



คุณภาพชีวิตของพ่อแม่บุคคลปัญญาอ่อน

มณีรัตน์ สุรวงษ์สิน, พ.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน และศึกษาความแตกต่างของปัจจัยต่างๆกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน ประชากรที่ศึกษาเป็นพ่อแม่ของบุคคลปัญญาอ่อนที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูล จำนวน 229 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม 2547 แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่บุคคลปัญญาอ่อน 2) ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและ 4) แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และไค-สแควร์ ผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 52.8 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 30.1 คุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนแยกตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน พบว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.1, 57.6, 69.4 และ 78.6 ตามลำดับ และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.9 และพบว่าปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผลจากการศึกษาครั้งนี้นำไปใช้วางแผน ป้องกัน และแก้ไขช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่บุคคลปัญญาอ่อนต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต บุคคลปัญญาอ่อน ครอบครัว สถาบันราชานุกูล

*สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต



Quality of Life of Parents of People with Mental Retardation

Maneerat Surawongsin, M.D.*

Abstract

The purpose of this descriptive study was to describe the level of quality of life in mentally retarded family and the relationship between related factors and the quality of life of the mentally retarded's parents in out-patient department of Rajanukul institute. The data were collected during 1 February – 31 March 2004 from the 229 mentally retarded's parents. The questionnaires, consisted of 4 parts: general information of mental retarded persons, families, general information of mental retarded persons, the screening test for suicidal risk and the Thai-version of the Quality of Life Indicator which was translated and modified from the World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF). Data were analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean and Chi-square test. The results of the study revealed that most of mentally retarded family had moderate quality of life (52.8%), while the good quality of life was 30.1%. The Quality of life in mentally retarded, parents in 4 domains, most of them had moderate level of quality of life in physical health, mental health, social relation and environment domain as 61.1%, 57.6%, 69.4% and 78.6% respectively. Quality of life in general was found to be at moderate level for 79.9%. There were significantly different levels of quality of life, when the following factors were considered : education, adequate income, impact from having mentally retarded person in family, self injury/suicidal idea, homicidal idea, depression, suicidal risk, and having health problem/illness. This finding will benefit for mental health promotion and prevention to increase quality of life of mental retarded persons and their families.

Key words : quality of life, mental retardation, parents, Rajanukul Institute

*Rajanukul Institute, Department of Mental Health

บทนำ

ภาวะปัญญาอ่อนเป็นภาวะที่มีความสามารถทางสติปัญญา (Intellectual Function) และพฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive Function) ต่ำกว่าปกติอย่างชัดเจน ซึ่งเกิดขึ้นในระยะมีพัฒนาการตั้งแต่ปฏิสนธิ จนถึงอายุ 18 ปี¹ พัฒนาการทางร่างกาย สมอ และจิตใจของบุคคลปัญญาอ่อนมีความล่าช้ากว่าปกติ จึงทำให้มีความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม การดำเนินชีวิตของบุคคลปัญญาอ่อนจึงเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก ดังนั้นภาวะปัญญาอ่อนจึงเป็นภาวะที่ควรให้ความสำคัญ ทั้งด้านการแพทย์และทางสังคม จากสถานภาพของบุคคลปัญญาอ่อนมักจะดีกว่าสภาพความพิการที่แท้จริง การค้นหา การประเมิน และการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนจึงควรคำนึงถึงความสลับซับซ้อนของปัญหา รวมทั้งผลกระทบทางด้านอารมณ์จิตใจ และสังคมของบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัว นอกเหนือไปจากทางด้านทางการแพทย์ เพราะปัญหาของบุคคลปัญญาอ่อน มิใช่ปัญหาเฉพาะตัวบุคคลปัญญาอ่อนเท่านั้น แต่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อครอบครัว การเกิดภาวะปัญญาอ่อนขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัว ทำให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย และส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตในสังคมด้วย เพราะการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนนั้นต้องใช้เวลามาก ภาระในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของครอบครัวจะแตกต่างกันไป ตามลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อนแต่ละคน ได้แก่ ปัญหาการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น อาการชัก โรคหัวใจ เป็นต้น บุคคลปัญญาอ่อนบางกลุ่มต้องการดูแลตลอดเวลา โดยเฉพาะบุคคลปัญญาอ่อนที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีระดับเขavnปัญญาต่ำมาก เนื่องจากบุคคลปัญญาอ่อนไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาคณะหน้าได้เองเมื่อตกอยู่ในอันตราย ทำให้ผู้ปกครองต้องทุ่มเทเวลาและแรงกายในการเลี้ยงดู ยิ่ง

บุคคลปัญญาอ่อนมีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเท่าไร ก็จะทำให้พ่อแม่ และผู้ปกครองเป็นทุกข์มากขึ้นเท่านั้น ก่อให้เกิดความเครียดและผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของครอบครัว² การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและเป้าหมายของครอบครัว ได้แก่ ลดการใช้เวลาว่างเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ลดโอกาสของพ่อแม่ในการเอาใจใส่อาชีพประจำ มีภาระเพิ่มขึ้น เช่น การพาบุตรปัญญาอ่อนไปรับการรักษาและต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น การแยกตัวออกจากสังคม เพราะการมีบุตรปัญญาอ่อนทำให้เป็นที่อับอายของครอบครัวเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัว จะเห็นได้ว่าการมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัว อาจนำไปสู่การเกิดโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่อผู้ดูแลในครอบครัวด้วย³ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของพ่อแม่ที่มีลูกปัญญาอ่อน
- 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับคุณภาพชีวิตกับปัจจัยต่างๆ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรในการศึกษาคัดเลือกจากพ่อหรือแม่ของบุคคลปัญญาอ่อน ที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูลอย่างเจาะจงตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - วันที่ 31 มีนาคม 2547 จำนวน 229 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ของบุคคลปัญญาอ่อน และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่พัฒนาโดยสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต และใช้แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of Life Assessment: WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ⁴ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพ หลังจากแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือจากผู้ปกครองแล้ว

ได้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
สุดท้ายตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ สถิติที่ใช้
ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
และไค-สแควร์ และนำเสนอในรูปแบบของการ
บรรยายเชิงพรรณนา

ผล

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน
ประชากรมีจำนวนทั้งสิ้น 229 คน ส่วนใหญ่เป็นมารดา
ร้อยละ 54.1 บิดาร้อยละ 45.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.27 ปี อายุ
ระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 40.6 นับถือศาสนา
พุทธร้อยละ 93.9 อาศัยอยู่ที่กรุงเทพฯ ร้อยละ 81.7
สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกันร้อยละ 82.1 ระดับการ
ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. ร้อยละ
31.0 ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านร้อยละ 26.6 มีรายได้
ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาทร้อยละ 29.7
ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสมร้อยละ 41.0
ผลกระทบจากการมีบุตรพิการร้อยละ 60.3 มีปัญหา
สุขภาพร้อยละ 62.0 มีความเครียดร้อยละ 48.9 มีความ

เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 14.4 และมีภาวะซึมเศร้า
ร้อยละ 14.0

ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน ส่วนใหญ่
เป็นเพศชายร้อยละ 59.8 เป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 52.8
ครอบครัวมีบุตรสองคนร้อยละ 44.1 มีอายุระหว่าง 10.01
ปี-15.0 ปี ร้อยละ 31.4 ปี อายุเฉลี่ย 10.4 ปี ส่วนใหญ่มี
ความพิการด้านภาวะปัญญาอ่อนอย่างเดียวร้อยละ 55.0
มีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วยร้อยละ 18.8 พักอาศัยอยู่กับ
บิดามารดาร้อยละ 89.1 พบปัญหาการช่วยเหลือตนเอง
ร้อยละ 46.7 การขับถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะร้อยละ 42.4
การนอนร้อยละ 20.5 การพูด/ การสื่อสารร้อยละ 76
พฤติกรรมร้อยละ 59 อารมณ์ร้อยละ 50.7 ทางเพศ
ร้อยละ 10.9 การช่วยเหลืองานบ้าน/ งานอาชีพ
ร้อยละ 33.2 สัมพันธภาพกับคนอื่นร้อยละ 34.1
การเรียนร้อยละ 66.4

ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตพบว่ากลุ่มพ่อแม่มี
คุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ในระดับ
ปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ
ปานกลางดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบแต่ละด้าน

องค์ประกอบ	ระดับคุณภาพชีวิต			รวม
	ไม่ดี	กลางๆ	ดี	
ด้านสุขภาพกาย	0	140 (61.1)	89 (38.9)	229 (100.0)
ด้านจิตใจ	7 (3.1)	132 (57.6)	90 (39.3)	229 (100.0)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	25 (10.9)	159 (69.4)	45 (19.7)	229 (100.0)
ด้านสิ่งแวดล้อม	13 (5.7)	180 (78.6)	36 (15.7)	229 (100.0)
คุณภาพชีวิต โดยรวม	2 (0.9)	183 (79.9)	44 (19.2)	229 (100.0)

และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของ
พ่อแม่บุคคลปัญญาอ่อนอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับ
การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการ
มีบุตรปัญญาอ่อน มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตาย

เพราะมีบุตรพิการ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะ
ซึมเศร้า ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว
บุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหาพฤติกรรม มีปัญหาทาง
อารมณ์ และมีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น ดังตาราง
ที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
เพศหญิง	102 (55.1%)	20 (45.5%)	0.247
อายุ 41-50 ปี	76 (41.1%)	17 (38.6%)	0.950
ศาสนาพุทธ	174 (94.1%)	41 (93.2%)	0.8
อยู่กรุงเทพฯ	151 (81.6%)	36 (81.8%)	0.976
สถานที่อยู่ด้วยกัน	150 (81.1%)	38 (86.4%)	0.411
จบมัธยมศึกษาและอนุปริญญา	76 (41.1%)	13 (29.5%)	0.002*
อาชีพว่างงาน/ เกษียณอายุ/ พ่อบ้าน-แม่บ้าน/ เกษตรกร	67 (36.2%)	9 (20.5%)	0.137
รายได้ 5,001- 10,000 บาท	63 (37.0%)	8 (19.1%)	0.147
รายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสม	76 (41.1%)	18 (40.9%)	0.007*
มีผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน	124 (67.0%)	14 (31.8%)	0.001*
ไม่เคยคิดทำร้ายตนเองเพราะมีบุตรพิการ	157 (84.9%)	43 (97.7%)	0.021*
ไม่เคยคิดทำร้ายหรือคิดฆ่าบุตรพิการ	168 (90.8%)	42 (95.5%)	0.316
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	154 (83.2%)	42 (95.5%)	0.038*
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	154 (83.2%)	43 (97.7%)	0.013*
มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว	126 (68.1%)	16 (36.4%)	0.001*
เด็กเพศชาย	116 (62.7%)	21 (47.7%)	0.069
เด็กเป็นบุตรลำดับที่ 1	95 (51.4%)	26 (59.1%)	0.643
จำนวนบุตร 2 คน	80 (43.2%)	21 (47.7%)	0.856
อายุเด็ก 10-15 ปี	62 (33.5%)	10 (22.7%)	0.115
ความพิการประเภทปัญญาอ่อน	101 (54.6%)	25 (56.8%)	0.319
เคยเข้ารับการศึกษาที่สถาบันราชานุกูล	152 (82.2%)	38 (86.4%)	0.505
ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวของเด็ก	111 (60.0%)	28 (63.6%)	0.657
ปัจจุบันพักอยู่กับบิดามารดา	164 (88.6%)	40 (90.9%)	0.666
ไม่มีปัญหาการช่วยเหลือตัวเอง	99 (53.5%)	23 (52.3%)	0.882
ไม่มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ - ปัสสาวะ	107 (57.8%)	25 (56.8%)	0.902
ไม่มีปัญหาการนอน	143 (77.3%)	39 (88.6%)	0.094
มีปัญหาการพูด - การสื่อสาร	144 (77.8%)	30 (68.2%)	0.178
มีปัญหาวฤทธิกรรม	116 (62.7%)	19 (43.2%)	0.018*
มีปัญหาคารมณ	101 (54.6%)	15 (34.1%)	0.014*
ไม่มีปัญหาทางเพศ	162 (87.6%)	42 (95.5%)	0.132
ไม่มีปัญหาการช่วยงานบ้าน / งานอาชีพ	120 (64.9%)	33 (75.0%)	0.199
ไม่มีปัญหาสัมพันธ์กับคนอื่น	113 (61.1%)	38 (86.4%)	0.001*

* P-value < .05

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ประชากรที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 79.9 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีระดับดีมากกว่าระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตคนไทยในระดับจังหวัดในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 2 พบว่าประชาชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.7 และคุณภาพชีวิตด้านอื่นทั้ง 4 ด้าน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับดีมากกว่าระดับไม่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 ระดับดีร้อยละ 20.5 และระดับไม่ดีร้อยละ 1.2⁶

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการมีบุตรปัญหาอ่อน การมีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญหาอ่อน การมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้า การมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว และการมีปัญหาทางพฤติกรรม/อารมณ์และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของบุตรปัญหาอ่อน ซึ่งจะได้นำเสนอการอภิปรายผลรายประเด็นตามลำดับต่อไป

ในด้านการศึกษา ประชากรที่มีการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ทั้งนี้บุคคลที่มีการศึกษามาก สามารถจะประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ และสามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก สามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย พ่อแม่ที่มีความรู้มากสามารถเผชิญความเครียดเนื่องจากบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ดีกว่า

พ่อแม่ที่มีความรู้ต่ำ คนที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีกว่าคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ^{6,7} และพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า โดยรู้จักแสวงหาข้อมูลตลอดจนรู้จักแหล่งประโยชน์ต่างๆ ระดับการศึกษาน้อยทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร^{8,11}

ในด้านความเพียงพอของรายได้ ประชากรที่มีรายได้สูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้อภิปรายได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต และรายได้ยังเป็นตัวกำหนดสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม¹² ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ อาจไม่มีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ดังนั้นจึงมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ และพบว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ^{6,13} สถานภาพทางการเงินมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ต้องเสียรายได้ และต้องเป็นค่าใช้จ่ายที่ยาวนานและต่อเนื่อง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีสถานะการเงินที่ไม่เพียงพออยู่เดิมและไม่มีสวัสดิการทางสังคมใดๆ รองรับ ทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้¹⁴

ในด้านผลกระทบจากการมีบุตรปัญหาอ่อน จากการศึกษพบว่าประชากรที่ได้รับผลกระทบจากการมีบุตรปัญหาอ่อน จะมีระดับคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีผลกระทบจากการมีบุตรปัญหาอ่อน ทั้งนี้สถานะของครอบครัวที่มีบุตรปัญหาอ่อน จะมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัวมากมายและสังคมด้วย โดยเฉพาะผู้เป็นแม่จะมีความตึงเครียดต่อบทบาทของการเป็นแม่ เพราะการดูแลบุตรปัญหาอ่อนนั้น แม่ต้องใช้เวลาอย่างมากทำให้เวลาที่ต้องให้กับครอบครัวลดลง ลดบทบาทอื่นที่เคยทำได้ สมาชิกอื่นๆ ของครอบครัวจะต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น การมีบุตร

ปัญญาอ่อนยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหรืองานที่เคยทำปกติเช่น ออกจากงานมาดูแลบุตรปัญญาอ่อน¹⁵ และส่งผลกระทบต่อการค้าเนินบทบาทในชีวิตประจำวันทั้งด้านครอบครัว ส่วนตัว อาชีพ และสังคม ซึ่งมีผลต่อความผาสุกของครอบครัวโดยรวมทั้งสิ้น^{16,17} นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคู่สมรสด้วย ดังที่พบเช่นเดียวกับในการศึกษานี้

ในประเด็นการมีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีภาวะซึมเศร้าพบว่ากลุ่มที่มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีลักษณะดังกล่าวอภิปรายได้ว่า การที่พ่อแม่ต้องอยู่กับลูกปัญญาอ่อนตลอดเวลา มีความซ้ำซากจำเจ จะทำให้เกิดความเครียด บางคนมีภาวะซึมเศร้าที่รู้สึกว่าคุณเองทำหน้าที่บกพร่องในการดูแลบุตรพิการ¹⁸ จากการศึกษา พบว่าครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแต่ไม่ได้ลงมือทำและมีภาวะซึมเศร้า^{19,20} ประชากรที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีปัญหาทางพฤติกรรม/อารมณ์และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ต่อต้าน และก้าวร้าว²¹ เนื่องจากเด็กที่มีสติปัญญาบกพร่องมักพบว่าเด็กจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว มากกว่าบุคคลปกติ 3-4 เท่า²² ปัญหาจะชัดเจนเมื่อเด็กโตขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการคิดไม่ดี จึงทำให้จัดการกับอารมณ์ได้ไม่ดี²³ จากการศึกษาพบว่าบุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหาพฤติกรรม มีปัญหาทางอารมณ์ และมีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาจิตเวชในบุคคลปัญญาอ่อน พบว่าปัญหาจิตเวชที่พบมากที่สุดคือปัญหาพฤติกรรม²⁴ การศึกษาปัญหาทางจิตใจในบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาพบว่าความชุกของปัญหาทางจิตมากกว่าบุคคลปกติ ปัญหาในการปฏิสัมพันธ์และการสร้างมิตรภาพกับเพื่อน และพบว่า

เด็กบกพร่องทางสติปัญญามีความยากที่จะสร้างมิตรภาพและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพ เนื่องจากปัญหาการสื่อสาร การขาดโอกาสในการเรียนรู้จากการเล่นกับเพื่อน ออกไปนอกบ้านและเข้าสังคม ซึ่งเด็กต้องการการฝึกและเลียนแบบอย่างอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของประชากรที่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ การเผชิญกับปัญหาที่เป็นอยู่ในแต่ละวันทำให้มารดาต้องทุ่มเทเวลาและแรงกายในการดูแลบุตร²⁵ ยิ่งบุตรที่มีปัญหาสุขภาพต้องพึ่งพามากก็จะทำให้มารดาเป็นทุกข์มากขึ้นเท่านั้น

สรุป

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของพ่อแม่บุคคลปัญญาอ่อนพบว่า คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นส่วนน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผน ป้องกัน และแก้ไขช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Drapo P.J. Mental Retardation. In Psychiatric-Mental Health Nursing : Adaptation and Growth. 2nd ed. B.S. Johnson Philadelphia: J.B. Lippincott ;1989.
2. อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี. ปัญหาของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนและการให้ความช่วยเหลือ. วารสารราชานุกูล. 2538;10:8-18.
3. Friedman J. Home health care : A Complete guide for patients and their families. New York: W.W. Noeton & C.C ;1986.
4. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล วิระวรรณ ดันดีพิวัฒนสกุล วันดา พุ่มไพศาลชัย กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พร มานะจิริงกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง;2540.

5. กรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจภาวะสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตคนไทยในระดับจังหวัด ในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 2 ปังปง ประมาณ 2543. กรุงเทพฯ:ศูนย์สุขภาพจิตเขต 2 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
6. สุวัฒน์ มหิตนรินทร์กุล ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวินิตา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2541.
7. วรณา กุมารจันทร์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน.[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
8. ศิริภา นันทพงษ์. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
9. ชนิดา มณีวรรณ. รายงานการวิจัยปัญหาและความต้องการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี: มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2537.
10. ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. สุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล; 2543.
11. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์;2525.
12. Henucharunkul S. Social support, Self-Care and Quality of Life in Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. Dissertation, PH.D.(Nursing). St.Paul: Graduate School, Wayne State University. Photocopied;1998.
13. อารีรัตน์ อุทิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว] บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
14. พรชัย พงศ์สงวนสิน จุฬารัตน์ วิระระรัตน์ และชุติมา ประทีปะจิตติ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2541;5:16-23.
15. หลวย จุติกุล. แนวคิดการปฏิรูปการจัดบริการและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวชสำหรับบุคคลปัญญาอ่อนในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2544.
16. Wood FG. The Meaning of Caregiving. Rehabilitation Nursing. 1991;40:16.
17. Goldstein Regnery G. Wellin E. Caretaker Role Fatigue, Nursing Outlook. 1981;40:24-30.
18. O'Donoghue PO. Nuraing Care of the Child with Mental Retardation. Nursing Care of Children and Families. (2nd ed)S.R. Mott, SR. James and A.M. Sperha. California 1990;610-72
19. สมชาย จักรพันธ์ สุนันท์ จำรัฐสวัสดิ์ และพนมศรี เสาร์สาร. สถานการณ์การฆ่าตัวตายในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. กระทรวงสาธารณสุข;2541.
20. เสงี่ยม สารบัณฑิตกุล วรรัตน์ ทะมังกกลาง วารุณี ตั้งเสรี และพินลดา มุลาลี. รายงานการวิจัยการศึกษาการฆ่า ตัวตาย 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
21. Grant G. and McGrath M. Need for Respite-Care Services for Caregivers of Persons with Mental Retardation. AJMR,1990;94:638-48.
22. Robin LN. Conduct disorder. J Child Psychol Psychiatry. 1991;32:193-212.
23. อุมพร ตรังกสมบัติ. สร้างEQให้ลูกคุณ. กรุงเทพมหานคร:ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว; 2544.
24. วารุณี เมฆอริยะ, วัลย์ลิกา สังข์ทอง. ปัญหาจิตเวชในบุคคลปัญญาอ่อน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรา ชานุกุล. 2542; 14:4-22.
25. Dunlap WR. and Hollinsworth JS. How Does A Handicapped Child Affect the Family? Implication For Practitioners. The Family Coordinator. 1977;286 - 93.