

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2559  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PARENTS  
OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Miss Marisa Tong-on



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ
	บิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
โดย	นางสาวมาริษา ตองอ่อน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร)

มาริษา ทองอ่อน : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม (FACTORS RELATED TO HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธ์, 155 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม กลุ่มตัวอย่างคือ บิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมอายุ 6-15 ปี จำนวน 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม แบบวัดการเผชิญปัญหา(ฉบับสั้น) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวของบิดามารดา แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา แบบสอบถามภาระการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และเครื่องมือ 6 ชุดหลังคำนวณค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .81, .88, .84, .93, .90, และ .80 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและสเปียร์แมน ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 63.25 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 จึงถือว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง

2. การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.449$  และ  $.431$  ตามลำดับ)

3. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม และภาระการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r= -.340$  และ  $-.544$  ตามลำดับ)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5677199036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: HRQOL PARENTS OF CHILDREN / AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

MARISA TONG-ON: FACTORS RELATED TO HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 155 pp.

The purposes of this descriptive research were to study health-related quality of life (HRQOL) of parents of children with autism spectrum disorder (ASD), and to study relationship between patient's age, income, number of children, behavioral problems of children, copying behaviors, family function, social support, caregiver burden, HRQOL of parents of children with ASD. Subjects were 154 parents of children with ASD, 6-15 years, from outpatient departments, selected by stratified random sampling. Research instruments were a personal data questionnaire, behavior evaluation questionnaire, Brief COPE, family function questionnaire, caregiver burden scale, social support questionnaire, Short Form Health survey (SF-36). All instruments except the personal data questionnaire were tested for content validity. Their Cronbach's alpha coefficient reliability were .81, .88 , .84, .93, .90, and .80, respectively. Correlation was analyzed using Pearson's Product-moment Coefficient and Spearman rank correlation coefficient. Major findings were as followed:

The mean of HRQOL among parents of children with ASD was 63.25, which was at the high level.

Family function and social support of parents were positively and significantly correlated with HRQOL in parents of children with ASD, at the .05 level. Whereas, behavioral problems of children with ASD and caregiver burden of parents were negatively and significantly correlated with HRQOL of parents of children with ASD, at the .05 level

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2016

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดีได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่เสียสละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ และแนะแนวทางในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เป็นแรงบันดาลใจและต้นแบบในการพัฒนาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ญัฐกมล ชาญสาธิตพร ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และเติมเต็มวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ เพิ่มพูนทักษะและศักยภาพการพยาบาลจิตเวชแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกนรินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ สถาบันราชานุกูล และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี สำหรับความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และพี่สาว ที่อบรมเลี้ยงดูผู้วิจัยมาเป็นอย่างดี หล่อหลอมความเข้มแข็งทั้งร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างสติปัญญา สนับสนุนการเรียน การศึกษาอย่างเต็มกำลังความสามารถ ตลอดจนเสียสละเวลาและประโยชน์ส่วนตนเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่เป็นกำลังใจ เป็นที่ปรึกษา และคอยให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีเสมอมา

คุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแก่บิดา มารดา และครอบครัวของข้าพเจ้า และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลจิตเวชต่อไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	16
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการออทิซึม .....	17
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม .....	26
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม .....	37
4. บทบาทของพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่ม อาการออทิซึม .....	56
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	60
ประชากร.....	60
กลุ่มตัวอย่าง .....	60

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria).....	61
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	71
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	86
สรุปผลการวิจัย.....	91
อภิปรายผลการวิจัย.....	92
ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	98
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	99
รายการอ้างอิง .....	100
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	115
ภาคผนวก ข การแสดงผลการตรวจสอบค่าความตรงและค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย .....	117
ภาคผนวก ค การคิดค่าคะแนนแบบสอบถาม .....	130
ภาคผนวก ง ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือการวิจัยและผลการพิจารณาจริยธรรม .....	132
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	143
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	155



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล.....	62
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่ม อาการออทิสซึม จำแนกตาม เพศ อายุ อายุของผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรในครอบครัว และลำดับบุตรของผู้ป่วย จำนวน (n=154).....	75
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ บิดามารดา (n=154) .....	78
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติของบิดา มารดา (n=154) .....	78
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม (n=154).....	79
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัย การจัดการความเครียดของบิดา มารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของ บิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม (n=154).....	80
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวน บุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม การจัดการความเครียดของ บิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิสซึม .....	81

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา  
จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการ  
ความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม  
ของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพราย  
มิติของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม..... 83

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการ  
ออทิซึมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ..... 85



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกลุ่มอาการออทิซึม (Autism Spectrum Disorder) มีลักษณะเฉพาะของโรค ประกอบด้วยความบกพร่องในการสื่อสาร ความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำๆ อย่างไม่เหมาะสม (American Psychiatric Association, 2013; Gotham, 2013 ; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) เดิมได้จำแนกการวินิจฉัยโรคของ DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> Edition) จัดให้โรคออทิสติกสเปกตรัมอยู่ในกลุ่มโรค Pervasive developmental disorder (PDD) แต่ปัจจุบัน DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> Edition) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยรวมเป็น Autism Spectrum disorder เพียงโรคเดียว

โรคนี้ได้รับความสนใจเนื่องจากแนวโน้มความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาช่วงปี ค.ศ. 2000 พบว่าความชุกของโรคเพิ่มขึ้นประมาณ 1-1.3:1,000 (อนัญญา สินรัชตานันท์ และธีรา รัตน์ แทนขำ, 2556) ประเทศสหรัฐอเมริกามีการรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) พบว่าความชุกของโรคกลุ่มอาการออทิซึมพบประมาณ 1 ใน 68 คน (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ความชุกของโรคไว้ในทุกประเทศรวมกันคือ 1 ใน 160 คน (World Health Organization, 2013) สำหรับประเทศไทยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคออทิสติกของกรมสุขภาพจิตประจำปี 2556 พบจำนวนผู้ป่วย 212,795 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2556) และจากรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปี 2553 ถึง 2556 มีจำนวน 14,387, 19,954 , 14,346 และ 23,235 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2556) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ความผิดปกติของระบบประสาทส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว การกระทำซ้ำๆ ซึ่งการกระทำนี้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตัวเองซ้ำๆ (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2537) ขัดขวางการเรียนรู้และพัฒนาการ ส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองและจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบิดามารดาและได้รับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพ

บิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักตั้งแต่การดูแลกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม การกระตุ้นพัฒนาการ การพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาพยาบาลตามนัด นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลเด็กในสภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ได้แก่ อาการชัก อาการแพ้ อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ปัญหาพฤติกรรม ความบกพร่องทางสติปัญญาและโรคทางจิตเวชอื่นๆ (Bultas, 2012) การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ท้าทายและมีผลกระทบต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นอาการของโรค ปัญหาพฤติกรรม และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ต่ำกว่าเด็กทั่วไป ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้า จากกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว (Kuhlthau et al., 2013) เนื่องจากการช่วยเหลือเด็กเหล่านี้ต้องใช้ระยะเวลานาน ส่งผลต่อ สุขภาพ ความผาสุก บทบาททางสังคม นอกจากนี้ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เกิดความเครียดด้านการเงิน (Karst and Van Hecke, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Saunders et al. (2015) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความลำบากทางการเงิน บิดามารดาบางคนต้องลาออกมาทำงานเพื่อดูแลบุตรเหล่านี้ ผลกระทบต่อผู้ดูแลเริ่มตั้งแต่เด็กได้รับการวินิจฉัย ได้ผลกระทบทั้งในด้านบวกและด้านลบจากปัญหาพฤติกรรม (Howell, Lauderdale-Littin, and Blacher, 2015) และเมื่อเด็กเข้าสู่วัยเด็กตอนกลางพบมีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านจิตใจในระดับมาก (เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2555) อาการออทิสติกจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อระดับสติปัญญาของผู้ป่วยลดลง พัฒนาการและการเรียนรู้ช้า มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ขาดความสามารถในการทำหน้าที่และต้องการแบบอย่างในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลหลายคนมีประสบการณ์การมีปัญหาในกิจวัตรประจำวันร่วมกับการดูแล เช่น ปัญหาทุกข์ทรมานจากอารมณ์เศร้า (Hoefman et al., 2014) การศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกพบว่า มีระดับภาระการดูแลสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cadman et al., 2012) การดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในช่วงเด็กๆ จะมีความลำบากมีปัญหามาก จนกระทั่งพ่อแม่อาจหมดหวังที่จะทำให้เด็กดีขึ้น อย่างไรก็ตามเด็กส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะดีขึ้นในช่วงอายุ 5-7 ปี แต่บางรายอาจมีปัญหาพฤติกรรมมากและต้องมีคนดูแลตลอดไป (เบญจมาศ พระธานี, 2550)

จากการศึกษาพบว่าอาการออทิสติกของเด็กมีความสัมพันธ์กับความเครียดและเพิ่มพูนความกดดันภายในจิตใจของบิดามารดา อาการของโรคเป็นตัวเชื่อมระหว่างปัญหาพฤติกรรมเด็กและภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (Weiss et al., 2012) ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมซ้ำๆ และพฤติกรรมที่จำกัดความสนใจของผู้ป่วยส่งผลต่อความแปรปรวนของความเครียดของผู้ดูแล (Harrop, McBee, and Boyd, 2016) ช่วงเวลาที่กดดันนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล และส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (Karst and Van Hecke, 2012) เช่น ภาวะซึมเศร้า หากผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าเป็นระยะเวลานานย่อมส่งผลให้เป็นโรคซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและคะแนนความวิตกกังวลสูง (Almansour et al., 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธัญลักษณ์ วันเลี้ยง (2015) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล จากการศึกษาของ Chawanun Charmsil and Narumol Bathia (2010) พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (นัทธชนัน จรัสจรุงเกียรติ และอลิสรา วัชรสินธุ, 2556; Zablotzky, Anderson, and Law, 2013) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่ต่ำลง (Khanna et al., 2011) เมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ

Khanna et al.(2011) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม กล่าวว่าโครงสร้างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสังเคราะห์มาจากแนวคิดภาวะสุขภาพ (Health status) และแนวคิดคุณภาพชีวิต (Quality of life) เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างและรวมทั้งด้านที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ World Health Organization (1997) ได้นิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลของสถานภาพในชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมในชีวิตที่สัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของบุคคล ซึ่งไม่สามารถตอบสนองต่อการประเมินการบำบัดและการดูแลทางสุขภาพได้ เมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งเป็นหน่วยย่อยของคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อสุขภาพส่วนบุคคล นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังแสดงให้เห็นถึงภาวะของร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่นเดียวกับ Testa and Simonson (1996) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นคำที่เฉพาะเจาะจง หมายถึง มิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ที่มีผลต่อสุขภาพ แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาขึ้นโดยรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่แสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ และเป็นการรับรู้ต่อด้านร่างกายและด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์รวมถึงภาวะที่เสี่ยงต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย การทำหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคม และสภาพเศรษฐกิจสังคม คุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพเป็นการสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตและการทำหน้าที่และเป็นส่วนสำคัญเพื่อสำรวจภาวะสุขภาพและโดยทั่วไปจะใช้พิจารณาความต้องการการดูแลและผลลัพธ์จากการบำบัด คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสัมพันธ์กับการรายงานเกี่ยวกับภาวะโรคเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงของบุคคลนั้นๆ (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเห็นความสำคัญของการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพิจารณาเพื่อแสดงให้เห็นถึงมิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของสุขภาพซึ่งถูกกำหนดโดยการรับรู้ส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นศัพท์ที่ค่อนข้างเฉพาะมุ่งเน้นที่ผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วย และการรักษา (Ferrans et al., 2005) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้นได้รับผลกระทบอย่างมากจากการดูแลผู้ป่วย โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลายและความต้องการการดูแล ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลง (King and Hinds , 2012)

บิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมได้รับผลกระทบจากการดูแลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ให้การดูแลเป็นประจำอย่างต่อเนื่องมีอาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นต้น (Chawanun Charmsil and Narumol Bathia, 2010 ; Lin et al., 2014) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าผู้ดูแลกลุ่มนี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของเด็กมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากไม่ได้รับการป้องกันหรือการส่งเสริมด้านสุขภาพที่เหมาะสม

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมพบว่าต่ำกว่าประชาชนของประเทศสหรัฐอเมริกา (Khanna et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tung et al. (2014) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกต่ำกว่าประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุกด้านโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงหรือมารดาของเด็กจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจต่ำ เช่นเดียวกับ Kuhlthau et al. (2014) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมต่ำกว่าประชาชนทั่วไปซึ่งได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย โดยร้อยละ 45 ของผู้ดูแลพบมีปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวดด้านร่างกายระดับปานกลาง ถึงระดับมาก และร้อยละ 51 พบว่ามีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ Allik, Larsson and Smedje (2010) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของบิดามารดาเด็กโรคแอสเพอร์เกอร์ช่วงวัยเรียนซึ่งเป็นหนึ่งในโรคกลุ่มอาการออทิสซึมพบว่ามารดาที่เป็นผู้ดูแลมีความบกพร่องของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านจิตใจได้รับผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก เช่น อยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมเกรง นอกจากนี้ Sarajlija et al. (2013) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคเรทท์ (Rett syndrome) พบว่ามารดามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำโดยเฉพาะด้านจิตใจ ด้านความมีชีวิตชีวาและการทำหน้าที่ทาง

อารมณ์ ความสำคัญของการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมี 2 ประการด้วยกัน ประการแรกคือ ผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีนั้นส่วนมากจะได้รับการพิจารณาให้ช่วยเหลือดูแลเด็ก ในทางตรงกันข้ามผู้ดูแลที่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดีจะมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อดูแลผู้ป่วย ประการที่สองการเข้าใจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลสามารถที่จะช่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยรวมถึงการจัดหาบริการทางสุขภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยต่อไป (Tung et al., 2014)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดของ Khanna et al.(2011) ได้แก่ ความบกพร่องความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional impairment) ของผู้ป่วย ปัญหาพฤติกรรม (Behavioral problem) ของผู้ป่วย ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความบกพร่องในการทำหน้าที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการและปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลและสุขภาพที่แย่งลงของผู้ดูแล การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล (Ji et al., 2014) การจัดการความเครียดของผู้ดูแล (Coping) สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านจิตใจ (Allik et al., 2010) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านจิตใจ (Khanna et al., 2011) ภาระการดูแล (Caregiver Burden) การดูแลเด็กออทิสติกบิดามารดาที่มีการรับรู้ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้น (Cadman et al., 2012) และได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหาพฤติกรรม การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การจัดการความเครียดที่ไม่ดี (Khanna et al., 2011) นอกจากนี้การศึกษาของ Lee et al. (2009) ยังพบว่ารายได้ จำนวนบุตร และความเครียด เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบิดามารดาที่เป็นผู้ปกครองของเด็กออทิสติก high-function อย่างมีนัยสำคัญ Lee et al. (2009) กล่าวว่าความเครียดเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจต่อบิดามารดา ซึ่งความเครียดนั้นมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กออทิสติก นอกจากนี้ McStay, Trembath and Dissanayake (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับช่วงอายุของเด็กออทิสติกที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและความรุนแรงของอาการออทิสติก พบว่ามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมรายงานว่ามีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับ Dardas and Ahmad (2014) ได้กล่าวถึงช่วงอายุของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมว่ามีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อความเครียดและคุณภาพชีวิตของบิดามารดา

จากการที่กล่าวมาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมได้รับผลกระทบโดยตรงจากการดูแลเด็กในทางลบ (Kuhlthau et al, 2014) การรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้นมีความสำคัญต่อการเริ่มต้นการดูแล (King and Hinds, 2012) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดูแลของผู้ป่วย (Smith et al, 2010) กล่าวคือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม โดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่คือบิดามารดาซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วย บิดามารดาได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลต่อการเปลี่ยนด้านร่างกายและจิตใจจากความต้องการดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถยังสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วย กล่าวคือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่ดียอมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคออทิซึมสเปกตรัมที่บิดามารดาจะต้องให้การดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน เริ่มตั้งแต่ช่วงกระตุ้นพัฒนาการ การดูแลความเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ตลอดจนปัญหาและความรุนแรงของอาการของโรคกลุ่มอาการออทิซึม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจึงเห็นความสำคัญของบิดามารดาเด็กเหล่านี้

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคออทิซึมสเปกตรัมจากการศึกษาของ นันทชนัน จรัสจรุงเกียรติ และอลิสรา วัชรสินธุ (2556) ได้แก่ รายได้และความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และโรคที่เด็กได้รับการวินิจฉัย แต่ไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แตกต่างจากวรรณกรรมในต่างประเทศที่มีศึกษาเหล่านี้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของบิดามารดา ซึ่งเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถดูแลและจัดการกระทำได้ และเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมต่อไป



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาวะการดูแลของบิดามารดากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวด้วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นความเจ็บป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง โอกาสที่จะกลับสู่ภาวะปกตินั้นอาจไม่มี เป็นกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติโดยกล่าวคือผู้ป่วยจะมีพัฒนาการด้านภาษาที่ล่าช้า ขาดความสนใจในการมีสังคม และการมีพฤติกรรม

ซ้ำๆ หรือมีความสนใจจำกัด ผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการแสดงออกแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2545) ความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เรื้อรังนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายด้านซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลของเด็กเหล่านี้คือบิดาหรือมารดา ซึ่งต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน การดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมบิดามารดาย่อมได้รับผลกระทบโดยตรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่มีแนวโน้มสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต (Sawyer et al., 2010) เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านต่างๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมพบว่ามีความบกพร่องของคุณภาพชีวิต (Allik , Larsson and Smedje, 2010)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กออทิซติกของ Khanna et al. (2011) โดยกล่าวถึงแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าเป็นแนวคิดที่สังเคราะห์มาจากแนวคิดภาวะสุขภาพและแนวคิดคุณภาพชีวิต ซึ่งกล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคือหน่วยย่อยของคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อสุขภาพส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้รับการพิจารณาเพื่อแสดงให้เห็นถึงมิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งถูกกำหนดโดยการรับรู้ส่วนบุคคล

กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กออทิสติกของ Khanna et al. (2011) ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Chappell and Ried (2002) โดยใช้กรอบแนวคิด stress-appraisal model เป็นแนวทาง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) สิ่งกระตุ้นขั้นต้น (Primary stressors) ได้แก่ ความบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้รับการดูแล (Care recipient's functional impairment) และปัญหาพฤติกรรมของผู้รับการดูแล (Care recipient extend of behavioral problems) 2) ตัวกลาง (Mediators) ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning) การจัดการความเครียด (Coping) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) 3) การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) คือ ภาระการดูแล (Caregiver burden) 4) ผลลัพธ์ (outcome) คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ Lee et al. (2009) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคลูแกอูการออทิสซึมที่แตกต่างกัน คือ รายได้ของผู้ดูแล จำนวนบุตร และความเครียดของผู้ดูแล และการศึกษาของ Ji et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคลูแกอูการออทิสซึมพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว การจัดการความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแล นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านจิตใจ คือ อายุของเด็กออทิสติก จากการศึกษาของ McStay et al. (2014) พบว่าช่วงอายุของเด็กโรคลูแกอูการออทิสซึมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเป็นการแสดงออกของปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็ก และช่วงอายุของผู้ป่วยยังความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของครอบครัว จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่หลากหลายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคลูแกอูการออทิสซึม ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคลูแกอูการออทิสซึมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในประเทศไทย ได้แก่ 1) อายุของผู้ป่วย 2) รายได้ของบิดามารดา 3) จำนวนบุตรของบิดามารดา 4) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคลูแกอูการออทิสซึม 5) การทำหน้าที่ของครอบครัว 6) การจัดการความเครียดของบิดามารดา 7) การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา 8) ภาระการดูแลของบิดามารดา

อายุของผู้ป่วย ช่วงอายุเป็นเกณฑ์ที่บิดามารดาสามารถสังเกตและประเมินพัฒนาการด้านต่างๆ ของบุตร ซึ่งบิดามารดามีความคาดหวังให้บุตรมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามอายุ จากการดำเนินการของโรคพบว่าอาการแสดงของโรคลูแกอูการออทิสซึมจะแสดงอาการก่อน 36 เดือน (เพ็ญแข ลิ้มศิลา, 2540) บางรายไม่พบว่าผิดปกติใดในช่วงปีแรก แต่หลังจากนั้นพบว่ามีอาการถดถอย (regression) ของพัฒนาการและสูญเสียทักษะบางอย่างไป (นิชรา เรื่องดารกานนท์ และคณะ, 2551) อายุของผู้ป่วยพบว่าในแต่ละช่วงวัยมีพัฒนาการที่แตกต่างกัน ซึ่งบิดามารดาจะต้องปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยในแต่ละอายุ Eisenhower et al. (2005) กล่าวว่ามีความสำคัญที่แนะนำว่าปัญหา

พฤติกรรมที่ถดถอยของเด็กออทิสติกเกี่ยวข้องกับช่วงอายุ และจากการศึกษาของ McStay et al. (2014) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงคาดว่าอายุจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา

รายได้ของบิดามารดา เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ ฐานะ เศรษฐกิจ และการจัดหาหรือรถประโยชน์เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการดำเนินชีวิต การมีรายได้ที่สูงสัมพันธ์กับการจัดหาการรักษาดูแลที่ดีให้กับผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม จากการศึกษาของ Lee et al. (2009) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การมีรายได้สูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านจิตใจที่เพิ่มขึ้น ระดับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ จากการศึกษาของ นัทธิชนัน จรัสจรวงเกียรติ และอลิสาว์ชรสินธุ (2556) พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นรายได้จึงคาดว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม

จำนวนบุตร จำนวนบุตรและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาของ Lee et al. (2009) พบว่าจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และจากการศึกษาของ Kuhlthau et al. (2014) พบว่าครอบครัวที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปหรือครอบครัวที่มีเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจำนวนบุตรจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิสซึมที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมซ้ำๆ หรือมีข้อจำกัดในความสนใจแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรม อยู่ไม่นิ่ง เกเร ทำร้ายตนเอง ก้าวร้าว มีการกระทำซ้ำๆซึ่งการกระทำนี้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตัวเองซ้ำๆ (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2537) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมที่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จะส่งผลต่อความเครียดด้านจิตใจของผู้ปกครองน้อยกว่าเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมมาก (Haung et al, 2014) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิต ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการศึกษาของ Khanna et al. (2011) พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al. (2012) พบว่าลักษณะของผู้ป่วยสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้นปัญหาพฤติกรรมจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม

การทำหน้าที่ของครอบครัว คือการที่สมาชิกแต่ละหน่วยในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กร ในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิก (อุมพร ตรีงคสมบัติ, 2544) การมี ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในครอบครัวมีผลต่อสมาชิกของครอบครัวทุกคนโดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย บิดามารดาที่อยู่ในครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวดี สมาชิกใน ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้เด็กได้รับการช่วยเหลือที่ดีจากสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว (เบญจมาศ พระธานี, 2550) Khanna et al. (2011) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็น สัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของสมาชิกภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $r = .39, p < 0.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ji et al. (2014) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลใน ทางบวก ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

การจัดการความเครียด เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อการจัดการ สถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือปัญหาที่เข้ามากระทบ บิดามารดาที่เป็นผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ที่มีการปรับตัวต่อความเครียดไม่ดีย่อมมีผลกระทบในทางลบต่อจิตใจ เช่นเดียวกับ Khanna et al. (2011) พบว่ากลไกการจัดการความเครียดในทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติ ด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu et al. (2012) พบว่าการใช้กลไก การจัดการความเครียดเชิงรุกมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเส้นเลือดแตกในสมอง นอกจากนี้การจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคออทิซึมสเปกตรัม ยัง เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเหล่านี้ ดังนั้นการจัดการความเครียดมี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนด้านข่าวสาร การยอมรับ การ ปลอดภัยด้านอารมณ์และจิตใจ ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่แสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Schaefer, Coyne and Lazarus, 1981) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .37$ ) (Khanna et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ji et al. (2014) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม นั้ทซ์ชนัน จรัสจรุง เกียรติ และอลิสรา วัชรสินธุ (2556) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิต โดยรวม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดา มารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ภาวะการดูแล จากการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมบิตามารดาจะรับรู้ถึงภาวะการดูแลทั้งภาวะเชิงอัตนัย และการดูแลเชิงปรนัย เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยนั้นบิตามารดาต้องทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ การพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ซึ่งบิตามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีการรับรู้ภาวะการดูแลสูงเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กโรคสมาธิสั้น (Cadman et al., 2012) ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.56$ ) (Khanna et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al. (2012) พบว่าภาวะการดูแลสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษา Santo et al. (2011) พบว่าภาวะการดูแลของเด็กที่เป็นโรคมะเร็งนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นที่ต้องการการดูแลจากบิตามารดาเช่นเดียวกับเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม นอกจากนี้ Ji et al. (2014) พบว่าภาวะการดูแลเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และผลการศึกษาของ Myaskovsky et al. (2012) พบว่าภาวะการดูแลที่มากจะสามารถทำนายได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลจะต่ำลง ดังนั้นภาวะการดูแลจึงมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิตามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

#### **จากแนวคิดและเหตุผลตั้งที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้**

1. อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิตามารดา จำนวนบุตร และการจัดการความเครียดของบิตามารดา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิตามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
2. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และภาวะการดูแลของบิตามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิตามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
3. การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของบิตามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิตามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ประชากร คือ บิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision : ICD 10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช ระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตรวจรักษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การทำหน้าที่ของครอบครัว การจัดการความเครียดของบิดามารดา การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดา

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา หมายถึง การรับรู้ของบิดามารดาต่อสุขภาพที่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสุขภาพจิต การทำหน้าที่ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบิดามารดาระหว่างการดูแลบุตรโรคกลุ่มอาการออทิซึม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป The Short -Form -36- Health Survey (SF-36) ฉบับของ เอมิกา กลยนิ (2556) ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้แปลภาษาไทยครั้งแรกโดย Leurmarkul and Meetam (2005) ต่อมาปรับปรุงโดย Lueboonthavatchai and Lueboonthavatchai (2006) แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านร่างกาย และองค์ประกอบด้านจิตสังคม แบ่งออกเป็น 8 มิติ ดังนี้

1. มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพของบิดามารดาที่เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านร่างกาย

2. มิติข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Role limitations due to physical health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพที่เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยต่อข้อจำกัดด้านร่างกายหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบิดามารดา

3. มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพของบิดามารดาต่อความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายซึ่งเป็นผลจากการดูแลเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม

4. มิติสุขภาพทั่วไป (General health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพโดยรวมที่เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึมของบิดามารดาเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม

5. มิติการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพที่เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึมต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่หรือกิจกรรมทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม

6. มิติด้านพลังในร่างกาย (Vitality) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพ ต่อความรู้สึกความวิตกกังวล ความรู้สึกเหนื่อยล้า จากการดูแลผู้ป่วยของบิดามารดาเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม

7. มิติข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role limitations due to emotional problems) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทางด้านข้อจำกัดทางจิตใจต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม

8. มิติด้านสุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบทางสุขภาพเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึมต่อภาวะอารมณ์ ความผาสุกของจิตใจ และสุขภาพจิตโดยรวมของบิดามารดาเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม

การพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคำนวณคะแนนรวมเฉลี่ย ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1 ถึง 100 คะแนน คะแนนรวมเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตสูง และค่าคะแนนรวมเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่า

รายได้ของบิดามารดา หมายถึง จำนวนรายรับรวมต่อเดือนของบิดามารดาผู้ดูแลเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึมต่อเดือน ซึ่งได้รับการประกอบอาชีพ แบ่งเป็น 7 ระดับ ได้แก่

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| 1). 5,000 บาท หรือน้อยกว่า | 2). 5,001 – 10,000 บาท  |
| 3). 10,001 – 20,000 บาท    | 4). 20,001 – 30,000 บาท |
| 5). 30,001 – 40,000 บาท    | 6). 40,001 – 50,000 บาท |
| 7). มากกว่า 50,000 บาท     |                         |

จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรทั้งหมดและหมายรวมถึงบุตรที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกัน และต่างบิดามารดาด้วย และรวมที่บิดาหรือมารดาต้องดูแลรับผิดชอบเลี้ยงดูและดูแลส่งเสียค่าเลี้ยงดู

ปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม หมายถึง การแสดงออกและการกระทำของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งที่กระทำต่อตนเองและผู้อื่น และกระทบต่อบิดามารดาผู้ดูแล ในการศึกษาประกอบด้วยพฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมความสัมพันธ์กับเพื่อน ประเมินโดยใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (The strength and difficulties questionnaire:SDQ) การพิจารณาปัญหาพฤติกรรมคิดจากการคำนวณคะแนนของพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน รวมทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง การมีปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับภารกิจที่พึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคมทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมรับรู้ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของ McMaster model ซึ่งแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม (อุมพร ตรีงคสมบัติ, 2544) ประเมินโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory : CFI) การคิดคะแนนจากคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามทางบวก 24 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 12 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตรวัด 4 ระดับ และแปลผลโดยคิดค่าคะแนนรวมเฉลี่ย ค่าคะแนนรวมเฉลี่ยสูง หมายถึงการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวมากขึ้น

การจัดการความเครียดของบิดามารดา หมายถึง ความสามารถของบุคคลต่อการจัดการความเครียด เป็นปฏิกริยาการตอบสนองของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่ใช้ในการปรับตัวเมื่อเผชิญความเครียด โดยครอบคลุมทั้งการจัดการด้านอารมณ์ การจัดการที่เน้นการจัดการปัญหา และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) ของ เอกอูมา อิมค้ำ (2558) โดยแบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตรวัด 4 ระดับ การคิดคะแนนได้จากการคำนวณคะแนนรวมทั้งหมด ซึ่งผลคะแนนรวมสูงแสดงถึงการปรับตัวที่เพิ่มมากขึ้น



การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บิดามารดาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องและการยอมรับในสังคม ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al.(1981) ของแก้วดา มีศรี (2554) โดยแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 24 ข้อ คัดคะแนนจากผลรวมของคะแนนแบบสอบถามทั้งหมด

ภาวะการดูแลของบิดามารดา หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกประสบการณ์อันยากลำบาก เป็นผลกระทบจากการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ทั้งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์จิตใจ และการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเป็นรูปธรรม เช่น การมีเวลาส่วนตัวลดลง การหน้าที่ทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพของบิดามารดา ประเมินโดยแบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็นภาวะเชิงอัตนัย 12 ข้อ และภาวะเชิงปรนัย 12 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตรวัด 5 ดับ การคิดคะแนนโดยรวมคะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามแล้วหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมมาก หมายถึง การมีภาวะการดูแลมาก

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ตลอดจนเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตรของบิดามารดา ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา ภาวะการดูแลของบิดามารดา

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา บทความวิจัย และบทความวิชาการ ทั้งในและต่างประเทศ สรุปประเด็นสำคัญดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการออทิซึม

- 1.1 ความหมายของโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 1.2 สาเหตุ การดำเนินโรค และการวินิจฉัยของโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 1.3 อาการทางคลินิกของโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 1.4 การรักษาโรคกลุ่มอาการออทิซึม

#### 2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม

- 2.1 แนวคิดและหลักการพยาบาลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมระยะแรกและระยะที่มีโรคร่วม
- 2.2 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมโดยเน้นครอบครัวมีส่วนร่วม
- 2.3 การปฏิบัติการช่วยเหลือบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
  - 2.3.1 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
  - 2.3.2 พยาบาลกับการช่วยเหลือดูแลบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

#### 3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

- 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
- 3.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
- 3.3 แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 3.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 3.5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

4. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา  
เด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการออทิซึม

### 1.1 ความหมายของโรคกลุ่มอาการออทิซึม

เพ็ญแข ลิ้มศิลา (2540) กล่าวว่า ออทิสซึม (autism) ได้มีความพยายามในการให้คำจำกัดความ และเรียกเด็กที่มีภาวะออทิซึมว่า “เด็กออทิสติก” ในระยะแรกมีผู้ศึกษาได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับโรคนี้ว่าเป็นความผิดปกติด้านอารมณ์ ต่อมาจึงพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีความผิดปกติและความล่าช้าทางพัฒนาการด้านสังคม การสื่อความหมาย ภาษา และจินตนาการ มีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางด้านกายภาพของสมอง

วินิตดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (2545) กล่าวว่า Autistic spectrum disorder มีความหมายใกล้เคียงกับ Pervasive developmental disorder (PDD) เป็นกลุ่มโรคที่เด็กมีความผิดปกติที่สมอง ซึ่งเด็กจะมีพัฒนาการล่าช้าทางด้านภาษา ขาดความสนใจด้านสังคม และมีพฤติกรรมซ้ำๆหรือมีความจำกัดในความสนใจเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ (2557) กล่าวถึงโรค Autistic Spectrum Disorder ว่าเป็นโรคที่มีความผิดปกติรุนแรงของพัฒนาการทางด้านสังคม การติดต่อสื่อสาร และขาดจินตนาการ และการมีพฤติกรรมซ้ำๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ฉบับที่ 5 (DSM - 5) จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-4 นั้น ประกอบด้วยโรคดังนี้

- 1). Autistic disorder
- 2). Asperger's disorder
- 3). Pervasive Developmental Disorder not otherwise specified
- 4). Childhood Disintegrative Disorder (CDD)
- 5). Rett's Disorder

แต่ในปัจจุบันได้แยกโรค Rett's disorder ออก เนื่องจากมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่ไม่เหมือนกับโรคกลุ่มอาการออทิซึมอื่น ซึ่งโรค Autism Spectrum disorder นั้นจะพบความผิดปกติ 2 เรื่องใหญ่ ได้แก่ 1) มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารทางสังคมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) รูปแบบของพฤติกรรมและความสนใจ และกิจกรรมที่มีความจำกัดและซ้ำๆ

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขคนนิชย์ (2558) กล่าวว่า โรค Autism Spectrum disorder จัดอยู่ในกลุ่มโรค Neurodevelopmental disorder ผู้ป่วยจะมีลักษณะของความบกพร่อง ของพัฒนาการด้านสังคม การสื่อสาร และมีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำๆ โดยมีลักษณะอาการภายนอกอาจเหมือนเด็กทั่วไปแต่จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างได้แก่ 1) ความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มักแยกตัว ไม่ยึดหยุ่นในกฎระเบียบ 2) ความบกพร่องทางด้านภาษาและการสื่อสารเด็กอาจไม่พูด หรือมีภาษาของตนเอง 3) พฤติกรรมซ้ำๆ เช่น การรับประทานอาหารเดิมๆ การเขย่ามือ การโยกตัว เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม การรับรู้ผิดปกติ การแสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับบริบทของสิ่งแวดล้อม และร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมักมีภาวะสติปัญญาบกพร่องร่วมด้วย

Sears (2010) ได้อธิบายว่าเป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับสมองส่วนควบคุมการสื่อสาร พฤติกรรม ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การเรียนรู้ การรับความรู้สึก และการควบคุมการเคลื่อนไหว ที่มีการทำงานไม่เหมาะสม โดยคนที่เป็โรคนี้จะมีการแสดงออกที่แตกต่างกัน บางคนอาจแสดงอาการของโรคเพียงเล็กน้อยหรือบางคนอาจมีอาการแสดงมาก ความหลากหลายเหล่านี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านพันธุกรรม ยาที่ผู้ป่วยได้รับ สิ่งแวดล้อม อาหาร และการติดเชื้อ

Goodman (2012) กล่าวว่า โรค Autistic spectrum disorder หรือ Pervasive developmental disorder (PDD) เป็นที่รู้จักกันดีในความหมายที่หลากหลายของ Autism ลักษณะเฉพาะของโรคพบว่าเด็กจะมีความผิดปกติในระยะเริ่มแรก 3 ด้าน ได้แก่ ความบกพร่องทางด้านสังคม (Social Impairment) ความบกพร่องด้านการสื่อสาร (Communication impairment) มีความจำกัดและพฤติกรรมซ้ำในกิจกรรมและความสนใจ (Restricted and repetitive activities and interests)

Yearwood, Pearson and Newland (2012) ได้กล่าวว่า โรค Autistic spectrum disorder ในปัจจุบันหมายถึงความถึงกลุ่มโรคพัฒนาการล่าช้าโดยพิจารณาตามการวินิจฉัยโรคของ DSM -IV TR ซึ่งประกอบด้วย 1) autistic disorder 2) Asperger's disorder 3) Pervasive Developmental Disorder not otherwise specified 4) Childhood Disintegrative Disorder 5) Rett's Disorder

จากความหมายของโรคออทิสติกทั้งหมดดังที่ได้กล่าวมา จะเห็นได้ว่าโรคนี้เดิมมีการนั้นรู้จักกันในชื่อของ “โรคออทิสติก” หรือ “โรคออทิสซึม” และต่อมาสมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้มีการจัดโรคในกลุ่มนี้ใหม่จากเกณฑ์การวินิจฉัยเดิม เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM-IV TR ได้จัดโรค Autistic Spectrum Disorder ไว้ในกลุ่มโรค Pervasive Developmental Disorder ประกอบด้วย 1) autistic disorder 2) Asperger's disorder 3) Pervasive Developmental Disorder not

otherwise specified 4) Childhood Disintegrative Disorder 5) Rett's Disorder แต่ปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้ปรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใหม่ โดยเรียกรวมโรคในกลุ่มนี้ว่า Autism Spectrum Disorder และได้แยกโรค Rett's Disorder ออก

ผู้วิจัยขอสรุปว่าโรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องใน 3 ด้าน หลัก ได้แก่ ด้านสังคม ด้านการสื่อสาร และการมีพฤติกรรมหรือความสนใจจำกัด ซึ่งความผิดปกตินี้จะแสดงให้เห็นก่อนอายุ 3 ปี เดิมนั้นเราเรียกเด็กที่มีภาวะออทิซึมว่า “เด็กออทิสติก”

## 1.2 สาเหตุ การดำเนินโรค และการวินิจฉัยของโรคกลุ่มอาการออทิซึม

### สาเหตุของโรคกลุ่มอาการออทิซึม

สาเหตุของนั้นยังไม่เป็นที่ทราบอย่างแน่ชัด เมื่อมีการค้นพบโรคนี้ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1943 การศึกษามีความโน้มเอียงทางความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ต่อมาภายหลังพบว่ามีความผิดปกติที่สมอง (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2540) พบว่าเซลล์ของสมองบริเวณที่ควบคุมด้านความจำ อารมณ์ และแรงจูงใจ และบริเวณที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติไม่พัฒนาไปตามวัย (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ, 2557) กล่าวถึงสาเหตุโดยสรุปดังนี้

ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่าโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความผิดปกติของยีนส์หลายตำแหน่ง วินด์ดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (2545) กล่าวว่าจากการศึกษาพบว่าฝาแฝดมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 60-90 (นันทวัช สิริธีร์รักษ์และคณะ, 2558) และมีอัตราการเกิดซ้ำในการมีลูกครั้งต่อไป

ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่าเด็กออทิสติกมีการชักแบบ grand mal และพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) ร้อยละ 10-80 แบบ non-specific abnormalities (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขคนนิษฐ์, 2558)

ปัจจัยทางด้านกายวิภาค จากการทำ MRI (Magnetic resonance imagine) พบว่าสมองของผู้ป่วยออทิซึมมีขนาดใหญ่กว่าคนปกติบริเวณของ occipital lobe, parietal lobe และ temporal lobe นอกจากนี้ยังพบ migration ของสมองบริเวณ limbic system และ cerebellum มีจำนวน Purkinje cell ลดลง ซึ่งสัมพันธ์กับความผิดปกติของสมาธิ การตื่นตัว(arousal) และ Sensory processes ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการรับรู้และการแปลผลข้อมูล ความผิดปกติบริเวณ hippocampus อาจเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางอารมณ์ (วินด์ดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2545)

ปัจจัยก่อนเกิดและระยะเกิด ปัญหาในระหว่างการจัดตั้งครรภ์และการคลอดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับเด็กที่มีกลุ่มพัฒนาการผิดปกติ กล่าวคือมีความผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นในช่วงการพัฒนาของระบบประสาทและสมอง โดยปัจจัยเหล่านี้อาจมีสาเหตุมาจาก การเจ็บป่วยของมารดา การใช้ยา การติดเชื้อ กระบวนการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และการได้รับสารพิษบางชนิดที่ส่งผลกระทบต่อเด็ก นอกจากนี้ยังปัจจัยบางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อายุของพ่อแม่ และการรักษาภาวะการมีบุตรยาก เป็นต้น

ปัจจัยด้านการสังคมและครอบครัว ไม่พบความแตกต่างในทักษะการเลี้ยงดูระหว่างพ่อแม่เด็กออทิสติกและเด็กปกติ เพ็ญแข ลิมศิลา (2540) กล่าวว่าเลี้ยงดูนั้นเป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น หรือทุเลาลง

### การดำเนินโรคและการวินิจฉัยโรค

การดำเนินโรคกลุ่มอาการออทิสซึมเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคระยะยาว เด็กต้องได้รับการรักษาและช่วยเหลือตั้งแต่อายุก่อน 5 ปี จะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสังคม การพูด และสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้น แต่ยังคงด้อยกว่าเด็กในวัยเดียวกัน

การพยากรณ์โรค ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุของเด็ก หากเด็กอายุ 5 ปีแล้วยังไม่สามารถสื่อความหมายได้ มีประวัติชักก่อนอายุ 5 ปี มีพฤติกรรมแยกตัว มีพัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ล่าช้า แสดงถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งการพยากรณ์โรคในเด็กกลุ่มนี้จะไม่ดี Goodman (2012) กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น ภาวะชักส่วนใหญ่พบว่าช่วงอายุที่เริ่มชักคือ 11-14 ปี ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิสซึมร้อยละ 10 หากเข้าสู่ระยะวัยรุ่นเมื่อสูญเสียทักษะด้านภาษา บางครั้งมีภาวะสติปัญญาบกพร่องร่วมด้วยมีแนวโน้มที่จะไม่ดี ช่วงวัยรุ่นพฤติกรรมกระสับกระส่ายจะพบได้บ่อยและนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคกลุ่มอาการออทิสซึมเป็นการวินิจฉัยทางคลินิก ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการซักประวัติ การประเมินพัฒนาการ การสังเกตพฤติกรรมของเด็ก พบว่าการวินิจฉัยโรคจะแม่นยำมากกว่าในเด็กกลุ่มวัยเรียน การให้การวินิจฉัยในช่วงแรกเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากจะนำไปสู่การดูแลรักษา ซึ่งจะประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว (นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2551) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคกลุ่มอาการออทิสซึมในปัจจุบัน สมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้พัฒนา DSM-5 โดยมีการเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ American Psychiatric Association (2013) ดังนี้

A. มีความบกพร่องอย่างต่อเนื่องในการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในบริบทต่างๆ โดยมีอาการแสดงทั้งจากประวัติหรือที่ตรวจพบในปัจจุบัน ดังนี้

1). มีความบกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์ สังคม ตัวอย่างเช่น วิธีการปฏิบัติต่อผู้อื่นในสังคมมีความผิดปกติ และไม่สามารถโต้ตอบสนทนาได้

2). มีความบกพร่องของพฤติกรรมในการสื่อสารแทนการพูด ในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตัวอย่างเช่น การไม่สบตาและการใช้ภาษากายมีความผิดปกติ หรือมีความบกพร่องในการเข้าใจและท่าทางในการสื่อสารจนกระทั่งถึงไม่มีการแสดงความรู้สึกใดๆ ทางสีหน้า และขาดการสื่อสารแบบที่ไม่ใช้คำพูด

3). มีความบกพร่องในการพัฒนา ดำรงรักษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับสัมพันธภาพ ตัวอย่างเช่น การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทต่างๆ ทางสังคม มีความยากลำบากในการเล่นสมมุติหรือการทำความรู้จักเพื่อนใหม่ ขาดความสนใจในการมีเพื่อน

B. มีรูปแบบของพฤติกรรมซ้ำๆ มีความจำกัดในความสนใจ หรือกิจกรรม และเป็นแบบแผนตายตัวอย่างน้อย 2 พฤติกรรม ซึ่งเป็นพฤติกรรมทั้งในปัจจุบันและในอดีตที่ผ่านมา

1). มีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำๆ มีการใช้สิ่งของ หรือคำพูด (ตัวอย่างเช่น การหมุนตัว การหมุนวัตถุสิ่งของ การเรียงสิ่งของวางต่อกัน การออกเสียงเลียนแบบ การพูดวลีแปลกๆ

2). ยึดกรานในสิ่งเดิมๆ ไม่ยืดหยุ่น ยึดติดกับกิจวัตรประจำวันหรือขั้นตอนต่างๆ ของรูปแบบพฤติกรรมทั้งที่เป็นพฤติกรรมสื่อสารทางวาจาและไม่ใช้วาจา (ตัวอย่างเช่น มีความวิตกกังวลเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยๆ ยากต่อการเปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องใช้เส้นทางเดิม หรือรับประทานอาหารแบบเดิมทุกวัน)

3). มีความจำกัดของความสนใจสูง และสนใจในเรื่องนั้นไม่เปลี่ยนแปลงซึ่งอาจเป็นการสนใจที่ผิดไปจากปกติ (ตัวอย่างเช่น มีความผูกพันอย่างมาก หรือหมกหมุ่นอยู่กับวัตถุสิ่งของที่คนอื่นไม่ได้สนใจ สนใจวนเวียนอยู่แต่กับสิ่งนั้นๆ มากเกินไป หรือมีความสนใจซ้ำๆ

4). มีการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับทางประสาทสัมผัสมากหรือน้อยเกินไป (ตัวอย่างเช่น ไม่รู้สึกเจ็บปวด หรือรับรู้อุณหภูมิร้อนเย็นมากเกินไป มีการตอบสนองต่อผัสสัมผัสหรือลักษณะพื้นบางอย่างค่อนข้างรุนแรง ดมหรือสัมผัสวัตถุบางอย่างบ่อยมาก ชอบจ้องมองไฟหรือวัตถุที่เคลื่อนไหว)

C. อาการต่างๆ ต้องเกิดขึ้นในช่วงต้นของพัฒนาการ (แต่อาจไม่แสดงอาการเต็มที่จนกระทั่งความต้องการของสังคมมีมากกว่าความสามารถของผู้ป่วย หรืออาจถูกกลบเกลื่อนด้วยการเรียนรู้เมื่อโตขึ้น)

D. อาการต่างๆ เป็นเหตุให้เกิดความบกพร่องทางสังคม อาชีพ หรือบทบาทการทำหน้าที่ในปัจจุบัน

E. ความผิดปกติต่างๆ เหล่านี้ไม่ได้เกิดจากความผิดปกติจากภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือการมีพัฒนาการล่าช้าในหลายๆ ด้าน ภาวะบกพร่องทางสติปัญญามักพบร่วมกับโรค

กลุ่มอาการออทิซึม การที่โรคทั้งสองเกิดร่วมกันนั้น ความสามารถในการติดต่อสื่อสารทางสังคมต้องอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับความสามารถของคนปกติทั่วไป

แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังพบการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคกลุ่มอาการออทิซึมของ DSM- 4 TR ซึ่งมีความแตกต่างจากเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคกลุ่มอาการออทิซึมประกอบด้วย 5 โรค ได้แก่ 1) Autistic disorder 2) Asperger's disorder 3) Rett's disorder 4) Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified 5) Childhood Disintegrative Disorder ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จึงยอมรับเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคทั้ง DSM -4 TR และ DSM -5 เนื่องจากผู้ป่วยบางรายได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในช่วงแรก

### 1.3 อาการทางคลินิกของโรคกลุ่มอาการออทิซึม

อาการทางคลินิกของโรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นที่ทราบกันดีว่าเด็กจะมีความผิดปกติหลัก 3 ด้าน คือ การบกพร่องทักษะทางสังคม การบกพร่องด้านการสื่อสาร และการมีพฤติกรรมซ้ำๆ อาการแสดงเบื้องต้นที่สามารถสังเกตได้ทั่วไป คือ พูดช้า พัฒนาการด้านสังคมช้า การเคลื่อนไหวผิดปกติ และมีการตอบสนองต่อการสัมผัสผิดปกติ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และคณะ (2557) ได้กล่าวถึงอาการของโรคนี้ว่า อาการของโรคในระยะแรก เด็กจะไม่มี การตอบสนองต่อผู้คน ไม่ชอบการโอบกอด ไม่มีการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง ไม่สนใจการโอบกอด ไม่มีการยิ้มตอบคนอื่นเพื่อสร้างสัมพันธ์ ไม่มีความผูกพันกับแม่หรือคนเลี้ยง ต่อต้านเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกิจวัตรที่ทำเป็นประจำ บางครั้งอาจมีการตอบสนองรุนแรง เด็กมีความผิดปกติในการดูคนม หรือการรับประทาน มีความยากลำบากในการสื่อสาร ไม่สนใจสังคม ไม่มีเพื่อน สำหรับอาการของโรคสำหรับเด็ก 2- 5 ปี นั้นเด็กจะไม่สนใจคนเลี้ยงหรือติดกับคนเลี้ยงเกินกว่าปกติ เด็กยังคงเล่นไม่เป็น ไม่สามารถเล่นร่วมกับเด็กอื่นได้ และไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนได้ เด็กอาจมีความสนใจเฉพาะส่วนของวัตถุ เช่น ล้อรถยนต์ พัดลม เป็นต้น

นอกจากนี้ เพ็ญแข ลิมศิลา (2540) ยังกล่าวเกี่ยวกับอาการของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมไว้ดังนี้

การสูญเสียทางด้านสังคม และไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่นได้ โดยการแสดงพฤติกรรมไม่สนใจใคร ไม่มีสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่น มีการสูญเสียทางด้าน การสื่อความหมายรวมทั้งไม่มีจินตนาการในการเล่น ความผิดปกติด้านทักษะทางสังคมนี้เป็นอาการที่ปรากฏให้เห็นตั้งแต่อายุยังน้อย โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการความบกพร่องนี้ตั้งแต่อายุ 12-18 เดือน

ความผิดปกติด้านการสื่อสารนั้นผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันอย่างมากตั้งแต่ไม่พูดจนถึงพูดได้เหมือนคนปกติ ความพร่องด้านการสื่อสารนั้นมักเป็นสิ่งที่ทำให้บิดามารดาวิตกกังวล



และพาผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา ผู้ป่วยอาจมีอาการ เช่น พูดเป็นภาษาตนเอง พูดเลียนเสียงคำลงท้าย (Echolalia) หรือบางรายการพูดไม่พัฒนา

การมีพฤติกรรมและความสนใจเป็นแบบแผนซ้ำๆ อย่างเด่นชัด เช่น มีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ การเคาะมือ การโบกมือไปมา การหมุนตัวเอง การถือสิ่งของเล็กๆ ในมือได้แก่ หลอดกระดาษ ใบไม้ หรือ ดินสอ เด็กมักหมกมุ่นอยู่กับส่วนใดส่วนหนึ่งของสิ่งของ เช่น ล้อรถยนต์ การแสดงความซับซ้อนใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

อาการอื่นที่พบร่วมกับโรคกลุ่มอาการออทิซึม ได้แก่ ความบกพร่องด้านเชาว์ปัญญา และพบว่าระดับสติปัญญาที่บกพร่องรุนแรงจะสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมที่มากขึ้น พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งสมาธิสั้น พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายร่างกายตนเอง ปัญหาการกิน และนอน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขคนิษฐ์, 2558) ความผิดปกติของประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองและอาการชัก

สรุปได้ว่าอาการแสดงของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจะแสดงก่อนอายุ 3 ปี ซึ่งเด็กจะมีความผิดปกติใน 3 ด้านหลัก ได้แก่

- 1). ความบกพร่องด้านสังคม เด็กขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ขาดความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ขาดจินตนาการ เล่นไม่เป็น แยกตัว
- 2). ความบกพร่องด้านการสื่อสาร เด็กมีความยากลำบากในการสื่อสาร ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ บางรายอาจเปล่งเสียงและพูดได้ซึ่งขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันในแต่ละราย
- 3). ด้านพฤติกรรมซ้ำๆ หรือมีความจำกัดในความสนใจ เด็กมักมีพฤติกรรมเฉพาะ การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การโบกมือไปมา การหมุนตัว การนั่งโยก การกัด การโขกศีรษะตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมซ้ำยังส่งผลให้เด็กไม่สามารถเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันหรือสิ่งแวดล้อมได้ โดยเด็กอาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงต่อการเปลี่ยนแปลง

#### 1.4 การรักษาโรคกลุ่มอาการออทิซึม

การรักษาผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซมนั้นมีแนวทางการรักษาที่หลากหลายทั้งการบำบัดรักษาด้วยยาและไม่ใช้ยา เนื่องจากการรักษาโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาส่วนใหญ่เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เน้นการช่วยเหลือส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ให้ตรงกับความต้องการหรือความบกพร่องของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวทางการรักษาโรคกลุ่มอาการออทิซึมสรุปได้ดังนี้

## 1. การบำบัด

1.1 Language intervention เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านภาษาและมีการสื่อสารที่ดี โดยนักอรรถบำบัดจะเป็นผู้สอนการเปล่งเสียง คำศัพท์ สร้างประโยคและการใช้อย่างเหมาะสม

1.2 Behavioral intervention therapies การบำบัดนี้ออกแบบเพื่อสอนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการทำพฤติกรรมบำบัดให้มากที่สุดในช่วงอายุน้อยๆ และผู้ปกครองควรฝึกทักษะเหล่านี้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 20-40 ชั่วโมง ซึ่งวิธีการที่ได้รับความนิยมและพิสูจน์ว่าได้ผลดี ได้แก่ Applied behavioral analysis เป็นวิธีการทางพฤติกรรมบำบัดที่ฝึกฝนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่ต้องการและลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

1.3 Social competency intervention เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมส่งเสริมให้เด็กเข้าใจในตัวคน ใช้ภาษาที่เหมาะสม สบตา การตระหนักรู้และเข้าใจทั้งอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น Intervention for unwanted behavior นอกเหนือจากการใช้ยายังต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบำบัดควบคู่กัน

1.4 Education Intervention การจัดการศึกษาให้เหมาะสมกับเด็ก โดยอาศัยการศึกษาพิเศษที่มีหลักสูตรเฉพาะต่อเด็กแต่ละคน เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาทางด้านภาษาและสังคมอย่างต่อเนื่อง

1.5 การช่วยเหลือพ่อแม่ เพื่อช่วยเหลือให้บิดามารดามีความสามารถในการกระตุ้นจัดการปัญหา และประคับประคองจิตใจพ่อแม่ ให้กำลังใจและกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือรักษาทุกๆ ด้าน และควรคำนึงว่าสมาชิกในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

1.6 กฎหมายและสิทธิของผู้ป่วย โรคกลุ่มอาการออทิซึมจัดเป็นโรคพิการแต่กำเนิด ผู้ป่วยสามารถจดทะเบียนคนพิการเพื่อให้ได้รับสวัสดิการสำหรับผู้พิการต่างๆ ทั้งด้านการรักษา การศึกษา และสิทธิผ่อนผันทางกฎหมายอื่นๆ

โรคกลุ่มอาการออทิซึม เป็นหนึ่งในความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือ ความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมสังคมได้อย่างกับบุคคล

ทั่วไป โดยคนพิการมีสิทธิทางการแพทย์ได้แก่ การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ 26 รายการ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ การแนะนำและการให้คำปรึกษา การใช้ยา ผลิตภัณฑ์ และหัตถการพิเศษอื่นๆ การศัลยกรรม การบริการทางการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การแก้ไขการพูด พฤติกรรมบำบัด จิตบำบัด ดนตรีบำบัด พลบำบัด ศิลปะบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยิน การพัฒนาทักษะในการสื่อความหมาย การบริการส่งเสริมพัฒนาการหรือบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การพัฒนาทักษะทางสังคม สังคมสงเคราะห์และสังคมบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการเห็น การบริการข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ผ่านสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับความพิการซึ่งคนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะแก่คนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ และผู้ช่วยคนพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยครอบครัวและชุมชนผ่านการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมการให้บริการเชิงรุก การฝึกทักษะการเรียนรู้ขั้นพื้นฐาน การบริการทันตกรรม การให้บริการเกี่ยวกับกายอุปกรณ์เทียม กายอุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยความพิการ หรือสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2558)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมนั้นมีการรักษาโดยการใช้ยา ควบคู่กับการบำบัดต่างเพื่อส่งเสริมพัฒนาการและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย นอกจากนี้ประเทศไทยจัดโรคนี้อยู่ในกลุ่มความพิการ ผู้ป่วยจะได้สิทธิในการบำบัดรักษาตามตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

2. การรักษาด้วยยา สำหรับการรักษาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมการรักษาใช้ยาส่วนใหญ่เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น อาการซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น สมาธิสั้น พฤติกรรมซ้ำๆ ลดพฤติกรรมก้าวร้าวและปัญหาด้านอารมณ์ ลดอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น โดยยาที่ใช้ในการรักษามีดังต่อไปนี้

2.1 Methylphenidate ขนาดยาที่ใช้ 0.3-0.7 มก./กก./ครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขคนิษฐ์, 2558) ใช้เพื่อให้เด็กมีสมาธิและเพิ่มการเรียนรู้ลดอาการซน อยู่ไม่นิ่ง โดยยาเหล่านี้จะออกฤทธิ์เพิ่มสารโดปามีน (dopamine)

ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย ได้แก่ ซนมากกว่าเดิม หงุดหงิดมาก อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ ผลข้างเคียงที่พบน้อย คือ อารมณ์แปรปรวน ปวดท้อง ชิม แยกตัว แกะเกาผิวหนัง หรือ กัดเล็บ ซึ่งอาการเหล่านี้มักหายไป 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับยา

2.2 ยากลุ่ม Antipsychotic โดยยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้ ได้แก่ Risperidone และ Haloperidol

Risperidone ขนาดยาที่ใช้ คือ 0.25-10 มก./วัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2558) ใช้เพื่อลดพฤติกรรมซ้ำๆ เพื่อลดปัญหาอารมณ์หงุดหงิด วุ่นวาย และ

พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น สำหรับ Risperidol เป็นยาที่รู้จักกันดีและใช้กันอย่างแพร่หลาย

อาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบได้บ่อย คือ น้ำหนักตัวเพิ่ม ความอยากอาหารเพิ่ม ง่วงซึม

Haloperidol ขนาดยาที่ใช้ คือ 0.25-15 มก./วัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2558) ใช้เพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ลดอารมณ์หงุดหงิด อาละวาด เอาแต่ใจรุนแรง (severe tantrum)

อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องเฝ้าระวัง คือ Extrapyrimalidal side effect เช่น กลืนลำบาก น้ำลายไหลมาก มีอาการชนมาก อยู่ไม่นิ่งมากขึ้นจากอาการ akathisia

2.3 ยากลุ่ม SSRIs ได้แก่ Fluoxetine, Sertaline เพื่อลดอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมซ้ำ ๆ

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม

### 2.1 แนวคิดและหลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความจำเป็นในทุกระยะการดูแลผู้ป่วย นับตั้งแต่แรกเริ่มการวินิจฉัย ปัจจุบันบิดามารดาตระหนักถึงการประเมินพัฒนาการและการสังเกตความผิดปกติของบุตรเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรอง และเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที ในกระบวนการบำบัดรักษาบิดามารดาย่อมมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านต่างๆ ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนได้ ทั้งนี้ผลลัพธ์ทางการดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่งเกิดจากความร่วมมือของบิดามารดาในการดูแลส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการ การสอนทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน และการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นบิดามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจึงมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น เกิดการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมนี้พยาบาลควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จินตนา ยูนิพันธ์ (2544) ได้กล่าวถึงการพยาบาลผู้ป่วยออทิซึมติดประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ เด็กที่มีปัญหาทางจิตแบบออทิซึมผู้ดูแลจะสังเกตพบความบกพร่องของพัฒนาการได้ตั้งแต่ขวบปีแรก โดยเด็กที่มีความพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม บุคคลรอบข้าง เช่น ยิ้มช้า หรือไม่ยิ้ม ไม่แสดงปฏิกิริยาตอบสนองใดๆ ต่อบิดา มารดาหรือผู้เลี้ยงดู เมื่อผู้ดูแลพยายามพูด เรียก หรือเล่นด้วย เด็กจะเฉย แต่อาจทำเองเองตามลำพังและอยู่ลำพังได้เป็นเวลานานๆ โดยการตอบสนองเป็นแบบไม่คงที่คงวา ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แสดงว่าจำหน้าบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูได้ ซึ่งจะเห็นชัดเจนว่ามีพัฒนาการที่แตกต่างจากเด็กปกติ

การประเมินภาวะสุขภาพของเด็กออทิซึม อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ (2557) ยังได้กล่าวถึงว่าการประเมินเด็กพยาบาลจะต้องประเมินเด็กทุกมิติทั้งพัฒนาการทางด้านร่างกาย ภาษา และการติดต่อสื่อสาร สังคม อารมณ์ รวมทั้งพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยการพูดคุยซักประวัติจากบิดามารดาช่วยด้วย

วิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ใช้เพื่อให้เด็กให้ความร่วมมือ ได้แก่ ความสามารถของเด็กในการเลียนแบบ หรือเป็นตัวแบบ (role model) เทคนิคการเบี่ยงเบนเด็ก เช่น การนับเพลงที่เด็กชอบ ความจำเป็นที่ต้องผูกมัดเด็กเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลบางอย่าง

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ จินตนา ยูนิพันธ์ (2546) กล่าวว่า การวินิจฉัยทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่จะอธิบายถึงกิจกรรมการพยาบาล การวินิจฉัยนี้จะนำไปตามมาตรฐานการดูแล การวิจัยและทฤษฎี พยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในครอบครัว และจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาเพื่อวางแผนการพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเด็กแต่ละคน

3. การวางแผนการพยาบาล พยาบาลวางแผนการพยาบาลโดยกำหนดวิธีการช่วยเหลือ หรือการบำบัดที่สอดคล้องกับปัญหา และต้องคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กตลอดกระบวนการ รวมทั้งการจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ รวมถึงมีความสามารถในการช่วยเหลือดูแลเด็ก มุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดูเด็ก และช่วยลดความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากภาวะการดูแลเด็กออทิซึม

4. กิจกรรมการพยาบาล การดูแลให้การพยาบาลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมหากได้รับการช่วยเหลือ กระตุ้น และส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่างๆ เร็วเท่าใด การพยากรณ์โรคจะดีมากขึ้นเท่านั้น การสอนเด็กนั้นควรเริ่มจากเรื่องง่ายๆ ทำให้ดูเป็นตัวอย่าง การฝึกฝนต้องทำจริงจังสม่ำเสมอ พยาบาลมีวิธีการที่นุ่มนวล บรรยากาศในการฝึกสอนต้องผ่อนคลาย สนุกสนาน มีการ

เสริมแรงโดยการชื่นชม การให้รางวัล ทดลองให้เด็กได้ทำ และมีการเรียนรู้เพิ่มทีละน้อย เช่น การรับประทานอาหารเช้า การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การขับถ่าย ซึ่งจะเป็นการช่วยกระตุ้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อและสายตาร่วมด้วย

กิจกรรมการดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญได้แก่

1. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการดูแลรายบุคคลเพื่อพัฒนาความไว้วางใจ ตลอดจนการจัดระบบการดูแลเพื่อการตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กเป็นรายบุคคลในทุกด้าน
2. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดในการป้องกันการบาดเจ็บจากอันตรายที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กเองและผู้อื่น การรู้จักเด็กเป็นรายบุคคลเพื่อการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนที่เด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง
3. พยาบาลใช้การดูแลช่วยเหลือบุคคลระยะยาวในการพัฒนาความสามารถของเด็กในการสื่อความหมาย ความต้องการให้ผู้อื่นทราบ พยาบาลช่วยเหลือให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเต็มที่ ซึ่งจะช่วยให้เด็กสามารถเริ่มต้นพัฒนาความสามารถในการสื่อสารได้
4. พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็ก
5. การประเมินผลการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญของเด็กออทิสติกคือผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็ก
6. พยาบาลใช้การบำบัดตามแนวคิด Cognitive behavior therapy สำหรับผู้ปกครองเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามพัฒนาการของผู้ป่วย (MgDougall, 2006)
7. พยาบาลใช้วิธีการสอนทักษะผู้ปกครอง (Parent training) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม (MgDougall, 2006)
8. พยาบาลใช้กิจกรรมกลุ่มบำบัด (Group therapy) กับผู้ป่วยเพื่อการเพิ่มทักษะสังคม และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับตัวตามบริบท สามารถแสดงความคิดเห็นและบอกปัญหาต่างๆ ของตน (MgDougall, 2006)

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ปัจจุบันประเทศไทยได้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยยึดมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้กำหนดรูปแบบการให้การพยาบาลโดยสนับสนุนให้พยาบาลจิตเวชปฏิบัติการพยาบาลให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การธำรงภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

สำหรับงานบริการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยใน ได้กำหนดขอบเขตการบริการของหน่วยงานและ  
ครอบคลุมการให้บริการพยาบาล ดังต่อไปนี้ (กาญจนา จันทร์ไทย และคณะ, 2556)

- 1) การบริการพยาบาลผู้ป่วยในตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย
- 2) การดูแลผู้ป่วยในต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว/ ชุมชน
- 3) การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง
- 4) การให้ข้อมูล และความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน
- 5) การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และประชาชน
- 6) การดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และประชาชน
- 7) การคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และประชาชน
- 8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

นอกจากนี้งานบริการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในได้กำหนดกฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ  
รวมทั้งกฎหมายต่างๆ ที่หน่วยงานใช้เป็นกฎระเบียบพิเศษ และมีความสำคัญต่องานหลักของ  
หน่วยงานโดยครอบคลุมกฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ ได้แก่

- 1) พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2540
- 2) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- 3) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
- 4) แนวทางปฏิบัติตามจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพของบุคลากรทางการ

พยาบาล

- 5) กฎระเบียบและข้อบังคับอื่นๆที่สำคัญสำหรับการประกอบวิชาชีพการพยาบาล  
และการผดุงครรภ์ของแต่ละแห่ง เช่น สิทธิของพยาบาลผู้ให้บริการ สิทธิผู้ป่วย ฯลฯ

มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในที่สามารถประยุกต์ใช้ในการดูแล  
ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม มีดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการ : พยาบาลวิชาชีพประเมิน  
ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย และสื่อสารข้อมูลที่ประเมินได้  
ระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล : พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมิน  
ได้เพื่อตัดสินใจ ระบุปัญหา และความต้องการการพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ  
จัดลำดับความสำคัญ ความจำเป็นเร่งด่วน คาดการณ์และระบุปัญหาที่ซับซ้อนอย่างถูกต้องและ  
ต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาล : พยาบาลวิชาชีพวางแผนการพยาบาล กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง และเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ ที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ทั้งในระยยะวิกฤติและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกัน ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น และทรัพย์สิน

มาตรฐานที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการดูแลเฉพาะกลุ่มโรค เช่น โรคกลุ่มอาการออทิซึม โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น

มาตรฐานที่ 5 การดูแลต่อเนื่อง : พยาบาลวิชาชีพวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยครอบคลุม ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 6 การประเมินผลการพยาบาล : พยาบาลวิชาชีพประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 7 การสร้างเสริมสุขภาพ : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วย สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการ

มาตรฐานที่ 8 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการค้นหา ฝ้าระวัง และจัดการกับความเสี่ยง เพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพ ป้องกันการเกิดอันตราย และผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และการกลับเป็นซ้ำของโรค

มาตรฐานที่ 9 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ : พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูล และความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมปัญหา และความต้องการอย่างถูกต้องและเหมาะสม

มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม พยาบาลถือเป็นส่วนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การคัดกรองและประเมินพัฒนาการของเด็กตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในรายที่พบพัฒนาการล่าช้าพยาบาลกระตุ้นพัฒนาการและติดตามความก้าวหน้าแผนการดูแล กรณีที่พบว่าพัฒนาการไม่ดีขึ้นให้ส่งต่อการดูแลตามลำดับโดยพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวเพื่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นหลัก สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พยาบาลต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน



การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ดังนี้

การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชต้องประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุม สำหรับผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินทางการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา สำหรับการประเมินปัญหาของครอบครัวนั้นพยาบาลมีความจำเป็นต้องประเมินเนื่องจากเป็นการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

การวินิจฉัยทางการแพทย์ พยาบาลจิตเวชวินิจฉัยปัญหาทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัวโดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องดูแลแก้ไขเร่งด่วน

การวางแผนการพยาบาล พยาบาลวางแผนการดูแลที่กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ของการพยาบาลทั้งในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาลซึ่งถือเป็นระยะวิกฤติเร่งด่วนของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการจำหน่าย พยาบาลให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด

การประเมินผลทางการแพทย์ พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวตามแผนการพยาบาล พยาบาลต้องประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ เพื่อประเมินปัญหาที่สามารถแก้ไขได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และเพื่อประเมินปัญหาทางการแพทย์ที่ไม่สามารถจัดการได้ตามวัตถุประสงค์

การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาและการเข้ารับบริการสุขภาพแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลถือเป็นความสำคัญ เนื่องจากบิดามารดามีบทบาทและเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแล โดยผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลทั้งกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ การปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย การสอนทักษะสังคม และการเข้ารับบริการสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมการดูแลของบิดามารดาผู้ป่วย

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลภายใต้มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ได้รับการแก้ไขปัญหาที่เร่งด่วนโดยใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เสริมพลังอำนาจและเสริมศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้กับบิดามารดาของผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปในชุมชนได้อย่างปกติสุข ดังนั้นการพยาบาลบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากที่พยาบาลควรตระหนัก เพราะบิดามารดาที่มีคุณภาพชีวิตดีย่อมส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## 2.2 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมโดยเน้นครอบครัวมีส่วนร่วม

การพยาบาลโรคกลุ่มอาการออทิซึมนั้นนอกจากการช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ อย่างเหมาะสมตามศักยภาพแล้ว ส่วนสำคัญที่ไม่น้อยกว่ากันคือการดูแลบิดา มารดา ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว อาทิไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2537) ได้เสนอว่าครอบครัวของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ครอบครัวของเด็กมีความสำคัญที่สุดในการรักษา ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในเด็กมีความสัมพันธ์สูงกับบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยเหลือครอบครัว

O'Brien, Kennedy, and Ballard (2008) ได้กล่าวถึงข้อควรพิจารณาสำหรับการพยาบาลครอบครัวว่า พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับการถ่ายทอดโรคจากกรรมพันธุ์ และหลักการพื้นฐานของการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสังเกตอาการนำของพฤติกรรมก้าวร้าว และการจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสม

Varcarolis and Halter (2010) ได้กล่าวถึงการวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว ว่าควรให้การดูแลผู้ดูแลในด้านความเครียดจากการดูแล การลดบทบาทภาระงานการของครอบครัว ความทุกข์ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกที่เป็นโรคกลุ่มอาการออทิซึม และควรได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ จินตนา ยูนิพันธ์ (2546) โดยให้ความสำคัญในการช่วยเหลือบิดามารดาให้เข้าใจ และยอมรับว่าลูกมีความผิดปกติ รวมทั้งมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมเด็ก เข้าใจศักยภาพของเด็กและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแล ส่งเสริมพัฒนาความสามารถของเด็กให้เต็มศักยภาพ

อัจฉราพร สิริธัญวงศ์ และคณะ (2557) การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วย ควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวของเด็กได้ระบายความขบข้องใจ ความผิดหวังเสียใจ การสูญเสียโอกาสที่มีลูกปกติหรือความโกรธจากการที่มีลูกป่วยด้วยโรคนี้ พยาบาลควรเข้าใจความรู้สึกเหล่านี้เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ต่อไปได้

Jolly (2015) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการพยาบาลครอบครัวเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมไว้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยประสบความสำเร็จ คือการกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องทำให้ครอบครัวมั่นใจในแผนการดูแลผู้ป่วยโดยให้ความรู้ที่จำเป็นถึงการดูแลเด็กพิเศษ หากผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพยาบาลควรให้ความสำคัญต่อการดูแลครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้อาจรู้สึกหมดพลังใจ มีภาวะซึมเศร้า มีความขบข้องใจ และมีสุขภาพด้านร่างกายที่บกพร่อง

สรุปได้ว่าแนวความคิดการพยาบาลครอบครัวของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พยาบาลต้องให้การพยาบาลครอบครัวร่วมด้วยเสมอ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทหน้าที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ลดความรู้สึกด้านลบในจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกกดดัน ความเครียด ความรู้สึกผิด ความซับซ้อนใจ และภาวะซึมเศร้า พยาบาลต้องเสริมสร้างพลังใจ และเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

## 2.3 การปฏิบัติการช่วยเหลือบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

### 2.3.1 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมบิดามารดาย่อมได้รับผลกระทบจากการดูแลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

Meltzer ( 2008 ) ได้ทำการศึกษารายการนอนหลับของผู้ปกครองเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่าคุณภาพการนอนหลับของผู้ปกครองอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ปกครองของเด็กที่มีพัฒนาการปกติ ผู้ปกครองของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีแบบแผนการนอนหลับที่แตกต่าง คือ ตื่นนอนเร็ว และช่วงระยะเวลาการนอนหลับสั้น

Chawanun Charmsil and Narumol Bathia ( 2010 ) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กออทิสติกในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 25.6 ผู้ดูแลเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.3 มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 11.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (Major Depressive disorder) และความชุกของโรคซึมเศร้าจะสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Benson (2006) ที่พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Almansour et al. (2013) ที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสถิติ

Lin et al. (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กที่มีสติปัญญาบกพร่อง พบว่าผู้ดูแลหรือบิดามารดาที่ให้การดูแลหลักแก่เด็กเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง

ผลกระทบต่อครอบครัวของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม เริ่มตั้งแต่เด็กได้รับการวินิจฉัยโรค Stuart and McGrew (2009) พบว่าครอบครัวส่วนมากรับรู้ถึงภาระการดูแลที่สูงขึ้น และความรุนแรงของอาการของโรค ความต้องการการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นปัจจัยทำนายของภาระการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น และจากการศึกษาของ เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี (2555) พบว่าครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกมีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เมื่อบุตรอยู่ในช่วงวัยเด็กตอนกลาง ครอบครัวจะมีการอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน แต่เมื่อบุตรออทิสติกเข้าสู่วัยรุ่นครอบครัวจะมีการ

เปลี่ยนแปลงด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านจิตใจอยู่ในระดับมากและแน่นอนว่าการมีบุตรโรคลุ่มอาการออทิซึมย่อมส่งผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีโอกาสที่บิดามารดาจะถูกเลิกจ้างงานอันเนื่องมาจากความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

สรุปได้ว่าบิดามารดาผู้ป่วยโรคลุ่มอาการออทิซมนั้นได้รับผลกระทบโดยตรงจากการดูแลทั้งด้านร่างกายที่อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในอนาคต ด้านจิตใจซึ่งได้รับความกดดันภายในจิตใจค่อนข้างมาก ความเครียดและภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบในบิดามารดาสำหรับด้านเศรษฐกิจของครอบครัวพบว่าภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และหากผู้ป่วยมีเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วยค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลย่อมเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้รายได้ของครอบครัวยังเป็นประเด็นสำคัญ และหากผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมหรือความต้องการการดูแลมากบิดามารดาอาจจำเป็นต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย

### 2.3.2 พยาบาลกับการช่วยเหลือดูแลบิดามารดาเด็กโรคลุ่มอาการออทิซึม

บิดามารดาผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลุ่มอาการออทิซึมถือเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และการดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุข

Horowitz (1995) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะด้วยกันโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เน้นที่การกระทำหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแก่ผู้ป่วยโดยตรง ตัวอย่างเช่น การทำธุระหรือการติดต่อกับสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติดูแลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือให้การดูแลแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

George (1996) แบ่งผู้ดูแลหลักไว้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น เน้นการให้การดูแลโดยไม่ได้รับสิ่งตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ หรือองค์กรต่างๆ โดยอาจจะรับ หรือไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลตามที่ตกลง

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1995) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ที่พึ่งพา โดยมีส่วนส่งเสริมความอยู่รอด และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ผู้ดูแล ได้แก่ ภรรยา สามี หรือญาติ

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นดูแลหลัก และเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช โดยบิดามารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องกันเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือ ค่าจ้างในการดูแล

จินตนา จักรปิง (2552) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยผู้ที่ให้การดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่คิดค่าตอบแทนหรือรางวัลใดๆ ทั้งสิ้น

แก้วดา มีศรี (2554) สรุปความหมายของผู้ดูแล ไว้ดังนี้ ผู้ดูแลคือผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสรุปความหมายของบิดามารดาผู้ดูแลดังนี้ บิดามารดาผู้ดูแล หมายถึง บิดามารดาที่เป็นผู้ให้กำเนิดและเลี้ยงดูบุตรที่ป่วยเป็นโรค เป็นผู้ดูแลหลักโดยให้การดูแลผู้ป่วยทั้งขณะรับการรักษาและจำหน่ายจากโรงพยาบาล คอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขและการทำหน้าที่ตามบทบาทของผู้ป่วย สำหรับเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมบิตาหรือมารดาจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องด้วยช่วงวัยเด็กยังคงต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย อาการเจ็บป่วยของโรค และการส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย และจิตใจ

พยาบาลกับการช่วยเหลือดูแลบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นที่ทราบกันดีว่าบิดามารดานั้นมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน ความบกพร่องความสามารถดูแลตนเองพบได้ในผู้ป่วยมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละราย บทบาทของบิดามารดาผู้ดูแลส่วนสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และทักษะสังคม รวมถึงการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย นฤมล ขวัญคีรี (2541) ได้ศึกษาบทบาทของของผู้ปกครองในการช่วยเหลือเด็กออทิสติกพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ทำหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์และสังคม และทักษะการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จอม สุวรรณโณ (2541) ได้กล่าวเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยไว้ว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกรดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อนของผู้ป่วย ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูตำหนิหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในการปรับตัวและพฤติกรรม จัดการติดต่อประสานงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้สนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

พนม เกตุมาน (2550) กล่าวว่ากรดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านว่า ญาติควรติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พาผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตรวจสอบอาการข้างเคียงของยา สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นภายในบ้าน มีการทำกิจกรรมร่วมกัน และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในครอบครัว และดูแลการดำเนินชีวิตประจำวันและกิจวัตรประจำวัน ให้ดำเนินไปอย่างเป็นปกติ และส่งเสริมการทำหน้าที่ตามความสามารถของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า พยาบาลต้องช่วยเหลือดูแลบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมเนื่องจากมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในหลายด้าน บิดามารดาต้องได้รับการสอนทักษะการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย บิดามารดาต้องได้รับการสอนทักษะเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา ด้านสังคม ตามศักยภาพของผู้ป่วย บิดามารดาต้องได้รับการสอนทักษะการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลเกี่ยวกับการรักษา การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

### 3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิตามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

#### 3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

World Health Organization (1997) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต (Quality of life) ไว้ว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานภาพชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายในชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ เป็นแนวคิดที่กว้าง ได้รับผลจากความซับซ้อนของสุขภาพกาย สภาวะจิตใจ ระดับของความอิสระ ความสัมพันธ์ ทางสังคม ความเชื่อของบุคคลและลักษณะสำคัญของสิ่งแวดล้อม สำหรับคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ “health ” WHO ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจและสังคม สุขภาพนั้นประเมินได้จากความสมบูรณ์ของโครงสร้างร่างกาย การทำหน้าที่ และการปราศจากความเจ็บปวด

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of life ) กรอบแนวคิดทฤษฎีของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยส่วนมากจะอยู่บนพื้นฐานของมิติที่หลากหลายของการรับรู้สุขภาพ เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และความผาสุก ตามแนวทางของ WHO ได้ให้คำจำกัดความของสุขภาพว่าเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม ไม่เพียงแต่การหายขาดจากโรคหรือความอ่อนแอต่างๆ

ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related Quality of life) มีผู้ให้นิยามต่างกันไว้ดังนี้

Ware (1984, cited in Costa and King, 2013) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตผ่านภาวะสุขภาพ และเป็นผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ โดยกระทบการทำหน้าที่ส่วนบุคคล สุขภาพจิต การรับรู้สุขภาพของบุคคล และบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคม

Stewart and Ware (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะสุขภาพและการรักษาต่อความสามารถในการทำหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวัน

Ware and Sherbourne (1992) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ประเมินโดยใช้แนวคิดสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย ( Physical functioning)
- 2) ข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่เนื่องมาจากสุขภาพด้านร่างกาย (Role limitation due to physical health)
- 3) ความเจ็บปวดด้านร่างกาย (Bodily pain)
- 4) การรับรู้สุขภาพทั่วไป (General health)

5) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning)

6) ด้านพลังในร่างกาย (Vitality)

7) ข้อจำกัดด้านบทบาทหน้าที่เนื่องมาจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role limitations due to emotional problem)

8) ด้านสุขภาพจิต (Mental health)

Wilson and Cleary (1995) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ว่าเป็นผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Testa and Simonson (1996) ได้กล่าวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึงมิติ ด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ และมิติด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของบุคคล

Padilla et al. (1996 cited in King and Hinds, 2012) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การประเมินลักษณะของชีวิตในช่วงระยะเวลาหนึ่งเมื่อสุขภาพ และการรักษาเข้ามาเกี่ยวข้อง

Ferran et al. (2005) ได้ให้นิยามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่า เป็นคำที่ใช้ในความหมายเฉพาะในเชิงลึกเพื่อเน้นเฉพาะผลกระทบด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย และการรักษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยที่แยกมิติที่ไม่เกี่ยวกับด้านของสุขภาพออก เช่น มิติวัฒนธรรม นโยบาย และมิติด้านสังคม เป็นต้น

Costa and King (2013) ได้นิยามคำว่า “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ว่าหมายถึง ขอบเขตสภาวะของบุคคลหรือความคาดหวังทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และความเป็นอยู่ทางสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากการบำบัดรักษา

นุจรี จอห์นส (2552) ได้กล่าวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ว่าเป็นคำศัพท์ที่องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเพื่อการวัดคุณภาพอย่างเป็นระบบ ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงมุ่งเน้นเฉพาะคุณภาพชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากโรคและการรักษาเท่านั้น

Defenderfer et al., (2017) ได้กล่าวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กด้วยโรคเรื้อรังว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related Quality of life) หมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย การทำหน้าที่ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในมิติด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม



จากการทบทวนแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่ามีนิยามที่หลากหลาย และมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท ในการศึกษาเน้นการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยเน้นเฉพาะด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ดังนั้นจึงเลือกใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากบิดามารดาผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมถือเป็นการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะการถ่ายทอดโรคทางกรรมพันธุ์ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากโรค ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่หลากหลายตลอดจนการเลี้ยงดูจะเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการของโรคดีขึ้นหรือแย่ลง และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดามีแนวโน้มที่จะต่ำลง

### 3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Ware and Sherbourne (1992) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไว้ดังนี้

1. มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย
2. มิติข้อจำกัดบทบาทการทำหน้าที่เนื่องจากสุขภาพร่างกาย (Role Functioning related to physical health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาอันเนื่องมาจากสุขภาพด้านร่างกายต่อปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความเจ็บปวดทางกาย
3. มิติด้านความเจ็บปวด (bodily pain) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดที่รับรู้ทางด้านร่างกาย
4. มิติสุขภาพทั่วไป (General health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของแต่ละบุคคล
5. มิติด้านพลังงานในร่างกาย (Vitality) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า
6. มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม
7. มิติด้านสุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการรับรู้ด้านจิตใจ
8. มิติการทำหน้าที่เนื่องจากด้านอารมณ์จิตใจ (Role Functioning related to emotion) หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาจากปัญหาด้านจิตใจต่อการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน

นอกจากนี้ Ferrans et al.(2005) ได้ทำการพัฒนากรอบแนวคิดของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. การทำหน้าที่ของชีววิทยา (Biological Function) หมายถึง ผลกระทบของคนและสิ่งแวดล้อมต่อการทำหน้าที่ทางชีววิทยา และเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม
2. อาการเจ็บป่วย (Symptoms) หมายถึง อาการที่สามารถประเมินได้รวมถึงความถี่ความรุนแรง และภาวะเครียดต่างๆ
3. สถานะการทำหน้าที่ (Functional Status) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่เช่น การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านสังคม การทำบทบาทหน้าที่ และการทำหน้าที่ด้านจิตใจ
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perceptions) หมายถึง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพทั่วไปของแต่ละบุคคล
5. คุณภาพชีวิตโดยภาพรวม (Overall Quality of life) หมายถึง การรับรู้ความผาสุกในชีวิตโดยภาพรวม

Testa and Simonson (1996) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นคำศัพท์ที่เฉพาะเจาะจงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในด้านของสุขภาพ ได้แก่

1. ด้านร่างกาย ประกอบด้วย อาการ (Symptoms) การทำหน้าที่ (Functioning) การไร้ความสามารถ (Disability)
2. ด้านจิตใจ ประกอบด้วย การรับรู้อารมณ์ในทางบวก การรับรู้อารมณ์ในทางลบ และพฤติกรรม
3. ด้านสังคม ได้แก่ การทำงาน บทบาทในชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลโดยการประเมินจะต้องประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสังเกตภาวะสุขภาพ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นมีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้เมื่อมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพแตกต่างกันไปในแต่ละแนวความคิดที่ผู้ศึกษาได้นำไปใช้ในการวิจัย อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบหลักที่ได้รับผลกระทบยังคงเป็นมิติด้านร่างกายและด้านจิตใจ

#### **การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ**

การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาดังนั้นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ใช้กันอย่างแพร่ ดั่งจะกล่าวต่อไปนี้

1. The Short-Form Health Survey (SF-36) พัฒนาโดย Ware and Serbourne (1992) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดยวัชรลี เลอมากุล และปารณีย์ มีแต่้ม (2548) โดยวิธีการแปลไปข้างหน้าและการแปลแบบย้อนกลับทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างคนทั่วไปจำนวน 448 คน เช่นเดียวกันกับ Ware and Sherbourne (1992) ได้กล่าวว่าแบบประเมิน The Short – Form Health Survey (SF-36) นั้นมีความเหมาะสมสามารถใช้ประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนทั่วไปได้ มีการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างและวิเคราะห์องค์ประกอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 8 มิติ ดังนี้

- 1) มิติการทำหน้าที่ทางร่างกาย (Physical Functioning) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 2) มิติข้อจำกัดการทําทบหนเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Role limitations due to physical problem) หมายถึง ปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน เนื่องมาจากสุขภาพด้านร่างกาย
- 3) มิติความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและการเจ็บปวด
- 4) มิติการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General health perceptions) หมายถึง สุขภาพโดยทั่วไปขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคล
- 5) มิติการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม
- 6) มิติด้านพลังงานในร่างกาย (Vitality) หมายถึง การประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความรู้สึกกระปรี้กระเปร่าของตนเอง
- 7) มิติข้อจำกัดการทําทบหนเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role limitations due to emotional problems) หมายถึง ข้อจำกัดการแสดงบทบาทของบุคคลจากปัญหาด้านจิตใจ
- 8) มิติด้านสุขภาพจิต (General mental health) หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะอารมณ์และความรู้สึกทางจิตใจของบุคคล

2. The SF-12 ( SF-12 v2 Health Survey ) คือ เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาต่อจาก The Short – Form Health Survey (SF-36) เพื่อให้มีความกระชับ ในเนื้อหาการประเมินโดยข้อคำถามจำแนก เป็น 8 มิติเช่นเดียวกัน ข้อคำถามมีความกระชับมากกว่า แต่พบว่าความตรงความเที่ยงของแบบประเมินยังน้อยกว่า SF-36 การคิดค่าคะแนนคิดจากคะแนนรวม จาก 0 -100 คะแนน การแปลผลคะแนนมากหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่า

3. Nottingham Health Profile (NPH) พัฒนาขึ้นโดย Hunt, Mckenna and Mcewan (1980) เพื่อให้เป็นเครื่องมือที่ง่ายต่อการใช้งานและเหมาะสมต่อการติดตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยแบบประเมินมีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 มีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ คำถามเกี่ยวกับ

- 1) Physical functional
- 2) Vitality (Sleep and energy)
- 3) Pain
- 4) Emotional functioning
- 5) Social functioning

ส่วนที่ 2 มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยข้อคำถามเกี่ยวข้องกับปัญหาในปัจจุบัน ได้แก่

- 1) Job/Work
- 2) Home management
- 3) Social life
- 4) Home life
- 5) Sex life
- 6) Interests/Hobbies
- 7) Holidays

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The Short – Form Health Survey (SF-36) และเอมิกา กลยนิ (2556) ซึ่งได้นำมาปรับใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แบบประเมินนี้สร้างและพัฒนาโดย Ware and Sherbourne (1992) ต่อมาได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยวัชรลี เลอมากุล และปารณีย์ มีแต่้ม (2548) โดยวิธีการแปลไปข้างหน้าและการแปลแบบย้อนกลับและวิเคราะห์องค์ประกอบ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างโดยวิธี Mutitriat scaling analysis พบว่ามีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี ต่อมา Lueboonthavatchai & Lueboonthavatchai (2006) ได้นำมาปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนทั่วไป และแบบประเมิน SF-36 ถือเป็นเครื่องมือทั่วไปที่สามารถใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้นการนำแบบประเมินนี้มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจึงมีความเหมาะสม

### 3.3 แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

Khanna et al. (2011) ได้ศึกษาพัฒนาการรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม โดยเลือกใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related Quality of life) ซึ่งสังเคราะห์มาจากแนวคิดภาวะสุขภาพ (Health status) และแนวคิดคุณภาพชีวิต (Quality of life) เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างและกล่าวรวมถึงองค์ประกอบที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับสุขภาพ ตามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตคือการรับรู้ของบุคคลต่อสถานภาพทางชีวิต ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Related quality of life) ที่เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย มิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ และมิติด้านสังคม ที่จะส่งผลต่อการรับรู้ส่วนบุคคล ความสำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคออทิซึมเด็กสเปกตรัมนั้นเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากมีความหมายต่อคุณภาพการดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมได้ดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดของ Chappell and Reid (2002) โดยใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์มีแนวคิดพื้นฐานมาจาก Stress - Appraisal model โดย Khanna et al. (2011) ได้พัฒนาแนวคิดผ่านกระบวนการดูแลเด็กโรคออทิซึมเด็กสเปกตรัม โดยรวบรวมพิจารณาตัวแปรที่เกี่ยวข้องตามบริบทจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดนี้มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1. สิ่งกระตุ้นขั้นต้น (primary stressors) คือ ความบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้รับการดูแล (Care recipient's functional impairment) และปัญหาพฤติกรรมของผู้รับการดูแล (Care recipient extend of behavioral problems) เนื่องจากส่งผลต่อภาวะสุขภาพ
2. ตัวกลาง (Mediators) คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning) เนื่องจากเป็นปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ทำให้เกิดการปรับตัวจากผลกระทบทางลบจากการดูแลผู้ป่วย การจัดการความเครียด (Coping) เป็นการคิดวิเคราะห์และพฤติกรรมที่จะจัดการกับเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียดที่ลดลง
3. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) คือ ภาระการดูแล (Caregiver burden) กล่าวคือภาระการดูแลคือภาวะกดดันและ
4. ผลลัพธ์ (outcome) คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล

สำหรับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึมที่พัฒนาโดย Khanna et al. (2011) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สิ่งกระตุ้นขั้นต้น (primary stressors) ตัวกลาง (Mediators) การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) ผลลัพธ์ (outcome) คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The Short-Form Health Survey (SF-36) ที่สร้างและพัฒนาโดย Ware et al.(1992)

### 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ดูแลหรือบิดามารดาเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม ซึ่งเป็นปัจจัยที่พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสามารถดูแลและจัดการได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพ ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามความสามารถของตนเอง ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างช่วยๆ ตลอดจนฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งนี้การดูแลฝึกสอนทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลและบิดามารดาได้ สำหรับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลดังนี้

จากการศึกษาของ Khanna et al.(2011) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึมในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชาชนทั่วไป โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลกลุ่มอาการออทิซึมจำนวน 304 ราย และครอบครัวมีผู้ป่วยออทิสติก 1 คน พบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีดังนี้

- 1) ความบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้รับการดูแล (Care recipient's functional impairment) มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่และความต้องการการดูแล และมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ
- 2) ปัญหาพฤติกรรมของผู้รับการดูแล (Care recipient extend of behavioral problems) มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ
- 3) การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning) เป็นสัมพันธ์ภาพและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- 4) การจัดการความเครียด (Coping) กลไกการจัดการความเครียดในทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติของจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6) ภาระการดูแล (Burden) มีความสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ji et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในประเทศจีน พบปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ของครอบครัว 2) การจัดการความเครียด 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) ภาระการดูแล

Lee et al. (2009) ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กออทิสติกสเปกตรัม High Function พบว่าปัจจัยมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลคือ รายได้ จำนวนบุตร และความเครียดของผู้ปกครอง

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจากการทบทวนวรรณกรรม เมื่อพิจารณาแล้วพบปัจจัยที่มีความสอดคล้องกันที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาประกอบด้วยปัจจัยตามกรอบแนวคิดการวิจัยของ Khanna et al.(2011) และจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมดังนี้

**3.4.1 อายุของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม** จากการดำเนินการของโรคพบว่าอาการแสดงของโรคกลุ่มอาการออทิซึมจะแสดงอาการก่อน 36 เดือน (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2540) บางรายไม่พบว่ามีผิดปกติใดในช่วงปีแรก แต่หลังจากนั้นพบว่ามีอาการถดถอย (regression) ของพัฒนาการและสูญเสียทักษะบางอย่างไป (นิชรา เรืองดารกานนท์ และคณะ, 2551) มีการพบว่าปัญหาพฤติกรรมที่ถดถอยของเด็กออทิสติกเกี่ยวข้องกับช่วงอายุ และจากการศึกษาของ McStay et al.(2014) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของมารดา

**3.4.2 รายได้ของบิดามารดา** มีความเกี่ยวข้องกับฐานะความเป็นอยู่ ความพึงพอใจ และมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและการดำรงชีวิตส่งผลถึงความผาสุกในชีวิตได้ (เพ็ญฟ้า สีสวย, 2550) มีผลต่อการจัดการบริการและการบำบัดรักษาที่ดีสำหรับผู้ป่วย จากการศึกษาของ Lee et al.(2009) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจ

**3.4.3 จำนวนบุตร** จำนวนบุตรในครอบครัวที่บิดามารดาต้องดูแลรับผิดชอบมีความเกี่ยวข้องการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลในมิติด้านร่างกายจากการศึกษาของ Lee et al.(2009) พบว่าจำนวนบุตร

ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรที่ต้องการการดูแลมากจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของมารดาที่ต่ำลง

**3.4.4 การจัดการความเครียด (Coping)** มีผู้ให้ความหมายของการจัดการความเครียดไว้ดังนี้

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การจัดการความเครียดเป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมเพื่อพยายามจัดการปัญหา หรือสิ่งกระตุ้นที่คุกคามเป็นอันตรายจากภายนอกและภายในอย่างเฉพาะเจาะจง วิธีการจัดการความเครียดนั้นจะถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้น การปรับตัวต่อความเครียด หมายถึงการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้ระบบชีวิตนั้นๆ ต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิตเอาไว้ ภาวะคุณภาพประกอบด้วย กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กัน โดยวิธีการจัดการความเครียดนั้นมีทั้งการจัดการความเครียดที่มุ่งเน้นด้านอารมณ์ (Emotion –focused forms of coping) และการจัดการที่มุ่งเน้นปัญหา (Problem- focused forms of coping)

การจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดการโต้ตอบความเครียดแบบเหมาะสม และกลับมามีประสิทธิภาพต่อการดำเนินชีวิตและการดำเนินงานอย่างมาก เนื่องจากความเครียดทำให้เกิดผลแทรกซ้อนของอาการทั้งร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมตามมาภายหลัง ดังนั้นไม่ว่าสาเหตุใดก็ตามย่อมมีผลให้บุคคลเสียคุณภาพของชีวิตและอาจแสดงปฏิกิริยาตอบสนองทางใดทางหนึ่ง (มรรยาท รุจิวิษญ์, 2556)

Weisman and Worden (Weisman and Worden, 1997 อ้างถึงใน จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2559) ได้อธิบายการเผชิญความเครียดไว้ว่า เป็นสิ่งที่บุคคลกระทำเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นให้บรรเทาเบาบางลง เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลและเกิดสิ่งตอบแทนที่ดี

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2559) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดไว้ว่าเป็นความพยายามของบุคคลในการลดความขัดแย้งใจหรือจัดการกับผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนาจากสถานการณ์หรือสิ่งคุกคามความสงบสุขของชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลภายในตัวของบุคคล ระหว่างบุคคล และระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมภายนอก

รัชตะวรรณ โอฬาพิริยะกุล และคณะ (2557) ได้ให้ความหมายของการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กออทิสติกว่าเป็นวิธีการที่ผู้ดูแลใช้ในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับผู้ป่วยโรคออทิสติกสเปกตรัม ครอบคลุมทั้งการจัดการปัญหา การจัดการอารมณ์ และการถอยหนีปัญหา

สรุปได้ว่า การจัดการความเครียด คือ การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและจัดการปัญหาที่เข้ามากระทบ เพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต ซึ่งความสำเร็จในการจัดการความเครียดต้องอาศัยแหล่งประโยชน์และพลังความเข้มแข็งภายในจิตใจของบุคคล



จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม กล่าวคือการจัดการความเครียดโดยการใช้ กลไกการจัดการที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพจิต Khanna et al. (2011) พบว่ากลไกการจัดการความเครียดในทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติ ด้านจิตใจ และจากการศึกษาของ Yu et al. (2012) พบว่าการใช้กลไกการจัดการความเครียดเชิงรุก มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดแตกในสมอง นอกจากนี้การจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคออทิซึมสเปกตรัม ยังเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเหล่านี้

องค์ประกอบของการจัดการความเครียด Folkman (1984) กล่าวว่าบุคคลจะ สามารถประสบผลสำเร็จในการจัดการกับความเครียดได้เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับ

- 1) ภาวะสุขภาพ กล่าวคือ สภาพที่มีความสมดุลเป็นปกติของการทำงาน ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ไม่มีความบกพร่อง หรือการเจ็บป่วย ผู้ที่มีสุขภาพดีจึงจะมีความคงทนต่อ การแก้ปัญหา
- 2) ความเชื่อทางบวก เป็นแหล่งพลังทางจิตที่ทำให้คนมีความหวังและ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้
- 3) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น
- 4) ทักษะในการติดต่อกับบุคคล เป็นความสามารถของบุคคลต่อแหล่ง ประโยชน์สำคัญที่ใช้ในการจัดการความเครียด เป็นการบ่งบอกถึงความสามารถในการติดต่อกับ บุคคลอื่นเพื่อขอความร่วมมือเพื่อส่งเสริมให้เกิดการแก้ปัญหา
- 5) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ได้รับข้อมูล ข่าวสาร และแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการจัดการความเครียด รวมทั้งลักษณะทาง วัฒนธรรมและระบบเกื้อกูลของสังคม
- 6) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของต่างๆ เป็นต้น

การจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ได้แบ่ง แบบแผนการการเผชิญความเครียด หรือ การจัดการความเครียด ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งเน้นการประเมินสถานการณ์ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ไขปัญหา และ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการปรับอารมณ์ (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างถึงใน จิรา ภรณ์ ตั้งกิตติภากรณ์, 2559)

การประเมินการจัดการความเครียด มีความสำคัญต่อการประเมินปฏิกิริยาของกลไกจัดการความเครียด ซึ่งมีการประเมินหลายแบบที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง ได้แก่

- 1) แบบประเมิน The Ways of coping ของ Lazarus and Folkman (1985)
- 2) แบบประเมิน Multidimensional Coping Inventory ของ Endler and Paker (1990)
- 3) แบบประเมิน The coping Strategie Inventory ของ Tobin และคณะ (1989)
- 4) แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brife COPE) (The Brief Coping Orientation to problem) ของ Carver (1997)

แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brife COPE) (The Brief Coping Orientation to problem) พัฒนาโดย Caver (1997) เพื่อใช้ประเมินการตอบสนองต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพและไร้ประสิทธิภาพ ซึ่งพัฒนาเพื่อใช้ในการวิจัยทางสุขภาพ แบบประเมินนี้สังเคราะห์มาจากรูปแบบการจัดการปัญหา (model of coping) ของ Lazarus and Folkman (1984) แบบประเมินนี้ประกอบวิธีการจัดการปัญหา 3 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการความเครียดด้านอารมณ์ การจัดการความเครียดที่เน้นการแก้ปัญหา การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็น 14 วิธี วิธีละ 2 ข้อ ได้แก่ การกำจัดสิ่งวุ่นในจิตใจ การกระตือรือร้นในการจัดการปัญหา การปฏิเสธ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ การแสดงพฤติกรรมวางเฉย การระบายความรู้สึก การสร้างกรอบแนวคิดใหม่ในทางบวก การวางแผน การใช้อารมณ์ขัน การยอมรับ ศาสนา และการตำหนิตนเอง การให้คะแนนเป็นแบบมาตรวัด 4 ระดับ ผลคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการจัดการความเครียดเพิ่มมากขึ้น และสำหรับค่าคะแนนรวมในแต่ละด้านที่สูง แสดงถึง การใช้วิธีการจัดการความเครียดนั้นๆ บ่อย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยขอสรุป การจัดการความเครียดของบิดามารดา หมายถึง ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการจัดการปัญหาของบิดามารดาที่ต้องเผชิญในช่วงเวลาที่ต้องดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม เพื่อรักษาคุณภาพในชีวิต และความสามารถในการจัดการปัญหาต่างๆ ประเมินโดยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief Coping Orientation to problem) พัฒนาโดย Carver (1997) และได้รับแปลเป็นภาษาไทยโดย เอกอุมา อัมคำ

**3.4.5 ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม** เด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจะมีลักษณะพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากเด็กทั่วไป เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความผิดปกติของระบบประสาทและสมองส่งผลให้มีความผิดปกติของการสื่อสาร โดยแสดงออกทางด้าน

พฤติกรรม พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กออทิสติก ได้แก่ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมซ้ำๆ พฤติกรรมเกร

ลักษณะพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ อารมณ์ที่มีความรุนแรง อ่อนไหว มีความวิตกกังวลมากกว่าเด็กทั่วไป การกรีดร้องเพื่อเรียกร้องความสนใจ หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การทำร้ายผู้อื่น ขว้างปาทำลายสิ่งของต่อต้านการเปลี่ยนแปลง การทำร้ายตนเองโดยเด็กบางคนมักเอาศีรษะกระแทกพื้น กัดตัวเอง หรือทำร้ายตนเอง บางครั้งเนื่องมาจากความคับข้องใจ

Goodman (2005) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กมี 5 ด้านด้วยกัน ได้แก่ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และปัญหาสัมพันธภาพทางสังคม

สรุปได้ว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของพยาธิสภาพที่สมอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติที่เป็นที่ทราบกันว่าเด็กกลุ่มนี้จะมี ความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมซ้ำๆ หรือพฤติกรรมที่มีความสนใจจำกัด ซึ่งเด็กอาจทำร้ายตนเองอันเนื่องมาจากพฤติกรรมซ้ำๆ หรือไม่สามารถเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมได้เนื่องจากมีความสนใจจำกัด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา โดย McStay et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ปกครอง Khanna et al.(2011) พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Allik et al. (2006) พบว่าคุณภาพชีวิตของมารดาเด็กออทิสติก High function มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมเกร เช่นเดียวกับ Haung et al. (2014) ที่พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมที่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จะส่งผลต่อความเครียดด้านจิตใจของผู้ปกครองน้อยกว่าเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมมาก ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิต ซึ่งเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al. (2012) พบว่าลักษณะของผู้ป่วยสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

การประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหา นั้นสามารถประเมินได้ดังต่อไปนี้

1) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression พัฒนาโดย Yudofsky et al. (1986) ซึ่งใช้ประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต

2) แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist ได้รับการพัฒนาโดยสมทรง สุวรรณเลิศ และวันชัย ไชยสิทธิ์ (2540) โดยดัดแปลงมาจาก The Child Behavior Checklist (CBCL) ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมเด็กวัย 4-18 ปี

3) แบบประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) พัฒนาโดย Goodman สำหรับประเมินปัญหาพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกราะ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมจำนวน 25 ข้อ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

การวิจัยครั้งนี้ประเมินปัญหาพฤติกรรมโดยผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (The strength and difficulties questionnaire: SDQ) ที่พัฒนาโดย Goodman เป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้ในประเทศต่างๆมากกว่า 50 ประเทศและใช้ในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ได้แปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี 2543 โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล ซึ่งมาต่อ เสาวนีย์ บัวลา (2556) ได้นำมาใช้ในกลุ่มผู้ปกครองของเด็กออทิสติก ดังนั้นแบบประเมินนี้จึงเหมาะสมต่อการนำมาใช้ประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม

**3.4.6 การทำหน้าที่ของครอบครัว** ครอบครัวเป็นหน่วยที่สำคัญของบุคคลที่หล่อหลอมให้เกิดการเติบโตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นิยามของการทำหน้าที่ของครอบครัวมีดังต่อไปนี้

Epstein et al. (1984) กล่าวว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับภารกิจที่ครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และสังคม ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

Friedman (1998) ได้นิยามการทำหน้าที่ของครอบครัวว่าเป็นผลลัพธ์ที่ต่อเนื่องมาจากโครงสร้างของครอบครัวที่มีการติดต่อสัมพันธ์กับระบบของสังคมภายนอก โดยแบ่งการทำหน้าที่เป็น 5 ด้าน ได้แก่

- 1). การทำหน้าที่ด้านอารมณ์ (The affective function)
- 2). การทำหน้าที่ด้านสังคม (Socialization and Social placement function)
- 3). การทำหน้าที่ดำรงเผ่าพันธุ์ (The reproductive function)
- 4). การทำหน้าที่ด้านเศรษฐกิจ (The economic function)
- 5). การทำหน้าที่การดูแลสุขภาพ (The health care function)

อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) กล่าวว่าการทำงานที่ของครอบครัวเป็นสิ่งที่ผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวพัฒนาไปอย่างดีทั้งทางกายและจิตใจจนถึงไร้ประสิทธิภาพซึ่งก่อให้เกิดปัญหาหรือเป็นพยาธิสภาพ

สรุปการทำงานที่ของครอบครัวว่า เป็นภารกิจที่สมาชิกในครอบครัวจะเผชิญร่วมกัน เพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนาเรียนรู้และปรับตัวกับระบบภายในครอบครัวและระบบภายนอกครอบครัวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการทำงานที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา กล่าวคือ จากการศึกษาของ Johnson (2009) พบว่าการทำงานที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ปกครองทั้งมิติด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) พบว่าการทำงานที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กันในทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม นอกจากนี้จากการศึกษาของ Ji et al. (2014) พบว่าการทำงานที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล เช่นเดียวกับ Johnson et al. (2014) พบว่าการทำงานที่ของครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตมิติด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

การประเมินการทำงานที่ของครอบครัว สามารถประเมินได้หลายรูปแบบตามแนวคิดต่าง ๆ ได้แก่

1) แนวคิดการทำงานที่ของครอบครัวแบบบีเวอร์ (Beavers System Model ) ของ Beavers and Hampsom (2000) จะประเมินการทำงานที่ 2 ด้าน คือ 1) ความสามารถของครอบครัว (Competency) ในการจัดระบบภายในของครอบครัวให้เป็นไปอย่างเรียบร้อย 2) รูปแบบปฏิสัมพันธ์ (style) ที่ครอบครัวมีต่อกันและมีต่อระบบภายนอก การประเมินตามแนวคิดของบีเวอร์จะใช้การประเมินร่วมกับการสังเกตทางคลินิก

2) แนวคิด McMaster model ได้กล่าวถึงระบบของครอบครัวเป็นหลัก การทำงานที่ของครอบครัวเป็นการจัดกระทำต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยระบบของครอบครัวจะต้องทำหน้าที่พื้นฐานให้สมบูรณ์ และการทำงานที่ของครอบครัวครอบคลุม 6 ด้าน อุมพร ตรังคสมบัติ (2554) ได้กล่าวถึงการดำเนินงานที่ของครอบครัวไว้ดังนี้

การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปด้วยดี และปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

บทบาท หมายถึง พฤติกรรมที่สมาชิกประพุดิตต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ  
บทบาทแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ บทบาททางด้านวัตถุและบทบาททางด้านอารมณ์

การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทาง  
อารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม

ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน  
รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน

การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการ  
พฤติกรรมของสมาชิก ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพุดิตตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม

ต่อมา Epstein et al. (1983) ได้พัฒนาแบบประเมิน Family Assessment  
Device (FAD) ตามแนวคิดของ McMaster model ประกอบด้วยข้อคำถามการทำหน้าที่ของ  
ครอบครัว 60 คำถาม โดยสมาชิกครอบครัว จะตอบคำถามนี้เพียงลำพังซึ่งพบว่าแบบประเมินนี้  
สามารถแยกครอบครัวที่มีปัญหาออกจากครอบครัวที่ไม่เป็นปัญหาได้ดี

3) แนวคิดของ Olson Annular ได้จัดการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 3 ด้าน  
ดังนี้

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Family intimacy) คือ ระดับของ  
สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว

ความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว (Family adaptability) คือ  
ครอบครัวสามารถสร้างพลัง และปรับตัวจัดการต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกระบบครอบครัวได้

การสื่อสารในครอบครัว (Family communication) คือ การสื่อสารของ  
สมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างความสนิทสนมภายในครอบครัวและ  
ความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว

การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมิลี  
อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory : CFI) โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ได้แปล  
และพัฒนามาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device : FAD)  
ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม  
จำนวนทั้งหมด 36 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการ  
สื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุม  
พฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ โดยข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 24 ข้อ และข้อ  
คำถามเชิงลบ 12 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตรวัด 4 ระดับ การแปลผลคะแนนได้จากการรวม  
คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ทั้งข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบ จากนั้นคิดค่าคะแนนรวม

เฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์เพื่อแปลความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540 อ้างถึงใน ดารุณี งามขำ, 2554)

### 3.4.7 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ สนใจ ยกย่อง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ซึ่งแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์
- 2) การยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง
- 3) การเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายและหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน

Schafer, Coyne and Lazarus (1981) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญความเครียดในชีวิต ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนทรัพยากรสิ่งของ (Tangible support) 3) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Information support)

Brandt and Weinert (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในด้านต่างๆทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น มั่นคง มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และความคิดเห็น การมีส่วนร่วมในสังคม ได้รับการช่วยเหลือ หรือเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นได้ บุคคลสามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกภายในครอบครัว และสังคม

Orem (2001) กล่าวว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เป็นการเพิ่มแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ชนิษฐา หะยิมะแซ และคณะ (2556) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมอยู่ในระดับปานกลางและได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก เนื่องจากโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความกังวล ผิดหวังเหนื่อยล้ากับการดูแล

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องและการยอมรับในสังคม ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้

การสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Khanna et al., 2011) และจากการศึกษาของ Ji et al. (2014)

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม นัทรชนัน จรัสจรุงเกียรติ และอลิสา วัชรสินธุ (2556) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตโดยรวม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม นั้นมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของการวิจัยที่ศึกษา ตัวอย่างของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- 1) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ที่พัฒนาโดย Brandt and Winert (1985)
- 2) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของศิริินภา นันทพงษ์ (2542)
- 3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของแก้วตา มีศรี (2554) ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่วิเคราะห์เพื่อใช้ประเมินด้านสุขภาพ และการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของแก้วตา มีศรี (2554) ตามกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ซึ่งพัฒนาโดยอุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 24 ข้อ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ 5 ข้อ การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า 5 ข้อ การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน 5 ข้อ และการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ การแปลผลคะแนนโดยการคิดคะแนนรวม

#### 3.4.8 ภาระการดูแล (Burden) ของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ภาระการดูแล มีผู้นิยามความหมายดังนี้

Montgomery et al. (1985) ให้ความหมายถึงภาระการดูแลว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแล ความหนักใจ เป็นความกดดัน อันเนื่องมาจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยภาระแบ่งเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์จากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกทุกข์ทรมานใจจากการดูแล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกเกินกำลัง เป็นต้น ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงของรูปธรรมที่เห็นได้ชัด เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง กิจกรรมในสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การงาน เกิดปัญหาด้านสุขภาพ



Zarit, Tod and Zarit (1986) ได้กล่าวว่า ภาวะการดูแล หมายถึง ปริมาณหรือขอบเขต ที่ดูแลรับรู้เกี่ยวกับบารมณ สุขภาพกาย ชีวิตในสังคม และสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

Oberst et al. (1989) กล่าวว่าภาวะการดูแล เป็นความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล โดยงานหรือกิจกรรมที่ทำมักเกิดจากความต้องการของผู้ป่วย และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละโรคมี่ความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้กิจกรรมการดูแลแตกต่างกันไป

Brown (1991) กล่าวว่า ภาวะ หมายถึงผลกระทบต่างๆ ที่ผู้ดูแลได้รับอันเกิดจากประสบการณ์ในการให้การดูแล ซึ่งเป็นจากความต้องการของผู้ป่วย

นาฎยพรรณ ภิญโญ (2545) ได้กล่าวถึงภาวะการดูแลว่าเป็นภาวะหรือผลกระทบ ความยากลำบากหรือปัญหาที่เกิดจากการดูแล และศึกษาพบว่าภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย ทองเพชร (2545) พบว่าภาวะการดูแลของมารดาเด็กออทิสติกอยู่ในระดับปานกลาง และสมฤดี สิทธิมงคล (2541) พบว่าความเครียดจากการดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

จากที่กล่าวมาสรุปได้ ภาวะการดูแลของบิดามารดา หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกประสบการณ์อันยากลำบากเป็นผลกระทบจากการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ทั้งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์จิตใจ และการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเป็นรูปธรรม เช่น การมีเวลาส่วนตัวลดลง การหน้าที่ทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีความสัมพันธ์ในทางลบ กล่าวคือ บิดามารดาที่มีการรับรู้ภาวะการดูแลมากส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาต่ำลง จากการศึกษาของ Cadman et al., (2012) พบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิสซึม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ Khanna et al., (2011) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al. (2012) พบว่าภาวะการดูแลสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล นอกจากนี้การศึกษาของ Santo et al. (2011) พบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคมะเร็งนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Ji et al. (2014) พบว่าภาวะการดูแลเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้คำจำกัดความของ Montgomery et al. (1985) ที่กล่าวว่าภาวะการดูแลว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแล ความหนักใจ เป็นความกดดัน อันเนื่องมาจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยภาวะแบ่งเป็น 2 มิติคือ ภาวะ

เชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์จากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกทุกข์ทรมานใจจากการดูแล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกเกินกำลัง เป็นต้น ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงของรูปธรรมที่เห็นได้ชัด เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ประเมินโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) พัฒนาโดยนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ

#### 4. บทบาทของพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

การดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมนับเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องให้การดูแลประคับประคองตามอาการตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย บิดามารดาของผู้ป่วยจึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องให้การดูแลแบบใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดูแลส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการ การปรับพฤติกรรม การดูแลอาการเจ็บป่วยทางกาย อีกทั้งผู้ป่วยยังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจากช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ การส่งเสริมให้บิดามารดาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพนั้น บิดามารดาต้องมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี จึงจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และในฐานะพยาบาลจิตเวชควรมีบทบาทในการร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาตามสมรรถนะดังนี้

บทบาทของการดูแลปฏิบัติการพยาบาล โดยให้การดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ กลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชที่ซับซ้อน (Direct care) ประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหาให้การบำบัดทางจิต ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคทั้งที่เกิดจากพยาธิสภาพและการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ฝึกทักษะการดูแลตนเอง และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว คาดการณ์และจัดระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มโรค และประสานงานสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลรักษาทางจิตเวช ตลอดจนการใช้ความรู้ทางทฤษฎี ผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลและวางแผนการพยาบาลโดยประเมินแบบแผนในชีวิตประจำวันของบิดามารดา แบบแผนการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

บทบาทของการมีความสามารถในการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring) พยาบาลจิตเวชต้องสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ซึ่งบิดามารดาผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ดังนั้นพยาบาลจึงต้องสร้างเสริมสุขภาพจิต ฝึกทักษะการเผชิญความเครียด และวางแผนป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนให้ความรู้ ฝึกอบรมทักษะบุคลากรในสถานบริการ ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง เช่น บิดามารดาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม

บทบาทของการเป็นผู้ให้ความรู้ สนับสนุนชี้แนะให้บิดามารดามีความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นทั้งการส่งเสริมพัฒนาการ การปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย การรับประทานยา และการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวช การพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษากายการบริการทางสุขภาพ เพื่อให้บิดามารดาสามารถดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถดูแลผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยป้องกันการเกิดอันตรายและอุบัติเหตุ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมาใช้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล การรับรู้ ความรู้สึนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและครอบครัว (จอม สุวรรณโณ, 2541)

บทบาทของผู้ให้การปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยแก่บิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม เป็นที่ปรึกษาในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตและสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยประมวลจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสร้างทางเลือกที่เหมาะสมให้กับบิดามารดา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล

## 5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในต่างประเทศ

Allik et al. (2006) พบว่ามารดาของเด็กออทิสติก High function มีระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม โดยเฉพาะมิติด้านร่างกาย และมารดาจะมีระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกายต่ำกว่าบิดา และสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมนอนไม่นิ่ง และพฤติกรรมเกร

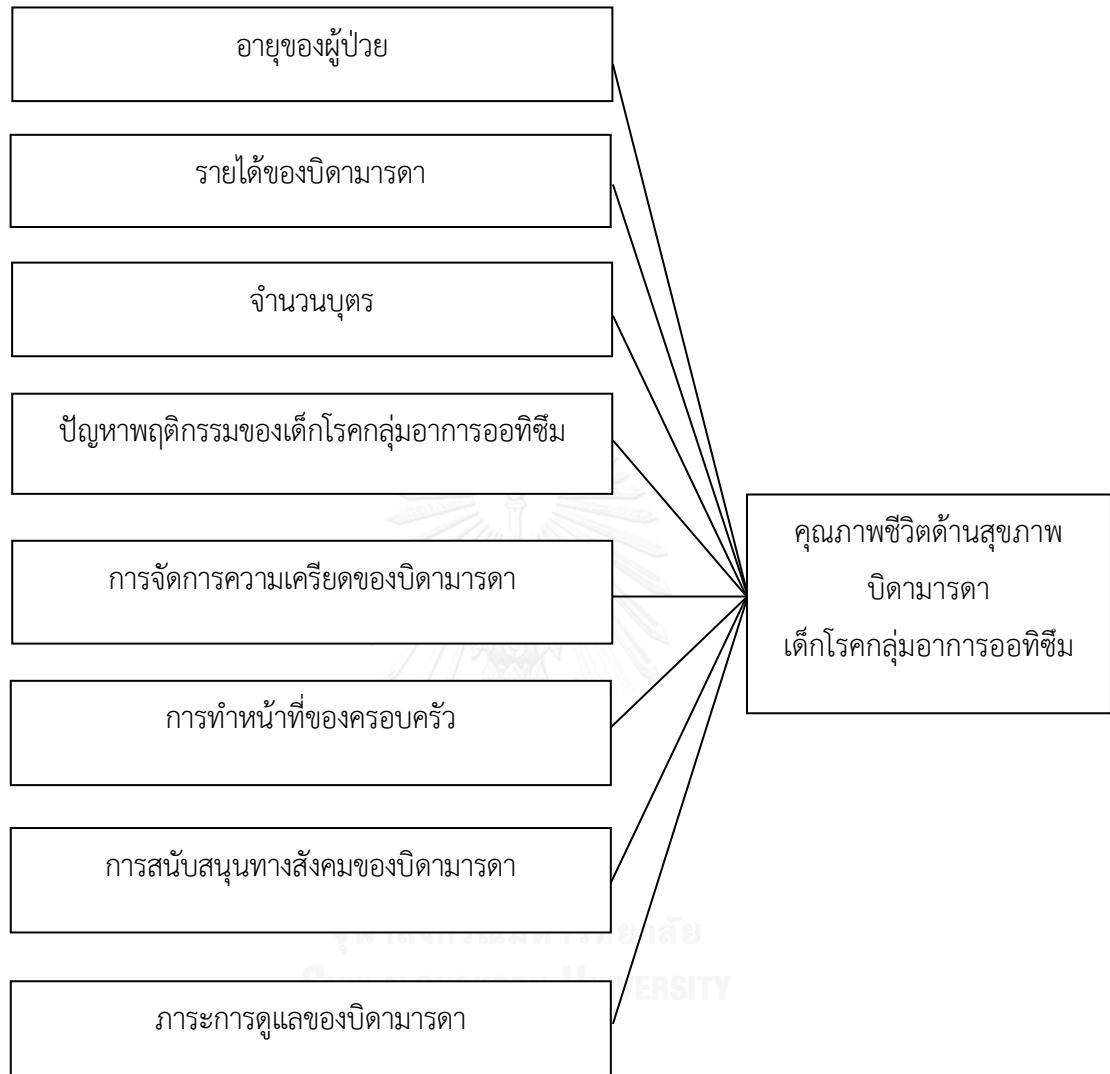
Lee et al. (2009) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กออทิสติกสเปกตรัม High function พบว่าการวิเคราะห์ด้วยพหุคูณอย่างง่ายชี้ว่าผู้ปกครองเด็กออทิสติก High – Function ลักษณะทางประชากร และด้านจิตสังคมอธิบายถึงการแปรปรวนอย่างมีนัยสำคัญของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางด้านร่างกายกับรายได้ จำนวนบุตร และความเครียดเป็นตัวแปรที่สำคัญ ลักษณะทางประชากรและตัวแปรด้านจิตสังคมยังสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านจิตใจของผู้ปกครองกับรายได้ และความเครียดเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญ

Khanna et al. (2011) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัมพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าน้อยกว่าประชาชนทั่วไป ระดับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้รับการดูแล การสนับสนุนทางสังคม การกลไกการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม และภาระการดูแลมีอิทธิพลต่อสภาวะจิตใจของผู้ดูแล ขอบเขตของผู้รับการดูแลของปัญหาพฤติกรรมและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายในมิติด้านจิตใจ สำหรับปัญหาพฤติกรรมและการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านร่างกาย

Ji et al. (2014) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคออทิสติกสเปกตรัม ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว (family functioning) การจัดการความเครียด(Coping Style) การสนับสนุนทางสังคม(Social Support) ภาระการดูแล (Caregiver Burden) เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ดูแลเด็กกลุ่มโรคออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญ

งานวิจัยในประเทศ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมนั้นยังไม่เป็นที่แพร่หลาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาของ นันท์ชนัน จรัสจรุงเกียรติ และอลิสรา วัชรสินธุ (2556) ได้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกสเปกตรัม โดยใช้เครื่องมือ WHOQOL-BRIF-THAI พบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้แก่ รายได้ และความเพียงพอของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และโรคที่เด็กได้รับการวินิจฉัย

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหรือสถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

#### ประชากร

ประชากร คือ บิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision : ICD 10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตรวจรักษา

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย Autism Spectrum Disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision : ICD 10) จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ สถาบันพัฒนาการเด็กราชานครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ที่กำหนด ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1). บิดา หรือ มารดา ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมอายุ 6-15 ปี ในครอบครัว โดยให้การดูแลและช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน
- 2). ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน รวมทั้งการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด หรือเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- 3). สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ
- 4). ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (Thorndike, 1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสฤติย์นรากุล, 2553) โดยการคำนวณจากสูตร ดังนี้  $n = 10k + 50$

เมื่อ  $n$  คือ ขนาดตัวอย่าง

$k$  คือ จำนวนตัวแปร

ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 9 ตัวแปร จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 140 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Dillman, 2000) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน

2. คัดเลือกโรงพยาบาล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยสุ่มตามภาค 4 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 สํารวจโรงพยาบาล/สถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล/สถาบัน ในแต่ละภาค ได้ดังนี้

ภาคกลาง จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ สถาบันราชานุกูล สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

ภาคเหนือ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ สถาบันพัฒนาการเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ภาคใต้ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

จากนั้นจึงทำการสุ่มเลือกโรงพยาบาล/สถาบันในแต่ละภาค และเพื่อให้โรงพยาบาล/สถาบัน มีโอกาสในการถูกเลือกเท่ากัน ผู้วิจัยจึงกำหนดสัดส่วนของโรงพยาบาล/สถาบัน ในแต่ละภาคดังนี้ ภาคกลาง 2 แห่ง ภาคเหนือ 1 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง และภาคใต้ 1 แห่ง และทำการสุ่มอย่างง่าย(Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากโรงพยาบาล/สถาบัน ในแต่ละภาค ดังนี้

ภาคกลาง	ได้แก่	โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล
ภาคเหนือ	ได้แก่	สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ได้แก่	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
ภาคใต้	ได้แก่	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาคใต้

2.2 กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล/สถาบัน ตามจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยพิจารณาโรงพยาบาล/สถาบันทั้ง 5 แห่ง พบว่าโรงพยาบาล/สถาบัน ที่มีหอผู้ป่วยในเฉพาะสำหรับเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ และโรงพยาบาล/สถาบัน ที่ไม่มีหอผู้ป่วยในเฉพาะสำหรับเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มใน 2 แห่ง และได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล/สถาบัน	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	956 คน	76 คน
สถาบันราชานุกูล	171 คน	15 คน
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	467 คน	38 คน
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	88 คน	13 คน
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	84 คน	12 คน
<b>รวม</b>	<b>1,766 คน</b>	<b>154 คน</b>



3. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ในวันที่ผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่ง จนครบตามจำนวน 154 คน และหากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่จนครบตามจำนวน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบประเมินและแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน ใช้เวลาในการตอบคำถามทั้งหมด 30 -45 นาที โดยให้บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม กรณีที่มีข้อสงสัยบิดามารดาสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทันที ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา** สร้างโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลของบิดามารดาผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ป่วยที่ให้การดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ของบิดามารดาต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะของครอบครัว และจำนวนบุตรในครอบครัว

### ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (The strength and difficulties questionnaire:SDQ) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น สร้างและพัฒนาโดย Robert Goodman จิตแพทย์ชาวอังกฤษ และได้แปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี 2543 โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล ต่อมาเสาวนีย์ บัวลา(2556) ได้นำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (The strength and difficulties questionnaire:SDQ) ฉบับพ่อแม่/ผู้ปกครอง มาปรับใช้ในการประเมินปัญหาพฤติกรรมในเด็กออทิสติก โดยทดลองใช้กลุ่มผู้ปกครองจำนวน 30 ราย และคำนวณค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient ) ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สำหรับแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในเด็กอายุ 4-16 ปี สำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมจำนวน 25 ข้อ ประเมินลักษณะของพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยจัดเป็นกลุ่มพฤติกรรมได้ 5 ด้าน ได้แก่

- 1). พฤติกรรมด้านอารมณ์ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 8, 13, 16, 24
- 2). พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 10, 15, 21, 25

- 3). พฤติกรรมเกร 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 7, 12, 18, 22  
 4). พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6, 11, 14, 19, 23  
 5). พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพกับสังคม 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 4, 9, 17, 20

มีการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
จริง	2	0
ค่อนข้างจริง	1	1
ไม่จริง	0	2

ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 19, 20, 22, 23 และ 24  
 ข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 7, 11, 14, 21 และ 25

การคิดคะแนนปัญหาพฤติกรรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คิดคะแนนของพฤติกรรมรายด้านทุกด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกร พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ภาพทางสังคม จากนั้นรวมคะแนนด้านที่ 1-4 เป็นคะแนนรวมปัญหาพฤติกรรมเด็กที่ใช้วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ ส่วนคะแนนของพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมนั้นไม่นำมาคิดเป็นคะแนนรวม เนื่องจากเป็นคะแนนที่แสดงถึงจุดแข็งของเด็ก

การแปลผลคะแนนรวม คือ คะแนนรวมสูง หมายถึง การมีปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมาก

### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE)

แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) (The Brief Coping Orientation to problem) พัฒนาโดย Carver (1997) และแปลเป็นภาษาไทยโดย เอกอุมา อิมคำ (2558) ภายใต้การได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนา แบบประเมินประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) การจัดการความเครียดเน้นด้านอารมณ์ (Emotional Focused coping strategies) 2) การจัดการความเครียดที่เน้นการแก้ปัญหา (Problem Focused coping strategies) 3) การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional coping strategies) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ประเมินจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ 14 วิธี วิธีละ 2 ข้อ ได้แก่ การกำจัดสิ่งวุ่นในจิตใจ การกระตือรือร้นในการจัดการปัญหา การปฏิเสธ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ การแสดงพฤติกรรมวางเฉย การระบายความรู้สึก การสร้างกรอบแนวคิดใหม่ในทางบวก การวางแผน การใช้อารมณ์ขัน การยอมรับ ศาสนา และการตำหนิตนเอง โดยข้อคำถามในแต่ละ Subscale มีดังนี้

1) การจัดการความเครียดด้านอารมณ์ (Emotion – oriented subscales) 5 วิธี ดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์	ข้อคำถามที่	5,15
การสร้างกรอบแนวคิดใหม่ในทางบวก	ข้อคำถามที่	12,17
การใช้อารมณ์ขัน	ข้อคำถามที่	18,28
การยอมรับ	ข้อคำถามที่	20,24
ศาสนา	ข้อคำถามที่	22,27

2) การจัดการความเครียดที่เน้นการแก้ปัญหา (Problem – oriented subscales) 3 วิธี

การกระตือรือร้นในการจัดการปัญหา	ข้อคำถามที่	2, 7
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	ข้อคำถามที่	10,23
การวางแผน	ข้อคำถามที่	14,25

3) การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional Subscale) 6 วิธี ดังนี้

การแสดงพฤติกรรมวางเฉย	ข้อคำถามที่	6,16
การปฏิเสธ	ข้อคำถามที่	3, 8
การกำจัดสิ่งวุ่นในจิตใจ	ข้อคำถามที่	1,19
การตำหนิตนเอง	ข้อคำถามที่	13,26
การใช้สารเสพติด	ข้อคำถามที่	4,11
การระบาย	ข้อคำถามที่	9,21

เอกอุมา อิมคำ (2558) ได้อธิบายเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัด 4 ระดับ ดังนี้

- คะแนน 0 หมายถึง ฉันไม่ได้ทำสิ่งนี้เลย
- คะแนน 1 หมายถึง ฉันได้ทำสิ่งนี้เล็กน้อย
- คะแนน 2 หมายถึง ฉันได้ทำสิ่งนี้ในปริมาณปานกลาง
- คะแนน 3 หมายถึง ฉันได้ทำสิ่งนี้มาก

การคิดคะแนนคำนวณจากคะแนนในแต่ละด้านจากนั้นรวมคะแนนทั้ง 3 ด้าน ซึ่งผลคะแนนรวมสูงแสดงถึงการจัดการความเครียดเหมาะสม และนำคะแนนรวมที่ได้มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว** โดยผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory : CFI) โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ได้แปลและพัฒนามาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device : FAD) ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) .88 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ

ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ดังนี้

- |                             |       |   |
|-----------------------------|-------|---|
| 1). ด้านการแก้ปัญหา         | 6 ข้อ | ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 8, 25, 26            |
| 2). ด้านการสื่อสาร          | 5 ข้อ | ได้แก่ ข้อที่ 9, 16, 23, 28, 31             |
| 3). ด้านบทบาท               | 3 ข้อ | ได้แก่ ข้อที่ 10, 17, 29                    |
| 4). ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ | 5 ข้อ | ได้แก่ ข้อที่ 4, 11, 18, 34, 35             |
| 5). ด้านความผูกพันทางอารมณ์ | 5 ข้อ | ได้แก่ ข้อที่ 5, 12, 21, 24, 33             |
| 6). ด้านการควบคุมพฤติกรรม   | 4 ข้อ | ได้แก่ ข้อที่ 6, 26, 27, 30                 |
| 7). ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป  | 8 ข้อ | ได้แก่ ข้อที่ 7, 14, 15, 19, 20, 22, 32, 36 |

โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 24 ข้อ คือ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35 และข้อคำถามเชิงลบ 12 ข้อ คือ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36

การให้คะแนนเป็นมาตรวัด 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
ตรงมากที่สุด	4	1
ตรงปานกลาง	3	2
ตรงเล็กน้อย	2	3
ไม่ตรงเลย	1	4

การคิดคะแนนได้จากการรวมคะแนนของแบบประเมินทั้งข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบทุกด้าน จากนั้นคิดค่าคะแนนรวมที่ได้มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวมาก

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ แก้วตา มีศรี (2554) ตามกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer (1981) มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90 แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือ ได้แก่

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1). การได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านอารมณ์ | 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 - 5   |
| 2). การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า             | 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6 - 10  |
| 3). การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม       | 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11 - 15 |
| 4). การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินและสิ่งของ | 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 16 - 20 |
| 5). การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร     | 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 21 - 24 |
- การให้คะแนนเป็นมาตรวัด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

น้อยที่สุด มีค่าคะแนน 1 คะแนน

น้อย มีค่าคะแนน 2 คะแนน

ปานกลาง มีค่าคะแนน 3 คะแนน

มาก มีค่าคะแนน 4 คะแนน

มากที่สุด มีค่าคะแนน 5 คะแนน

การคิดคะแนนโดยรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งหมด คะแนนรวมมาก หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง และผู้วิจัยนำค่าคะแนนรวมของแบบประเมินมาวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์

## ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) พัฒนาและแปลเครื่องมือที่สร้างเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .93 โดยข้อคำถามประกอบด้วย ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย รวมจำนวน 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาวะเชิงอัตนัย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 12 ข้อ มีข้อความทางลบทั้งหมด ได้แก่ ข้อ 1 , 2 , 3 , 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ 12

2) ภาวะเชิงปรนัย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้การดำเนินชีวิต การเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ ความมีอิสระลดลง การมีเวลาส่วนตัวลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน และปัญหาสุขภาพจากการดูแล โดยข้อคำถามประกอบทั้งหมด 12 ข้อ มีข้อความทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1 , 2 , 3 , 4 , 5 , 6 , 7 , 8 , 9 , 11 และ 12 การประเมินเป็นการประเมินตามความรู้สึกของบิดามารดาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม แบบวัดเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
มาก	2 คะแนน	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	4 คะแนน	2 คะแนน
น้อยที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

การคิดคะแนนคำนวณจากคะแนนรวมของภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย ซึ่งผลคะแนนรวมมาก หมายถึง การมีภาวะการดูแลสูง และนำคะแนนรวมที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์

### ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถาม The Short Form 36 Health Survey (SF-36) ของเอมิกา กลยนี้ (2556) ซึ่งใช้ประเมินในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .92 แบบประเมินนี้สร้างและพัฒนาโดย Ware and Sherbourne (1992) และแบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย Leurmarkul and Meetam (2005) ต่อมา Lueboonthavachai and Lueboonthavachai (2006) ได้พัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 8 มิติ รวม 35 ข้อ ได้แก่

1. มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functioning) จำนวน 10 ข้อ
2. มิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Role limitations due to physical health) จำนวน 4 ข้อ
3. มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain) จำนวน 2 ข้อ
4. มิติสุขภาพทั่วไป (General health) จำนวน 5 ข้อ
5. มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) จำนวน 2 ข้อ

- 6). มิติด้านพลังงานในร่างกาย (Vitality) จำนวน 4 ข้อ
- 7). มิติข้อจำกัดการทําทบหาเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ  
(Role limitations due to emotional problems)
- 8). มิติด้านสุขภาพจิต (Mental health) จำนวน 5 ข้อ

และคำถามอิสระ 1 ข้อ รวม 36 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตรวัด การคำนวณคะแนนคิดตามทีผู้สร้างกำหนด (ภาคผนวก ค) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 1 ถึง 100 โดยคะแนนสูง หมายถึงคุณภาพชีวิตที่สูง และคะแนนต่ำ หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า

เกณฑ์การคิดคะแนน คำนวณโดยการแปลงคะแนน (recode) จากแบบประเมิน นำคะแนนจากข้อคำถามในมิติเดียวกันมารวมกัน คำนวณโดยใช้สูตรทีผู้สร้างกำหนด (Ware, 1993) ดังนี้

$$\text{การแปลงค่าคะแนน} = \left( \frac{\text{ค่าคะแนนจริง} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ค่าคะแนนที่เป็นไปได้}} \right) \times 100$$

การคิดคะแนนรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมคะแนนทั้ง 8 มิติ มิติละ 100 คะแนน รวม 800 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้

**การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา
- 2) แบบสอบถามปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 3) แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE)
- 4) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 6) แบบสอบถามภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 7) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ผู้วิจัยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาเนื้อหาให้มีความครอบคลุม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความถูกต้องเหมาะสมของเกณฑ์การให้คะแนนและปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมโครงร่าง วิทยานิพนธ์ขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อการตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหาจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน โดยให้คะแนนความคิดเห็น 1- 4 ระดับ (ระดับ 4 = เห็นด้วยมากที่สุด และระดับ 1 = ไม่เห็นด้วย) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียน ข้อเสนอแนะในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ หลังจากนั้นคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity Index:CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งค่าได้ค่าดังนี้ คือ 1, .88, 1, 1, 1, .90, .92 คำนวณจากสูตรที่พัฒนาโดย Hambleton et al. (1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2555) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง} / \text{สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือการวิจัยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับปรุง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ความสมบูรณ์เหมาะสมมากขึ้น ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา ปรับเพิ่ม ข้อที่ 11 ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่
2. แบบสอบถามปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ปรับแก้ ดังนี้
  - ข้อที่ 8 “กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ” ปรับแก้ “มีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล”
  - ข้อที่ 16 “เครียดไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นและขาดความมั่นใจในตนเอง ” ปรับแก้ “ เครียด ไม่อยู่ห่างจากผู้ดูแลในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย”
  - ข้อที่ 21 “คิดก่อนทำ” ปรับแก้ “มีการคิดก่อนทำบางสิ่งบางอย่าง”
3. แบบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวบิดามารดาเด็กโรคออทิซึมสเปกตรัม ปรับแก้ ดังนี้
  - ข้อที่ 19 “ทุกคนยอมรับว่าแต่ละคนจะมีบุคลิกภาพแตกต่างกันไป” ปรับแก้ “ทุกคนยอมรับว่าแต่ละคนมีบุคลิกแบบฉบับของตนเอง ”
4. แบบสอบถามภาระการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ปรับแก้ ดังนี้
  - ข้อที่ 3 ภาระเชิงปรณัย “เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ท่านต้องใช้เวลาในการดูแลใกล้ชิดมากขึ้น การจัดการปัญหาดังกล่าวทำให้ท่านเครียด” ปรับแก้ “เมื่อผู้ป่วยออทิซึมมีอาการกำเริบ ส่งผลให้ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวเพิ่ม มากขึ้น ”



ข้อที่ 4 ภาระเชิงปรนัย “เมื่อผู้ป่วยออกทิสติกอาการกำเริบและอาละวาด มักจะทำร้ายคนในครอบครัว” ปรับแก้ “เมื่อผู้ป่วยออกทิสติกอาการกำเริบและอาละวาด ท่าน/สมาชิกในครอบครัว จะถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ”

**การหาค่าความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ได้แก่

- 1) แบบสอบถามปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 2) แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น)
- 3) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 5) แบบสอบถามภาระการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

นำไปทดลองใช้ (Try out) กับบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จำนวน 30 ราย จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81, .88, .84, .93, .90 และ .80 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำหนังสือขอรับพิจารณาจริยธรรมและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์(สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้) และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อได้รับการพิจารณาจริยธรรมและอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล นัดหมายวันเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล/สถาบันแต่ละแห่ง ดังนี้

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ วันที่ 12 - 15 กันยายน

สถาบันราชานุกูล วันที่ 7 - 25 พฤศจิกายน 2559

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ วันที่ 12 ตุลาคม 2559 - 8 กุมภาพันธ์ 2560

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ วันที่ 9 – 28 กุมภาพันธ์ 2560

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วันที่ 13 - 24 มีนาคม 2660

2. วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion criteria) แนะนำตนเองต่อบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายและตอบคำถามในประเด็นที่สงสัย

3. ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเริ่มอธิบายแบบสอบถามและแบบประเมินต่างๆ

4. หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้แบบสอบถามทั้งหมด 154 ชุด นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันจิตเวชเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ สถาบันราชานุกูล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมของแต่ละสถาบัน/โรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	วันที่ 30 กันยายน	2559
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้	วันที่ 16 มิถุนายน	2559
สถาบันราชานุกูล	วันที่ 3 สิงหาคม	2559
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์	วันที่ 2 ธันวาคม	2559
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	วันที่ 9 กุมภาพันธ์	2560

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) และผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยในครั้งนี้ โดยการปฏิเสธการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับบริการของโรงพยาบาลและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลา กลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที โดยไม่ต้องระบุชื่อสกุลใน

แบบสอบถาม ข้อมูลจากแบบสอบถามถือเป็นความลับและผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอโดยภาพรวม เพื่อผลทางวิชาการเท่านั้น หากผู้วิจัยมีข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยเพิ่มเติมจะแจ้งต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทันที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของบิดามารดา ระยะเวลาในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรในครอบครัว นำมาวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุของผู้ป่วย จำนวนบุตรปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัวของบิดามารดา การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Coefficient : r) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หรือค่า r โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (Burns and Grove, 2011)

เมื่อ $r > .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
เมื่อ $r = .30 - .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
เมื่อ $r < .30$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
เมื่อ $r = 0$	หมายความว่า	ตัวแปรแทบจะไม่มีความสัมพันธ์กัน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรรายได้ของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient : rS )

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบประเมิน 7 ส่วน ในบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม จำนวน 154 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหรือสถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต ทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภูมิภาคใต้ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวนทั้งหมด 154 ฉบับ ผู้วิจัยขอเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา

ส่วนที่ 2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา ภาระการดูแลของบิดามารดา

ส่วนที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา ภาระการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม จำแนกตาม เพศ อายุ อายุของผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรในครอบครัว และลำดับบุตรของผู้ป่วย จำนวน (n=154)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	24.0
หญิง	117	76.0
อายุของผู้ดูแล (ปี) ( $\bar{X} = 40.98$ , $SD = 6.66$ )		
อายุของผู้ป่วย (ปี) ( $\bar{X} = 10.33$ , $SD = 2.94$ )		
อายุ 6 – 12 ปี	109	70.8
อายุ 13 – 15 ปี	45	22.9
สถานภาพสมรส		
โสด	3	1.9
สมรส	102	66.2
หม้าย	10	6.5
คู่	20	13.0
หย่า	12	7.8
แยกกันอยู่	7	4.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	0.6
ประถมศึกษา	24	15.6
มัธยมศึกษา	45	29.2
อนุปริญญา /ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	31	20.1
ปริญญาตรี	47	30.5
สูงกว่าปริญญาตรี	6	3.9

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบิตามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม จำแนกตาม เพศ อายุ อายุของผู้ป่วยที่ให้การดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรในครอบครัว และลำดับบุตรของผู้ป่วย จำนวน (n=154) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
<5,000	16	10.4
5,001-10,000	25	16.2
10,001-20,000	43	27.9
20,001-30,000	33	21.4
30,001-40,000	12	7.8
40,001-50,000	14	9.1
>50,000	11	7.1
ระยะเวลาในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย		
≤ 5 ปี	19	12.3
6 - 10 ปี	70	45.5
11 - 15 ปี	65	42.2
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	97	63.0
ครอบครัวขยาย	57	37.0
จำนวนบุตรในครอบครัว		
1 คน	55	35.7
2 คน	76	49.4
3 คน	16	10.4
4 คน	5	3.2
5 คน	2	1.3

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบิตามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม จำแนกตาม เพศ อายุ อายุของผู้ป่วยที่ให้การดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรในครอบครัว และลำดับบุตรของผู้ป่วย จำนวน (n=154) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลำดับบุตรของผู้ป่วย		
ลำดับที่ 1	92	59.7
ลำดับที่ 2	46	29.9
ลำดับที่ 3	14	9.1
ลำดับที่ 4	1	0.6
ลำดับที่ 5	1	0.6

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างบิตามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ส่วนใหญ่เป็นมารดาร์้อยละ 76 บิดาร์้อยละ 24 อายุเฉลี่ยของบิตามารดาผู้ดูแล 40.98 ปี อายุของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลมีอายุ 6-12 ปี ร้อยละ 70.8 บิตามารดามีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.2 ระดับการศึกษาจบระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 20,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 27.9 ระยะเวลาในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 6 -10 ปี เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.5 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 63.0 จำนวนบุตรในครอบครัวพบจำนวนบุตร 2 คน เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.4 รองลงมาคือจำนวนบุตร 1 คน ร้อยละ 35.7

ส่วนที่ 2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา ภาวะการดูแลของบิดามารดา

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา (n=154)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง	68.25	12.37	126	81.8
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ	35.89	11.39	28	18.2

จากตารางที่ 3 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.2

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติของบิดามารดา (n=154)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติ	$\bar{X}$	SD
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	63.25	16.85
มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	81.75	19.00
มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม	75.89	20.32
มิติด้านสุขภาพจิต	66.83	18.05
มิติพลังในร่างกาย	62.37	17.45
มิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย	58.77	40.68
มิติสุขภาพทั่วไป	58.34	22.21
มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย	57.66	19.89
มิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์	44.37	42.10

จากตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมโดยรวมมีค่าเฉลี่ย 63.25 และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 ยกเว้นมิติด้านข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 50 คือ 44.37



ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม (n=154)

ปัญหาพฤติกรรม	$\bar{X}$	SD
ปัญหาพฤติกรรม	18.71	6.05
พฤติกรรมด้านอารมณ์	3.67	2.23
พฤติกรรมเกร	3.10	1.99
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	6.20	2.43
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	5.75	1.92

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีค่าเฉลี่ย 18.71 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.05 และแยกรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ย 3.67 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.23 พฤติกรรมเกรมีค่าเฉลี่ย 3.10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.99 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งมีค่าเฉลี่ย 6.20 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.43 และ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนมีค่าเฉลี่ย 5.75 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92

**ตารางที่ 6** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัย การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม (n=154)

ปัจจัย	$\bar{X}$	SD
การจัดการความเครียดของบิดามารดา	73.40	9.61
การทำหน้าที่ของครอบครัว	3.18	0.42
การสนับสนุนทางสังคม	87.80	16.51
ภาวะการดูแลของบิดามารดา	2.40	0.62

จากตารางที่ 6 พบว่า การจัดการความเครียดของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม มีค่าเฉลี่ย 73.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.61 การทำหน้าที่ของครอบครัวมีค่าเฉลี่ย 3.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 87.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.51 ภาวะการดูแลของบิดามารดา มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62

ส่วนที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา ภาวะการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาวะการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา เด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม	
	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
	r	r <sub>s</sub>
อายุของผู้ป่วย	-.127	
รายได้ของบิดามารดา		.142
จำนวนบุตร	.071	
ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม	-.340*	ปานกลาง
การจัดการความเครียดของบิดามารดา	-.036	
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.449*	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา	.431*	ปานกลาง
ภาวะการดูแลของบิดามารดา	-.544*	ปานกลาง

\* p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า

อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร และการจัดการความเครียดของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .449$  และ  $r = .431$  ตามลำดับ)

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และภาวะการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.340$  และ  $r = -.544$  ตามลำดับ)



**ตารางที่ 8** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติ							
	มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	มิติข้อจำกัดการทับทบาท เนื่องจากปัญหาทางร่างกาย	มิติความเจ็บปวดทางร่างกาย	มิติสุขภาพทั่วไป	มิติการทำหน้าที่ทางสังคม	มิติด้านพลังงาน. ในร่างกาย	มิติข้อจำกัดการทับทบาท เนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์	มิติด้านสุขภาพจิต
อายุ	-.146	-.115	-.172*	-.109	-.158	-.113	.051	-.041
รายได้ของบิดามารดา (r <sub>s</sub> )	.128	.106	.040	.213*	.061	.123	.135	.015
จำนวนบุตร	-.157	.073	-.033	.041	.076	.052	.116	.112
ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม	-.198*	-.150	-.186*	-.351*	-.276*	-.292*	-.191*	-.313*
การจัดการเครียดของ บิดามารดา	.036	-.027	-.012	.041	.004	.051	-.146	.008
การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	.275*	.283*	.304*	.355*	.502*	.479*	.069	.463*
การสนับสนุนทางสังคม ของบิดามารดา	.337*	.296*	.284*	.341*	.432*	.508*	.022	.435*
ภาระการดูแลของ บิดามารดา	-.292*	-.351*	-.221*	-.409*	-.423*	-.449*	-.358*	-.472*

\* p < .05

จากตารางที่ 8 สรุปได้ดังนี้

อายุของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ยกเว้นสัมพันธ์ทางลบกับมิติความเจ็บปวดทางกาย ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รายได้ของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ยกเว้นสัมพันธ์ทางบวกมิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในทุกมิติ ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ยกเว้นมิติข้อจำกัดการทำบเทาเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในทุกมิติ ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ยกเว้นมิติข้อจำกัดการทำบเทาเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในทุกมิติ ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ยกเว้นมิติข้อจำกัดการทำบเทาเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาระการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในทุกมิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การจัดการความเครียดของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

**ตารางที่ 9** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ปัญหาพฤติกรรม	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ r	p-value
พฤติกรรมด้านอารมณ์	-.280	.001
พฤติกรรมเกรง	-.259	.001
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	-.241	.003
พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	-.173	.032

จากตารางที่ 9 ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ บิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคออทิซึม สเปกตรัม ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision : ICD 10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช ระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิต ที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นนอกตรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม อายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย Autistic Spectrum Disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision : ICD 10) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ได้โรงพยาบาล/สถาบัน 5 ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จากนั้นจึงกำหนดสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล/สถาบัน โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ (Inclusion Criteria) ให้ครบตามจำนวนในแต่ละแห่ง ระหว่างวันที่ 12 กันยายน 2559 – 24 มีนาคม 2560



### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งหมด 7 ส่วน รายละเอียดดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา** สร้างโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคกลุ่มอาการออทิซึม สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ป่วยที่ให้การดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะของครอบครัว และจำนวนบุตรในครอบครัว

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม** ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (The strength and difficulties questionnaire:SDQ) สร้างและพัฒนาโดย Robert Goodman จิตแพทย์ชาวอังกฤษเป็นเครื่องมือที่มีการนำไปใช้ในประเทศต่างๆ มากกว่า 50 ประเทศ แปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี 2543 โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล ต่อมาเสาวนีย์ บัวลา (2556) ได้นำมาใช้ประเมินปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคออทิซึม แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในเด็กอายุ 4-16 ปี สำหรับผู้ปกครอง

**ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) (The Brief Coping Orientation to problem)** พัฒนาโดย Carver (1997) และแปลเป็นภาษาไทยโดยเอกอุมา อัมคำ (2558) ภายใต้การได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนา โดยแบบสอบถามนี้ใช้ประเมินปฏิกริยาการจัดการความเครียดของผู้ดูแลหลักของครอบครัว ข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยการให้คะแนนเป็นมาตรวัด 4 ระดับ

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว** โดยผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory : CFI) โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ได้แปลและพัฒนามาจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device:FAD) ตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 24 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 22 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตรวัด 4 ระดับ

**ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม**  
 ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ แก้วตา มีศรี (2554) ตามกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือ ได้แก่ 1) การได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านอารมณ์ 2) การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน 5) การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คะแนนเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม** ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ได้นำมาปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น โดยข้อคำถามประกอบด้วย ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย รวมจำนวน 24 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ

**ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา**  
 ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถาม The Short Form 36 Health Survey (SF-36) ของอเมริกา กลยณี (2556) แบบประเมินนี้สร้างและพัฒนาโดย Ware and Sherbourne (1992) และแบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกโดย Leurmarnkul and Meetam (2005) แบบสอบถามแบ่งเป็น 8 มิติ รวม 35 ข้อ ได้แก่ 1). มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical Functioning) 2). มิติข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Role limitations due to physical health) 3). มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย (Bodily pain) 4). มิติสุขภาพทั่วไป (General health) 5). มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning) 6). มิติด้านพลังงานในร่างกาย (Vitality) 7). มิติข้อจำกัดการทําทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ (Role limitations due to emotional problems) 8). มิติด้านสุขภาพจิต (Mental health) และคำถามอิสระ 1 ข้อ รวม 36 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตรวัด การคำนวณคะแนนคิดตามที่คุณสร้างกำหนด

#### **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ดังนี้ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์การตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน โดยผู้วิจัยได้นำโครงสร้างวิทยานิพนธ์และ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด 7 ฉบับ ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา
- 2) แบบสอบถามปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 3) แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE)
- 4) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวบิดามารดา
- 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 6) แบบสอบถามภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
- 7) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา

ขอรับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) คือ 1, .82, 1, 1, 1, .90, .92 ซึ่งค่าที่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อปรับข้อความให้เหมาะสมมากขึ้น

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปทดลองใช้ (Try out) กับบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จำนวน 30 ราย จากนั้นคำนวณค่าความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสอบถามปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม 2) แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) 3) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม 5) แบบสอบถามภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ได้เท่ากับ .81, .88, .84, .93, .90 และ .80 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์วิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เมื่อได้รับผลการพิจารณาจริยธรรมแล้วผู้วิจัยจึงติดต่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความอนุเคราะห์การใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อรายงานตัวประสานขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย พร้อมทั้งประสานวันเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลในช่วงวันและเวลาที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ (inclusion criteria) ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อกลุ่มตัวอย่างหลังจากกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์หรือเข้ารับบริการของโรงพยาบาล/สถาบันเสริมจเรียบร้อย พร้อมทั้งอธิบายการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งลงนามเอกสาร
4. ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลการวิจัย อธิบายแบบสอบถามและแบบประเมินต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามในประเด็นหรือข้อคำถามที่สงสัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 154 ราย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของบิดามารดา ระยะเวลาในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร นำมาวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุของผู้ป่วย จำนวนบุตรปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัวของบิดามารดา การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาระการดูแลของบิดามารดากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Coefficient : r) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรรายได้ของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient : r<sub>S</sub>)

## สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 81.8 มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงมากกว่าร้อยละ 50 ( $\bar{X} = 68.25$ ) จำนวน 126 คน เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสูงมากกว่าร้อยละ 50 ทุกด้าน ยกเว้นมิติข้อจำกัดการท่าทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ ( $\bar{X} = 44.37$ )

2. ปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่ามีค่าเฉลี่ย 18.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.05

3. การจัดการความเครียดของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่ามีค่าเฉลี่ย 73.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.61

5. การทำหน้าที่ของครอบครัวของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่ามีค่าเฉลี่ย 3.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42

6. การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่ามีค่าเฉลี่ย 87.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.51

7. ภาวะการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่ามีค่าเฉลี่ย 2.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62

8. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาวะการดูแลของบิดามารดากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า

อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร และการจัดการความเครียดของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.340$ ) และปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม จำแนกรายด้านพบว่ามี ความสัมพันธ์ดังนี้ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้าน ความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.280$ ,  $r = -.259$ ,  $r = -.241$ ,  $r = -.173$  ตามลำดับ)

การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = .449$ )

การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .431$ )

ภาระการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.544$ )

## อภิปรายผลการวิจัย

### คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงมากกว่าร้อยละ 50 ( $\bar{X} = 68.25$ ) จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 จัดเป็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาตามมิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 8 มิติ พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 ในมิติตั้งต่อไปนี้ ได้แก่ มิติการทำหน้าที่ทางร่างกาย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 81.75 มิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 58.77 มิติความเจ็บปวดทางร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 57.66 มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป มีค่าเฉลี่ย 58.34 มิติการทำหน้าที่ทางสังคม 75.89 มิติด้านพลังงานในร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 62.37 มิติด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 66.83 และมิติการทำหน้าที่เนื่องจากด้านอารมณ์จิตใจ มีค่าเฉลี่ย 44.37 ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50 แสดงว่าบิดามารดาหลังจากดูแลผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ยังคงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมสูง แต่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติการทำหน้าที่เนื่องจากด้านอารมณ์จิตใจต่ำกว่ามิติอื่นๆ ถึงแม้ว่าโรคกลุ่มอาการออทิซึมจะเป็นที่ทราบกันดีว่ามีความผิดปกติของสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการล่าช้า มีความบกพร่องทางด้านสังคม ด้านการสื่อสาร และมีข้อจำกัดและพฤติกรรมซ้ำๆ ในสิ่งที่สนใจ ซึ่งอาการแสดงเหล่านี้จะปรากฏให้เห็นก่อนอายุ 3 ปี หากผู้ปกครองสังเกตเห็นความผิดปกติ และพาบุตรเข้ารับการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนอายุ 5 ปี จะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านสังคม การพูด และสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้น (เพ็ญแข ลีมศิลา, 2540) ถึงแม้จะไม่เท่ากับพัฒนาการของเด็กวัยเดียวกัน จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดา

มารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมในครั้งนี้ พบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของคุณดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมต่ำกว่าประชาชนทั่วไป แต่มีความสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตรายมิติ ในข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าด้านอื่น และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านร่างกายสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Khanna et al. (2013) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมต่ำกว่าประชาชนทั่วไปของสหรัฐอเมริกา สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu et al. (2013) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองตีบอยู่ในระดับสูง แต่ต่ำกว่าประชาชนทั่วไปของประเทศจีน

2. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาวะการดูแลของบิดามารดา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมคือ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ( $r=-.340$ ) การทำหน้าที่ของครอบครัว ( $r=.449$ ) การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา ( $r=.431$ ) และภาวะการดูแลของบิดามารดา ( $r=-.544$ ) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาตามกรอบแนวคิดของ Khanna et al. (2011)

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม จากการศึกษาพบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.340$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติ ได้แก่ มิติการทำหน้าที่ทางร่างกาย มิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย มิติความเจ็บปวดทางร่างกาย มิติสุขภาพทั่วไป มิติการทำหน้าที่ทางสังคม มิติด้านพลังงานในร่างกาย มิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ และมิติสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r= -.198, -.150, -.186, -.351, -.276, -.292, -.191, -.313$  ตามลำดับ) อภิปรายว่าจากการศึกษาพบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา โรคกลุ่มอาการออทิสซึมผู้ป่วยจะมีความบกพร่องใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ ความบกพร่องด้านทักษะสังคม ความบกพร่องด้านภาษา และการมีพฤติกรรมซ้ำๆ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึมมีปัญหาพฤติกรรม และพฤติกรรมที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนสูง คือ พฤติกรรมด้าน

ความสัมพันธ์กับเพื่อน แสดงให้เห็นว่าความผิดปกติของระบบประสาทของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยด้วยโรคนี้อาจพบความผิดปกติหลัก คือ มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารทางสังคมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และรูปแบบของพฤติกรรม และความสนใจที่ผิดปกติ โดยเฉพาะความบกพร่องทางปฏิสัมพันธ์ทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมยาก บางครั้งเกิดความซับซ้อนใจไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว การเกิดพฤติกรรมก้าวร่ววนั้นเป็นการปรับตัวอย่างหนึ่งของผู้ป่วย และถ้าไม่ได้รับการตอบสนองที่พึงพอใจย่อมทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมนั้นรุนแรงมากขึ้น กรณีผู้ป่วยอาละวาดและทำร้ายผู้อื่นจนเกิดการบาดเจ็บ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ นอกจากนี้ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นหากผู้ปกครองหรือบิดามารดาไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมนั้นได้ย่อมส่งผลด้านลบต่อสภาวะอารมณ์ จึงกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความสัมพันธ์ทางลบ สอดคล้องกับการศึกษา Khanna et al.(2011) ที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ Yang et al. (2012) พบว่าลักษณะของผู้ป่วยสัมพันธ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tung et al. (2014) ที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล

การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.449$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน จึงอภิปรายได้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด McMaster ที่ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัว 6 ด้าน ว่าประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม จะเป็นสิ่งที่จะผลักดันให้สมาชิกในครอบครัวพัฒนาทั้งทางกายและจิตใจ (อุมพร ตรีงสมบัติ, 2545) หากสมาชิกในครอบครัวได้รับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลนั้น นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับภารกิจที่ครอบครัวพึงปฏิบัติ เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และสังคม ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย นั้นมีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกมีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (Epstein et al., 1984) ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม เนื่องจากการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีนั้นส่งผลต่อบุคคลทั้งการได้รับการดูแล



ตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นสัมพันธ์ภาพและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของสมาชิกภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Ji et al. (2014) พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลในทางบวก นอกจากนี้ Rodriguez-Sanchez et al. (2011) กล่าวว่าการทำงานที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ( $r=431$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านยังพบว่ามีความสัมพันธ์ในทุกมิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นมิติข้อจำกัดการทำบพบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมคือการที่บุคคลได้รับการดูแลสนับสนุนดูแลเอาใจใส่ทั้งการยอมรับทางสังคม การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับการปลอบโยนด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความมั่นคง อบอุ่น ปลอดภัย และได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นบิดามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีย่อมทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ได้รับการสนับสนุนและตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งมีส่วนส่งเสริมให้บิดามารดาที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ji et al. (2014) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

ภาระการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.544$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย อภิปรายได้ว่าบิดามารดาผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีการปรับบทบาทหน้าที่ มีภาระความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต มีการรับรู้ถึงความรู้สึกรงการระ ความเครียด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผลกระทบทางลบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) ที่กล่าวถึงภาระการดูแลว่าประกอบด้วยภาระเชิงประนัยและอัตรันัย ดังนั้นภาระการดูแลของบิดามารดาจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม เนื่องจากได้รับผลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Santo et al. (2011) ที่พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็น

โรคมะเร็งนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกับการศึกษาของ Yang et al. (2012) ที่พบว่าภาระการดูแลสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล

การจัดการความเครียดของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่าจัดการความเครียดของบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา จากผลการวิจัยพบว่าจัดการความเครียดของบิดามารดาส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 73.40 ซึ่งหมายถึงบิดามารดาที่มีการจัดการความเครียดเหมาะสม อภิปรายว่าบิดามารดาผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการความเครียดเพียงพอกับสถานการณ์ความเครียดที่ต้องเผชิญ เมื่อพิจารณาพร้อมกับระดับการศึกษาของบิดามารดาในการวิจัยครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.5 สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.2 และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี อาจส่งผลให้บิดามารดามีการปรับตัวต่อสถานการณ์และมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่ว่ากลไกการจัดการความเครียดทางลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu et al. (2012) พบว่าการใช้กลไกการจัดการความเครียดเชิงรุกมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดแตกในสมอง

อายุของผู้ป่วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุของผู้ป่วยเฉลี่ย 10.33 ปี ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจกล่าวได้ว่าอายุของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของบิดามารดานั้นหากผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนอายุ 5 ปี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในทุกด้านถึงแม้จะไม่เท่ากับเด็กวัยเดียวกัน ดารณี วิชัยคำ และอลิสสา วัชรสินธุ (2013) ได้ศึกษาการใช้บริการของเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเมื่ออายุ 1-3 ปี ร้อยละ 48 โดยผู้ปกครองสังเกตอาการผิดปกติตั้งแต่อายุก่อน 2 ปี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการช่วยเหลือในช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dardas and Ahmad, (2014) ที่พบว่าอายุของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของบิดามารดา

รายได้ของบิดามารดา จากการศึกษพบว่าส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.9 และไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา เด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน จากข้อมูลรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนของราชอาณาจักรวิเคราะห์โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2556 พบว่ารายได้เฉลี่ยของประชาชนในกรุงเทพมหานคร คือ 10,859 บาท/คน/เดือน (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2556) ซึ่งใกล้เคียงกับรายได้ของบิดามารดาจากการศึกษาในครั้งนี้ รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลบิดามารดาโรคกลุ่มอาการออทิซึมอาจเป็นไปได้ว่า ประเทศไทยมีนโยบายสาธารณสุขให้ประชาชนมีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถเข้ารับบริการสาธารณสุขที่หน่วยบริการตามระบบจะได้รับบริการคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข ตามการวินิจฉัยทางการแพทย์และประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตาม พรบ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้โรคกลุ่มอาการออทิซึมจัดอยู่ในกลุ่มความพิการทางออทิสติกสเปกตรัม ซึ่งสิทธิของคนพิการที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิของผู้พิการ มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ หน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนประจำตน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2558) สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายของบิดามารดาผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมได้ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นัธชนัน จรัสจรัสเกียรติ และอลิสรา วัชรสินธุ (2556) ที่พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dardas and Ahmad, (2014) เช่นกันที่พบว่าปัจจัยรายได้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของบิดามารดา

จำนวนบุตร ผลการศึกษาพบว่าจำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ผู้วิจัยอภิปรายว่าจากการศึกษาพบว่าบิดามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน คิดเป็นร้อยละ 49.4 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี และบิดามารดามีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.2 ทำให้บิดามารดาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และจากการศึกษาพบว่าเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจะมีพี่หรือน้องที่มีภาวะปกติ ซึ่งสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ปกครองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuhlthau et al.(2014) ที่พบว่าครอบครัวที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปหรือครอบครัวที่มีเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษจะมีภาระการดูแลที่สูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ Dardas and Ahmad, (2014) พบว่าจำนวนบุตรนั้นสามารถทำนายได้เพียงคุณภาพชีวิตของมารดา

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาโรคลกลุ่มอาการออทิซึม ส่วนใหญ่ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 หมายถึงบิดามารดาในการศึกษานี้มีคุณภาพชีวิตสูง เมื่อวิเคราะห์รายมิติ พบว่ามีมิติข้อจำกัดการทำบทบาทเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 50 คะแนน หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิตินี้ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับมิติอื่นๆ ในฐานะพยาบาลจิตเวชควรดูแลและสนับสนุนบิดามารดาผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงต่อไป โดยเน้นการพยาบาลเพื่อดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ การเสริมพลังอำนาจ หรือจัดโปรแกรมการพยาบาลแบบบูรณาการ เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดามีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

2. จากผลการวิจัยที่พบว่าเด็กกลุ่มโรคลกลุ่มอาการออทิซึมมีปัญหาพฤติกรรม และมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา ในฐานะพยาบาลจิตเวชต้องให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้บิดามารดาตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาพฤติกรรม พยาบาลต้องสอนและฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยและส่งเสริมให้บิดามารดามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

3. จากผลการวิจัยที่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา ในฐานะพยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของบิดามารดา เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นนั้นครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. จากผลการวิจัยที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตบิดามารดาเด็กโรคลกลุ่มอาการออทิซึม การดูแลผู้ป่วยโรคลกลุ่มอาการออทิซึมบิดามารดาต้องทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจอย่างมากเพื่อดูแลกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ตลอดจนการดูแลทางด้านร่างกายให้มีสุขภาพแข็งแรง เจริญเติบโตตามวัย พยาบาลควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้กับบิดามารดาของผู้ป่วย เพื่อให้บิดามารดาได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ ได้รับการแบ่งเบาภาระต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาในมิติด้านสุขภาพจิต

5. จากผลการวิจัยที่พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา พยาบาลจิตเวชควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วย หรือกลุ่มช่วยเหลือ (Support group) เพื่อให้บิดามารดามีทัศนคติที่ดีและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของบิดามารดา การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงทำนายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม



## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). จำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด[online]. กรมสุขภาพจิต.
- แหล่งที่มา:<http://www.dmh.go.th/report/report1.asp> [26 กุมภาพันธ์ 2557]
- กาญจนา จันทร์ไทย, อีรพร สติธอังกูร, ประหยัด ประภาพรหม, และราณี พรมานะจิรังกุล. (2556). มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ.
- แก้วตา มีศรี. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา หะยิมะแซ, ภาสุรี แสงศุภวานิช, และอุทัย ปริญญาสุทธินันท์. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. การประชุมวิชาการหาดใหญ่ครั้งที่ 4 เรื่องการวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย, 118.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง.วารสารการพยาบาลศาสตร์. 7(3):147-154.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภากรณ์. (2559). จิตวิทยาบุคลิกภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา จักรปิง. (2552). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โรงพยาบาลน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2544). การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. หน่วยที่ 8-10. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 10. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2546). มาตรฐานปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กออทิสติกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

*และพยาบาลจิตเวช. จังหวัดสมุทรปราการ. ช.แสงงานการพิมพ์.*

ดารณี วิชัยคำ และอลิสา วัชรสินธุ. (2013). การใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ

ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 57(5): 625.

ดารณี งามขำ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉัญลักษณ์ วันเลี้ยง. (2015). ความสัมพันธ์ระหว่างระดับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะออทิสติก

สเปกตรัมกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล. *วารสารวิชาการการแพทย์*. 29(2): 255.

นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อภาวะและ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นฤมล ขวัญศิริ. (2541). การศึกษาบทบาทของผู้ปกครองในการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ระยะ

แรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกระดับปฐมวัยในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการศึกษาศึกษาปฐมวัย. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นัทธชนัน จรัสจรวงเกียรติ และอลิสา วัชรสินธุ. (2556). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคในกลุ่ม

ออทิสติกสเปกตรัมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*.

58(3): 233-244.

นันทวิช สิทธีรัชย์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช

, และพนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวชศิริราช DSM-5*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิต

เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

นาถยุพรรณ ภิญโญ. (2545). *ความรู้สึกรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดา*

*เด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.*

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิชรา เรื่องดารกานนท์, ซาคริยา อีเรนทร, รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย และ

นิตยา คชภักดี. (2551). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก*. กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.

นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ : การประเมินและการนำไปใช้*.

ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- เบญจมาศ พระธานี. (2550). ออทิสซึม: การสอนพูดและการบำบัดแบบสหสาขาวิทยาการ.  
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ:  
 ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- พนม เกตุมาน. (2550). คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. available from :  
[http://www.psyclin.co.th/new\\_page\\_15.htm](http://www.psyclin.co.th/new_page_15.htm) [2015,May 21]
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2537). รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับออทิสซึม. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาท  
 ไทโยปถัมภ์.
- เพ็ญแข ลิ้มศิลา. (2540). การวินิจฉัยโรคออทิสซึม. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไท  
 โยปถัมภ์.
- เฟื่องฟ้า สีสวย. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มรรยาท รุจิวิษณุ. (2556). การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขคนิชย์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
 กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เมธิตา พงษ์ศักดิ์ศรี. (2555). การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกวัยเด็กสอนกลาง  
 และครอบครัวที่มีบุตรออทิสติกวัยรุ่น. วารสารสวนปรุง. 28: 27-41.
- รัชตะวรรณ โอฬาพิริยกุล, วรรณวิมล เบญจกุล และศรีจิตต์ ขวัญแก้ว. (2557). ปัจจัยทำนาย  
 ภาระการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในจังหวัดภาคใต้แถบชายฝั่งทะเล  
 ด้านตะวันตกของประเทศไทย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 34:39-45.
- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (2555). รายงานประจำปี 2555 โรงพยาบาลยุวประสาท  
 ไทโยปถัมภ์. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.
- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (2556). รายงานประจำปี 2556 โรงพยาบาลยุวประสาท  
 ไทโยปถัมภ์. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์.
- วัชรลี เลอমানกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF -36



- ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. Thai Journal of Pharmaceutical Science. 29(1-2): 69-88.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2545). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์. (2558). *คู่มือการตรวจประเมิน วินิจฉัย และแนวทางช่วยเหลือเด็กพิการ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิ่ง.
- ศิริรณภา นันทพงษ์. (2542). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *ตัวชี้วัดความยากจนในเขตเทศบาลของภาคกลาง ปี 2556*. available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/poverty/files/56/WholeKingdom/wholeKingdomIn.pdf> [2017, May 5]
- เสาวนีย์ บัวลา. (2556). *ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมทรง สุวรรณเลิศ และวันชัย ไชยสิทธิ์. (2540). *คู่มือสำรวจพฤติกรรมเด็ก*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). *ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรทัย ทองเพชร. (2545). *ภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนัญญา สีนรัชตานันท์ และธีรรัตน์ แทนขำ. (2556). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่องออทิสติกสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางการเรียน สำหรับระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ฟาสต์บุคส์.
- อัจฉรา สีหิรัญวงศ์. (2557). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สายธุรกิจโรงพิมพ์.
- เอกอุมา อิมคำ. (2557). *การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เอมิกา กลยณี. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ :  
ชั้นต่ำการพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ :  
ชั้นต่ำการพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :  
ชั้นต่ำการพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2537). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวการปฏิบัติ ตามพยาบาลวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร จำกัด.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. 5<sup>th</sup>. Virginia: American Psychiatric Association.
- Allik, H., Larsson, J. O., and Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and quality of life outcome*. 4:1.
- Allik, H., Larsson, J. O., and Smedje, H. (2010). Health-related quality of life in parents of children with asperger syndrome and high-functioning autism. *Health and Quality of Life outcomes*. 4: 1.
- Almansour, M. A., Alateeq, M. A., Alzabrani, M. K., Algeffari, M. A., and Albomaidan, H. T. (2013). Depression and anxiety among parents and caregiver of autistic spectrum disorder children. *Neurosciences*. 18(1): 58.
- Benson, P. R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 36(5): 685-695.
- Beavers, R., and Hampsom, R. (2000). The Beavers Systems Model of Family Functioning. *The association for family therapy*. 22: 128-143.

- Brandt, P. A., and Weinert, S. C. (1981). The prq, a social support measure. *Nursing Research*. 30(5): 277-280.
- Bultas, M. W. (2012). The health care experiences of the preschool child with autism. *Journal of Pediatric Nursing*. 27: 460-470.
- Burns, N. and Grove, S. K. (2011). *Understanding Nursing Research - Building an Evidence-based Practice*. 5<sup>th</sup> ed. Maryland Heights, Missouri: Elsevier Saunders.
- Brown, P. L. (1991). The burden of caring for a burden of husbands with alzheimer's disease. *Home health care nurse*. 9: 33-8.
- Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., Xenitidis, K., Murphy, D., Asherson, P., and Glaser, K. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*. 51(9): 879-888.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping , but your protocol's too long: Consider the brief COPE?. *International Journal of Behavioral Medicine*. 4: 92-100.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Community report on autism 2014*[online]. available from : [http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/comm\\_report\\_autism\\_2014.pdf](http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/comm_report_autism_2014.pdf) [2014,September 20]
- Chawanun Charnsil and Narumol Bathia. (2010). Prevalence of depressive disorders among caregivers of children with autism in Thailand. *Asean journal of psychiatry*. 11: 1.
- Cobb, S. (1976). Social support as a mediator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5): 300.
- Costa, D. S., and King, M. T. (2013). Conceptual , classification or causal : models of

- health status and health related quality of life. *Expert review*. 13(5): 633.
- Dardas, L. A., and Ahmad, M. M. (2014). Predictor of quality of life for fathers and mothers of children with Autistic Disorder. *Research in Developmental Disabilities*. 35: 1326-1333.
- Defenderfer, E. K., Rybak, T. M., Davies, W. H., and Berlin, K. S. (2017). Predicting parent health-related quality of life: evaluating conceptual models. *Quality of life research*. 26(6): 1415.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregiver . *Family & Community Health*. 15(2): 758-776.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored desing method*. New York: John Wiley and Sons.
- Eisenhower, A. S. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behavior problem, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Reseach*. 49: 657-621.
- Elizerbeth, M. V., and Margaret, J. H. (2010). *Foundations of psychiatric mental Health nursing a clinical approach*. 6<sup>th</sup> ed. Canada.
- Endler, N. S., and Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychotherapy*. 58(5): 844.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., and Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*. 9(2): 171-180.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., and Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health- Related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*. 37(4): 336-342.
- Friedman, M. M. (1998). *Family nursing*. United states of America: Appleton & Lange.
- George, H. S. (1996). *Redefining family support : innovations in public – private partnerships*. Batimore: Pual. H. books.

Goodman, R., and Scott, S. (2005). *Child and adolescent psychiatry*. UK: Blackwell Publishing.

Goodman, R., and Scott, S. (2012). *Child and Adolescent psychiatry*. 3<sup>rd</sup>. Oxford: Wiley.

Gotham, K. (2013). *Autism spectrum disorder in DSM -5 overview of updates to the autism diagnostic and statistical manual and to the autism diagnostic observation schedule(ADOS-2)*. available from :

[http://www.aucd.org/docs/autismsig/DSM%205%20Resources/ASD%20in%20DSM5\\_Overview%20of%20updates%20to%20DSM%20and%20ADOS2\\_.pdf](http://www.aucd.org/docs/autismsig/DSM%205%20Resources/ASD%20in%20DSM5_Overview%20of%20updates%20to%20DSM%20and%20ADOS2_.pdf)  
[2015, April 1]

Harrop, C., Mcbee, M., and Boyd, B. A. (2016). How are child restricted and repetitive behaviors associated with caregiver stress over time? A parallel process multilevel growth model. *J Autism Dev Disord*. 46: 1773.

Huang, C., Yen, H., Tseng, M., Tung, L., Chen, Y., and Chen, K. (2014). Impacts of autistic behaviors, emotional and behavioral problems on parenting stress in caregivers of children with Autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 44(6): 1384.

Hoefman, R., Payakachat, N., Exel, J. V., Kuhlthau, K., Kovacs, E., Pyne, J., and Tilford, J. M. (2014). Caring for a child with autism spectrum disorder and parents quality of life : application of the CareQOL. *J autism Dev Disorder*. 44: 1933-1945.

Horowitz, K. V., and Reinhard, S. B. (1995). Ethic difference in caregiving duties and Burden among parents and sibling of persons with fever mental illness. *Journal of health and social behavior*. 36(6): 138-150.

Howell, E., Lauderdale-Littin, S., and Blacher, J. (2015). Family Impact of Children with Autism and Asperger Syndrome : a case for attention and intervention. *Austin Journal of Autism & Related Disabilities*. 1(2): 1008.

- Hunt, S. M., and Mckenna, S. P. (1980). A quantitative approach to perceived health status : A validation study. *Journal of epidemiology and community health*. 34: 281-285.
- Ji, B., Zhao, I., Turner, C., Sun, M., Yi, R., and Tang,S. (2014). Predictor of health quality of life in chineses caregiver of children with autism spectrum disorders : a cross-sectional study. *Achives of Psychaitric Nursing*. 28(5): 327-332.
- Johnson, N. L. (2009). *Understanding relationships in health related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder*. Doctor of Philosophy's thesis, Graduate School, Marquette University, 2009.
- Johnson, N., Frenn, M., Feetham, S., and Simpson, P. (2014). Autism spectrum disorder: parenting stress, family functioning and health-related quality of life. *Families, Systems, & Health*. 29(3): 232-235.
- Jolly, A. A. (2015). Handle with care: Top Ten Tip a nurse should know before caring for a hospitalized child with autism spectrum disorder. *Continuing Nursing Education*. 41: 11.
- Karst, J. S., and Van Hecke, A. V. (2012). Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 15(3): 247-277.
- Khanna, R., Madhavan, S. S., Smith, M .J., Patrick, J. H., Tworek, C., and Becker-Cottrill, B. (2011). Assessment of health-related quality of life among primary caregiver of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Dis ord*. 41: 1214-1227.
- King, C. R., and Hinds, P. S. (2012). *Quality of life from nursing and patient perspectives*. Washington D.C.: Jones and Bartlett Learning.
- Kuhlthau, K., Kovacs, E., Hall, T., Clemmons, T., Orlich, F., Delahaye, J. (2013)

- Health-related quality of life for children with ASD : associations with behavioral characteristics. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 7(9): 1035-1042.
- Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, J. M., Kovacs, E., and Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 8: 1339-1350.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer publishing company.
- Folkman, S., and Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process. Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48(1): 150-170.
- Lee, G. K., Lopata, C., Volker, M. A., Thomeer, M. L., Nida, R. E., Toomy, J. A., Chow, S. Y., and Smerbeck, A. M. (2009). Health-related quality of life of parents of children with High- Functioning autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 24(4): 227-239.
- Leurmarnkul, W., and Meetam, P. (2005). Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). *The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*. 29(1-2): 69-88.
- Lueboonthavatchai, P. and Lueboonthavatchai, O. (2006). Quality of life and Correlated health status and social support of schizophrenic patient's caregiver. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 89(3): 9-13.
- Lin, J., Lin, L., Su, S., Hsu, S., Loh, C., Wu, J., and Chu, C. M. (2014). Personal and workplace factors for the risk of low back pain among Institutional caregivers of people with intellectual , autistic and multiple disabilities. *Research in Autism Spectrum disorders*. 8(5): 509-517.
- McStay, R. L., Dissanayake, C., Scheeren, A., Koot, H. M., and Begeer, S. (2014). Parenting stress and Autism : The role of age ,autism severity,quality of life and problem behavior of children and Adolescents with autism. *Autism*.

18(5): 502.

- McStay, R. L., Trembath, D., and Dissanayake, C. (2014). Maternal stress and family quality of life in Response to raising a child with autism : From preschool to adolescence. *Research in Developmental disabilities*. 35: 3119-3130.
- Meltzer, L. J. (2008). Brief report : sleep in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Pediatric Psychology*. 33(4): 380-386.
- MgDougall, T. (2006). *Child and adolescent mental health nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Montgomery, R. V., Gonyea, J. G., and Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relation*. 34: 19.
- Myaskovsky, L., Posluszny, D. M., Schulz, R., DiMartini, A. F., Switzer, G. E., DeVito Dabbs, A., McNulty, M. L., Kormos, R. L., Toyoda, Y., and Dew, M. A. (2012). Predictors and Outcomes of health – related quality of life in Caregivers of cardiothoracic transplant. *American Journal of Transplantation*. 12: 3387.
- Oberst, M. T., Thomas, S.E., Gass, K.A., and Ward, S.E. (1989). Caregiver demand and appraisal of stress among family caregiver. *Cancer nursing*. 12: 20-25.
- O'Brien, P. G., Kennedy, W. Z., and Ballard, K. A. (2008). *Psychiatric mental health nursing an introduction to theory and practice*. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice*. 5<sup>th</sup> ed. St.Louis: Mosby-Year Book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of practice*. 6<sup>th</sup> ed. St.Louis: Mosby Year Book.
- Rodríguez-Sánchez, Emiliano; Pérez-Peñaranda, Aníbal; Losada-Baltar, Andrés; Pérez-Arechaederra, Diana; Gómez-Marcos, Manuel À.; Patino-Alonso, Maria C. and García-Ortiz, Luís. (2011). Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*. 12(1):15.
- Saunders, B. S., Mick Tilford, J., Fussell, J. J., Schulz, E. G., Casey, P. H., and Kuo, Z. D.



- (2015). Financial and employment impact of intellectual disability on families of children with autism. *Families System and Health*. 33: 36.
- Santo, E. A., Gaiv, M. A., Espinosa, M. M., Barbosa, D. A., and Belasco, A. G. (2011). Taking care of children with cancer : evaluation of caregiver burden and quality of life. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. available from : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041692011000300010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692011000300010).
- Sarajlija, Djuric, and Tepavcevic. (2013). Health related quality of life and depression in Rett Syndrome caregivers. *Vojnosanitetski Pregled*. 70(9): 842-847.
- Sawyer, M. G., Bittman, M., La Greca, A. M., Crettenden, A. D., Harchak, T. F., and Martin, J. (2010). Time demands of caring for children with autism : what are the implications for maternal health. *J Autism Dev Dis ord*. 40: 620-628.
- Schaefer, C., Colyne, C., and Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of behavior Medicine*. 4: 381-408.
- Sears, R. W. (2010). *The autism book*. 1st. New York. Little, Brown and Company.
- Smith, C. E., Piamjariyakul, U., Yadrich, D. M., Ross, V. M., Gajewski, B., and Williams, A. R. (2010). Complex home care: Part III-economic impact on family caregiver quality of life and patients' clinical outcomes. *Nurs Econo*. 28(6): 393.
- Stewart, A. L., and Ware, J. E. (1992). *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. North Carolina.
- Stuart, M., and McGrew, J. H. (2009). Caregiver burden after receiving a diagnosis of an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder*. 3: 86-97.
- Testa, M. A., and Simonson, D. C. (1996). Current concepts. *The New England Journal of Medicine*. 334(13): 835-839.

- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., and Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies Inventory. *Cognitive therapy and research*. 13(4): 343-361.
- Tung, L., Huang, C., Tseng, M., Yen, H., Tsai, Y., Lin, Y., and Chen, K. (2014). Correlates of health-related quality of life and the perception of its importance in caregiver of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 8: 1235-1242.
- Varcarolis, E. M., and Halter, M. J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing : a clinical approach*. 6th ed. St. Louis: Elsevier.
- Ware, J. E., and Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short -form health survey(SF-36). *Medical Care*. 30(6): 473-483.
- Ware, J. E. (1993). *SF 36 health survey manual and interpretation guide*. Massachusetts.
- Weiss, J. A., Cappadocia, M. C., Macmullin, J. A., Vecili, M., and Lunsy, Y. (2012). The impact of child problem behavior of children with ASD on parent mental health : the mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*. 16: 261-274.
- Wilson, I. B., and Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life: A conceptual model of patient outcome. *Journal American Medical Associate*. 273: 59-65.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL Measuring Quality of life*. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) [2015, February 19].
- World Health Organization. (2013). *Meeting report autism spectrum disorders & other developmental disorders from raising awareness to building capacity*. Geneva.
- Yang, X., Hao, Y., Marlah, G., and Wang, L. (2012). Factors associated with

health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*. 10: 143.

Yearwood, E. L., Pearson, G. S., and Newland, J. A. (2012). *Child and adolescent behavioral health*. UK: A John Wiley & Son, Ltd.

Yu, Y., Hu, J., Efid, J. and Thomas, P. M. (2012). Social support , coping strategies and Health related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *Journal of Clinical Nursing*. 22: 2160- 2171.

Yudofsky, S. C., Jonathan, M. S., Jackson, S., Endicott, J., and Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am journal psychiatry*. 143(1).

Zablotsky, B., Anderson, C., and Law, P. (2013). The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression. *J Autism DevDisord*. 43: 1946-1955.

Zarit, H. S., Todd, A., and Zarit, M. J. (1986). Subject burden of husbands and wives as caregiver : a longitudinal study. *Gerontologist*. 26: 260-266.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

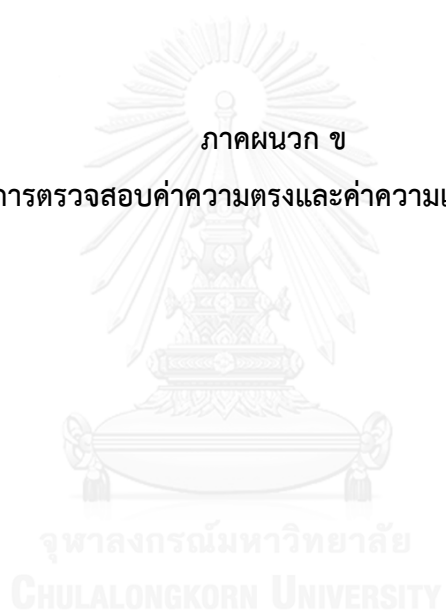
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงวราภรณ์ โอสถานนท์	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นายแพทย์ณัฐวัฒน์ งามสมุทร	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางอัจฉรส ทองเพ็ชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันราชานุกูล
นางสุพัตรา จันทร์สุวรรณ	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ภาคผนวก ข

การแสดงผลการตรวจสอบค่าความตรงและค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

1. แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม

$$CVI = \frac{22}{25} = 0.88$$

2. แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น)

$$CVI = \frac{28}{28} = 1$$

3. แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว

$$CVI = \frac{36}{36} = 1$$

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{24}{24} = 1$$



5. แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม

$$CVI = \frac{24}{24} = 1$$

6. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม

$$CVI = \frac{36}{36} = 1$$



### การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น)

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.888	28

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BC1	2.73	.980	30
BC2	3.10	.845	30
BC3	2.43	.898	30
BC4	1.17	.531	30
BC5	2.93	1.015	30
BC6	2.03	1.066	30
BC7	3.50	.682	30
BC8	2.17	.950	30
BC9	2.23	1.006	30
BC10	2.90	1.029	30
BC11	1.10	.403	30

	Mean	Std. Deviation	N
BC12	3.20	.997	30
BC13	1.97	.999	30
BC14	3.30	.915	30
BC15	2.93	.944	30
BC16	1.73	.907	30
BC17	3.30	.750	30
BC18	2.63	1.129	30
BC19	2.60	.894	30
BC20	3.57	.626	30
BC21	2.13	.937	30
BC22	2.60	1.133	30
BC23	2.83	.950	30
BC24	3.60	.563	30
BC25	3.27	.691	30
BC26	1.77	.858	30
BC27	2.60	1.163	30
BC28	2.80	.887	30

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.845	36

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Fam1	3.43	.774	30
Fam2	3.27	.828	30
Fam3	3.23	3.866	30
Fam4	3.07	.868	30
Fam5	2.83	1.117	30
Fam6	2.73	.868	30
Fam7	3.33	.884	30
Fam8	3.20	.887	30
Fam9	2.50	1.106	30
Fam10	3.27	.907	30
Fam11	3.10	.923	30

	Mean	Std. Deviation	N
Fam12	2.73	1.230	30
Fam13	3.47	.730	30
Fam14	3.33	.922	30
Fam15	2.87	1.008	30
Fam16	3.37	.850	30
Fam17	3.57	.679	30
Fam18	2.87	1.042	30
Fam19	3.13	.973	30
Fam20	3.47	.819	30
Fam21	2.93	1.048	30
Fam22	3.20	.761	30
Fam23	3.20	.761	30
Fam24	3.27	.868	30
Fam25	3.30	.877	30
Fam26	3.10	.960	30
Fam27	2.20	1.031	30
Fam28	3.53	.730	30
Fam29	3.27	.785	30
Fam30	2.43	1.006	30
Fam31	3.27	.944	30
Fam32	3.53	.776	30
Fam33	2.70	.915	30
Fam34	3.23	.858	30
Fam35	3.37	.850	30
Fam36	2.93	1.048	30

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.933	24

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SP1	3.53	1.224	30
SP2	3.27	1.388	30
SP3	3.83	1.147	30
SP4	3.53	1.106	30
SP5	3.80	1.064	30
SP6	3.40	1.070	30
SP7	3.60	1.037	30
SP8	3.60	1.070	30
SP9	3.67	.922	30
SP10	3.67	.959	30
SP11	2.90	.995	30

	Mean	Std. Deviation	N
SP12	3.80	.887	30
SP13	2.80	.961	30
SP14	3.50	.820	30
SP15	3.27	.785	30
SP16	3.37	.964	30
SP17	3.40	.894	30
SP18	3.20	1.186	30
SP19	2.87	1.008	30
SP20	3.17	1.053	30
SP21	3.23	.858	30
SP22	3.43	1.006	30
SP23	2.93	1.112	30
SP24	3.23	1.073	30

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินภาระการดูแลของบิดามารดา

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.904	24

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Burden1	2.60	1.037	30
Burden2	2.50	.938	30
Burden3	2.17	.950	30
Burden4	2.03	.850	30
Burden5	1.97	.890	30
Burden6	1.80	.887	30
Burden7	2.53	1.224	30
Burden8	2.50	1.196	30
Burden9	2.03	1.098	30
Burden10	2.17	1.206	30



	Mean	Std. Deviation	N
Burden11	3.97	1.189	30
Burden12	4.40	1.070	30
Burden13	2.63	1.217	30
Burden14	2.20	1.215	30
Burden15	2.37	1.189	30
Burden16	1.87	1.074	30
Burden17	2.37	1.159	30
Burden18	2.27	1.048	30
Burden19	2.37	1.098	30
Burden20	2.07	.944	30
Burden21	1.97	.490	30
Burden22	1.83	.461	30
Burden23	1.47	.571	30
Burden24	1.73	.521	30

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.879	.883	36

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
HRQOL1	2.53	.629	30
HRQOL2	2.80	.847	30
HRQOL3	1.93	.740	30
HRQOL4	2.60	.621	30
HRQOL5	2.57	.568	30
HRQOL6	2.27	.640	30
HRQOL7	2.80	.484	30
HRQOL8	2.27	.640	30
HRQOL9	2.20	.714	30
HRQOL10	2.57	.626	30

	Mean	Std. Deviation	N
HRQOL11	2.80	.407	30
HRQOL12	2.87	.346	30
HRQOL13	.43	.504	30
HRQOL14	.50	.509	30
HRQOL15	.53	.507	30
HRQOL16	.57	.504	30
HRQOL17	.53	.507	30
HRQOL18	.47	.507	30
HRQOL19	.50	.509	30
HRQOL20	3.97	.850	30
HRQOL21	3.40	.968	30
HRQOL22	3.63	.999	30
HRQOL23	3.43	1.135	30
HRQOL24	4.13	1.008	30
HRQOL25	4.90	.885	30
HRQOL26	3.47	1.042	30
HRQOL27	3.43	1.251	30
HRQOL28	4.50	1.075	30
HRQOL29	4.50	1.009	30
HRQOL30	4.03	.964	30
HRQOL31	4.03	.964	30
HRQOL32	3.53	.937	30
HRQOL33	3.23	1.524	30
HRQOL34	3.43	.935	30
HRQOL35	3.13	1.279	30
HRQOL36	3.10	1.029	30



## การแปลงค่าคะแนนแบบสอบถาม The Short Form 36 Health Survey (SF-36)

มิติ	ข้อคำถาม	ค่าคะแนน ต่ำสุด- สูงสุด (Lowest and highest possible raw score)	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ได้ (Possible raw score range)
Physical Functioning	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	10,30	20
Role-Physical	13,14,15,16	4,8	4
Bodily Pain	21,22	2,12	10
General Health	1,33,34,35,36	5,25	20
Vitality	23,27,29,31	4,24	20
Social Functioning	20,32	2,10	8
Role-Emotional	17,18,19	3,6	3
Mental Health	24,25,26,28,30	5,30	25

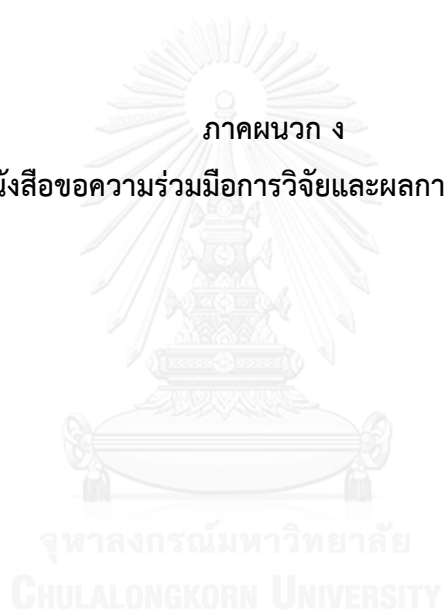
$$\text{การแปลงค่าคะแนน} = \frac{\text{ค่าคะแนนรวมจริง} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด}}{\text{ค่าคะแนนที่เป็นไปได้}} \times 100$$

ตัวอย่าง เช่น มิติ Vitality คะแนนรวมจริง 18 คะแนน

$$\text{การแปลงค่าคะแนน} = \left( \frac{18 - 4}{20} \right) \times 100 = 70$$

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือการวิจัยและผลการพิจารณาจริยธรรม



ที่ ศธ 0512.11/ 2400



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

9 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ที่ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมาริษา ตองอ่อน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ที่ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคออทิสติกอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย Autistic Spectrum Disorder จำนวน 76 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) (The Brief Coping Orientation to problem) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบสอบถามภาวะการดูแลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมาริษา ตองอ่อน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ

หัวหน้าพยาบาล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ที่ ศธ 0512.11/ 2100

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

9 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

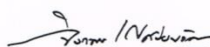
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมาริษา ตองอ่อน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้บัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคออทิสติกอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย Autistic Spectrum Disorder จำนวน 13 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) (The Brief Coping Orientation to problem) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบสอบถามภาวะการดูแลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม ทั้งนี้บัณฑิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมาริษา ตองอ่อน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130



ที่ ศธ 0512.11/๑๔๐๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมาริษา ตองอ่อน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคออทิสติกอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย Autistic Spectrum Disorder จำนวน 38 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) (The Brief Coping Orientation to problem) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบสอบถามภาวะการดูแลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมาริษา ตองอ่อน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ที่ ศธ 0512.11/2400

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

9 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

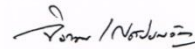
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมาริชา ตองอ่อน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในบิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กกลุ่มโรคออทิสติกอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย Autistic Spectrum Disorder จำนวน 15 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) (The Brief Coping Orientation to problem) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม แบบสอบถามภาวะการดูแลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคออทิสติกสเปกตรัม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมาริชา ตองอ่อน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130



๒๑ ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ  
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

โทร. ๐๒ ๓๘๔ ๓๓๘๑-๓ ต่อ ๗๒๑๐๖  
โทรสาร. ๐๒ ๓๘๐ ๐๖๙๖

หมายเลขผู้ขอทำวิจัย  
๑๑๔./๕๔  
(ที่เข้าประชุม)

คณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์  
เอกสารรับรองโครงการ

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก

ชื่อโครงการ (ภาษาอังกฤษ) Factors Related to health-related quality of life in parent of children  
With autism spectrum disorder

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานสังกัด นางสาวมาริษา ตองอ่อน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เอกสารที่รับรอง

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย
๒. เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (จธ ๒.๑)
๓. หนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย (จธ ๒.๒)
๔. เครื่องมือการทำวิจัย
๕. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสมบูรณ์)

วันหมดอายุ : ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

คณะกรรมการจริยธรรมการในงานวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ  
ให้การรับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The  
Belmont, CIOMS Guidelines และ The International Conference on Harmonization in good Clinical  
Practice (ICH - GCP)

ลงนาม.....

(นางรินสุข งามจากสกุลมัน)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย

(..... ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙.....)

วันที่

ลงนาม.....

(นางสาวรัชณี ฉลอมเกื้อกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

(..... ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙.....)

วันที่

วันที่ 6 มิ.ย.  
วันที่ 6 มิ.ย. 2559  
เวลา 08.00 น.



ที่ ศธ 0512.11/0998

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

19 เมษายน 2559

สถาบันราชานุกูล  
วันที่ 19 เม.ย. 59  
วันที่ 19 เม.ย. 59  
เวลา 9.00 น.

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันราชานุกูล 6 ชุด
  2. ข้อตกลงและยินยอมส่งรายงานการศึกษาวิจัยในสถาบันราชานุกูล 6 ชุด
  3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 6 ชุด
  4. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย 6 ชุด
  5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 6 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมาริษา ตองอ่อน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคคอทิสติก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวมาริษา ตองอ่อน เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล  
(ผ่านกลุ่มงานพัฒนาวิชาการ)  
-เพื่อโปรดพิจารณา  
  
(นางสาววันฉกา สัตยาชัย)  
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ  
๒๕ เม.ย. ๕๙

ขอแสดงความนับถือ  
  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)  
รองคณบดี  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-1153

อ.จินตนา ยูนิพันธุ์ (ค.น.)

นางสาววันฉกา สัตยาชัย (แก้วใส)

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล  
 กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ถนนพหลโยธิน  
 กรุงเทพมหานคร 10400 และในนามของ  
 17 ร้อยเอก 17 ร้อยเอก และอีกเป็น 15 นาย  
 ศิษย์เก่าโรงเรียนราชานุกูล ในนาม สถาบันราชานุกูล  
 เรียน ร้อยเอก นาย

กลุ่มนิสิตเก่าโรงเรียนราชานุกูล  
 นิสิตเก่าโรงเรียนราชานุกูล ปี 2500 ถึง 2505 และ  
 ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล  
 จังหวัดสุพรรณบุรี - อำเภอเมืองสุพรรณบุรี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา  
 อนุทิน นิสิตเก่าโรงเรียนราชานุกูล



(นาย Worrasak นิสิตเก่าโรงเรียนราชานุกูล)  
 หัวหน้ากลุ่มนิสิต

อนึ่ง



(นาง อัมพร เภสัชกร)  
 ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล  
 อ. ก. ก. ๖





เลขที่ ๘/๒๕๕๙

เอกสารรับรองโครงการศึกษาวิจัย  
โดย  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

โครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวมาริษา ตองอ่อน

หน่วยงานรับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องข้างต้นแล้ว เห็นว่าไม่ขัดต่อสิทธิ  
สวัสดิภาพและไม่มีภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้

ลงชื่อ.....

(แพทย์หญิงรชยา ปิงคลาศัย)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

รับรอง ณ วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ที่ สธ ๐๘๒๓/ ๑๗๓๒



สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์  
๑๙๖ หมู่ ๑๐ ตำบลดอนแก้ว  
อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๘๐

๒ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ตอบรับการขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะคณพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๒๕๐๐  
ลงวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองโครงการศึกษาวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. ข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิต คือ นางสาวมาริษา ทองอ่อน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้ได้ส่งโครงร่างวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในกรณี สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พิจารณาโครงการศึกษาวิจัยดังกล่าวแล้ว เห็นว่าไม่ขัดต่อสิทธิ สวัสดิภาพและไม่มีภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย แต่ประการใด จึงเห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางกาญจนา คุณรังษีสมบุรณ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

กลุ่มพัฒนาวិชาการ

โทร. ๐ ๕๓๙๐ ๘๓๐๐ ต่อ ๗๓๑๗๕

โทรสาร ๐ ๕๓๙๐ ๘๓๓๐



## เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ ๐๘๙/๒๕๕๙

คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์  
ขอให้การรับรองว่า

ชื่องานวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวมารีชา ตองอ่อน

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่เกี่ยวข้อง :

๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๔. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

เป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ของ International Guidelines for Human Research Protection ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization's Good Clinical Practice (ICH-GCP) ทุกประการ

วันที่ยื่นพิจารณา : ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เลขที่งานวิจัยที่ยื่นพิจารณา : ๙๖/๒๕๕๙

วันที่ได้รับการรับรอง : ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๙

ลงนาม .....ประธานคณะกรรมการวิจัย  
(นายแพทย์ดิพันธ์ อานีรัตน์)

ลงนาม .....ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย  
(นายอรรถพงศ์ ถนิมพาสณ์)

ลงนาม .....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์  
(นายแพทย์จุมภฏ พรหมเสีตา)





## เครื่องมือการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กกลุ่มโรคออทิสติก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา
- ส่วนที่ 2 : แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม
- ส่วนที่ 3 : แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE)
- ส่วนที่ 4 : แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว
- ส่วนที่ 5 : แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม
- ส่วนที่ 6 : แบบสอบถามภาระการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม
- ส่วนที่ 7 : แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา



### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับบิดามารดาผู้ดูแลเด็กกลุ่มโรคออทิสติก

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุของผู้ดูแล .....ปี
3. อายุของผู้ป่วย .....ปี
4. สถานภาพสมรส  โสด  สมรส  
 หม้าย  คู่  
 หย่า  แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษา  อนุปริญญา /ประกาศนียบัตรวิชาชีพ  
 ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี  
 อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน  
 5,000 บาท หรือน้อยกว่า  5,001 – 10,000 บาท  
 10,001 – 20,000 บาท  20,001 – 30,000 บาท  
 30,001 – 40,000 บาท  40,001 – 50,000 บาท  
 มากกว่า 50,000 บาท
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย  ตา  มารดา
8. ระยะเวลาในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง.....ปี.....เดือน
9. ลักษณะครอบครัว  ครอบครัวเดี่ยว  ครอบครัวขยาย
10. จำนวนบุตรในครอบครัว ..... คน
11. ผู้ป่วยเป็นบุตรลำดับที่ .....

\*\*\* หมายเหตุ ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก

ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย  
หรือญาติ



### ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญปัญหา ( ฉบับสั้น ) ( The Brief COPE )

**คำชี้แจง :** ข้อความต่อไปนี้เป็นการสอบถามการจัดการความเครียดของบิดามารดา โดยให้ท่าน ประเมินการจัดการความเครียดของท่านและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ระดับคะแนน			
		ฉันได้ ทำสิ่ง นี้มาก	ฉันได้ทำ สิ่งนี้ใน ปริมาณ ปาน กลาง	ฉันได้ทำ สิ่งนี้ เล็กน้อย	ฉัน ไม่ได้ ทำสิ่งนี้ เลย
1.	ฉันหันกลับไปทำงานหรือทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อจะได้ หยุดคิดถึงเรื่องต่างๆ				
2.	ฉันพยายามมุ่งมั่นทำบางอย่างเกี่ยวกับสถานการณ์ ที่ฉันเผชิญอยู่				
3.	ฉันบอกตัวเองว่า “เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นแล้ว ทำให้ฉันเครียด...มันไม่เป็นจริง”				
4.	ฉันดื่มเหล้าหรือใช้ยาเสพติดอื่นๆ เพื่อให้ตัวเองรู้สึกดี				
5.	ฉันได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากคนอื่นๆ				
6.	ฉันยอมแพ้ในการพยายามที่จะจัดการกับปัญหา				
7.	.....				
8.	.....				
.....	.....				
.....	.....				
25.	.....				
26.	.....				
27.	ฉันสวดมนต์หรือนั่งสมาธิ				
28.	ฉันทำให้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่เป็นเรื่อง สนุกสนาน				





### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

**คำชี้แจง :** ข้อคำถามต่อไปนี้บอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคออทิซึมสเปกตรัม ขอให้ท่านประเมินความรู้สึกและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อคำถามที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อ	ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	ภาระเชิงอัตนัย					
1.	ท่านรู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยออทิซึม					
2.	ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยออทิซึม					
3.	ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยออทิซึม					
4.	.....					
5.	.....					
.....	.....					
.....	.....					
.....	.....					
.....	.....					
.....	.....					
.....	.....					
11.	.....					
12.	ท่านกังวลว่าต่อไปในอนาคตผู้ป่วยออทิซึมจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่านดูแล					



**คำชี้แจง :** โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วย  
 ออทิสติกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความ ด้านขวามือ  
 ที่ตรงกับที่เกิดขึ้นมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนานๆ ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อ	ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	ภาระเชิงปรนัย					
1.	การดูแลผู้ป่วยออทิสติกרבกวนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน					
2.	ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยออทิสติก					
3.	เมื่อผู้ป่วยออทิสติกมีอาการกำเริบ ส่งผลให้ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น					
4.	.....					
5.	.....					
.....	.....					
.....	.....					
10	.....					
11.	การดูแลผู้ป่วยออทิสติกทำให้ท่านมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของท่านน้อยลง					
12.	การดูแลผู้ป่วยออทิสติกทำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

### ส่วนที่ 7 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา

**คำชี้แจง :** ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ดูแลเด็กกลุ่มโรคออทิสติก โปรดตอบคำถามโดยเลือกวงกลมตัวเลขในแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. โดยทั่วไปท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไรในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (จงเลือกวงกลมตัวเลขหนึ่งคำตอบ)

ดีเยี่ยม	.....	5
ดีมาก	.....	4
ดี	.....	3
พอใช้	.....	2
ไม่ดีเลย	.....	1

2. เมื่อเปรียบเทียบกับช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร (จงเลือกวงกลมตัวเลข

หนึ่งคำตอบ)

ดีขึ้นมาก	.....	5
ดีขึ้นบ้าง	.....	4
เหมือนเดิม	.....	3
แย่ลงบ้าง	.....	2
แย่ลงมาก	.....	1

3. คำถามต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติในแต่ละวัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่าน ในตอนนี้มีผลทำให้คุณไม่สามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้เต็มที่หรือไม่ ถ้ามีแค่ไหน? โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

กิจกรรม	ทำได้ น้อยลงมาก	ทำได้บ้าง	ทำได้เต็มที่
1. กิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก เล่น กีฬาที่ใช้แรงมาก			
2. กิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง เช่น ย้ายโต๊ะ ภูบ้าน รดน้ำต้นไม้			
กิจกรรม	ทำได้ น้อยลงมาก	ทำได้บ้าง	ทำได้เต็มที่
3. ....			
....			
....			
10. อาบน้ำและแต่งตัว			

4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายของท่านมีผลต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันบ้างหรือไม่

โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆได้ ไม่นาน เท่าเดิม		
.....		

5. ในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาทางอารมณ์ของท่าน ( เช่น รู้สึกหดหู่ หรือวิตกกังวล ) ทำให้คุณ มีปัญหาในการทำงานหรือกิจกรรมปกติประจำวันหรือไม่ ?

ข้อคำถาม	มี	ไม่มี
1. ทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้ไม่นานเท่าเดิม		
.....		

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. เลือกคำตอบที่ตรงกับสุขภาพของท่านให้มากที่สุด โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อคำถาม	ถูกต้องที่สุด	ถูกต้องส่วนมาก	ไม่ทราบ	ไม่ถูกเป็นส่วนมาก	ไม่ถูกต้องเลย
1. ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น					
.....					
4. ฉันคิดว่าสุขภาพของฉันแข็งแรงสมบูรณ์ดีเลิศ					

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวมารีชา ตองอ่อน เกิดวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2527 เกิดที่จังหวัดจันทบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อปีการศึกษา 2549 เข้าปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชล จังหวัดชลบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2557 และเข้ารับราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2557 – ปัจจุบัน

