

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กออทิสติก

วันรับ : 23 มกราคม 2568

วันแก้ไข : 21 มีนาคม 2568

วันตอบรับ : 24 มีนาคม 2568

ชินดนัย ไชยเสนา¹, วท.ม., ศรียามน ตีรพัฒน์, พร.ด.²,ยุวณู สัตยสมบุรณ์, วท.ด.²

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ¹,

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติก**วิธีการ :** การวิจัยแบบภาคตัดขวางในผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก ลักษณะของโรคออทิสติก และโรคร่วม แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการจัดการความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ**ผล :** กลุ่มตัวอย่าง 302 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.1 มีความสัมพันธ์เป็นมารดาร้อยละ 63.9 ความรุนแรงของโรคออทิสติกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียด การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตภาพรวม และคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ใช้จัดการความเครียดที่เหมาะสมมากกว่าไม่เหมาะสม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน เครือข่ายผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ในทางกลับกัน คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ระดับการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และการมีโรคร่วมของเด็ก**สรุป :** ควรมีการประเมินความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด ความรู้ ความเข้าใจ และความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและชุมชน เพื่อสนับสนุนบทบาทผู้ดูแลและพัฒนาการของเด็กออทิสติกอย่างยั่งยืน**คำสำคัญ :** การจัดการความเครียด, การสนับสนุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแล, โรคออทิสติก**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** ชินดนัย ไชยเสนา; e-mail: tomchaisena@gmail.com

Original article

Factors associated with the quality of life among caregivers of children with autism spectrum disorder

Received : 23 January 2025

Revised : 21 March 2025

Accepted : 24 March 2025

Chindanai Chaisena, M.Sc.¹, Sariyamon Tiraphat, Ph.D.²,Youwanuch Sattayasomboon, Ph.D.²

Master of Science (Public Health Administration),
Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok¹,
Department of Public Health Administration,
Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok²

Abstract

Objective: To identify factors associated with the quality of life (QoL) of caregivers of children with autism spectrum disorder (ASD).

Methods: A cross-sectional study was conducted among caregivers of children with ASD receiving services at the Rajanukul Institute. Data were collected using a series of questionnaires, including caregiver and child socio-demographic information, characteristics of ASD, comorbid conditions, the Perceived Stress Scale, the Brief COPE Inventory, a social support scale, and the WHO-Quality of Life-Brief (WHOQOL-BREF). Data were analyzed using descriptive statistics, point-biserial correlation, Spearman's rank correlation, and eta coefficient.

Results: Among the 302 participants, 79.1% were female, and 63.9% were mothers. The severity of ASD was moderate in 53.6% of the children. Most caregivers reported moderate levels of stress, social support, overall QoL, and QoL across all four domains. The majority employed adaptive stress coping strategies more frequently than maladaptive ones. Caregiver QoL revealed statistically significant positive correlations with income, adequacy of income, and the levels of social support received from family, friends, caregiver networks, and healthcare personnel. Conversely, caregiver QoL was negatively correlated with stress levels, maladaptive stress coping, and the presence of comorbidities in the child.

Conclusion: Regular assessment of caregiver stress and quality of life is essential. Enhancing stress management skills, promoting awareness and understanding, and fostering strong family and community relationships can enhance caregiver roles and promote sustainable development in children with ASD.

Key words: autism spectrum disorder, caregiver, quality of life, social support, stress coping

Corresponding author: Chindanai Chaisena; e-mail: tomchaisena@gmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ดูแลเด็กออทิสติกต้องเผชิญความท้าทายที่หลากหลาย ทั้งจากความบกพร่องและปัญหาพฤติกรรมของเด็ก การขาดรายได้ เวลาส่วนตัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการตีตราทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ความรู้ใหม่ : ผู้ดูแลเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข ปัจจัยที่ลดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียดและการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และการมีโรคร่วมของเด็ก

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การพัฒนาแนวทางในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กออทิสติก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กออทิสติกอย่างเหมาะสม

บทนำ

โรคออทิสติก (autism spectrum disorder) เป็นความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางระบบประสาท¹ ในต่างประเทศพบในเด็กประมาณ 1 ใน 36 คน พบบ่อยในเด็กชายมากกว่าหญิง 4 เท่า² ในประเทศไทยพบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีประมาณ 1 ใน 161 คน³ โดยในปี พ.ศ. 2567 คาดว่ามีเด็กไทยอายุ 2 - 5 ปีเป็นโรคออทิสติกประมาณ 21,703 คน⁴ ในด้านการเข้าถึงบริการพบว่า ผู้ป่วยเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ปีงบประมาณ 2564 - 2566 มีจำนวน 7,136, 9,060 และ 11,327 ราย ตามลำดับ⁵ สะท้อนถึงภาระโรคและการดูแลที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้เป็นโรคออทิสติกมักมีอาการแสดงของโรคตั้งแต่อน้อยกว่า 3 ปี⁶ เช่น ปัญหาการสื่อสาร การไม่ตอบสนองหรือตอบสนองช้าต่อการเรียกชื่อหรือการเรียกให้สนใจ พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นบกพร่อง และพฤติกรรมและความสนใจที่เป็นแบบแผนซ้ำหรือมีความสนใจเฉพาะ⁷ เด็กออทิสติกมักมีอาการอ่อนไหวและแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อแสดงถึงความอัดอั้นคับข้องใจที่ไม่สามารถเล่า

ความรู้สึกและความต้องการให้ผู้อื่นทราบออกมาได้⁸ อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยเองและบุคคลรอบข้าง⁹ ทำให้การดูแลเด็กออทิสติกมีความท้าทาย¹⁰

ผู้ดูแลเด็กออทิสติกต้องเผชิญกับปัญหาที่มีความซับซ้อนและความยากลำบากในการเลี้ยงดู การช่วยเหลือเด็กในการดำรงชีวิตประจำวันส่งผลให้ผู้ดูแลต้องลดระยะเวลาในการทำงานหรืออาจต้องลาออกจากงาน¹¹ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการปกติและเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในทุกด้าน ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม^{12,13} และผู้ดูแลที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีมักใช้กลยุทธ์ที่ไม่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่อความท้าทายในการดูแลเด็กมากยิ่งขึ้น¹⁴ ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกด้านผู้ดูแล เช่น รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความเครียด การจัดการความเครียด ภาระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ด้านเด็ก เช่น การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค และปัญหาพฤติกรรม¹⁵⁻²¹

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกในประเทศไทยที่ผ่านมายังมีจำนวนจำกัดและศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โดยเฉพาะในประเด็นความสัมพันธ์กับความเครียด กลยุทธ์การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีกรายงานผลในภาพรวม การศึกษาความสัมพันธ์เชิงลึกระหว่างคุณภาพชีวิตกับกลยุทธ์การรับมือความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ และการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข จะช่วยระบุปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ชัดเจนสามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมทักษะการจัดการปัญหาและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล นำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยทางจิตสังคม ความเครียด การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

วิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวาง ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2567 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.No. MUPH 2024-039 วันที่รับรอง 9 เมษายน 2567 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล เลขที่ COA.No. 07/2567 วันที่รับรอง 5 กรกฎาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกที่รับบริการ ณ สถาบันราชานุกูล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 27 กันยายน พ.ศ. 2567 ทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ดูแลเด็กอายุ 2 - 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นโรคออทิสติก ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-5 และลงรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10 (F84.0) 3) ให้การดูแลและช่วยเหลือเด็กในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวันและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน เกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้รับจ้างหรือมีอาชีพในการดูแลเด็ก

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณสัดส่วนในประชากรกลุ่มเดียว²²

$$\frac{z^2_{\alpha/2} P(1 - P)}{d^2}$$

กำหนดให้ ค่า $z_{\alpha/2}$ เท่ากับ 1.96 ค่าสัดส่วนของคุณภาพชีวิตในระดับดีของผู้ดูแลเด็กออทิสติกเท่ากับ 0.35¹⁵ และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ที่ร้อยละ 5.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 289 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อทดแทนกรณีข้อมูลสูญหายได้จำนวน 317 คน

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาในการดูแลเด็ก

2. แบบสอบถามลักษณะของเด็กออทิสติก ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค โรคที่พบร่วม และระดับการช่วยเหลือตนเอง

ระดับความรุนแรงของโรค แบ่งตามเกณฑ์การประเมินของสถาบันราชานุกูล ตามกลุ่มอายุ ดังนี้ อายุแรกเกิดถึง 5 ปี แบ่งตามแบบประเมินทักษะด้านการใช้ภาษา (expressive language) ในคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ TEDA4I ได้แก่ 1) มากกว่าร้อยละ 80 รุนแรงน้อย 2) ร้อยละ 50 - 80 รุนแรงปานกลาง และ 3) ต่ำกว่าร้อยละ 50 รุนแรงมาก อายุ 6 - 18 ปี ประเมินโดยการสอบถามผู้ปกครอง ได้แก่ 1) เรียนอยู่ในห้องเรียนปกติ โรงเรียนปกติ รุนแรงน้อย 2) เรียนอยู่ในห้องเรียนพิเศษ โรงเรียนปกติ หรือโรงเรียนเฉพาะความพิการที่สอนได้เกินกว่าชีวิตประจำวัน รุนแรงปานกลาง และ 3) ไม่ได้เรียนโรงเรียนปกติ หรือห้องเรียนพิเศษ หรือเรียนอยู่ชั้นเรียนการศึกษาพิเศษที่มีปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียนในระดับบรรณผู้อื่น รุนแรงมาก และอายุ 18 ปีขึ้นไป แบ่งตามแบบประเมินระดับเชาวน์ปัญญา ได้แก่ 1) IQ 50 - 70 รุนแรงน้อย ทำงานภายใต้การกำกับดูแลและดูแลตนเองได้ 2) IQ 35 - 49 รุนแรงปานกลาง ไม่ได้ทำงานและช่วยงานบ้านเล็กน้อย โดยสามารถทำกิจกรรมที่เรียบง่ายและไม่มียุ่งยากซับซ้อน เช่น การเก็บสิ่งของหรือของเล่นใส่กล่อง การช่วยหยิบสิ่งของให้ผู้อื่น และการเก็บจานไปวางในอ่างล้างจาน 3) IQ 20 - 34 รุนแรงมาก อยู่บ้านมีผู้ดูแลหรือช่วยงานบ้านได้เป็นครั้งคราว โดยทำกิจกรรมงานบ้านที่ง่ายกว่าหรือน้อยกว่าเมื่อเทียบกับระดับรุนแรงปานกลาง ซึ่งการช่วยงานนี้อาจไม่สม่ำเสมอและต้องมีผู้ดูแลคอยกำกับอย่างใกล้ชิด และ 4) IQ < 20 รุนแรงมากที่สุด ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องการการดูแลใกล้ชิด

ระดับการช่วยเหลือตัวเอง พิจารณาจากระดับตามความต้องการในการสนับสนุนด้านการสื่อสารทางสังคม (social communication) และพฤติกรรมที่จำกัดและซ้ำ ๆ (restricted, repetitive behaviors) ตาม DSM-5 แบ่งเป็น 1) ต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนบางครั้ง (requiring support) 2) ต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างมาก (requiring substantial support) และ 3) ต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างสูงมาก (requiring very substantial support)

3. แบบวัดความรู้สึกเครียด (perceived stress scale: PSS)²³ ฉบับภาษาไทย²⁴ มีข้อความ 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนรวมระหว่าง 0 - 40 คะแนน แปลผลดังนี้ 0 - 13 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกความเครียดในระดับต่ำ 14 - 26 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกความเครียดในระดับปานกลาง และ 27 - 40 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกความเครียดในระดับสูง

4. แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (brief COPE inventory)²⁵ ฉบับภาษาไทย²⁶ ใช้ประเมินการจัดการความเครียด แบ่งเป็นการจัดการความเครียดที่เหมาะสมและการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม²⁷ มีข้อความ 28 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ คะแนนรวมระหว่าง 28 - 112 คะแนน แปลผลตามคะแนนรวมของการจัดการความเครียดในแต่ละรูปแบบ คะแนนสูงบ่งบอกถึงการเลือกวิธีการจัดการความเครียดรูปแบบนั้นมาก

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์ข้อความจากเครื่องมือของศิริธร แก้วนพรัตน์²⁸ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแหล่งการสนับสนุนที่ได้รับตามแนวคิดของ Kaplan และคณะ²⁹ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน สมาคม/ชมรม/กลุ่มผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุข มีข้อความ 24 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ แปลผลตามคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้ 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ 2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนระดับปานกลาง และ 3.67 - 5.00 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนระดับสูง

6. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อ (World Health Organization quality of life brief: WHOQOL - BREF)³⁰ ฉบับภาษาไทย³¹ ใช้ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มีข้อความ 26 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คะแนนรวมระหว่าง 26 - 130 คะแนน แปลผลดังนี้ 26 - 60 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี 61 - 95 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบวัดความรู้สึกเครียด แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ศาสตราจารย์ด้านการบริหารงานสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87, 0.91, 0.92 และ 1 ตามลำดับ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสติกจำนวน 30 คน ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร พบว่า แบบประเมินมีความสอดคล้องภายในของข้อความจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87, 0.84, 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งเดียว โดยแบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กออทิสติก ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างร่วมกับบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ส่วนแบบวัดความรู้สึกเครียด แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลด้วยตนเอง (self-report)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับเพศและการมีโรคที่พบร่วมด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซเรียล (point-biserial correlation coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับอายุผู้ดูแล ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อายุเด็ก ระดับความรุนแรงของโรค ระดับการช่วยเหลือตนเอง ระดับความเครียด ระดับการจัดการความเครียด และระดับการสนับสนุนทางสังคม ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับสถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์กับเด็กด้วยการวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (eta coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ 0.00 คือ ไม่มีความสัมพันธ์ 0.01 - 0.30 คือ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ 0.31 - 0.70 คือ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง 0.71 - 0.90 คือ มีความสัมพันธ์ระดับสูง และ 0.91 - 1.00 คือ มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก³²

ทั้งนี้ เนื่องจากค่า eta และ eta-squared เป็นเพียงมาตรวัดระดับความสัมพันธ์และการอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรเท่านั้น ผู้วิจัยจึงใช้การทดสอบเชิงอนุมานที่เกี่ยวข้อง คือ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (analysis of variance: ANOVA) สำหรับตัวแปรกลุ่มที่มีมากกว่า 2 ระดับเพื่อหาค่า p-value และรายงานร่วมกับค่า eta/eta-squared ในฐานะตัวชี้วัดขนาดอิทธิพล (effect size)

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย 317 คน มีข้อมูลครบถ้วนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล 302 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 95.3 เป็นหญิงร้อยละ 79.1 อายุเฉลี่ย 40.73 ปี อยู่ในช่วงอายุ 40 - 49 ปีร้อยละ 41.7 สมรสอยู่ด้วยกันร้อยละ 59.9 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 42.4 ประกอบอาชีพเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงานร้อยละ 36.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 38.4 รายได้พอเพียงไม่เหลือเก็บร้อยละ 43.1 เกี่ยวข้องเป็นมารดาร้อยละ 63.9 ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 - 6 ปีร้อยละ 57.0 ส่วนเด็กออทิสติกอยู่ในช่วงอายุ 6 - 12 ปี ร้อยละ 57.3 มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางร้อยละ 53.6 มีโรคที่พบร่วมร้อยละ 60.3 โรคที่พบร่วมที่มากที่สุด คือ ภาวะสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 44.0 และต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนบางครั้งร้อยละ 62.2 ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.2 โดยมีคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.9, 49.0, 63.9 และ 62.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.1 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.3 ส่วนการจัดการความเครียด

ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนรวมของการจัดการความเครียดที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 23 - 60 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 42.5 และคะแนนรวมของการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 13 - 44 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 21.8 ดังตารางที่ 2 และ 3

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า 1) คะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามเพศและการมีโรคร่วมมีการแจกแจงเป็นปกติ จากการทดสอบ Shapiro-Wilk ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติและการตรวจสอบกราฟ histogram, Q-Q plot และ boxplot ไม่มี outlier และ 2) ความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามเพศและการมีโรคร่วมใกล้เคียงกันในแต่ละกลุ่ม จากการทดสอบของ Levene ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถใช้สถิติ point-biserial correlation ได้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า รายได้เฉลี่ยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .190, p < .001$) ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .245, p < .001$) และการมีโรคที่พบร่วมของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.143, p = .013$) ดังตารางที่ 4

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้สึกเครียด การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.494, p < .001$) การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.226, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .485, p < .001$) ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกประมาณร้อยละ 60 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและเด็กออทิสติก (n = 302)

	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล		
เพศ		
หญิง	239	79.1
ชาย	63	20.9
อายุผู้ดูแล (mean = 40.73 , SD = 8.72)		
22 - 29 ปี	27	8.9
30 - 39 ปี	110	36.4
40 - 49 ปี	126	41.7
50 - 59 ปี	27	8.9
60 ปีขึ้นไป	12	4.1
สถานภาพสมรส		
สมรส อยู่ด้วยกัน	181	59.9
โสด	65	21.5
หม้าย/หย่าร้าง	37	12.3
สมรส ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	19	6.3
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	26	8.6
มัธยมศึกษา	102	33.8
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	40	13.2
ปริญญาตรี	128	42.4
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.0
การประกอบอาชีพ		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	110	36.4
บริษัทเอกชน	62	20.5
รับจ้างทั่วไป/อาชีพอิสระ	61	20.2
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	52	17.2
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	17	5.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	89	29.5
10,000 - 20,000 บาท	116	38.4
20,001 - 30,000 บาท	59	19.5
มากกว่า 30,000 บาท	38	12.6
ความเพียงพอของรายได้		
พอเพียง ไม่เหลือเก็บ	130	43.1
ไม่พอเพียง และมีหนี้สิน	93	30.8
พอเพียง มีเหลือเก็บ	53	17.5
ไม่พอเพียง แต่ไม่มีหนี้สิน	26	8.6

	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล (ต่อ)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
มารดา	193	63.9
บิดา	56	18.5
ญาติ (ปู่/ย่า/ตา/ยาย/ลุง/ป้า/น้า/อา)	53	17.6
ระยะเวลาในการดูแลเด็ก		
2 - 6 ปี	172	57.0
7 - 11 ปี	100	33.1
12 ปี ขึ้นไป	30	9.9
เด็กออทิสติก		
อายุ (mean = 7.12, SD = 2.8)		
น้อยกว่า 6 ปี	110	36.4
6 - 12 ปี	173	57.3
มากกว่า 12 ปี	19	6.3
ความรุนแรงของโรคออทิสติก		
รุนแรงน้อย	130	43.0
รุนแรงปานกลาง	162	53.6
รุนแรงมาก	10	3.4
การมีโรคที่พบร่วม		
มีโรคร่วม	182	60.3
ภาวะสมาธิสั้น	133	44.0
ความบกพร่องทางสติปัญญา	69	22.8
ความบกพร่องทางการเรียนรู้	54	17.9
ลมชัก	4	1.3
ไม่มีโรคร่วม	120	39.7
ระดับการช่วยเหลือตนเอง		
ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนบางครั้ง	188	62.2
ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน	98	32.5
อย่างมาก		
ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนอย่าง	16	5.3
สูงมาก		

ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของนัธซันน จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสรา วัชรสินธุ¹⁵ อาจเนื่องจากผู้ดูแลไทยต้องเผชิญกับความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดู เช่น ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก อนาคตที่ไม่แน่นอนของเด็ก ปัญหาทางการเงินและการเข้าถึงทรัพยากรในการเลี้ยงดู การขาดเวลาส่วนตัว รวมถึงการขาดความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับโรคออทิสติก^{17,33} ซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาว

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาในประเทศจอร์แดนของ Ahmed และคณะ³⁴ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจในสุขภาพของตนเอง และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย

ตารางที่ 2 ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (n = 302)

	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด			คุณภาพชีวิตรวม		
ต่ำ	34	11.3	ไม่ดี	3	1.0
ปานกลาง	254	84.1	ปานกลาง	188	62.2
สูง	14	4.6	ดี	111	36.8
การสนับสนุนทางสังคมรวม			คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย		
ต่ำ	3	1.0	ไม่ดี	2	0.7
ปานกลาง	167	55.3	ปานกลาง	184	60.9
สูง	132	43.7	ดี	116	38.4
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว			คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ		
ต่ำ	25	8.3	ไม่ดี	8	2.6
ปานกลาง	84	27.8	ปานกลาง	148	49.0
สูง	193	63.9	ดี	146	48.4
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน			คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ต่ำ	94	31.1	ไม่ดี	20	6.6
ปานกลาง	122	40.4	ปานกลาง	209	63.9
สูง	86	28.5	ดี	73	34.8
การสนับสนุนทางสังคมจากสมาคม/ชมรม/กลุ่มผู้ดูแล			คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม		
ต่ำ	76	25.2	ไม่ดี	4	1.0
ปานกลาง	144	47.7	ปานกลาง	193	62.2
สูง	82	27.1	ดี	105	36.8
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข					
ปานกลาง	72	23.8			
สูง	230	76.2			

ตารางที่ 3 จำนวนคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 302)

	คะแนนรวม			
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง	ค่าเฉลี่ย	SD
การจัดการความเครียดที่เหมาะสม	16 - 64	23 - 60	42.5	5.85
การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม	12 - 48	13 - 44	21.8	4.33

SD = standard deviation

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (n = 302)

	coefficient	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ผู้ดูแล			
เพศ	-.033 (r_{pb})	.566	
อายุ	.009 (r_{sp})	.878	
สถานภาพสมรส	.002 (Eta)	.871*	
ระดับการศึกษา	.079 (r_{sp})	.174	
การประกอบอาชีพ	.015 (Eta)	.339*	
รายได้เฉลี่ย	.190 (r_{sp})	< .001	ต่ำ
ความเพียงพอของรายได้	.245 (r_{sp})	< .001	ต่ำ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	.003 (Eta)	.609*	
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	-.019 (r_{sp})	.748	

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (n = 302) (ต่อ)

	coefficient	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เด็กออทิสติก			
อายุ	-.029 (r_{sp})	.618	ต่ำ
ความรุนแรงของโรค	-.031 (r_{sp})	.590	
การมีโรคที่พบร่วม	-.143 (r_{pb})	.013	
ระดับการช่วยเหลือตนเอง	-.088 (r_{sp})	.127	

r_{pb} = point biserial correlation coefficient, r_{sp} = Spearman rank correlation coefficient, Eta = Eta correlation coefficient

*ANOVA

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การจัดการความรู้สึกเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (n = 302)

	coefficient	p-value
ความเครียด	-.494	< .001
การจัดการความเครียดที่เหมาะสม	.058	.317
การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม	-.226	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.485	< .001
ครอบครัว	.422	< .001
เพื่อน	.346	< .001
สมาคม/ชมรม/กลุ่มผู้ดูแล	.213	< .001
บุคลากรสาธารณสุข	.368	< .001

สัมพันธ์ภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง เป็นส่วนใหญ่ ขณะที่ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางและดีใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนัธซันน์ จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสา วัชรสินธุ¹⁵ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียของ Renford และคณะ³⁵ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเด็กออทิสติกอยู่ในระดับไม่ดี อาจเนื่องจากความแตกต่างในการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้และการศึกษาของนัธซันน์ จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสา วัชรสินธุ¹⁵ เป็นผู้รับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้รับการประเมินและดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบจากทีมสหวิชาชีพ ขณะที่ Renford และคณะ³⁵ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในชุมชนอินเดียตอนใต้ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนทางสังคม

รายได้และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กออทิสติก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ^{15,36,37} อาจเนื่องจากการมีรายได้ที่สูงและเพียงพอ

ต่อรายจ่ายในชีวิตประจำวันทำให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการจ่ายเพิ่มเติม เช่น ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการ²¹ รวมทั้งหากจำเป็นต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็กอาจได้รับผลกระทบจากการรายได้ที่ลดลงน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ³⁸ อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษา เช่น การศึกษาของมาริชา ทองอ่อน และจินตนา ยูนิพันธุ์²⁰ ไม่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

การมีโรคที่พบร่วมของเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยโรคที่พบร่วมมากที่สุดคือ สมาธิสั้น พบร้อยละ 44.0 ใกล้เคียงกับการศึกษาของนัธซันน์ จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสา วัชรสินธุ¹⁵ ที่พบว่า สมาธิสั้นเป็นโรคที่วินิจฉัยร่วมที่พบมากที่สุด ร้อยละ 41.7 และใกล้เคียงกับการวิเคราะห์ห่อถักมานการศึกษาในต่างประเทศที่พบความชุกตลอดชีพของโรคสมาธิสั้นในเด็กออทิสติกร้อยละ 40.2³⁹ เด็กออทิสติกที่มีโรคสมาธิสั้นร่วมมักมีความสามารถในการเรียนรู้ที่จำกัด มีปัญหาพฤติกรรม และมีความบกพร่องของทำงานของสมองส่วนหน้าที่

ช่วยควบคุมอารมณ์ ความคิด และการตัดสินใจ มากกว่าเด็กที่มีพัฒนาการปกติ⁴⁰ นอกจากนี้เด็กกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และพฤติกรรมก้าวร้าวหรือต่อต้าน สูงกว่าเด็กออทิสติกที่ไม่มีโรคสมาธิสั้นร่วม⁴¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bar และคณะ⁴² ที่พบว่า การดูแลเด็กออทิสติกที่มีโรคสมาธิสั้นร่วมส่งผลต่อปัญหาภายในครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมากกว่าการดูแลเด็กที่มีเพียงโรคใดโรคหนึ่ง

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsiao¹⁶ และ Ten Hoopen และคณะ¹⁷ อาจเนื่องจากการดูแลเด็กออทิสติกต้องใช้ความพยายามในการเลี้ยงดูและทำให้เกิดความเครียดในระดับที่สูง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจของผู้ดูแลและส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁴³ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างใช้การจัดการความเครียดทั้ง 2 ประเภทร่วมกัน โดยใช้การจัดการความเครียดที่เหมาะสมมากกว่าการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman⁴⁴ ที่ระบุว่า บุคคลอาจใช้การจัดการความเครียดประเภทใดประเภทหนึ่งหรือใช้ร่วมกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญความเครียด ซึ่งการศึกษานี้พบว่า การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuhlthau และคณะ⁴³ เนื่องจากการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมเป็นการจัดการที่เน้นการหลีกเลี่ยงหรือระบายนอารมณ์แทนการเผชิญปัญหา แม้สามารถช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในระยะสั้นได้ แต่หากใช้ในระยะเวลาอาจก่อให้เกิดการสะสมความเครียดเพิ่มขึ้น ส่วนการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเป็นการแก้ไขปัญหาและจัดการกับสาเหตุของความเครียด ทำให้สามารถแก้ไขความเครียดได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ⁴⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Isa และคณะ⁴⁵ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่เลือกใช้การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของนัธชนัน จรัสรุ่งเกียรติ และอลิสรา วัชรสินธุ¹⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้กำลังใจและช่วยเหลือผู้ดูแลที่ต้องเผชิญปัญหาจากการเลี้ยงดู

ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และการศึกษาของมาริชา ตองอ่อน และจินตนา ยูนิพันธุ์²⁰ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยการศึกษานี้พบว่า แหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่มีระดับความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสูงสุด ได้แก่ ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Salami และ Alhalal¹⁹ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ (significant others) ในระดับสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cappe และคณะ³⁷ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติและบุคลากรสหวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เนื่องจากแหล่งการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความเข้าใจและการยอมรับ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสดำเนินการประคับประคองและได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และช่วยเสริมสร้างให้ผู้ดูแลมีพลัง ความพร้อม และความมั่นใจในการดูแลเด็กออทิสติก⁴⁶

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความเครียดและผลกระทบต่อนชีวิตของผู้ดูแลจากการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก รวมถึงลักษณะการจัดการความเครียดและประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติกไทย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้ทั้งหมด นอกจากนี้ รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางซึ่งข้อมูลถูกเก็บรวบรวมในช่วงเวลาเดียวกันทำให้ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้

สรุป

ระดับความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมมากกว่าไม่เหมาะสม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล ได้แก่ รายได้เฉลี่ย ความเพียงพอของรายได้ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน สมาคม/ชมรม/กลุ่มผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ในทางกลับกัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียด การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม และการมีโรคร่วมของเด็ก ดังนั้น ควรมีการประเมินความเครียดและคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กออทิสติกอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมทักษะในการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม รวมถึงการให้ความรู้ ความเข้าใจ และการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพของสถาบันราชานุกูล สำหรับการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณครูของศูนย์การศึกษาพิเศษ ส่วนกลาง สำหรับการอำนวยความสะดวกในการทดสอบเครื่องมือวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ซินดนัย ไชยเสนา : ออกแบบงานวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ ; ศรียามน ติรพัฒน์ : ออกแบบงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบและแก้ไขนิพนธ์ต้นฉบับ ; ยวนุช สัตยสมบูรณ์ : วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบและแก้ไขนิพนธ์ต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics on autism spectrum disorder [Internet]. Atlanta GA: Center for Disease Control and Prevention; 2024 [cited 2024 Jan 29]. Available from: <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>
3. Asia-Pacific Development Center on Disability. Autism at a glance in ASEAN: under the autism mapping project in the ASEAN region. Part II: country profiles. Bangkok: Asia-Pacific Development Center on Disability Foundation; 2020.
4. Health Data Center. The percentage of patients with autism who have access to standard mental health services [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2024 Oct 15]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/c3cbb49f45fb12d02ff0eb813e9e6279> (in Thai)
5. Rajanukul Institute. Outpatient statistics for the most common disorders [Internet]. Bangkok: Rajanukul Institute; 2023 [cited 2024 Feb 2]. Available from: https://sites.google.com/view/planraja/ขอมลสารสนเทศ?authuser=0#h.p_Lf--EEWLVTg (in Thai)
6. Centers for Disease Control and Prevention. About autism spectrum disorder [Internet]. Atlanta GA: Center for Disease Control and Prevention; 2024 [cited 2024 Jan 29]. Available from: <https://www.cdc.gov/autism/about/index.html>
7. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. Lancet. 2014;383(9920):896-910. doi:10.1016/S0140-6736(13)61539-1.
8. Phutathum S. Autistic children [Internet]. Bangkok: Foundation for Disabled Children; [cited 2024 Jan 29]. Available from: <https://fcdthailand.org/library-type/เด็กออทิสติก-autistic-children/>. (in Thai)
9. Fitzpatrick SE, Srivorakiat L, Wink LK, Pedapati EV, Erickson CA. Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:1525-38. doi:10.2147/NDT.S84585.
10. Chu SY, Normal S, McConnell G, Tan JS, Singh SJ. Challenges faced by parents of children with autism spectrum disorder in Malaysia. Speech Lang Hear. 2018;23(1):1-11. doi:10.1080/2050571X.2018.1548678.
11. Rogge N, Janssen J. The economic costs of autism spectrum disorder: a literature review. J Autism Dev Disord. 2019;49(7):2873-900. doi:10.1007/s10803-019-04014-z.
12. Al-Farsi YM, Al-Farsi OA, Al-Sharbaty MM, Al-Adawi S, Cucchi A, Essa MM, et al. Quality of life among caregivers of children with autism spectrum disorders, intellectual disability, and typical development. Appl Res Qual Life. 2022;17(1):129-45. doi:10.1007/s11482-020-09880-9.
13. Alnahdi GH, Alwadei A, Schwab S. Family quality of life of caregivers of individuals with autism, with other disabilities, and without disabilities: the case of Saudi Arabia. Int J Dev Disabil. 2024;70(6):1010-21. doi:10.1080/20473869.2024.2362007.
14. Samuel PS, Rillotta F, Brown I. Review: the development of family quality of life concepts and measures. J Intellect Disabil Res. 2012;56(1):1-16. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01486.x.
15. Charatcharunkiat N, Wacharasindhu A. Quality of life among caregivers of children with autistic spectrum

- disorders and associated factors. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2013;58(3):233-44. (in Thai)
16. Hsiao YJ. Pathways to mental health-related quality of life for parents of children with autism spectrum disorder: roles of parental stress, children's performance, medical support, and neighbor support. *Res Autism Spectr Disord*. 2016;23:122-30. doi:10.1016/j.rasd.2015.10.008.
17. Ten Hoopen LW, de Nijs PFA, Duvekot J, Greaves-Lord K, Hillegers MHJ, Brouwer WBF, et al. Children with an autism spectrum disorder and their caregivers: capturing health-related and care-related quality of life. *J Autism Dev Disord*. 2020;50(1):263-77. doi:10.1007/s10803-019-04249-w.
18. Ji B, Zhao I, Turner C, Sun M, Yi R, Tang S. Predictors of health-related quality of life in Chinese caregivers of children with autism spectrum disorders: a cross-sectional study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014;28(5):327-32. doi:10.1016/j.apnu.2014.06.001.
19. Salami S, Alhalal E. Quality of life of primary caregivers of autistic children: Structural equation modeling. *J Pediatr Nurs*. 2025;80:e58-66. doi:10.1016/j.pedn.2024.10.042.
20. Tong-On M, Yunibhund J. Factors related to health-related quality of life in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*. 2019;30(2):134-47. (in Thai)
21. Wanicharoen N. Quality of life among caregivers of children with language impairment at the division of developmental and behavioral pediatrics faculty of medicine Vajira hospital: a cross-sectional descriptive study. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*. 2021;65(4):320-31. (in Thai)
22. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
23. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96. doi:10.2307/2136404.
24. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med*. 2010;4:6. doi:10.1186/1751-0759-4-6.
25. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100. doi:10.1207/s15327558i-jbm0401_6.
26. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the brief COPE inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(2):189-98. (in Thai)
27. Meyer B. Coping with severe mental illness: relations of the brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001;23(4):265-77. doi:10.1023/A:1012731520781.
28. Kaewnopparat S. The effect of social support from social network on the stress of the autism parents at Child Mental Health Center [master's thesis]. Pathum Thani: Thammasat University; 1998. (in Thai)
29. Kaplan BH, Cassel JC, Gore S. Social support and health. *Med Care*. 1977;15(5 Suppl):47-58. doi:10.1097/00005650-197705001-00006.
30. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8. doi:10.1017/s0033291798006667.
31. Mahatnirunkul S, Tantipiwattanasakul W, Pumpaisanchai W, Wongsuwan K, Pramanajirankul R. Compare the World Health Organization's quality of life assessment with 100 indicators and 26 indicators. *Journal of Mental Health of Thailand*. 1998;5(3):4-15. (in Thai)
32. Chusee Wongrattana. *Statistical techniques in research*. 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University book center; 1998. (in Thai)
33. Sukmak V, Sangsuk N. Living a tormented life: Caregivers' experiences of caring for a child with autism in northeastern Thailand. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(5):745-50. doi:10.1016/j.apnu.2018.04.005
34. Ahmed EA, Alkhalidi SM, Alduraiddi H, Albsoul RA, Alhamdan MZ. Quality of life of mothers and fathers of children with autism spectrum disorder in Jordan. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2023;19:e174501792304180. doi:10.2174/17450179-v19-e230529-2022-40.
35. Renford NGR, Arulappan J, Thomas KDE, Karuppiyah KM, Chinnathambi K, Thangaswamy GC. Quality of life of caregivers of children with autism spectrum disorder in Tamil Nadu, South India. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*. 2020;10(2):57-64. doi:10.4103/ijnpnd.ijnpnd_16_20.

36. Committee for the Development of People's Quality of Life. Report on the quality of life of Thai people 2023. Bangkok: B.T.S. Press Co., Ltd.; 2023. (in Thai)
37. Cappe É, Poirier N, Sankey C, Belzil A, Dionne C. Quality of life of French Canadian parents raising a child with autism spectrum disorder and effects of psychosocial factors. *Qual Life Res.* 2018;27(4):955-67. doi:10.1007/s11136-017-1757-4.
38. Lancastle D, Hill J, Faulkner S, Cousins AL. "The stress can be unbearable, but the good times are like finding gold": A phase one modelling survey to inform the development of a self-help positive reappraisal coping intervention for caregivers of those with autism spectrum disorder. *PLoS One.* 2022;17(3):e0264837. doi:10.1371/journal.pone.0264837.
39. Rong Y, Yang CJ, Jin Y, Wang Y. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Res Autism Spectr Disord.* 2021;83:101759. doi:10.1016/j.rasd.2021.101759
40. Rosello B, Berenguer C, Baixauli I, Colomer C, Miranda A. ADHD symptoms and learning behaviors in children with ASD without intellectual disability. A mediation analysis of executive functions. *PLoS One.* 2018;13(11): e0207286. doi:10.1371/journal.pone.0207286.
41. Chen MH, Wei HT, Chen LC, Su TP, Bai YM, Hsu JW, et al. Autistic spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and psychiatric comorbidities: a nationwide study. *Res Autism Spectr Disord.* 2015;10:1-6. doi:10.1016/j.rasd.2014.10.014.
42. Bar S, Stephens SB, Mathew MS, Messiah SE, Edgar VB. Quality of life among caregivers of children with autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: A cross sectional study. *J Autism Dev Disord.* 2023;54(11):4208-15. doi:10.1007/s10803-023-06129-w.
43. Kuhlthau K, Payakachat N, Delahaye J, Hurson J, Pyne JM, Kovacs E, et al. Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord.* 2014;8(10):1339-50. doi:10.1016/j.rasd.2014.07.002.
44. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
45. Isa ANI, Ishak I, Rahman AA, Saat NZM, Din NC, Lubis SH, et al. Quality of life among caregivers of children with special needs in Kelantan, Malaysia: the importance of psychosocial mediators. *Malays J Med Sci.* 2021;28(2):128-41. doi:10.21315/mjms2021.28.2.12.
46. Wonkittirungreang S. Family support for children with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Education Khon Kaen University.* 2019;42(2):35-50. (in Thai)