบื่ออาหารหรืออาเจียนมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป หรือมีความผิดปกติของการนอนแบบอื่นๆ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดหน้าอก ปวดท้อง หดแรงแรง เชื่องซึม

4.ภาวะซึมเศร้ารุนแรง จะมีอาการของภาวะซึมเศร้าปานกลางแต่อยู่ในระดับมากกว่าเข้าขั้นเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depression) และโรคซึมเศร้าไบโพลาร์ (bipolar depression) ลักษณะอาการประกอบไปด้วย

-ด้านอารมณ์ รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้และไร้ค่า นิ่งเฉยเหมือนไร้ซึ่งอารมณ์ รู้สึกว่างเปล่า เชื่องซึม เหงาหงอย เศร้า ไม่สามารถรู้มีความสุขได้

-ด้านพฤติกรรม การเคลื่อนไหวเชื่องช้าจนบางครั้งอยู่นิ่งเฉยนาน แต่บางครั้งจะแสดงในรูปกระวนกระวาย เคลื่อนไหวโดยไร้จุดหมาย ทำทางห่อเหี่ยวอยู่ในท่าอึดอัด เดินช้าและแข็งทื่อ พูดน้อยมาก ไม่สนใจดูแลตนเอง และแยกตัว

-ด้านความรู้ มีความคิดหลงผิด สับสน ตัดสินใจอะไรไม่ได้ และไม่มีสมาธิ รู้สึกรังเกียจตนเอง ต่ำหนิตนเองอย่างมากและมีความคิดจะฆ่าตัวตาย

-ด้านร่างกาย การทำงานของทั้งร่างกายลดลง ทำให้การย่อยอาหารช้า มีท้องผูก ปัสสาวะลำบาก ประจำเดือนขาด ความต้องการทางเพศลดลง น้ำหนักลด มีปัญหาการนอน

การประเมินภาวะซึมเศร้า⁽³⁴⁾

การประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ (Multi dimension) มีการให้คำนิยามและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน นอกจากนี้อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะต่างๆ ไปที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ได้ จึงมีบุคคลต่างๆ ได้สร้างเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นมามากมายซึ่งเป็นออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ผู้ป่วยหรือผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง (Self-report measures) ซึ่งผลที่ได้จะค่อนข้างเป็นความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบ การใช้เครื่องมือประเภทนี้ในคนไทยมีปัญหาเรื่องความแม่นยำ เนื่องจากการแสดงออกของคนไทยต่างจากยุโรปหรืออเมริกา และไม่เข้าใจ หรือไม่คุ้นเคยกับคำที่สื่ออาการซึมเศร้าในแบบประเมินที่คัดแปลงมาจากต่างประเทศ ซึ่งจะพบปัญหาเหล่านี้ได้มาก โดยเฉพาะในการประเมินคนไทยที่อยู่ในชนบท มีประโยชน์ที่ใช้ง่ายและสามารถประเมินในกลุ่มคนจำนวนมากในเวลาอันสั้น อีกทั้งประหยัดค่าใช้จ่าย มักจะใช้ในการสำรวจหรือในกรณีที่ต้องการค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคซึมเศร้า และในการคัดกรองประชากรทั่วไป

2. ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้สัมภาษณ์ (Clinician-rate measure) ส่วนใหญ่จะเป็นการสัมภาษณ์อย่างเป็นระบบ (Structural interview) ตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน โดยแพทย์หรือผู้ที่ได้รับการอบรมการใช้แบบประเมินเป็นอย่างดี ซึ่งมีความแม่นยำสูง แต่ใช้เวลานาน

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้เครื่องมือ แบบผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง (Self-report measures) โดยเลือก แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิต แบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย (Health-Related Self-Report : HRSR The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนาโดยดวงใจ กษานติกุล และคณะ เนื่องจากเครื่องมือนี้มีการใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย สามารถใช้วินิจฉัยโรคซึมเศร้าและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยในชุมชนได้ โดยใช้เวลาสั้น สะดวกแก่การนำไปใช้ ไม่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม มีค่าความเชื่อมั่นและเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

ภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน ซึ่งตามปกติคนเราจะมีการซึมเศร้าในเวลา 1-2 สัปดาห์ ภายหลังจากการสูญเสียของบุคคลผู้เป็นที่รัก และจะหายหมดไปเองโดยไม่ต้องรักษาภายในเวลา 6-8 สัปดาห์ ในรายที่มีอาการนานกว่า 2 เดือน หรือมีอาการดังต่อไปนี้ 1. ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ลดลงมาก เช่น เรียนหนังสือหรือทำงานไม่ได้เลย 2. หงุดหงิดครุ่นคิดว่าตนเป็นคนไร้ค่า มีความคิดหรือมีบาป 3. มีความคิดอยากตาย 4. มีอาการโรคจิต บ่งชี้ว่าผู้นั้นเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งต้องได้รับการรักษาจึงจะหายเป็นปกติ⁽²⁸⁾ กรมสุขภาพจิต⁽³⁵⁾ รายงานว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน มุมมองทางการแพทย์เชื่อว่า ผู้ป่วยทางจิตเวชที่คิดฆ่าตัวตาย เมื่อรักษาจนภาวะทางจิตดีขึ้น ส่วนใหญ่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะลดลง การรักษาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวชถือเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย ซึ่งการรักษาโรคซึมเศร้า มีดังนี้⁽²¹⁾

1. ขั้นแรกตรวจหาโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุได้ เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องต่อไป
2. การชักประวัติที่ละเอียด การตรวจร่างกายไม่พบมีความผิดปกติ และการตรวจสภาพจิตที่บ่งถึงลักษณะอาการของโรคซึมเศร้า
3. การประเมินความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันมิให้เกิดขึ้น
4. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant)
5. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy-ECT)
6. จิตบำบัด

3. แรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ⁽³⁶⁾ การสนับสนุนดังกล่าวอาจเป็นความใกล้ชิดให้การให้ความช่วยเหลือในรูปแบบ สิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร และความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือหรือการให้ข่าวสารต่อคนที่เป็นผู้รับ โดยการติดต่ออย่างเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการของบุคคลหรือกลุ่ม รวมทั้งกระบวนการที่มิคนปฏิบัติสัมพันธ์กันแล้วมีผลในทางบวกต่อกันๆ นั้น ทั้งในด้านสังคม จิตใจ และร่างกายที่มีสุขภาพดี และแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะเครียดโดยเป็นเบาะรองรับความเครียดหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁷⁾

Thoits⁽³⁸⁾ (อ้างใน จุฑามณี เรื่องจิตวิทยา) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำใ้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ปกติ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งคำแนะนำและการป้องกัน
3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Brand & Weinert⁽³⁹⁾ แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ทำใ้บุคคลเกิดความอบอุ่นใจ
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำใ้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ทำใ้บุคคลได้รับการพัฒนาด้านความคิด การตัดสินใจ
4. การสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำใ้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง
5. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและแนะนำทำใ้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตน

Cohen and Wills⁽³⁶⁾ ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคงซึ่งส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน ทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นผลโดยตรง นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

2. การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต

จะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี เช่น ความวิตกกังวล และซึมเศร้า ภาวะสุขภาพจิตไม่ดีนี้จะมีผลต่อสุขภาพด้านร่างกาย โดยมีผลโดยตรงต่อกระบวนการทางสรีระวิทยา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและตายได้มากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายสังคมด้วยกันนั้น มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์เครียดของบุคคล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากเครือข่ายทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยเสริมสร้างกำลังใจในการเผชิญกับความเครียดจากการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติของร่างกายได้อย่างเหมาะสมในระยะเวลาที่เร็วขึ้น

Brown⁽⁴⁰⁾ กล่าวว่าโดยทั่วไปแล้ว ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุด และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน

หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

1. จะต้องมี การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบไปด้วย

ก. ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในคนอย่างจริงใจ

ข. ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

ค. ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้คือ การมีสุขภาพอนามัยทั้งร่างกายและจิตใจ

หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดของ Pender⁽⁴¹⁾ (อ้างถึงใน จุฑามณี เรื่องจิตวิทยา) แบ่งหน้าที่การสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ประการคือ

1. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (health maintenance) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ด้วยการลดสถานะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละวัน
2. ส่งเสริมสถานะสุขภาพ (health promotion) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ดี
3. ป้องกันความเจ็บป่วย (illness prevention) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีวิจรรย์ญาณเลือกใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น เพื่อให้คนปรับพฤติกรรม เพื่อผ่อนคลายระดับของอันตรายหรือความเครียดที่ประสบอยู่ได้

สมมุติฐานของการสนับสนุนทางสังคม

Sarafine EP.⁽⁴²⁾ อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยใช้ 2 สมมุติฐานคือ

1. buffering hypothesis สมมุติฐานนี้อธิบายว่า เมื่อคนประสบกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต เช่น ปัญหาการเงินอย่างรุนแรง คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะตกอยู่ในสถานะเครียดน้อยกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ส่วนใหญ่คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะสามารถคาดหวังว่ามีคนที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้ และสามารถอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวโดยไม่มีความเครียด อีกประการหนึ่งคือการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดผลของความเครียดเนื่องจากมีคนให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา คอยให้กำลังใจ
2. direct effect hypothesis สมมุติฐานนี้อธิบายว่า คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) และรู้สึกเป็นที่ต้องการของผู้อื่น (sense of belongingness) การที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะทำให้คนมีวิถีสุขภาพที่ดีกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ทำให้ลดการติดเชื่อ เนื่องจากมีความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของคนอื่นและเป็นที่น่าสนใจของผู้อื่น จึงต้องดูแลตนเองเป็นอย่างดีทั้งด้านสุขภาพ การออกกำลังกายก่อนที่จะปล่อยให้อาการด้านสุขภาพรุนแรงมากขึ้น

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรมสุขภาพจิต⁽⁴³⁾ รายงานการสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทยในทุกภาค สำรวจประชากร อายุ 15 – 60 ปี โดยใช้ประชากรตัวอย่าง 7,157 ราย จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบบหลายขั้นตอน (Multistage random Sampling technique) กระจายไปทั้ง 4 ภูมิภาค ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก DSM-4 (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition) และ CIDI (The Composite International Diagnostic Interview) โดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าโรคความผิดปกติของอารมณ์ (Mood disorder) มีความชุก ร้อยละ 1.8 โดยชนิดซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive episode) มีความชุก ร้อยละ 1.4 และชนิดซึมเศร้า (Dysthymia) มีความชุก ร้อยละ 0.1

ดาวรุ่ง เกิดสิน⁽⁴⁴⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 35-45, 46-55 และ 56-65 ปี พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 78.05 และพบว่าในกลุ่มอายุ 35-45 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้ามีปัจจัยบางประการเฉพาะกลุ่ม คือ มีบุตรที่ต้องรับผิดชอบ 2 คน มีโรคประจำตัว อยู่ในระยะหลังหมดประจำเดือน ไม่เคยใช้ฮอร์โมนทดแทน สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นแบบขัดแย้งกันบ้าง แต่ไม่รุนแรง และมีหนี้สินจนทำให้กังวลใจมาก

จุฑามณี เรื่องจิตวิฤต⁽⁴⁵⁾ ศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 197 ราย โดยใช้แบบวัดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai – HADS) และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงมาจาก The Personal Resource Questionnaire : PRQ part II ของ Brandt and Weinert ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดมีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเท่ากันคือ ร้อยละ 3.54 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า คือ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและลักษณะครอบครัวเดี่ยว และพบว่าภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์กัน

วรรณภา คำธนวานิช⁽⁴⁶⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาโรงเรียนกวีละอุนกุล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 190 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.58 ทั้งนี้พบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางอย่างกับภาวะ

ซึมเศร้า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำอย่างกับภาวะซึมเศร้า และความบกพร่องของพัฒนาการของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างกับภาวะซึมเศร้า

อริยา คีประเสริฐ⁽⁴⁷⁾ ศึกษาสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 80.9 ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช และมีแนวโน้มมีความผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 19.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับสูงกว่าด้านอื่นๆ พฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนโดยรวมอยู่ในระดับมาก และสุขภาพจิตของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อน

จุฬารณย์ สมใจ⁽⁴⁸⁾ ศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จำนวน 58 ราย โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck พบว่า บิดามารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า มีภาวะซึมเศร้าในระดับมากและรุนแรง ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับปกติ ร้อยละ 27.58, 20.70, 22.41, 29.31 ตามลำดับ

อิชยา เชื้อนมัน⁽⁴⁹⁾ ได้ศึกษาสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จำนวน 72 คน โดยใช้แบบสอบถามสุขภาพจิตของ Veit & Ware และแบบวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติกที่พัฒนาตามแนวคิดของโอเรม ซึ่งพบว่า สัดส่วนของมารดาเด็กออทิสติกที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเท่ากับมารดาเด็กออทิสติกที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี มารดาเด็กออทิสติกมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในระดับสูงและสุขภาพจิตโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก

กัญญา รัชมนันดา⁽⁵⁰⁾ ศึกษาผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคมของบิดามารดาที่มีลูกเป็นออทิสติก โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 ราย เป็นบิดา 29 ราย มารดา 41 ราย ที่นำบุตรมารับบริการ ณ ศูนย์สุขวิทยาจิต แผนกกุมารจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และแผนกฝึกพูด โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยการใช้แบบสอบถาม SCL-90 (Symptom check list-90) ให้บิดามารดาเด็กออทิสติกเป็นผู้ประเมินตามการรับรู้ของตนเอง พบว่า ร้อยละ 7.14 ของบิดามารดา มีอาการทางกายสูงกว่าปกติ บิดามารดา มีความวิตกกังวลมากในเรื่องอาการของเด็ก และในเรื่องแหล่งบริการต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ การต้องการฝึกพูด สถานที่เรียนในอนาคต และคลินิกทันตกรรม เป็นต้น ด้านอารมณ์เศร้า พบว่า ร้อยละ 10 ของทั้งบิดาและมารดา มีอารมณ์เศร้าสูงกว่าปกติ ด้านสังคม พบว่า คะแนนที่ได้มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าปกติที่ใช้วัดทุกด้าน

นาถยุพวรรณ ภิญโญ⁽⁵¹⁾ ศึกษาความรู้สึกต่อการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กจำนวน 110 ราย โดยให้ตอบแบบสอบถามสำรวจพฤติกรรมเด็ก(Thai Youth Checklists : TYC) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามระดับความเครียด และแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกต่อการดูแล (Burden Interview : BI) ซึ่งพบว่าบิดามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อการดูแล ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง พบว่าความรู้สึกต่อการดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก และปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทของผู้ปกครอง, การสนับสนุนทางสังคม, ปัญหาพฤติกรรม, อายุ, การศึกษา, รายได้ของผู้ปกครอง, การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม, การเข้ากับเด็กคนอื่นๆ ได้ และรูปแบบการรักษา โดยเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับมีปัญหาแบบแสดงออก ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือโรคประสาทของบิดามารดาเด็กออทิสติก, การปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ของเด็กออทิสติก, สถานภาพสมรส, ความพอเพียงของรายได้, การมีสมาชิกหรือญาติมีประวัติป่วยเป็นโรคออทิสซึม, อายุของผู้ป่วย, การเข้ากับเด็กคนอื่นๆ ได้ และระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม

อรทัย ทองเพชร⁽⁵²⁾ ศึกษาภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่พานุศตรออทิสติกมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 136 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดภาระการดูแลสร้างโดยโอเบิร์ต (Oberst,1991) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติกโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภาระการดูแลด้านความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และภาระการดูแลด้านความยากลำบากอยู่ในระดับน้อย ซึ่งจากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะว่าในการให้ความช่วยเหลือมารดาเด็กออทิสติก โดยเฉพาะในด้านความต้องการการดูแลและด้านความยากลำบาก โดยให้คำปรึกษาตลอดจนให้กำลังใจเพื่อส่งเสริมให้มารดาดูแลบุตรออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร⁽⁵³⁾ ศึกษาอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาระการดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก ในรูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ให้การดูแลเด็กออทิสติก และมารับการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 70 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแลโดยรวม และพฤติกรรมดูแลโดยรวม อยู่

ในระดับมาก ปานกลาง และมาก ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีเพียงสัมพันธภาพในครอบครัวเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็กออทิสติกได้

Benson PR⁽⁵⁴⁾ ได้ศึกษาผลกระทบจากความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองสามารถทำนายได้จาก ความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติก และความเครียดที่ต่อเนื่อง ซึ่งความเครียดที่ต่อเนื่องบางส่วนก็มีผลมาจากความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติก ที่ส่งผลให้เกิดซึมเศร้าในผู้ปกครอง โดยสิ่งที่จะช่วยลดระดับความเครียดที่ต่อเนื่องและภาวะซึมเศร้าได้ ก็คือ การสนับสนุนทางสังคม แต่จากการศึกษาพบว่าสิ่งที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดระดับความเครียดที่ต่อเนื่องและภาวะซึมเศร้าได้ คือ ความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติกที่น้อยลง

อารีร์ศมี แสนจิตต์⁽⁵⁵⁾ ศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ลูกเป็นเด็กออทิสติก การแพทย์ศึกษากลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีอายุ 30-50 ปี ที่พาลูกที่เป็นออทิสติกมารับการบำบัด ณ ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า มารดาได้รับผลกระทบด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และการใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการดูแลบุตร ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับสุขภาพตนเอง ผลกระทบด้านสุขภาพของมารดา เกิดผลต่อจิตใจและการเจ็บป่วยทางกาย จึงจัดทำแผนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งผลจากการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้มารดาได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน และได้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับตนเองด้วย

Herring และคณะ⁽⁵⁶⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตผู้ปกครองและการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กพัฒนาการช้าและ PDD ที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ พบว่าปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กมีผลต่อความเครียดในมารดา ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครอง และเกิดการบกพร่องของการทำหน้าที่ของครอบครัวได้มากกว่า ปัจจัยด้านตัวโรคหรือเพศเด็ก ซึ่งการที่เด็กได้รับการบำบัดตั้งแต่ในช่วงแรกเริ่มที่ทราบว่ามีอาการ จะทำให้ลดปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กลดลงได้ โดยหากปล่อยไว้เนิ่นนานปัญหาดังกล่าวจะเพิ่มต่อเนื่องไปจนเด็กโตขึ้น ซึ่งจะยิ่งทำให้ปัญหารุนแรงและจัดการแก้ไขได้ยาก

Hastings และคณะ⁽⁵⁷⁾ วิเคราะห์ความเครียดและการรับรู้ทางบวกในบิดามารดาเด็กออทิสติกวัยก่อนวัยเรียน พบว่าปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีมากมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความทุกข์ใจในการเลี้ยงดูที่จะเพิ่มขึ้น เนื่องจากเด็กออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงง่ายต่อสถานการณ์ สถานที่ และความยากลำบากในการปรับตัว โดยจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมารดาไม่สามารถคาดเดาอาการของบุตรได้ว่าจะเกิดขึ้นตอนไหน

Kuhn JC, Carter AS.⁽⁵⁸⁾ ศึกษาประสิทธิภาพแห่งตนของมารดาเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องในความรู้ความเข้าใจการเลี้ยงดูบุตรของมารดาเด็กออทิสติก ซึ่งพบว่า ความรู้เกี่ยวกับออทิสติกไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพแห่งตนในการเลี้ยงดู แต่ประสิทธิภาพแห่งตนนั้นมีความสัมพันธ์กับความผาสุก การเป็นตัวแทน และความรู้สึกผิดของมารดาเด็กออทิสติก โดยกล่าวว่า บิดามารดาและพื้นฐานของครอบครัวที่เป็นในลักษณะสนับสนุนให้เกิดความผาสุกและมุ่งไปที่การมีความรู้ความเข้าใจการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา อาจช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพแห่งตนในการเลี้ยงดู

มันส์วี จำปาเทศ⁽⁵⁹⁾ ศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาโดยเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยพบว่าด้านการดำรงบทบาทหน้าที่ต่างๆ สูงสุด และมีการปรับตัวด้านขวัญกำลังใจต่ำสุด ผลลัพธ์การปรับตัวของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัว การรับรู้อาการบุตร ระดับความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนของสามี และมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนบุตร โดยที่อายุของมารดานั้นไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดา มารดาที่มีผลลัพธ์การปรับตัวแตกต่างกัน มีการประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน

ศิริราณี มหามาตย์⁽⁶⁰⁾ ศึกษารูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก และเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนและบุตรที่มีอายุแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กออทิสติกอายุ 1-19 ปี ที่พาบุตรมารับการส่งเสริมพัฒนาการที่มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 200 ราย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ซึ่งพบว่า มารดาของเด็กออทิสติกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ไม่ใช่พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง และพบว่ามารดาเด็กออทิสติกที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนและบุตรที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน

ประพา หมายสุข⁽³¹⁾ ศึกษาความเครียดและการปรับตัวของมารดาที่มีลูกออทิสติกกับมารดาที่มีลูกปกติ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการปรับตัวของมารดาที่มีลูกออทิสติก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีลูกออทิสติก อายุระหว่าง 3-6 ปี มารับบริการ ณ งานคลินิกเด็กและครอบครัวบำบัด สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว จำนวน 40 ราย โดยใช้แบบสอบถามระดับความเครียดของมารดาในการดูแลเด็ก และแบบวัดการปรับตัวของมารดาที่มีลูก

ออทิสติก ซึ่งพบว่า มารดาที่มีลูกออทิสติกมีระดับความเครียดมากกว่ามารดาที่มีลูกปกติในวัยเดียวกัน โดยความเครียดของมารดาที่มีลูกออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวโดยรวม

มธุลดา ชัยมี และคณะ⁽⁶¹⁾ ศึกษากระบวนการปรับตัวของบิดามารดาเด็กออทิสติก ทัศนศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้ระบบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มจำนวน 1 กลุ่ม ซึ่งมีสมาชิกกลุ่มจำนวน 6 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกกับบิดามารดาเด็กออทิสติก จำนวน 38 คน จาก 25 ครอบครัว ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกในแต่ละครั้ง 1-1.30 ชั่วโมง ที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จากนั้นติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งได้ข้อค้นพบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติก มีกระบวนการปรับตัวที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านคุณลักษณะของแต่ละบุคคล สภาวะครอบครัว สภาพของลูกที่เป็นออทิสติก และสิ่งแวดล้อม โดยที่บิดามารดาในกลุ่มนี้มีกระบวนการปรับตัวหลากหลาย มีทั้งการใช้กลไกทางจิตประเภทการปฏิเสธ โทษตัวเอง โทษผู้อื่น และหลีกเลี่ยงสังคม การใช้ศาสนาเป็นทางออก การปรับเปลี่ยนแนวคิด และการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการเผชิญปัญหาและปรับตัว ผลของการปรับตัวมีทั้งไม่ยอมรับความผิดปกติของบุตร บางคนยอมรับอย่างท้อแท้ บางคนก็ยอมรับและพร้อมจะสู้กับสิ่งที่เกิดขึ้น และบิดามารดาบางคนก็มีการเปลี่ยนไปมาระหว่างท้อแท้กับสู้

สมจิตร พิพิมาย, ภัทรารักษ์ พุงปันคำ และสิริลักษณ์ วรรณชนะพงษ์⁽⁶²⁾ ศึกษาความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก ของผู้ปกครองเด็กออทิสติก รายใหม่ที่มาใช้บริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์และโรงพยาบาลยูวประสาทวทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 58 ราย ใช้แบบประเมินความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติกที่พัฒนาโดยสมจิตร พิพิมาย และภัทรารักษ์ พุงปันคำ ซึ่งแบ่งความพร้อมเป็น 8 ด้าน พบว่าผลโดยรวมทั้ง 8 ด้าน อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลระดับมาก คือ ด้านร่างกาย ด้านดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล และด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ส่วนด้านที่มีความพร้อมในการดูแลระดับปานกลาง คือ ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านการจัดการกับความเครียดในระหว่างให้การดูแล

โสมสิริ รอดพิพัฒน์⁽⁶³⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของกลุ่มสมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา แบบสอบถามสัมพันธภาพของกลุ่มสมรส แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ พบว่า สัมพันธภาพของกลุ่มสมรส และการสนับสนุนทาง

สังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์ ส่วนการรับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์

นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล⁽⁶⁴⁾ ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่มารับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 136 ราย ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงโดยศิริภา นันทพงษ์ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งได้แก่ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน การได้เอื้อประโยชน์และช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือแนะนำในด้านต่างๆ การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งเท่ากับการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ตามลำดับ โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้รับมาก ได้แก่ คู่สมรส บิดามารดา ญาติ และบุคลากรทางสุขภาพซึ่งเท่ากับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เป็นเพื่อน ตามลำดับ

ประภาศรี ทุ่งมีผล⁽⁶⁵⁾ ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก ในกลุ่มมารดาที่พาบุตรมารับการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 200 ราย ใช้แบบสอบถามความเครียด (The Perceived Stress Scale [PSS]) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire [PRQ2000]) และแบบสอบถามความพร้อมในการดูแล โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ความพร้อมในการดูแลบุตรและความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อขจัดอิทธิพลของความเครียดแล้ว การสนับสนุนทางสังคมและความพร้อมมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ เมื่อขจัดอิทธิพลของความพร้อมแล้ว การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ และเมื่อขจัดอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมแล้ว ความเครียดและความพร้อมมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ

ศศิธร แก้วนพรัตน์⁽⁶⁶⁾ ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขวิทยาจิต กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ บิดาหรือมารดาของเด็กออทิสติกที่เข้ามามีส่วนร่วมในโรงพยาบาลกลางวันของศูนย์สุขวิทยาจิต จำนวน 126 ราย โดยการตอบแบบสอบถาม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านบริการจากเครือข่ายทางสังคมที่บิดามารดาเด็กออทิสติกได้รับ มีผลในเชิงบวกต่อความเครียด โดยทำให้ความวิตกกังวลลดลง เกิดความเข้มแข็งและปรับตัวต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ บิดามารดาของเด็กออทิสติกจึงมีความเครียดอยู่ในระดับน้อย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional)

ประชากรและตัวอย่าง

-ประชากรเป้าหมาย (target population) คือ มารดาเด็กออทิสติกที่พานบุตรเข้ามารับการรักษา ณ สถาบันราชานุกูล

-ประชากรตัวอย่าง (population sample) คือ มารดาเด็กออทิสติกที่พานบุตรอายุระหว่าง 3-10 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

-เป็นมารดาของเด็กออทิสติกและเป็นผู้ที่พาเข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล

-สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

-มารดาไม่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและติดตามข้อมูลไม่ได้

ตัวอย่าง (Sample) คือ มารดาเด็กออทิสติกที่พานบุตรอายุระหว่าง 3-10 ปีเข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม – 20 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ที่เข้าเกณฑ์ศึกษาทั้งหมด โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างจำนวน 155 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉลี่ย 15 – 20 รายต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{Z^2 \alpha_2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุปข้อมูลเท่ากับร้อยละ 95

$P =$ ความชุกภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก อ้างอิงจากการทบทวนการศึกษาของกัญญา รัชญมันตา ที่รายงานผลการศึกษาในปี 2535 ได้ค่าความชุก เท่ากับ 0.1

$q = 1 - p$ มีค่าเท่ากับ 0.9

$d =$ ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

คำนวณจะได้

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.1)(0.9)}{(0.05)^2} = 138.29$$

ขนาดตัวอย่าง = 138 คน

เก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 เท่ากับ 151.8 คิดเป็น 152 ราย

เพราะฉะนั้นในการวิจัยนี้จึงใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกณฑ์คือ 152 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามทั้งหมด 75 ข้อ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ได้แก่ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ลักษณะงาน รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม การใช้สารเสพติด และข้อมูลของเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ เพศ ลำดับการเกิด โรคประจำตัว ระยะเวลาการดูแลรักษา รูปแบบการรักษา และปัญหาพฤติกรรม

2. แบบวัดหาโรคซึมเศร้า (Health-Related Self-Report : HRSR The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนาโดยดวงใจ กษานติกุล และคณะ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินแบบเรียงอันดับ (Ordinal rating scale) แบบ 4 มาตรา จำนวน 20 ข้อ ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไป แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องภายใน Cronbach's Alpha coefficient = 0.91 โดยตัวแปรที่วัดคืออาการด้านซึมเศร้า ผู้รับการทดสอบสามารถทำการประเมินตนเอง แบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการคือ

1. กลุ่มอาการทางกาย (Vegetative symptoms) มี 4 ข้อ ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย รู้สึกซึมเศร้าเมื่อตื่นนอนตอนเช้า

2. ความกระตือรือร้น (Motivational symptoms) มี 4 ข้อ ได้แก่ รู้สึกเบื่อเมื่อไม่อยากจะทำอะไร
อยากอยู่เฉย ชีวิตไม่มีความสุข พยายามฆ่าตัวตาย
3. กลุ่มอาการทางความคิด (Cognitive symptoms) มี 4 ข้อ ได้แก่ คิดมากกังวล ไม่มีสมาธิ
ตัดสินใจไม่ได้ ต่ำหนิตัวเอง
4. กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Psychological or mood symptoms) มี 5 ข้อ ได้แก่ รู้สึกเศร้าหุดหู่
ร้องไห้หรืออยากร้องไห้ เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง คิดอยากตาย คนอื่นทักว่าเครียด ซึม
หมองคล้ำ

วิธีการให้คะแนน

ในข้อ 1-4, 6-9, 11-14, 16-19 เป็นคำถามด้านลบให้คะแนนดังนี้

บ่อยๆ = 3 ค่อนข้างบ่อย = 2 บางครั้ง = 1 ไม่เลย = 0

ในข้อ 5, 10, 15 เป็นคำถามด้านลบให้คะแนนดังนี้

บ่อยๆ = 0 ค่อนข้างบ่อย = 1 บางครั้ง = 2 ไม่เลย = 3

ในข้อ 20 ให้คะแนนดังนี้ เคย = 3 ไม่เคย = 0

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ถ้าใช้คะแนนตัดที่ 30 จะได้ค่า sensitivity ร้อยละ 90.2 และค่า specificity ร้อยละ 85.3 สำหรับ major depression และคะแนนตัดที่ 25 จะได้ค่า sensitivity ร้อยละ 75.1 และค่า specificity ร้อยละ 93.4

การแปลผล คะแนน 25-30 มีภาวะซึมเศร้า คะแนนมากกว่า 30 บ่งเป็นโรคซึมเศร้า

3. แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II) ของแบรนด์และไวเนอร์ท (Brand and Weinert) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็น Self-rating scale 5 ระดับ พิจารณา 5 องค์ประกอบคือ 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 แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha coefficient = 0.85

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

0 = ไม่จริงเลย, 1 = เป็นจริงเล็กน้อย, 2 = เป็นจริงปานกลาง, 3 = เป็นจริงมาก, 4 = เป็นจริงมากที่สุด

คำถามเชิงลบ (4, 7, 10, 15, 24) ให้คะแนนกลับกัน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

-แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด ลบ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

-แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบวัด ลบ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

-แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล โดยผู้วิจัยศึกษาจากหนังสือ งานวิจัย วารสาร วิทยานิพนธ์ เอกสารราชการ รายงานการประชุม และเอกสารอื่นๆ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อส่งถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อขออนุญาตและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. นำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

4. เมื่ออนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

5.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ชี้แจง

วัตถุประสงค์ และการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนการระบุชื่อ และเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ รวมทั้งจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะในรูปแบบของการสรุปผลรวมของการวิจัยเท่านั้น จากนั้นขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม

5.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม

จำนวน 3 ชุด

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 15 นาที

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อมูลขาดหายไป ผู้วิจัยจะซักถามผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ได้ข้อความและข้อมูลครบสมบูรณ์ทุกข้อและนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Window 16.0 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) ได้แก่ Chi-Square test, One - Way ANOVA เพื่อสรุปผลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3 - 10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยเก็บข้อมูลจากมารดาของเด็กออทิสติกที่มีอายุ 3 - 10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล จำนวน 155 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็กออทิสติก

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็กออทิสติก

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=155)	ร้อยละ
1. อายุ (\bar{x} =36.92, S.D.=6.43, min = 25, max = 50)		
1.1 ช่วงอายุ 25-34 ปี	58	37.4
1.2 ช่วงอายุ 35-44 ปี	80	51.6
1.3 ช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป	17	11.0

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=155)	ร้อยละ
2. ศาสนา		
2.1 พุทธ	150	96.8
2.2 คริสต์	2	1.3
2.3 อิสลาม	3	1.9
3. การศึกษา		
3.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.9
3.2 ประถมศึกษา	28	18.1
3.3 มัธยมศึกษาตอนต้น	22	14.2
3.4 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	31	20.0
3.5 ปวส/อนุปริญญา	24	15.5
3.6 ปริญญาตรี	41	29.5
3.7 สูงกว่าปริญญาตรี	6	3.8
4. อาชีพ		
4.1 รับจ้าง/พนักงานบริษัท	34	21.9
4.2 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	32	20.6
4.3 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	2.6
4.4 วิชาชีพอิสระ	2	1.3
4.5 เกษตรกร	13	8.4
4.5 แม่บ้าน	70	45.2
5. ลักษณะงาน		
5.1 ทำงานที่บ้าน	106	68.4
5.2 ทำงานนอกบ้าน	49	31.6

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออกทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=155)	ร้อยละ
6. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน (\bar{x} =21,800, S.D.=21,020, min = 1,500, max =110,000)		
6.1 น้อยกว่า 10,000 บาท	40	25.8
6.2 10,001 – 20,000 บาท	69	44.5
6.3 20,001 – 30,000 บาท	20	12.9
6.4 มากกว่า 30,000 บาท	26	16.8
7. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว		
7.1 เพียงพอ	86	55.5
7.2 ไม่เพียงพอ	69	44.5
8. หนี้สิน		
8.1 ไม่มี	45	29.0
8.2 มีในระดับจัดการได้	100	64.5
8.3 มีมากและสร้างปัญหาให้ชีวิต	10	6.5
9. สถานภาพสมรส		
9.1 สมรสแยกกันอยู่	18	11.6
9.2 สมรสอยู่ด้วยกัน	113	72.9
9.3 คู่สมรสเสียชีวิต	6	3.9
9.4 หย่าร้าง	18	11.6
10. ความสัมพันธ์ของคู่สมรสที่อยู่ด้วยกัน(n=113)		
10.1 ไม่เครียด	37	32.7
10.2 เครียดเล็กน้อย	39	34.5
10.3 เครียดปานกลาง	32	28.4
10.4 เครียดมาก	5	4.4

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออกทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=155)	ร้อยละ
11. จำนวนบุตร		
11.1 มีบุตรคนเดียว	67	43.2
11.2 มีบุตร 2 คน	69	44.5
11.3 มีบุตร 3 คนขึ้นไป	19	12.3
12. ลักษณะครอบครัว		
12.1 ครอบครัวเดี่ยว(พ่อแม่ลูก)	101	65.2
12.2 ครอบครัวขยาย(พ่อแม่ลูกและญาติ)	54	34.8
13. ประวัติโรคประจำตัว		
13.1 ไม่มี	120	77.4
13.2 มี	35	22.6
-ภูมิแพ้	7	4.52
-โลหิตจาง	5	3.23
-ภูมิแพ้/ไมเกรน	5	3.23
-ไมเกรน/ความดันต่ำ	4	2.58
-ความดันโลหิตสูง/เบาหวาน	3	1.94
-เบาหวาน	3	1.94
-ความดันโลหิตสูง	3	1.94
-มะเร็ง	2	1.29
-ไทรอยด์	2	1.29
-หัวใจ	1	0.64

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=155)	ร้อยละ
14. ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย		
14.1 ไม่มี	132	85.2
14.2 มี	23	14.8
- ผ่าตัด	10	6.2
- อุบัติเหตุทางถนน	13	8.6
15. ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม		
15.1 ไม่มี	149	96.1
15.2 มี(ซึมเศร้า)	6	3.9
16. สารเสพติดที่ใช้		
16.1 ไม่มี	146	94.2
16.2 บุหรี่	4	2.3
16.3 แอลกอฮอล์	5	3.5
17. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะออทิสติกของมารดา		
17.1 ไม่มีความรู้ความเข้าใจ	18	11.6
17.2 มีความรู้ความเข้าใจเล็กน้อย	75	48.4
17.3 มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี	62	40.0

จากตารางที่ 1 พบว่ามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 35-44 ปี จำนวน 80 ราย (ร้อยละ 51.6) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 150 ราย(ร้อยละ 96.8) โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 41 ราย(ร้อยละ 29.5) ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 70 ราย(ร้อยละ 45.2) โดยส่วนใหญ่จะทำงานที่บ้าน จำนวน 106 ราย(ร้อยละ 68.4) ทำงานนอกบ้าน จำนวน 49 ราย(ร้อยละ 41.6) รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท จำนวน 69 ราย(ร้อยละ 44.5) น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 40 ราย(ร้อยละ 25.8) มากกว่า 30,000 บาท จำนวน 26 ราย(ร้อยละ 16.8) และในช่วง 20,001-30,000 บาท จำนวน 20 ราย

(ร้อยละ 12.9) โดยมารดาส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ จำนวน 86 ราย(ร้อยละ 55.5) ไม่เพียงพอ จำนวน 69 ราย(ร้อยละ 44.5) และพบว่ามีหนี้สินในระดับจัดการได้ จำนวน 100 ราย (ร้อยละ 64.5) ไม่มีหนี้สิน จำนวน 45 ราย(ร้อยละ 29)

สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกัน จำนวน 113 ราย(ร้อยละ 72.9) ความสัมพันธ์ของคู่สมรสที่อยู่ด้วยกันมีเครียดเล็กน้อย จำนวน 39 ราย(ร้อยละ 34.5) ไม่เครียด จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 32.7) เครียดปานกลาง จำนวน 32 ราย(ร้อยละ 28.3) เครียดมาก จำนวน 5 ราย(ร้อยละ 4.4) ส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน จำนวน 69 ราย(ร้อยละ 44.5) และมีบุตรคนเดียว จำนวน 67 ราย(ร้อยละ 43.2) ลักษณะครอบครัวอยู่กันแบบครอบครัวเดี่ยว(พ่อ แม่ ลูก) จำนวน 101 ราย(ร้อยละ 65.2) ครอบครัวขยาย จำนวน 54 ราย(ร้อยละ 34.8)

มารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติราชการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติด โดยมีค่าร้อยละดังนี้ ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางกาย จำนวน 132 ราย(ร้อยละ 85.2) ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช จำนวน 149 ราย(ร้อยละ 96.1) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 77.4) โดยส่วนใหญ่ไม่มีการใช้สารเสพติด จำนวน 146 ราย(ร้อยละ 94.2)

มารดาส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะออทิสติกเล็กน้อย จำนวน 75 ราย (ร้อยละ 48.4) มีความรู้ความเข้าใจเป็นยอดดี จำนวน 62 ราย(ร้อยละ 40) และไม่มีความรู้ความเข้าใจ จำนวน 18 ราย(ร้อยละ 11.6)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=155)	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 เพศชาย	132	85.2
1.2 เพศหญิง	23	14.8
2. อายุ ($\bar{x}=5.85$, S.D.=2.37, min = 3, max = 10)		
2.1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	70	45.2
2.2 ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	85	54.8
3. การศึกษา		
3.1 ชั้นเรียนปกติ	69	44.5
3.2 ชั้นเรียนพิเศษ	47	30.3
3.3 ไม่ได้เข้าเรียน	39	25.2
4. การดูแลเด็ก		
4.1 มารดาดูแลคนเดียว	61	39.4
4.2 มีคนช่วยดูแล	94	60.6
- พ่อเด็ก/สามี	28	18.1
-ญาติพี่น้อง	48	30.9
-จ้างพี่เลี้ยง	18	11.6
5. เวลาที่มารดาดูแลเด็กในหนึ่งวันโดยเฉลี่ย		
5.1 ในวันที่เด็กไปโรงเรียน ($\bar{x}=16.00$, S.D.=6.72, min = 0, max = 24)		
-น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	16	10.3
- 6-10 ชั่วโมง	14	9.5
- 11-15 ชั่วโมง	25	16.2
- 16-20 ชั่วโมง	60	38.2
- 20 ชั่วโมงขึ้นไป	40	25.8

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=155)	ร้อยละ
5. เวลาที่มารดาดูแลเด็กในหนึ่งวัน โดยเฉลี่ย		
5.2 ในวันหยุดเด็กไม่ได้ไปโรงเรียน ($\bar{x}=20.76$, S.D.=6.05, min = 0, max = 24)		
-น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	8	5.2
- 6-10 ชั่วโมง	9	5.8
- 11-15 ชั่วโมง	9	5.8
- 16-20 ชั่วโมง	16	10.3
- 20 ชั่วโมงขึ้นไป	113	72.9
6. ลำดับการเกิด		
6.1 บุตรคนเดียว/บุตรคนที่ 1	100	64.5
6.2 บุตรคนที่ 2	39	25.2
6.3 บุตรคนที่ 3	14	9.0
6.4 บุตรคนที่ 4	2	1.3
7. สุขภาพเด็ก		
7.1 แข็งแรง	140	90.3
7.2 มีโรคประจำตัว	15	9.7
-ลมชัก	7	4.52
-หอบหืด/ระบบทางเดินหายใจ	6	3.88
-หัวใจ	2	1.30
8. ระยะเวลาการรักษา ($\bar{x}=3.39$, S.D.=2.16, min = 0.08, max = 9)		
8.1 น้อยกว่า 1 ปี	21	13.5
8.2 1-2 ปี	39	25.2
8.3 3-4 ปี	52	33.5
8.4 5-6 ปี	30	19.4
8.5 6 ปีขึ้นไป	13	8.4

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของเด็กออทิสติก จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวน (n=155)	ร้อยละ
9. รูปแบบการรักษา		
9.1 รับประทานยาอย่างเดียว	22	14.2
9.2 ไม่ได้รับประทานยาแต่ได้รับการรักษาอื่นๆ	57	36.8
9.3 รับประทานยาและได้รับการรักษาอื่นๆ	76	49.0
10. สถานที่รักษา		
10.1 ที่สถาบันราชานุกูลที่เดียว	39	25.2
10.2 เคยได้รับการรักษามากกว่าหนึ่งแห่ง	116	74.8
โรงพยาบาลรัฐทั่วไป	56	36.1
โรงพยาบาลรัฐทางจิตเวช	38	24.5
โรงพยาบาลเอกชน	22	14.2
11. ปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวล		
11.1 ระดับน้อยมาก	7	4.5
11.2 ระดับน้อย	12	7.7
11.3 ระดับปานกลาง	45	29.0
11.4 ระดับมาก	65	41.9
11.5 ระดับมากที่สุด	26	16.9
12. ปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา		
12.1 ระดับน้อยมาก	19	12.3
12.2 ระดับน้อย	23	14.8
12.3 ระดับปานกลาง	55	35.5
12.4 ระดับมาก	43	27.7
12.5 ระดับมากที่สุด	15	9.7

จากตารางที่ 2 พบว่าเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 132 ราย (ร้อยละ 85.2) เป็นเพศหญิง จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 14.8) มีอายุอยู่ระหว่าง 6-10 ปี จำนวน 85 ราย (ร้อยละ 54.8) ช่วงอายุระหว่าง 3-5 ปี จำนวน 70 ราย (ร้อยละ 45.2)

ระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่สามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนปกติได้ จำนวน 69 ราย (ร้อยละ 44.5) เรียนในชั้นเรียนพิเศษ จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 47.3) และไม่ได้เข้าเรียน จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 25.2) โดยส่วนใหญ่มารดาจะมีผู้ช่วยดูแล จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 60.6) มารดาใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 16-20 ชั่วโมงต่อวันในวันที่เด็กไปโรงเรียน (ร้อยละ 38.2) และ 20 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวันในวันหยุด (ร้อยละ 72.9) เด็กส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 (ร้อยละ 64.5) และพบว่ามีสุขภาพแข็งแรงเป็นส่วนมาก จำนวน 140 ราย (ร้อยละ 90.3) รวมระยะเวลาในการรักษาออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3-4 ปี (ร้อยละ 33.5)

รูปแบบในการรักษาส่วนใหญ่จะมีทั้งรับประทานยาและรับการรักษาอื่นๆ จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 49) รองลงมาคือไม่ได้รับประทานยาแต่รับการรักษาอื่นๆ จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 36.8) และรับประทานยาอย่างเดียว จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 14.2) ซึ่งส่วนใหญ่จะเคยเข้ารับการรักษามากกว่าหนึ่งแห่งร้อยละ 74.8

เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลอยู่ในระดับมากร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 29 ระดับมากที่สุดร้อยละ 16.9 ระดับน้อยร้อยละ 7.7 และระดับน้อยมากร้อยละ 4.5 ตามลำดับ และปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ ระดับมาก ร้อยละ 27.7 ระดับน้อย ร้อยละ 14.8 ระดับน้อยมาก ร้อยละ 12.3 ระดับมากที่สุด ร้อยละ 9.7 ตามลำดับ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (n=155)	ร้อยละ
1. มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับคะแนนน้อยกว่า 25	124	80.0
2. มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับคะแนน 25-29	23	14.8
3. มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับคะแนน 30 ขึ้นไป	8	5.2

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามภาวะซึมเศร้าพบว่า มารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับคะแนนน้อยกว่า 25 ร้อยละ 80 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับคะแนน 25-29 และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับคะแนน 30 ขึ้นไป ร้อยละ 14.8 และ 5.2 ตามลำดับ

โดยเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษานี้มีเกณฑ์ในการแปลผล คือ คะแนน 25-30 มีภาวะซึมเศร้า คะแนนมากกว่า 30 บ่งเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้นในการวิจัยนี้จะแบ่งกลุ่มมารดาเด็กออทิสติกเป็น 2 กลุ่มในการวิเคราะห์ข้อมูล คือกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับคะแนนน้อยกว่า 25 และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม (\bar{x} =58.48, S.D.=11.98)	จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	38(24.5)	87(56.1)	30(19.4)
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือ- และคำแนะนำ	42(27.1)	80(51.6)	33(21.3)
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรม- เลี้ยงดูผู้อื่น	34(21.9)	84(54.2)	37(23.9)
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึง- คุณค่าของตนเอง	34(21.9)	100(64.5)	21(13.6)
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านความผูกพันใกล้ชิด	42(27.1)	80(51.6)	33(21.3)
แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม	26(16.8)	106(68.4)	23(14.8)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาเด็กออทิสติก จำแนกตามแรงสนับสนุนทางสังคม จากแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (PRQ Part II) ของแบรนต์และไวเนอร์ โดยใช้เกณฑ์แบ่งตามคะแนนเฉลี่ยบวกลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่ามารดาเด็กออทิสติก มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางมากที่สุดคือ ร้อยละ 68.4 รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.8 และ 14.8 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาแยกเป็นแต่ละด้าน พบว่ามารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองมากที่สุดคือ ร้อยละ 64.5 ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 56.1 ด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ร้อยละ 54.2 และด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำซึ่งเท่ากับด้านความผูกพันใกล้ชิดคือ ร้อยละ 51.6

มารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำซึ่งเท่ากับด้านความผูกพันใกล้ชิดมากที่สุดคือ ร้อยละ 27.1 รองลงมาคือด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 24.5 และด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นซึ่งเท่ากับด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ร้อยละ 21.9

มารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นสูงสุด ร้อยละ 23.9 รองลงมาคือด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำซึ่งเท่ากับด้านความผูกพันใกล้ชิดคือ ร้อยละ 21.3 ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 19.4 และด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ร้อยละ 13.6



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็ก
ออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล**

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็ก
ออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูลโดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา (n=155)	ภาวะซึมเศร้า		รวม	p-value
	คะแนน < 25	คะแนน \geq 25		
อายุ				
-ช่วงอายุ 25-34 ปี	44(75.9)	14(21.1)	58(100)	0.48
-ช่วงอายุ 35-44 ปี	67(83.8)	13(16.2)	80(100)	
-ช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป	13(76.5)	4(23.5)	17(100)	
ศาสนา				
-พุทธ	119(79.3)	31(20.7)	150(100)	0.58 ^a
-อื่นๆ	5(100)	0(0)	5(100)	
ระดับการศึกษา				
-ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	24(77.4)	7(22.6)	31(100)	0.85
-มัธยมศึกษา	41(77.4)	12(22.6)	53(100)	
-อนุปริญญา/ปวส.	20(83.3)	4(16.7)	24(100)	
-ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า	39(83.0)	8(17)	47(100)	
อาชีพ				
-รับจ้าง/พนักงานบริษัท	28(82.4)	6(17.6)	34(100)	0.66
-ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25(78.1)	7(21.9)	32(100)	
-แม่บ้าน	54(77.1)	16(22.9)	70(100)	
-อื่นๆ	17(89.5)	2(10.5)	19(100)	
ลักษณะงาน				
-ทำงานที่บ้าน	84(79.2)	22(20.8)	106(100)	0.73
-ทำงานนอกร้าน	40(81.6)	9(18.4)	49(100)	

ตารางที่ 5(ต่อ)ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับภาวะซึมเศร้าของมารดา
เด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา (n=155)	ภาวะซึมเศร้า		รวม	p-value
	คะแนน < 25	คะแนน \geq 25		
สถานภาพสมรส				
-อยู่ด้วยกัน	91(80.5)	22(19.5)	113(100)	0.79
-แยกหย่า/หม้าย	33(78.6)	9(21.4)	42(100)	
ลักษณะครอบครัว				
-ครอบครัวเดี่ยว	78(77.2)	23(22.8)	101(100)	0.24
-ครอบครัวขยาย	46(85.2)	8(14.8)	54(100)	
รายได้ของครอบครัว				
-น้อยกว่า 10,000 บาท	41(67.2)	20(32.8)	61(100)	0.004**
- 10,001 – 20,000 บาท	39(81.2)	9(18.8)	48(100)	
- 20,001 – 30,000 บาท	19(95.0)	1(5.0)	20(100)	
- มากกว่า 30,000 บาท	25(96.2)	1(3.8)	26(100)	
ความเพียงพอของรายได้				
-เพียงพอ	79(91.9)	7(8.1)	86(100)	0.000**
-ไม่เพียงพอ	45(65.2)	24(34.8)	69(100)	
หนี้สิน				
-มี	90(81.8)	20(18.2)	110(100)	0.38
-ไม่มี	34(75.6)	11(24.4)	45(100)	
จำนวนบุตร				
-มีบุตรคนเดียว	53(79.1)	14(20.9)	67(100)	0.95
-มีบุตร 2 คน	56(81.2)	13(18.8)	69(100)	
-มีบุตร 3 คนขึ้นไป	15(78.9)	4(21.1)	19(100)	

ตารางที่ 5(ต่อ)ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับภาวะซึมเศร้าของมารดา
เด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา (n=155)	ภาวะซึมเศร้า			p-value
	คะแนน < 25	คะแนน \geq 25	รวม	
ประวัติโรคประจำตัว				
-มี	26(74.3)	9(25.7)	35(100)	0.34
-ไม่มี	98(81.7)	22(18.3)	120(100)	
ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย				
-มี	19(82.6)	4(17.4)	23(100)	1.00 ^a
-ไม่มี	105(79.5)	27(20.5)	132(100)	
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม				
-มี	2(33.3)	4(66.7)	6(100)	0.015 ^{*a}
-ไม่มี	122(81.9)	27(18.1)	149(100)	
การใช้สารเสพติด				
-มี	8(88.9)	1(11.1)	9(100)	0.69 ^a
-ไม่มี	116(79.5)	30(20.5)	146(100)	
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค				
-ไม่มีความรู้ความเข้าใจ	12(66.7)	6(33.3)	18(100)	0.20
-มีความรู้ความเข้าใจเล็กน้อย	59(78.7)	16(21.3)	75(100)	
-มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี	53(85.5)	9(14.5)	62(100)	

*p<0.05, **p<0.01, a =Fisher's Exact Test

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ Chi - Square พบว่ารายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< 0.01 และประวัติโรคทางจิตเวชเดิม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูลโดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของ- เด็กออทิสติก (n=155)	ภาวะซึมเศร้า			p-value
	คะแนน < 25	คะแนน ≥ 25	รวม	
เพศ				
-ชาย	104(78.8)	28(21.2)	132(100)	0.57 ^a
-หญิง	20(87.0)	3(13.0)	23(100)	
อายุ				
-น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	60(85.7)	10(14.3)	70(100)	0.11
-ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	64(75.3)	21(24.7)	85(100)	
การศึกษา				
-ชั้นเรียนปกติ	56(81.2)	13(18.8)	69(100)	0.58
-ชั้นเรียนพิเศษ	39(83.0)	8(17.0)	47(100)	
-ไม่ได้เข้าเรียน	29(74.4)	10(25.6)	39(100)	
การดูแลเด็ก				
-มารดาดูแลคนเดียว	44(72.1)	17(27.9)	61(100)	0.049*
-มีคนช่วยดูแล	80(85.1)	14(14.9)	94(100)	
เวลาที่มารดาดูแลเด็กในหนึ่งวันโดยเฉลี่ย				
-ในวันที่เด็กไปโรงเรียน				
-น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	13(81.2)	3(18.8)	16(100)	0.42
- 6-10 ชั่วโมง	12(85.7)	2(14.3)	14(100)	
- 11-15 ชั่วโมง	22(88.0)	3(12.0)	25(100)	
- 16-20 ชั่วโมง	49(81.7)	11(18.3)	60(100)	
- 20 ชั่วโมงขึ้นไป	28(70.0)	12(30.0)	40(100)	

ตารางที่ 6 (ต่อ)ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูลโดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก (n=155)	ภาวะซึมเศร้า			p-value
	คะแนน < 25	คะแนน \geq 25	รวม	
เวลาที่มารดาดูแลเด็กในหนึ่งวันโดยเฉลี่ย				
-ในวันหยุด				
- ไม่เกิน 15 ชั่วโมง	22(84.6)	4(15.4)	26(100)	0.44
- 16-20 ชั่วโมง	11(68.8)	5(31.2)	16(100)	
- 20 ชั่วโมงขึ้นไป	91(80.5)	22(19.5)	113(100)	
ลำดับการเกิด				
-บุตรคนเดียว/บุตรคนที่ 1	76(76.0)	24(24.0)	100(100)	0.19
-บุตรคนที่ 2	35(89.7)	4(10.3)	39(100)	
-บุตรคนที่ 3-4	13(81.2)	3(18.8)	16(100)	
สุขภาพเด็ก				
-แข็งแรง	120(85.7)	20(14.3)	140(100)	<0.001***
-มีโรคประจำตัว	4(3.2)	11(35.5)	15(100)	
ระยะเวลาการรักษา				
-น้อยกว่า 1 ปี	18(85.7)	3(14.3)	21(100)	0.14
- 1-2 ปี	33(84.6)	6(15.4)	39(100)	
- 3-4 ปี	43(82.7)	9(17.3)	52(100)	
- 5-6 ปี	23(76.7)	7(23.3)	30(100)	
- 6 ปีขึ้นไป	7(53.8)	6(46.2)	13(100)	
รูปแบบการรักษา				
-รับประทานยาอย่างเดียว	16(72.7)	6(27.3)	22(100)	0.49
-ไม่ได้รับประทานยาแต่รับการรักษาอื่นๆ	48(84.2)	9(15.8)	57(100)	
-รับประทานยาและรับการรักษาอื่นๆ	60(78.9)	16(21.1)	76(100)	

ตารางที่ 6 (ต่อ)ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก (n=155)	ภาวะซึมเศร้า			p-value
	คะแนน < 25	คะแนน ≥ 25	รวม	
สถานที่รักษา				
-ที่สถาบันราชานุกูลที่เดียว	37(94.9)	2(5.1)	39(100)	0.007**
-เคยรับการรักษาที่อื่นหนึ่งแห่ง	87(75.0)	29(25)	116(100)	
ปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวล				
-ระดับน้อยมาก	7(100)	0(0)	7(100)	<0.001***
-ระดับน้อย	12(100)	0(0)	12(100)	
-ระดับปานกลาง	43(95.6)	2(4.4)	45(100)	
-ระดับมาก	52(80.0)	13(20.0)	65(100)	
-ระดับมากที่สุด	10(38.5)	16(61.5)	26(100)	
ปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา				
-ระดับน้อยมากถึงน้อย	41(97.6)	1(2.4)	42(100)	<0.001***
-ระดับปานกลาง	48(87.3)	7(12.7)	55(100)	
-ระดับมาก	31(72.1)	12(27.9)	43(100)	
-ระดับมากที่สุด	4(26.7)	11(73.3)	15(100)	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ Chi – Square พบว่าสถานที่รักษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.01 ในส่วนของปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่ทำให้มารดากังวล และปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< 0.001

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา (n=155)	แรงสนับสนุนทางสังคม			p-value
	ต่ำ	กลาง-สูง	รวม	
อายุ				
-ช่วงอายุ 25-34 ปี	12(20.7)	46(79.3)	58(100)	0.33
-ช่วงอายุ 35-44 ปี	10(12.5)	70(87.5)	80(100)	
-ช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป	4(23.5)	13(76.5)	17(100)	
ศาสนา				
-พุทธ	25(16.7)	125(83.3)	150(100)	0.61 ^a
-อื่นๆ	1(20)	4(80)	5(100)	
ระดับการศึกษา				
-ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	4(12.9)	27(87.1)	31(100)	0.36
-มัธยมศึกษา	12(22.6)	41(77.4)	53(100)	
-อนุปริญญา/ปวส.	5(20.8)	19(79.2)	24(100)	
-ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า	5(10.6)	42(89.4)	47(100)	
อาชีพ				
-รับจ้าง/พนักงานบริษัท	5(14.7)	29(85.3)	34(100)	0.54
-ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4(12.5)	28(87.5)	32(100)	
-แม่บ้าน	15(21.4)	55(78.6)	70(100)	
-อื่นๆ	2(10.5)	17(89.5)	19(100)	
ลักษณะงาน				
-ทำงานที่บ้าน	18(17.0)	88(83.0)	106(100)	0.56
-ทำงานนอกบ้าน	8(16.3)	41(83.7)	49(100)	

ตารางที่ 7 (ต่อ)ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา (n=155)	แรงสนับสนุนทางสังคม			p-value
	ต่ำ	กลาง-สูง	รวม	
สถานภาพสมรส				
-อยู่ด้วยกัน	16(14.2)	97(85.8)	113(100)	0.12
-แยก/หย่า/หม้าย	10(23.8)	32(76.2)	42(100)	
ลักษณะครอบครัว				
-ครอบครัวเดี่ยว	16(15.8)	85(84.2)	101(100)	0.42
-ครอบครัวขยาย	10(18.5)	44(81.5)	54(100)	
รายได้ของครอบครัว				
-น้อยกว่า 10,000 บาท	16(26.2)	45(73.8)	61(100)	0.05*
- 10,001 – 20,000 บาท	7(14.6)	41(85.4)	48(100)	
- 20,001 – 30,000 บาท	1(5.0)	19(95.0)	20(100)	
- มากกว่า 30,000 บาท	2(7.7)	24(92.3)	26(100)	
ความเพียงพอของรายได้				
-เพียงพอ	9(10.5)	77(89.5)	86(100)	0.02*
-ไม่เพียงพอ	17(24.6)	52(75.4)	69(100)	
หนี้สิน				
-มี	19(17.3)	91(82.7)	110(100)	0.50
-ไม่มี	7(15.6)	38(84.4)	45(100)	
จำนวนบุตร				
-มีบุตรคนเดียว	13(19.4)	54(80.6)	67(100)	0.74
-มีบุตร 2 คน	10(14.5)	59(85.5)	69(100)	
-มีบุตร 3 คนขึ้นไป	3(15.8)	16(84.2)	19(100)	

ตารางที่ 7 (ต่อ)ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูลโดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา (n=155)	แรงสนับสนุนทางสังคม			p-value
	ต่ำ	กลาง-สูง	รวม	
ประวัติโรคประจำตัว				
-มี	8(22.9)	27(77.1)	35(100)	0.30 ^a
-ไม่มี	18(15.0)	102(85.0)	120(100)	
ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย				
-มี	2(8.7)	21(91.3)	23(100)	0.37 ^a
-ไม่มี	24(18.2)	108(81.8)	132(100)	
ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม				
-มี	3(50.0)	3(50.0)	6(100)	0.06 ^a
-ไม่มี	23(15.4)	126(84.6)	149(100)	
การใช้สารเสพติด				
-มี	0(0.0)	9(100.0)	9(100)	0.36 ^a
-ไม่มี	26(17.8)	120(72.2)	146(100)	
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค				
-ไม่มีความรู้ความเข้าใจ	3(16.7)	15(83.3)	18(100)	0.98
-มีความรู้ความเข้าใจเล็กน้อย	13(17.3)	62(82.7)	75(100)	
-มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี	10(16.1)	52(83.9)	62(100)	

*p<0.05, a =Fisher's Exact Test

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ Chi – Square พบว่ารายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< 0.05 ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก (n=155)	แรงสนับสนุนทางสังคม			p-value
	ต่ำ	กลาง-สูง	รวม	
เพศ				
-ชาย	24(18.2)	108(81.8)	132(100)	0.37 ^a
-หญิง	2(8.7)	21(91.3)	23(100)	
อายุ				
-น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	13(15.3)	57(84.7)	70(100)	0.67
-ตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	13(15.3)	72(84.7)	85(100)	
การศึกษา				
-ชั้นเรียนปกติ	13(18.8)	56(81.2)	69(100)	0.16
-ชั้นเรียนพิเศษ	4(8.5)	43(91.5)	47(100)	
-ไม่ได้เข้าเรียน	9(23.1)	30(76.9)	39(100)	
การดูแลเด็ก				
-มารดาดูแลคนเดียว	18(29.5)	43(70.5)	61(100)	0.001***
-มีคนช่วยดูแล	8(8.5)	86(91.5)	94(100)	
เวลาที่มารดาดูแลเด็กในหนึ่งวันโดยเฉลี่ย				
-ในวันที่เด็กไปโรงเรียน				
-น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	1(6.2)	15(93.8)	16(100)	0.10
- 6-10 ชั่วโมง	1(7.1)	13(92.9)	14(100)	
- 11-15 ชั่วโมง	3(12.0)	22(88.0)	25(100)	
- 16-20 ชั่วโมง	9(15.0)	51(85.0)	60(100)	
- 20 ชั่วโมงขึ้นไป	12(30.0)	28(70.0)	40(100)	

ตารางที่ 8 (ต่อ)ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูลโดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก (n=155)	แรงสนับสนุนทางสังคม			p-value
	ต่ำ	กลาง-สูง	รวม	
เวลาที่มารดาดูแลเด็กในหนึ่งวันโดยเฉลี่ย				
-ในวันหยุด				
- ไม่เกิน 15 ชั่วโมง	2(7.7)	24(92.3)	26(100)	0.31
- 16-20 ชั่วโมง	2(12.5)	14(87.5)	16(100)	
- 20 ชั่วโมงขึ้นไป	22(19.5)	91(80.5)	113(100)	
ลำดับการเกิด				
-บุตรคนเดียว/บุตรคนที่ 1	21(21.0)	79(79.0)	100(100)	0.15
-บุตรคนที่ 2	3(7.7)	36(92.3)	39(100)	
-บุตรคนที่ 3-4	2(12.5)	14(87.5)	16(100)	
สุขภาพเด็ก				
-แข็งแรง	20(14.3)	120(85.7)	140(100)	<0.02 ^{a*}
-มีโรคประจำตัว	6(40.0)	9(60.0)	15(100)	
ระยะเวลาการรักษา				
-น้อยกว่า 1 ปี	3(14.3)	18(85.7)	21(100)	0.73
- 1-2 ปี	6(15.4)	33(84.6)	39(100)	
- 3-4 ปี	8(15.4)	44(84.6)	52(100)	
- 5-6 ปี	5(16.7)	25(83.3)	30(100)	
- 6 ปีขึ้นไป	4(30.8)	9(69.2)	13(100)	
รูปแบบการรักษา				
-รับประทานยาอย่างเดียว	4(18.2)	18(81.8)	22(100)	0.78
-ไม่ได้รับประทานยาแต่รับการรักษาอื่นๆ	8(14.0)	49(86.0)	57(100)	
-รับประทานยาและรับการรักษาอื่นๆ	14(18.4)	62(81.6)	76(100)	

ตารางที่ 8(ต่อ) ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก กับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก (n=155)	แรงสนับสนุนทางสังคม			p-value
	ต่ำ	กลาง-สูง	รวม	
สถานที่รักษา				
-ที่สถาบันราชานุกูลที่เดียว	3(7.7)	36(92.3)	39(100)	0.08
-เคยรับการรักษาที่มากกว่าหนึ่งแห่ง	23(19.8)	93(90.2)	116(100)	
ปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวล				
-ระดับน้อยมาก	1(14.3)	6(85.7)	7(100)	0.16
-ระดับน้อย	0(0.0)	12(100)	12(100)	
-ระดับปานกลาง	6(13.3)	39(86.7)	45(100)	
-ระดับมาก	11(16.9)	54(83.1)	65(100)	
-ระดับมากที่สุด	8(30.8)	18(69.2)	26(100)	
ปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา				
-ระดับน้อยมากถึงน้อย	2(4.8)	40(95.2)	42(100)	<0.002**
-ระดับปานกลาง	8(14.5)	47(85.5)	55(100)	
-ระดับมาก	9(20.9)	34(79.1)	43(100)	
-ระดับมากที่สุด	7(46.7)	8(53.3)	15(100)	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, a =Fisher's Exact Test

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกกับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ Chi – Square พบว่าสุขภาพเด็กมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.05 ในส่วนของปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< 0.01 และการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< 0.001

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะซึมเศร้า			p-value
	คะแนน < 25	คะแนน \geq 25	รวม	
ภาพรวมระดับต่ำ	12(46.2)	14(53.8)	26(100)	<0.001**
ภาพรวมระดับปานกลาง	90(84.9)	16(15.1)	106(100)	
ภาพรวมระดับสูง	22(95.7)	1 (4.3)	23(100)	
1.ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม				
ระดับต่ำ	22(57.9)	16(42.1)	38(100)	<0.001**
ระดับปานกลาง	74(85.1)	13(14.9)	87(100)	
ระดับสูง	28(93.3)	2(6.7)	30(100)	
2.ด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ				
ระดับต่ำ	23(54.8)	19(45.2)	42(100)	<0.001**
ระดับปานกลาง	73(91.2)	7(8.8)	80(100)	
ระดับสูง	28(84.8)	5(15.2)	33(100)	
3.ด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น				
ระดับต่ำ	21(61.8)	13(38.2)	34(100)	0.005*
ระดับปานกลาง	69(82.1)	15(17.9)	84(100)	
ระดับสูง	34(91.9)	3(8.1)	37(100)	

ตารางที่ 9 (ต่อ) ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ chi-square

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะซึมเศร้า			p-value
	คะแนน < 25	คะแนน \geq 25	รวม	
4.ด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง				
ระดับต่ำ	19(55.9)	15(44.1)	34(100)	<0.001**
ระดับปานกลาง	86(86)	14(14)	100(100)	
ระดับสูง	19(90.5)	2(9.5)	21(100)	
5.ด้านความผูกพันใกล้ชิด				
ระดับต่ำ	22(52.4)	20(47.6)	42(100)	<0.001**
ระดับปานกลาง	72(90.0)	8(10.0)	80(100)	
ระดับสูง	30(90.9)	3(9.1)	33(100)	

*p<0.01, **p<0.001

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้สถิติ Chi – Square พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< 0.01 ส่วนด้านอื่นๆ ทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P< 0.001

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และแรง
สนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยต่างๆ วิเคราะห์โดยใช้ Post Hoc Analysis

ตารางที่ 10 ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่ม
ที่มีรายได้ครอบคลุมที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe

ปัจจัยส่วนบุคคล (I)	(J)	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sig	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
รายได้- ครอบครั	น้อยกว่า 10,000	4.002	1.642	.119	-.64	8.65
	10,001-20,000	6.907*	2.193	.022	.71	13.11
	20,001-30,000	5.491	1.993	.059	-.14	11.13
30,000 ขึ้นไป	10,001-20,000	2.904	2.265	.650	-3.50	9.31
	20,001-30,000	1.489	2.073	.915	-4.37	7.35
20,001-30,000	30,000 ขึ้นไป	-1.415	2.531	.958	-8.57	5.74

*The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 10 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยวิธี
Scheffe พบว่า ในเรื่องของรายได้ครอบครั มารดาเด็กออทิสติกที่รายได้ครอบครั้น้อยกว่า 10,000
บาท มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากมารดาเด็กออทิสติกที่รายได้ครอบครั 20,000 - 30,000 บาท อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ตารางที่ 11 ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe

ปัจจัยส่วนบุคคล (I)	(J)	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
รายได้-น้อยกว่า 10,000 ครอบครัว	10,001-20,000	-9.192*	2.404	.003	-15.99	-2.39
	20,001-30,000	-10.484*	3.211	.016	-19.56	-1.41
	30,000 ขึ้นไป	-12.561*	2.918	.001	-20.81	4.31
10,001-20,000	20,001-30,000	-1.292	3.316	.985	-10.67	8.08
	30,000 ขึ้นไป	-3.369	3.034	.745	-11.95	5.21
20,001-30,000	30,000 ขึ้นไป	-2.077	3.706	.957	-12.55	-8.40

*The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 11 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยวิธี Scheffe พบว่า ในเรื่องของรายได้ครอบครัว มารดาเด็กออทิสติกที่รายได้ครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาท มีแรงสนับสนุนทางสังคม แตกต่างจากมารดาเด็กออทิสติกที่รายได้ครอบครัว 20,000 - 30,000 บาท 20,001-30,000 บาท และ 30,000 ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$, $P < .05$, $P < .001$ ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มของเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวล ที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe

ปัจจัยส่วนบุคคล	(I)	(J)	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
ปัญหาพฤติกรรม- ที่ทำให้มารดากังวล	น้อยมาก	น้อย	-3.464	3.675	.926	-14.93	8.00
		ปานกลาง	-4.514	3.140	.723	-14.31	5.28
		มาก	-9.560	3.074	.051	-19.15	.03
	น้อย	ปานกลาง	-1.050	2.511	.996	-8.88	6.78
		มาก	-6.096	2.428	.184	-13.67	1.48
	มาก	ปานกลาง	5.046*	1.498	.027	.37	9.72
มากที่สุด	น้อยมาก	น้อย	15.984*	3.290	.000	5.72	26.25
		น้อย	12.519*	2.697	.000	4.11	20.93
		ปานกลาง	11.469*	1.904	.000	5.53	17.41
		มาก	6.423*	1.793	.015	.83	12.02

*The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 12 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยวิธี Scheffe พบว่า ในเรื่องระดับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่ทำให้มารดากังวล โดยมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลในระดับมาก มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ และมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลในระดับมากที่สุด มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลในระดับอื่นๆ ทุกระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ตารางที่ 13 ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มของเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา ที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe

ปัจจัยส่วนบุคคล (I)	(J)	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
					Lower	Upper	
ปัญหาพฤติกรรม- น้อยมาก-น้อย	ปานกลาง	-4.681*	1.586	.037	-9.17	-.20	
	มาก	-8.486*	1.679	.000	-13.23	-3.74	
	มากที่สุด	-14.681*	2.328	.000	-21.26	-8.10	
ที่รบกวนการดำเนิน-ชีวิตประจำวันของมารดา	ปานกลาง	มาก	-3.805	1.576	.125	-8.26	.65
	มากที่สุด	-10.000*	2.255	.000	-16.37	-3.63	
มาก	มากที่สุด	-6.195*	2.321	.072	-12.76	.37	

*The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 13 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยวิธี Scheffe พบว่า ในเรื่องระดับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา โดยมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับน้อยมาก-น้อย มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับปานกลาง มาก และมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ และมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับปานกลาง มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

ตารางที่ 14 ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มของเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา ที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe

ปัจจัยส่วนบุคคล	(I)	(J)	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sig	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
ปัญหาพฤติกรรม- ที่รบกวนการดำเนิน- ชีวิตประจำวันของมารดา	น้อยมาก-น้อย	ปานกลาง	1.071	2.587	.982	-6.24	8.38
		มาก	6.560	2.738	.130	-1.18	14.30
		มากที่สุด	-16.005*	3.797	.001	5.27	26.74
	ปานกลาง	มาก	5.488	2.569	.211	-1.78	12.75
		มากที่สุด	-14.933*	3.677	.001	4.54	25.33
	มาก	มากที่สุด	9.445	3.785	.106	-1.26	20.15

*The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 14 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม โดยวิธี Scheffe พบว่า ในเรื่องระดับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา โดยมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับน้อยมาก-น้อย และปานกลาง มีแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างจากมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

ตารางที่ 15 ทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe

แรงสนับสนุน- ทางสังคม	(I)	(J)	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sig	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
ภาพรวม	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	7.501*	1.770	0.000	3.13	11.88
		ระดับสูง	12.751*	2.315	0.000	7.03	18.47
ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ	ระดับสูง	-7.501*	1.770	0.000	-11.88	-3.13
		ระดับสูง	5.249*	1.860	0.021	.65	9.85

*The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากตารางที่ 15 แสดงการทดสอบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยวิธี Scheffe พบว่า ในเรื่องของแรงสนับสนุนทางสังคม มารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางระดับต่ำ มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากมารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางระดับปานกลาง และสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional) มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล
2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็ก

ออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล

โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 155 ราย ในระหว่างวันที่ 20 สิงหาคม – 20 ตุลาคม พ.ศ. 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดหาโรคซึมเศร้า (Health-Related Self-Report : HRSR The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population) และแบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (The Personal Resource Questionnaire : PRQ Part II) ของแบรนด์และไวเนอร์ท (Brand and Weinert) สามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กออทิสติก พบว่า มารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 51.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.8 โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 29.5 ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.2 และส่วนใหญ่จะทำงานที่บ้าน ร้อยละ 68.4 รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 44.5 โดยมารดาส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ ร้อยละ 55.5 และพบว่ามีหนี้สินในระดับจัดการได้ ร้อยละ 64.5

สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 72.9 ความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรสที่อยู่ด้วยกันมีเครียดเล็กน้อย ร้อยละ 34.5 เครียดมากเป็นส่วนน้อย มีบุตร 2 คน ร้อยละ 44.5 และมีบุตรคนเดียว ร้อยละ 43.2 ลักษณะครอบครัวอยู่กันแบบครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ ลูก) ร้อยละ 65.2

มารดาส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยทางกาย ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีการใช้สารเสพติด โดยมีค่าร้อยละดังนี้ ร้อยละ 85.2, ร้อยละ 96.1, ร้อยละ 77.4, ร้อยละ

94.2 ตามลำดับ โดยมารดาเด็กออทิสติกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะออทิสติกเล็กน้อย ร้อยละ 48.4 และมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี ร้อยละ 40

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก พบว่าเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 54.8

ระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่สามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนพิเศษ ร้อยละ 47.3 โดยส่วนใหญ่ มารดาจะมีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 60.6 มารดาใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 16-20 ชั่วโมงต่อวันในวันที่เด็กไปโรงเรียน และ 20 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวันในวันหยุด คิดเป็นร้อยละ 38.2 และ 72.9 ตามลำดับ เด็กส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 64.5 และพบว่ามีสุขภาพแข็งแรงเป็นส่วนมาก ร้อยละ 90.3 รวมระยะเวลาในการรักษาออทิสติกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.5

รูปแบบในการรักษาส่วนใหญ่จะมีทั้งรับประทานยาและรับการรักษาอื่นๆ ร้อยละ 49 โดย ร้อยละ 74.8 จะเคยเข้ารับการรักษามากกว่าหนึ่งแห่ง

เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.9 ส่วนปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาอยู่ในระดับปานกลางเป็น ส่วนมาก ร้อยละ 35.5

2. ภาวะซึมเศร้า พบว่า มารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับ คะแนนน้อยกว่า 25 ร้อยละ 80 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับคะแนน 25-29 และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่ระดับคะแนน 30 ขึ้นไป ร้อยละ 14.8 และ 5.2 ตามลำดับ

3. แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามารดาเด็กออทิสติก มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปาน กลางมากที่สุดคือ ร้อยละ 68.4 รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และแรงสนับสนุนทาง สังคมระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.8 และ 14.8 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกเป็นแต่ละด้าน พบว่า มารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมด้านการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเองมากที่สุดคือ ร้อยละ 64.5 ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม ร้อยละ 56.1 ด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น ร้อยละ 54.2 และด้านการได้รับความ ช่วยเหลือและคำแนะนำซึ่งเท่ากับด้านความผูกพันใกล้ชิดคือ ร้อยละ 51.6

4. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล

พบว่ารายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ และประวัติโรคทางจิตเวชเดิม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติก พบว่าสุขภาพเด็ก สถานที่รักษา ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่ทำให้มารดากังวล และปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ การดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การดูแลเด็ก ปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา $P < 0.01$ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และสุขภาพเด็ก $P < 0.05$

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe พบว่ามารดาเด็กออทิสติกที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาเด็กออทิสติกที่มีรายได้ครอบครัว 20,000 - 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ด้านปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกทั้งในด้านที่ทำให้มารดากังวลและด้านที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่ทำให้มารดากังวลด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe พบว่ามารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลในระดับมาก มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ และมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลในระดับมากที่สุด มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้มารดากังวลในระดับอื่นๆ ทุกระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ ส่วนการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา พบว่ามารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับน้อยมาก-น้อย มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ามารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับปานกลาง มาก และมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$ และมารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับปาน

กลาง มีภาวะซีมเศร้าต่ำกว่ามารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .05$

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวที่ต่างกัน โดยวิธีของ Scheffe พบว่ามารดาเด็กออทิสติกที่รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ามารดาเด็กออทิสติกที่รายได้ครอบครัว 20,000 - 30,000 บาท 20,001-30,000 บาท และ 30,000 ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$, $P < .05$, $P < .001$ ตามลำดับ ในเรื่องระดับปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา พบว่ามารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับน้อยมาก-น้อย และปานกลาง มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ามารดาเด็กออทิสติกที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดาในระดับมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .001$

5.ความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก

ณ สถาบันราชานุกูล

พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่นมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ส่วนด้านอื่นๆ ทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีทดสอบของ Scheffe พบว่ามารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีภาวะซีมเศร้าแตกต่างจากมารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความชุกของภาวะซีมเศร้า ของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3 - 10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาเด็กออทิสติกจำนวน 155 ราย มีประเด็นที่น่าสนใจจะนำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

จากการศึกษาพบว่ามีความชุกภาวะซีมเศร้าร้อยละ 20 ซึ่งการศึกษานี้พบความชุกที่สูงกว่าที่กัญญา รัชมนันดา⁽²⁹⁾ เคยศึกษาไว้ โดยพบว่า บิดาและมารดาของเด็กออทิสติกที่พานุศรมารับบริการ

ณ ศูนย์สุขวิทยาจิต แผนกกุมารจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และแผนกฝึกพูดโรงพยาบาลรามาริบัติ มีอารมณ์เศร้าสูงกว่าปกติ ร้อยละ 10 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียง 70 ราย แบบทดสอบที่ใช้วัดภาวะซึมเศร้า คือ SCL-90 (Symptom check list-90) โดยเลือกมาเฉพาะส่วนด้านที่ใช้วัดความเศร้า และเก็บข้อมูลทั้งในบิดามารดา จึงอาจทำให้พบความชุกภาวะซึมเศร้าที่น้อยกว่า เนื่องจากมีการศึกษาว่าภาวะซึมเศร้าจะพบในมารดามากกว่าบิดา⁽⁵⁷⁾ อีกทั้งช่วงเวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูลที่ต่างกันด้วย

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปพบว่า มารดาเด็กออทิสติกประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเมื่อทราบว่าบุตรเป็นออทิสติกบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งจะลาออกจากงานเพื่อมาดูแลบุตรอย่างเต็มที่และส่วนใหญ่จะเป็นมารดาที่เป็นผู้ดูแล⁽⁵⁸⁾ โดยในสังคมไทย ส่วนใหญ่แล้วบิดาจะเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่าผู้ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นมารดา หรือปู่ย่าตายาย จะพบบิดาเป็นจำนวนน้อยมาก เนื่องจากผู้ที่รับผิดชอบในการหารายได้ก็จะไม่มีเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกมากนัก ในการศึกษาของ อาร์ริสม์ แสตนจิตต์⁽⁵⁵⁾ พบว่ามารดาที่บุตรเป็นออทิสติกจะได้รับผลกระทบด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการดูแลบุตร ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง และยังต้องจัดการกับการดำเนินชีวิตใหม่ ซึ่งมีผลทำให้เกิดผลต่อจิตใจ ซึ่งจากผลการศึกษา ก็พบว่ามารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกโดยไม่มีคนช่วยดูแลจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกเพียงคนเดียวอาจรู้สึกว่าคุณค่าไม่ได้รับความช่วยเหลือ ไม่มีโอกาสได้พบปะสังสรรค์ ไม่มีเวลาไปไหนได้ตามที่ต้องการ ต้องแบกภาระการดูแลเด็กอยู่ตลอด จนส่งผลให้รู้สึกว่าถูกละเลยหรือตัดขาดจากสังคม ต้องอยู่ในกรอบของการดูแลเด็กออทิสติกเท่านั้น ไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่มีโอกาสได้ร่วมทำกิจกรรมอื่นๆ ที่สนใจ จนอาจทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อีกทั้งมารดาที่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชอยู่เดิมซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยในผลการศึกษา นี้ พบว่าประวัติโรคทางจิตเวชเดิมในกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด จึงเป็นปัจจัยเสริม(Predisposing factors) ให้เกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยได้

ในส่วนรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ ศิราณี มหามาตย์⁽⁶⁰⁾ และนาฏยพรรณ ภิญโญ⁽⁵¹⁾ ทั้งนี้เพราะว่า รายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน ผู้มีรายได้สูงย่อมมีโอกาส หรือแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อใช้ในการดูแลบุตรซึ่งจะส่งผลให้มารดาปรับตัวได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจ และสามารถแบ่งหน้าที่รับผิดชอบด้านการหารายได้และการเลี้ยงดูบุตรได้จึงทำให้มารดาไม่ต้องแบกภาระหนักทั้งสองด้าน ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจากที่ต้องการ อีกทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งบางทีมารดาต้องทั้งหารายได้และรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตรออกทิสติกด้วย จึงทำให้เกิดความเครียดเหนื่อยล้าได้มากกว่า ซึ่งหากเป็นเช่นนี้ต่อเนื่องยาวนานอาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาของ มนัสวี จำปาเทศ⁽⁵⁹⁾ พบว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้มารดาสามารถแสวงหาสิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และเอื้ออำนวยต่อการดูแลบุตรได้เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มารดาที่ครอบครัวมีรายได้น้อยและไม่เพียงพอ จะมีความทุกข์และกังวลอย่างมากในเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเด็กออกทิสติกที่ต่อเนื่องยาวนาน โดยจะให้ความสำคัญกับการหารายได้มากกว่าที่จะการนำเด็กมาบำบัดรักษา ดังนั้นปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้จึงมีส่วนกระทบต่อแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะในด้านการมีโอกาสอบรมเลี้ยงดูผู้อื่นและด้านความผูกพันใกล้ชิด เนื่องจากการที่ต้องหารายได้ทำให้มีเวลาว่างน้อยลงจึงทำให้ขาดการเอาใจใส่ในครอบครัว ขาดเวลาในการอบรมสั่งสอน ขาดการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกหรือความต้องการของแต่ละคนในครอบครัว ขาดการดูแลอย่างใกล้ชิด ขาดความอบอุ่น ซึ่งจะนำมาสู่ความห่างเหิน ไม่เข้าใจกัน ความผูกพันใกล้ชิดลดลง

ในส่วนของเด็กออทิสติกพบว่าเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับอัตราส่วนระหว่างเพศ ที่พบว่าเกิดการเกิดโรคออทิสติกในเด็กผู้ชายสูงกว่าในเด็กผู้หญิงในอัตราส่วน 4 : 1⁽¹⁰⁾ และพบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกทั้งในด้านที่ทำให้มารดากังวลและด้านที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของมารดา อยู่ในระดับมากที่สุดของปัญหาทั้งสองด้าน และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาฏยพรรณ ภิญโญ⁽⁵¹⁾, Herring⁽⁵⁶⁾ และ Hastings⁽⁵⁷⁾ ที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีมากมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความทุกข์ใจในการเลี้ยงดูที่จะเพิ่มขึ้น เนื่องจากเด็กออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงง่ายต่อสถานการณ์ สถานที่ และความยากลำบากในการปรับตัว โดยจะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมารดาไม่สามารถคาดเดาอาการของบุตรได้ว่าจะเกิดขึ้นตอนไหน ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากมารดาเด็กออทิสติกในการศึกษานี้ก็พบว่า ส่วนใหญ่มารดาต้องดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด เนื่องจากกังวลว่าจะไปสร้างความเดือดร้อน ก่อความวุ่นวาย รบกวนหรือทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของเสียหาย การศึกษาของประพา หมายสุข⁽³¹⁾ ก็ พบว่ามารดาที่มีลูกออทิสติกมีระดับความเครียดมากกว่ามารดาที่มีลูกปกติในวัยเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ ตามการศึกษาของ Benson⁽⁵⁴⁾ พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองสามารถทำนายได้จาก ความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติก และความเครียดที่ต่อเนื่อง ซึ่งความเครียดที่ต่อเนื่องบางส่วนก็มีผลมาจากความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติก ที่ส่งผลให้เกิดซึมเศร้าในผู้ปกครอง โดยสิ่งที่จะช่วยลดระดับความเครียดที่ต่อเนื่องและภาวะซึมเศร้าได้ ก็คือ การสนับสนุนทางสังคม แต่จากการศึกษาพบว่าสิ่งที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดระดับความเครียดที่ต่อเนื่องและภาวะซึมเศร้าได้ คือ ความรุนแรงของอาการในเด็กออทิสติกที่น้อยลง ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพของเด็กที่มี

โรคประจำตัวร่วมด้วย ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเด็กที่มีโรคประจำตัวทำให้มารดามีความยุ่งยากในการดูแลมากขึ้น มีความเครียดมากขึ้น ทั้งในเรื่องอาการต่างๆ ของเด็ก การดูแล และค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น และการต้องเปลี่ยนหรือมีสถานที่ในการรักษามากกว่าหนึ่งแห่งที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมารดามีความต้องการช่วยเหลือให้บุตรได้รับการบำบัดรักษาที่ดีที่สุดตามคำแนะนำต่างๆ ซึ่งในการที่ต้องพาบุตรไปรักษาในหลายๆ แห่ง หรือเปลี่ยนสถานที่รักษาบ่อยๆ สามารถส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้นทั้งจากการเดินทาง การปรับตัวต่อสถานที่ บุคลากรผู้ให้การรักษา และแนวทางวิธีการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับ Eaker⁽⁶⁷⁾ ที่กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ของบิดามารดาที่ดูแลผู้ป่วย คือ การขาดการพักผ่อน ที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีวันสิ้นสุด ขาดเวลาและพลังงาน ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ด้วยปัจจัยจากหลายสาเหตุที่เกี่ยวข้องกันจึงทำให้มารดาเด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรม มีปัญหาสุขภาพ และต้องรักษาในหลายสถานที่หรือเปลี่ยนสถานที่รักษาบ่อย เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า

จากการศึกษานี้ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติกอายุ 3 - 10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกุลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางระดับต่ำ มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ามารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางระดับปานกลาง และสูง ซึ่งสอดคล้องกับ จุฬามณี เรืองจิตทวิกุล⁽⁴⁵⁾ ที่พบว่า ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอดมีความสัมพันธ์กัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า คือ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและลักษณะครอบครัวเดี่ยว ซึ่ง นาฎยพรรณ ภิญโญ⁽⁵¹⁾ และ วรรณภา ด่านธนวานิช⁽⁴⁶⁾ พบว่ามารดาเด็กออทิสติกที่มีแรงสนับสนุนทางระดับต่ำ จะขาดการมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูผู้อื่นและการส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Sarafine EP.⁽⁴²⁾ คือเมื่อคนประสบกับความเครียด หรือภาวะวิกฤต คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะตกอยู่ในสภาวะเครียดน้อยกว่าคนที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ส่วนใหญ่คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะสามารถคาดหวังว่ามีบุคคลที่เขาสามารถขอความช่วยเหลือได้ และสามารถอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวได้โดยไม่เครียด เนื่องจากมีบุคคลให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา คอยให้กำลังใจ มารดาที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง(self-esteem) และความรู้สึกเป็นที่ต้องการของผู้อื่น(sense of belongingness) ซึ่งในการศึกษาของ อริยา ดีประเสริฐ⁽³⁾ พบว่า การขาดการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กเกิดแนวโน้มทำให้มีความผิดปกติทางจิตเวชได้ โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็กออทิสติกอยู่ในรูปแบบที่ดีด้วยเช่นกัน⁽⁵³⁾ แต่มีจุดที่สังเกตอย่างหนึ่งคือ ข้อคำถามในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมส่วน

ใหญ่จะเป็นในด้านความรู้สึกต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ อาจรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กออทิสติก ณ สถาบันราชานุกูล ที่พบคือ ร้อยละ 20 ซึ่งเพิ่มมากขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมา จึงควรมีการตรวจประเมินสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กออทิสติก โดยเฉพาะในผู้ดูแลหลัก และหากพบว่าผู้ปกครองมีปัญหาสุขภาพควรให้ได้รับการบำบัดรักษา ส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติก็ควรได้รับการส่งเสริมต่อไป

2. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมารดาเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ซึ่งจากผลการศึกษาที่ได้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า จึงควรเพิ่มการสนับสนุนให้แก่มารดาเด็กออทิสติกในทุกด้านให้มากที่สุด โดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องเด็กออทิสติก ให้มีความเข้าใจอาการ พฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งวิธีการดูแล และเทคนิคการแก้ปัญหาต่างๆ ให้แก่ผู้ปกครองโดยมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมในด้านการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ การจัดกิจกรรมหรือชมรมให้แก่ผู้ปกครองเด็กออทิสติก เพื่อได้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยน สนทนา แสดงความคิดเห็น ในการดูแลให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและครอบครัว น่าจะเป็นส่วนช่วยในการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูผู้อื่น การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา ส่งเสริมและจัดให้ครอบครัวได้มีกิจกรรมที่ดีร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จะเป็นส่วนช่วยในด้านความผูกพันใกล้ชิดได้เป็นอย่างดี ซึ่งการช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมด้านในต่างๆ นี้จะเป็นการช่วยเหลือผู้ปกครองให้มีความรู้สึกที่ดี มีกำลังใจในการดูแลบุตรและในจัดการปัญหาต่างๆ ต่อไป

3. การรักษาเด็กออทิสติกเป็นภาระหนักและใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน การให้ความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล โดยการบำบัดสงเคราะห์มารดาผู้มียารายได้น้อยก็จะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้มารดาลดปัญหาเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาบุตรได้ ซึ่งทำให้บุตรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมารดาได้พบแพทย์ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หรือบุคลากรด้านต่างๆ ได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ ได้มีสังคมพบปะพูดคุยกับผู้ปกครองอื่นๆ ที่มารับบริการเหมือนกัน ซึ่งจะส่งผลให้มารดามีสุขภาพจิตที่ดีและบุตรมีพัฒนาการที่ดีขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองเด็กที่มีความบกพร่องหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาการดูแล บำบัดรักษาอย่างทุ่มเทและต่อเนื่องยาวนาน เช่น เด็กสมองพิการ เป็นต้น
- 2.ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างผู้ปกครองที่นำบุตรมารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน
- 3.ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองในกลุ่มที่เพิ่งมารับบริการกับกลุ่มที่มารับบริการนานแล้ว และศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- (1) อุมพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยพัฒนาครอบครัว, 2544.
- (2) เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2542.
- (3) อริยา ศีประเสริฐ. สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- (4) อลิสา วัชรสินธุ. จิตเวชเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- (5) ศิริพร ตูวรรณทศ. การศึกษาเปรียบเทียบสัมพันธภาพในครอบครัวเด็กออทิสติก เด็กปัญญาอ่อน และเด็กปกติ. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- (6) สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. ประวัติสถาบันราชานุกูล. [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: <http://www.rajanukul.com> [2553, เมษายน 12]
- (7) ศูนย์บริการสิทธิประโยชน์ สถาบันราชานุกูล. ฐานข้อมูลผู้ป่วยสถาบันราชานุกูล. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต, 2552. (อัครสำเนา)
- (8) วินัดดา ปิยะศิลป์. คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเด็กออทิสติก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: แปลน, 2537.
- (9) เพ็ญแข ถิ่นศิลา. การวินิจฉัยโรคออทิสซึม. สมุทรปราการ : ช. แสงงามการพิมพ์, 2540.
- (10) อุมพร ตรังคสมบัติ. ช่วยลูกออทิสติก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยพัฒนาครอบครัว, 2545.
- (11) วินัดดา ปิยะศิลป์. เด็กออทิสติก พัฒนาได้ หากรู้วิธี. กรุงเทพมหานคร : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาตินิมิตต์, 2548.
- (12) จอม ชุ่มช่วย. พ่อแม่สามารถช่วยลูกออทิสติกได้อย่างไร. นิตยสารบริษัทไทยประกันชีวิต. 38 (มีนาคม 2547) : 37.
- (13) ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. คู่มือออทิสติก สำหรับผู้ปกครอง. กรุงเทพฯ: อรุณลาดพร้าว, 2548.
- (14) พณิต โล่เสถียรกิจ. รายงานผู้ป่วยออทิสติกในผู้ป่วยฝาแฝดชายที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 48 (ตุลาคม 2552) :254-8.
- (15) Shah PE, Dalton R, Boris NW. Autistic disorder . In : Kliegman RM, Behrman RE, Jenson

- HB, Stanton BF, editors. Nelson textbook of pediatrics. p. 133 – 6. 18th ed. Philadelphia : Saunders, 2007.
- (16) Freitag CM. The genetics of autistic disorders and its clinical prevalence : a review of the literature . Mol Psychiatry 2007 ; 12 :2 – 22.
- (17) PatonGz. ยีน CACNA1G โรคออทิสติก. [ออนไลน์]. 2009. แหล่งที่มา: www.humnoi.com/ เรื่องสุขภาพ/โรคออทิสติกในเด็ก [2010, April 9]
- (18) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth edition-text revision (DSM-IV-TR). pp.67-70. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- (19) จริยา จุฑาทิสิตธิ์ , นิขรา เรื่องคารกานนท์ กลุ่มอาการออทิสซึม ใน : นิขรา เรื่องคารกานนท์ , ชาครียา ธีรเนตร , รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย , ทิพวรรณ ทรราชคุณาชัย , นิตยา กชภักดี , บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรม . กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง ; 2551. หน้า 205 – 24.
- (20) ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา. การเล่นเพื่อการเรียนรู้ ในเด็กออทิสติก. กรุงเทพฯ: อรุณสกลาตพรวัว, 2549.
- (21) ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์; 2542.
- (22) อรพรรณ ลือบุญวณิชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- (23) ศิริพร จิรวัดน์กุล. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- (24) สุวดี จันดีกระยอม. การหายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้า ตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
- (25) ยูพาพัคตร์ รัคมณีวงศ์. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาโดยใช้การฝึกสมาธิแบบลมหายใจเป็นฐานต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
- (26) WHO. Depression: What is depression. [Online]. 2009. Available from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ [2009, April 30]
- (27) กรมสุขภาพจิต. รายงานสรุปแบบเผื่อระวัง ภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง. [ออนไลน์].

2553. แหล่งที่มา: www.depressionthai.com [2553, มีนาคม 28]
- (28) สมภพ เรื่องตระกูล. โรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
- (29) American Psychiatric Association: APA. EducationCareerDevelopment: Depression. [Online]. 2010. Available from <http://www.psych.org/EducationCareerDevelopment/LifeLongLearning/AnnualMeetingOnline/FOCUSLiveDepression.aspx> [2010, April 5]
- (30) สมภพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2545.
- (31) ประพา หมายสุข. ความเครียดและการปรับตัวของมารดาที่มีลูกออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- (32) Bowlby, J. Separation anxiety. Int J Psychoanal 1960;41: 89-113. อ้างถึงใน อติษฐ มาลากุล ณ อยุธยา. ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในนิติตคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2546.
- (33) Townsend, M. C. Psychiatric mental health nursing : concepts of care. Philadelphia: Lippincott; 1996. อ้างถึงใน อติษฐ มาลากุล ณ อยุธยา. ภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในนิติต คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- (34) ธรณินทร์ กองสุข. การจำแนก การวินิจฉัยและการประเมินโรคซึมเศร้า. ใน ธรณินทร์ กองสุข. องค์ความรู้โรคซึมเศร้า : ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. 1-21. [ม.ป.ท.] : กรม สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
- (35) DMH Staff กรมสุขภาพจิต. เรื่อนำรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย. [ออนไลน์]. 2005. แหล่งที่มา: <http://www.depressionthai.com/dmh/view.asp?id=947>[2010, April 13]
- (36) Cohen, S. and Wills, T.A. Stress, social support and the buffer hypothesis. Psychological Bulletin. 1998; 9: 310-57.
- (37) Callaghan, P. and Morrissey, J. Social support and health: a review. Journal of Advanced Nursing. 1992; 18: 203-10.
- (38) Thoits, P. A. Conceptual, Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. Journal of Health and social Behavior 1982; 23: 145-59. อ้างถึงใน จุฑามณี เรื่องจิตวิทยา. ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ แรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.

- (39) Brand, P., & Weinert, C. The PRQ-a social support measure. Nursing Research. 1981; 30(5):277-80.
- (40) Brown, M.A. Social support, stress and health: A comparison of expectant mother and father. Nursing Research. 1986; 35: 72-6.
- (41) Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. California : Appleton & Lange, 1987. อ้างถึงใน จุฑามณี เรืองจิตทวีกุล. ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- (42) Sarafine, E.P. & Ewing M. The hassles Assessment Scale for Students in College : Measuring the frequency and unpleasantness and welling on stressful events. Journal of American College Health. 1999; 48(2):75.
- (43) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนไทย. [ออนไลน์]. 2542. แหล่งที่มา: <http://www.sri.cmu.ac.th/~nsac/php/newResearch/showResearch.php?id=22> [2553, เมษายน 8]
- (44) คารุง เกิดสิน. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
- (45) จุฑามณี เรืองจิตทวีกุล. ความชุกของภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550.
- (46) วรรณภา ค่านธนวนิช. ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กพร่องทางสติปัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- (47) อริยา ศีประเสริฐ. สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- (48) จุฬารณณ์ สมใจ. ภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาเด็กพัฒนาการล่าช้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- (49) อิชยา เชื้อนมัน. สุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความสัมพันธ์

ระหว่างสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

- (50) กัญญา รัชมณดา. เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- (51) นาฎยพรรณ ภิญโญ. ความรู้สึกรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- (52) อรทัย ทองเพชร. ภาวะการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- (53) นันทรัตน์ พิทักษ์บุตร. อิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะการดูแลต่อพฤติกรรม การดูแลของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2549.
- (54) Benson PR. The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: the mediating role of stress proliferation. *Journal Autism Development Disorder*. 2006 ;36(5):685-95.
- (55) อาริรัศมี แสนจิตต์. การส่งเสริมสุขภาพของมารดาที่ถูกเป็นเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- (56) Herring S, Gray K, Taffe J, Tonge B, Sweeney D, Einfeld S. Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal Intellectual Disability Research*. 2006; 50 : 874-82.
- (57) Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ, degli Espinosa F, Brown T, Remington B. System analysis of stress and positive perception in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal Autism Development Disorder*. 2005; 35 : 635-44.
- (58) Kuhn JC, Carter AS. Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal Orthopsychiatry*. 2006 ;76(4):564-75.
- (59) มนัสวี จำปาเทศ. การศึกษาการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

- (60) ศิราณี มหามาตย์. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- (61) มรุตดา ชัยมี, กาญจนา สุรวาจากุล, นิรมล พัจจนสุนทร และ สมจิตร ห่องบุตรศรี. กระบวนการ
ปรับตัวของบิดามารดาเด็กออทิสติก กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ใน รายงาน
การวิจัย ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
- (62) สมจิตร พี่พิมาย, ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และสิริลักษณ์ วรรณชนะพงษ์. ความพร้อมของ
ผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4,
7-9 กันยายน 2541. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 กรมสุขภาพจิต และคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
- (63) โสมสิริ รอดพิพัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้
ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของกลุ่มสมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับ
ภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชา
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- (64) นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
- (65) ประภาศรี ทุ่งมีผล. การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของ
มารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
- (66) ศศิธร แก้วนพรัตน์. การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของ
บิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขภาพจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท คณะสังคม
สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.
- (67) Eaker, G.G. Chronic Sorrow ; The Lived Experience of Parent of Chronic Mental III
Individuals. Archives of Psychiatric nursing. 1995; 9(2):77-84.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ จว.พิเศษ /

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

17 กรกฎาคม 2552

เรื่อง ขอเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

ด้วย นางสาวสุภาพ ชุณวิรัตน์ นิสิต วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาคในเวลาราชการ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3 – 10 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล” โดยมี รศ.นพ.เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวสุภาพ ชุณวิรัตน์ เก็บข้อมูล ณ สถาบันราชานุกูล ที่หอผู้ป่วยออทิสติก หอผู้ป่วยครอบครัว แผนกกิจกรรมบำบัด และแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

.....
(นางสาวสุภาพ ชุณวิรัตน์)

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุภปิติพร)

หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 0-2256-4298 , 0-2256-4346

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง **ความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก**
อายุ 3 - 10 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยเนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลที่เหมาะสมตรงตามหลักการของงานวิจัยเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3 - 10 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เนื่องจากภาวะซึมเศร้า คือ มีสภาพอารมณ์เศร้า จิตใจหดหู่ ห่อเหี่ยวใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน และอาจเป็นผลกระทบนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ได้มาก ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก อายุ 3 - 10 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ผลการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและรักษาต่อไป ระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 เป็นต้นไป จนครบตามจำนวนผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 152 คน ซึ่งจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านทำ ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล 3 ส่วน ซึ่งส่วนที่หนึ่งจะเป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับท่านและบุตรของท่าน ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม การทำแบบสอบถามจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที ท่านมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในครั้งนี้ การถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับบริการของเด็กในปกครองของท่าน และการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น

ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้กรุณาได้โปรดให้ข้อมูลในแบบสอบถามตามความเป็นจริง หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ท่านสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น โดยกรุณาติดต่อได้ที่ผู้วิจัยคือ นางสาวสุภาพ ชุณวิรัตน์ โทร. 08-92630866 ในเวลาราชการ ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆ เกี่ยวกับสิทธิของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 หรือที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2256-4455 หรือ 0-2256-4493 ต่อ 13 หรือ 14 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง **ความหูกของภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาเด็กออทิสติก**
อายุ 3 – 10 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2552

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ได้อ่าน
 รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม โครงการ โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ
 วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม
 ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของ
 การทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประ โยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย
 ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสอย่างเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว โดย
 ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ามีอิสระที่จะ
 ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ควรจะได้รับ
ตามมาตรฐาน หรือสูญเสียผลประโยชน์ใดๆ และข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะ
 เก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้ในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอ
 ยกเลิกการเข้าร่วม โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้า
 ได้

ข้าพเจ้ายินดีลงนามในเอกสารยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวสุภาพ ชุณวีรัตน์)

- 11.ท่านมีบุตรทั้งสิ้นจำนวน.....คน
- 12.ปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันมีทั้งสิ้น.....คน ประกอบด้วย.....
- 13.ประวัติโรคประจำตัว
 ไม่มี มีโรคประจำตัว (ระบุ).....
- 14.ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย
 ไม่มี มี (ระบุ).....
- 15.ประวัติโรคทางจิตเวชเดิม
 ไม่มี มี (ระบุ).....
- 16.การใช้สารเสพติด
 คีมแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ อื่นๆ (ระบุ).....
- 17.ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะออทิสติก
 ไม่มีความรู้ไม่เข้าใจ มีความรู้ความเข้าใจเล็กน้อย
 มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี ไม่แน่ใจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของเด็ก

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....
3. กำลังศึกษาชั้น.....
4. ท่านมีส่วนในการดูแลเด็ก
ดูแลคนเดียว แทบไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น
มีคนช่วยดูแลเด็ก ได้แก่.....
5. โดยเฉลี่ยแล้ว ท่านใช้เวลาในการดูแลเด็ก ในวันที่เด็กเรียนหนังสือ.....ชั่วโมง/วัน
ในวันหยุด.....ชั่วโมง/วัน
6. เด็กมีพี่น้อง (รวมตัวเด็ก).....คน เด็กเป็นบุตรคนที่.....
7. สุขภาพโดยทั่วไปของเด็ก แข็งแรง มีโรคประจำตัว (ระบุ).....
8. เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกตั้งแต่ พ.ศ. รวมระยะเวลาในการรักษา.....
9. โรคแทรกซ้อน.....
10. การรักษา ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน เคยได้รับการรักษาที่.....
11. รูปแบบการรักษาของบุตรท่าน
รับประทานยาอย่างเดียว ระบุว่าได้รับ.....
ไม่ได้รับประทานยา
อื่นๆ ระบุ.....
12. บุตรของท่านมีปัญหาพฤติกรรมที่ทำให้ท่านกังวลหรือรู้สึกเป็นปัญหาในระดับ
น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด
13. บุตรของท่านมีปัญหาพฤติกรรมที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านในระดับ
น้อยมาก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เพื่อตรวจวัดหาภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย โดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

(บ่อยๆ = เกือบทุกวัน, ก่อนข้างบ่อย = 2-3 วัน/สัปดาห์, บางครั้ง = น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง)

1. รู้สึกเบื่ออาหาร

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

2. นอนไม่หลับหรือต้องโซ่ยาช่วยให้หลับ

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

3. รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

4. คิดมาก กังวล

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

5. รู้สึกสบายใจ

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

6. รู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูดคุย

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

7. ใจลอย ไม่มีสมาธิ

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

8. อยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

9. รู้สึกเศร้า หดหู่ใจ

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

10. ชีวิตอนาคตยังน่าอยู่ มีความหมาย

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

11. ร้องไห้หรืออยากร้องไห้

- บ่อยๆ ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

12. ตัดสินใจไม่ได้แม้เรื่องเล็กน้อย

- บ่อยๆ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

13. ชีวิตไม่มีความสุข

- บ่อยๆ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

14. รู้สึกเศร้าซึมเมื่อตื่นนอนตอนเช้า

- บ่อยๆ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

15. รู้สึกตัวเองมีคุณค่า

- บ่อยๆ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

16. ทำหน้าที่หรือกล่าวโทษตนเอง

- บ่อยๆ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

17. เบื่อหน่ายเกือบทุกอย่าง

- บ่อยๆ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

18. คิดอยากตาย

- บ่อยๆ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

19. คนอื่นมักว่าคุณดูเครียด ซึมหรือหมองคล้ำ

- บ่อยๆ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง ไม่เลย

20. พยายามฆ่าตัวตาย

- เคย ไม่เคย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงแบบสอบถามชุดนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ จากครอบครัว เพื่อนๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวหรือเพื่อนในข้อความนั้นๆ

ข้อคำถาม	ไม่จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริงปาน กลาง	จริง มาก	จริงมาก ที่สุด
1.ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2.ฉันรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อกลุ่ม					
3.คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้เมื่อฉันทำงานดี					
4.ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องหรือเพื่อนเมื่อฉันมี ปัญหา					
5.ฉันได้พบปะอย่างเพียงพอกับคนที่ทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมี คุณค่า					
6.ฉันให้เวลากับคนที่มีความสนใจตรงกับฉัน					
7.ฉันมีโอกาสน้อยที่จะได้ดูแลผู้อื่น					
8.มีคนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานร่วมกับฉัน					
9.ฉันมีบุคคลที่พร้อมจะช่วยเหลือฉันในระยะยาวได้ ถ้าฉัน ต้องการ					
10.ไม่มีใครที่จะรับฟังความรู้สึกของฉันได้					
11.ในกลุ่มเพื่อนบ้านฉัน เราชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
12.ฉันมีโอกาสที่จะกระตุ้นผู้อื่นให้พัฒนาความสนใจและ ทักษะ					
13.คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันมีความสำคัญต่อ ครอบครัว					
14.ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยฉันถึงแม้ว่าฉันจะไม่ สามารถตอบแทนเขาได้					
15.ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน					

ข้อคำถาม	ไม่จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริงปาน กลาง	จริง มาก	จริงมาก ที่สุด
16.เมื่อฉันอารมณ์เสีย มีผู้ที่ฉันสามารถอยู่ด้วย โดยปล่อยให้ฉันเป็นตัวของตัวเอง					
17.ฉันชอบกระทำบางสิ่งเป็นพิเศษ					
18.ฉันทราบว่าคนอื่นมีความซาบซึ้งในตัวฉัน					
19.ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน					
20.ฉันมีผู้ร่วมงาน เข้าสังคมและมีกิจกรรมรื่นเริงอื่นๆ ด้วย					
21.ฉันรับผิดชอบ จัดการ ช่วยเหลือ เมื่อมีผู้ต้องการ					
22.ถ้าฉันต้องการคำแนะนำจะมีผู้คอยให้ความช่วยเหลือ ฉันสามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ ได้					
23.ฉันรู้สึกว่ายังมีคนต้องการฉัน					
24.คนส่วนมากทำให้ฉันคิดว่าฉัน ไม่ใช่เพื่อนที่ดีเท่าที่ควรจะเป็น					
25.ถ้าฉันเจ็บป่วย มีผู้ให้คำแนะนำแก่ฉัน ในการดูแลตนเอง					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางสาวสุภาพ	นามสกุล ชุณวิรัตน์
วันเดือนปีเกิด	24 กุมภาพันธ์ 2527	จังหวัด กำแพงเพชร ปัจจุบันอายุ 25 ปี
พ.ศ.2548	สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี คณะเทคนิคการแพทย์ สาขากิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
พ.ศ.2549	ทำงานในตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัด สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลนารมย์ เลขที่ 9 สุขุมวิท 70/3 บางนา บางนา กทม.	
ปัจจุบัน	ทำงานในตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัด สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน, บ้านอุ่นรัก และเข้าศึกษาต่อ ในระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551	

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย