

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม*

Factors Related to Health-related Quality of Life in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder*

มาริษา ตองออน, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹

Marisa Tong-on, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹

จินตนา ยูนิพันธุ์, Ph.D. (Nursing)²

Jintana Yunibhund, Ph.D. (Nursing)²

Received: May 10, 2019

Revised: May 28, 2019

Accepted: June 7, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 154 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดา มีค่าความเชื่อมั่น .90 และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา มีค่าความเชื่อมั่น .80 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 63.25 ($SD = 16.85$) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิสซึม และการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.340, p < .001$ และ $r = -.544, p < .001$ ตามลำดับ) การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ Master, Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: ma_ri_sa@windowslive.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Advisor

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .449, p < .001$ และ $r = .431, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเน้นมิติด้านจิตใจ ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว จัดหาการสนับสนุนทางสังคม และสอนทักษะการรับมือพฤติกรรมผู้ป่วย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ บิดามารดา โรคกลุ่มอาการออทิซึม

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study health-related quality of life (HRQOL) and the relationship between various factors and HRQOL among parents of children with autism spectrum disorder (ASD). The subjects were 154 parents of children with ASD from the outpatient departments of hospital of the Department of Mental Health. The research instruments were composed of the personal data questionnaire, the behavior evaluation questionnaire with the reliability of .81, the Brief COPE with the reliability of .88, the family function questionnaire with the reliability of .84, the social support questionnaire with the reliability of .93, the caregiver burden scale with the reliability of .90, and the Short Form Health Survey (SF-36) with the reliability of .80. Data were collected from September, 2016 to March, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and Spearman's rank correlation coefficient.

The research results revealed that the overall mean score of HRQOL among parents of children with ASD was 63.25 ($SD = 16.85$). Behavioral problems of children with ASD and caregiver burden were negatively statistically significant related to HRQOL among parents of children with ASD ($r = -.340, p < .001$ and $r = -.544, p < .001$, respectively), whereas family function and social support of parents were positively statistically significant related to HRQOL among parents of children with ASD ($r = .449, p < .001$ and $r = .431, p < .001$, respectively).

This research suggests that health care providers who provide care for parents of children with ASD should promote HRQOL focusing on mental dimension, enhancing family function and social support, and patient's behavior modification.

Keywords: Health-related quality of life, Parent, Autism spectrum disorder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกลุ่มอาการออทิซึม (autism spectrum disorder) มีลักษณะเฉพาะของโรค ประกอบด้วยความบกพร่องในการสื่อสาร ความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีพฤติกรรมหรือความสนใจซ้ำๆ อย่างไม่เหมาะสม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; American Psychiatric Association [APA], 2013) โรคกลุ่มอาการออทิซึมเป็นโรคที่ได้รับความสนใจ เนื่องจากแนวโน้มความชุกของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศสหรัฐอเมริกามีการรายงานจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) ว่า ความชุกของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีประมาณ 1 ใน 68 คน (CDC, 2014) สำหรับประเทศไทยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมของกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2556 ว่า พบผู้ป่วยจำนวน 212,795 คน (กรมสุขภาพจิต, 2556) และจากรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในช่วงปี 2553-2556 พบว่ามีจำนวน 14,387 คน 19,954 คน 14,346 คน และ 23,235 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์, 2556) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

เด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล โดยเฉพาะจากบิดามารดา เนื่องจากเด็กมีความพร่องในการดูแลตนเอง บิดามารดาจะให้การดูแลเด็กเรื่องกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม การกระตุ้นพัฒนาการ การพาเด็กมาตรวจรักษาตามนัด นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลเด็กในสถานะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ได้แก่ อาการชัก อาการแพ้ อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ปัญหาพฤติกรรม ความบกพร่องทางสติปัญญา และโรคทางจิตเวชอื่นๆ (Bultas, 2012) การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก ซึ่งผลกระทบจะเริ่มตั้งแต่เด็กได้รับการวินิจฉัย (Howell, Lauderdale-Littin, & Blacher, 2015) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทุกข์ทรมานจากอารมณ์ซึมเศร้า จากกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว (Kuhlthau et al., 2013) จากการศึกษาพบว่า

อาการออทิซึมของเด็กมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล ช่วงเวลาที่ก่อกวนมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล และส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (Karst & Van Hecke, 2012) และพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในระดับสูง (Almansour, Alateeq, Alzabrani, Algeffari, & Albomaidan, 2013)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life [HRQOL]) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ถูกพัฒนาขึ้น โดยรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่แสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เป็นการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์ รวมถึงภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย การทำหน้าที่ การสนับสนุนทางสังคมและสภาพเศรษฐกิจ สังคม ทั้งนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้รับผลกระทบอย่างมากจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลายและความต้องการการดูแล โดยภาวะสุขภาพของผู้ดูแลย่อมมีการเปลี่ยนแปลง (King & Hinds, 2012) ผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมได้รับผลกระทบจากการดูแลทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า โดยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลเป็นประจำอย่างต่อเนื่องมีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Charnsil & Bathia, 2010; Lin et al., 2014) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากไม่ได้รับการป้องกันหรือการส่งเสริมด้านสุขภาพที่เหมาะสม

จากการศึกษาของ Tung et al. (2014) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิซึมต่ำกว่าประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุกด้าน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงหรือมารดาของผู้ป่วย จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kuhlthau et al. (2014) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมต่ำกว่าประชาชนทั่วไปที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย โดยร้อยละ 45 ของผู้ดูแลพบปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บปวดด้านร่างกายในระดับ

ปานกลางถึงระดับมาก และร้อยละ 51 มีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ Allik, Larsson, and Smedje (2010) ยังได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของบิดามารดาเด็กโรคแอสเพอร์เกอร์ช่วงวัยเรียน ซึ่งเป็นโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า มารดา มีความบกพร่องของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจได้รับผลกระทบจากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก เช่น การอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกราะ โดยผู้ดูแลที่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี จะมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อการดูแล การเข้าใจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลสามารถช่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแล รวมถึงการจัดหาบริการทางสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วยต่อไป (Tung et al., 2014)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดของ Khanna et al. (2011) ได้แก่ ความบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลและสุขภาพของผู้ดูแลที่แย่ลง การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล (Ji et al., 2014) การจัดการความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านจิตใจของผู้ดูแล (Allik et al., 2010) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมิติด้านจิตใจของผู้ดูแล (Khanna et al., 2011) ส่วนภาระการดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า บิดามารดา มีการรับรู้ภาระการดูแลเพิ่มมากขึ้น (Cadman et al., 2012) และได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการความเครียดที่ไม่ดี (Khanna et al., 2011) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Lee et al. (2009) ยังพบว่า รายได้ จำนวนบุตร และความเครียด เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบิดามารดาที่เป็นผู้ปกครองของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และความเครียดเป็นผลกระทบทางจิตใจและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา รวมทั้งการศึกษา

ของ Dardas and Ahmad (2014) ระบุว่า ช่วงอายุของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีผลกระทบต่อความเครียดและคุณภาพชีวิตของบิดามารดา

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแล (Smith et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว โดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของบิดามารดา ซึ่งเป็นปัจจัยที่พยาบาลจิตเวชสามารถดูแลและจัดการกระทำได้อ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

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

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร และการจัดการความเครียดของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม
2. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และภาระการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบ

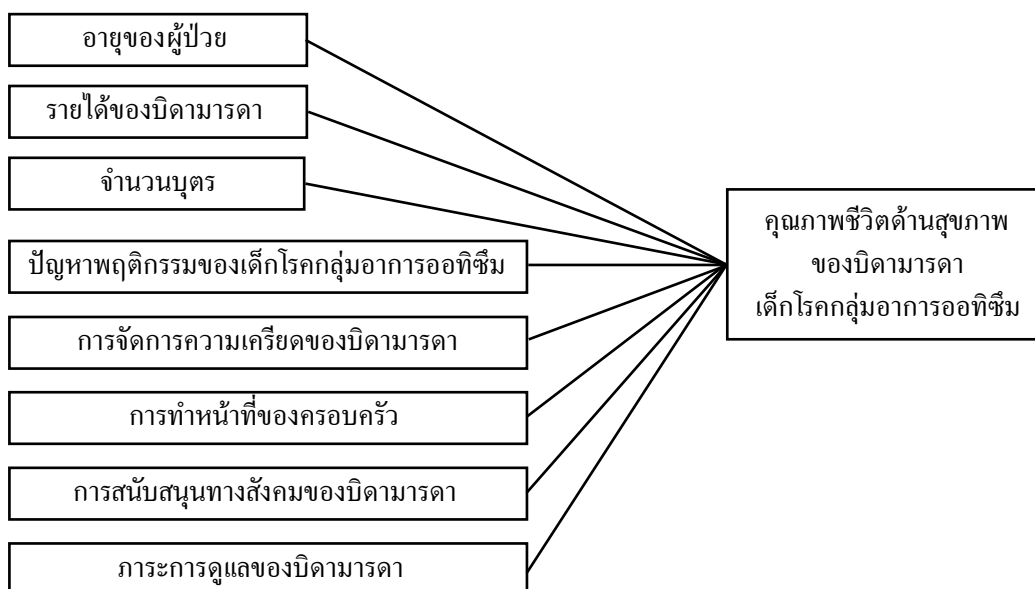
กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

3. การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กออทิสติกของ Khanna et al.

(2011) ซึ่งพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิด stress-appraisal model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) สิ่งกระตุ้นขั้นต้น คือ ความบกพร่องในความสามารถในการทำหน้าที่ของเด็ก และปัญหาพฤติกรรมของเด็ก 2) ตัวกลาง คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว การจัดการความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม 3) การประเมินทฤษฎีภูมิ คือ การระดมและ 4) ผลลัพธ์ คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์เพิ่มเติม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นบิดาหรือมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล

จิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันราชานุกูล สถาบันพัฒนาการเด็ก รามนครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในช่วงเดือนกันยายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม

อายุ 6-15 ปี ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว โดยให้การดูแลในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน 2) ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน รวมทั้งการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด หรือ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 3) สามารถพูด อ่าน และ เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ สื่อสารได้ชัดเจน และ 4) ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 140 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Dillman, 2000) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 154 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุของบิดามารดา อายุของผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของบิดามารดา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ลักษณะครอบครัว และจำนวนบุตร จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ]) ของเสาวนีย์ บัวลา (2556) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกร พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพกับสังคม จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริง ก่อนข้างจริง และจริง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม โดยด้านที่ 1-4 แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็ก มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40

คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ (0-13 คะแนน) ระดับเสี่ยง (14-16 คะแนน) และระดับมีปัญหา (17-40 คะแนน) ส่วนด้านที่ 5 แสดงถึงจุดแข็งของเด็ก (ไม่ได้นำคะแนนมารวมเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์)

ชุดที่ 3 แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) (The Brief COPE) ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่เอกอูมา อิมคำ (2558) แปลจากแบบวัดของ Carver ปี ค.ศ. 1997 ใช้สำหรับการประเมินการจัดการความเครียดของบิดามารดาด้วยวิธีต่างๆ 14 วิธี วิธีละ 2 ข้อ จำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ ซึ่งวิธีจัดการความเครียดประกอบด้วย การกำจัดสิ่งวุ่นในจิตใจ การกระตือรือร้นในการจัดการปัญหา การปฏิเสธ การใช้สารเสพติด การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ การแสดงพฤติกรรมวางเฉย การระบายความรู้สึก การสร้างกรอบแนวคิดใหม่ในทางบวก การวางแผน การใช้อารมณ์ขัน การยอมรับ ศาสนา และการดำเนินตนเอง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ได้ทำเลย ทำเล็กน้อย ทำปานกลาง และทำมาก สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการจัดการความเครียดเหมาะสม

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้วิจัยใช้ Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) จำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง และตรงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ รับรู้ว่าครอบครัวทำหน้าที่ยังไม่ดี (1-1.49 คะแนน) ทำหน้าที่ได้ดีเล็กน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ทำหน้าที่ได้ดีพอสมควร (2.50-3.49 คะแนน) และทำหน้าที่ได้ดีมาก (3.50-4 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ของแก้วตา มีศรี (2554) จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (24-55 คะแนน) ในระดับปานกลาง (56-88 คะแนน) และในระดับสูง (89-120 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของพรรัตน์ ไชยธานี (2544) จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ รับรู้การดูแลในระดับน้อยที่สุด (1-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา ผู้วิจัยปรับจาก the Short Form Health Survey (SF-36) ของเอมิกา กลยณี (2556) แบ่งออกเป็น 8 มิติ ได้แก่ มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จำนวน 10 ข้อ มิติข้อจำกัดการทําทบพาทเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย จำนวน 4 ข้อ มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย จำนวน 2 ข้อ มิติสุขภาพทั่วไป จำนวน 5 ข้อ มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม จำนวน 2 ข้อ มิติด้านพลังงานในร่างกาย จำนวน 4 ข้อ มิติข้อจำกัดการทําทบพาทเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ และมิติด้านสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ และคำถามอิสระ จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-100 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (1-50 คะแนน) และในระดับ

สูง (50.01-100 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยทั้ง 7 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น (2 คน) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พยาบาล และอาจารย์พยาบาล ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) อยู่ในช่วง .88-1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม แบบวัดการเผชิญปัญหา (ฉบับสั้น) แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา แบบสอบถามการดูแลของบิดามารดา และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา ไปทดลองใช้กับบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81, .88, .84, .93, .90 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 004/59 วันที่ 30 กันยายน 2559) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันราชานุกูล (เอกสารรับรอง เลขที่ 232 วันที่ 3 สิงหาคม 2559) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต (เอกสารรับรอง เลขที่ 8/2559 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2559) คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 96/2559 วันที่ 16 มิถุนายน 2559) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ สร 0811/603 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการในหน่วยงานที่ให้การรับรองแล้ว ตามลำดับ และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่บิดามารดา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับ

การเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลยวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เข้าพบผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบวัด โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา และข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ข้อมูลการจัดการความเครียดของบิดามารดา ข้อมูลการทำหน้าที่ของครอบครัว ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และข้อมูลภาวะการดูแลของบิดามารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ป่วย จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาวะการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของบิดามารดากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 อายุเฉลี่ยของบิดามารดา คือ 40.98 ปี ($SD = 6.66$) อายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่

อยู่ในช่วง 6-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 10.33 ปี ($SD = 2.94$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.20 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.50 รายได้ของบิดามารดา อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.90 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.50 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 63 และจำนวนบุตร คือ 2 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.40

2. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และภาวะการดูแลของบิดามารดา พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมอยู่ในระดับมีปัญหา ($M = 18.71, SD = 6.05$) คะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดของบิดามารดาเท่ากับ 73.40 ($SD = 9.61$) คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดีพอสมควร ($M = 3.18, SD = .42$) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 87.80, SD = 16.51$) และคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของบิดามารดาอยู่ในระดับน้อย ($M = 2.40, SD = .62$)

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา พบว่า บิดามารดากลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับสูง มีจำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ 68.25 ($SD = 12.37$) ส่วนกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ 35.89 ($SD = 11.39$) โดยบิดามารดามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 63.25 ($SD = 16.85$) เมื่อจำแนกเป็นรายมิติ พบว่า มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ มิติการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ($M = 81.75, SD = 19$) รองลงมา คือ มิติด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ($M = 75.89, SD = 20.32$) ส่วนมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ มิติข้อจำกัดการทบทวน เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ ($M = 44.37, SD = 42.10$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม และการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.340, p < .001$

และ $r = -.544, p < .001$ ตามลำดับ) และการทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .449, p < .001$ และ $r = .431, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร และการจัดการความเครียดของบิดามารดา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ป่วย รายได้ของบิดามารดา จำนวนบุตร ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โรคกลุ่มอาการออทิซึม การจัดการความเครียดของบิดามารดา การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา และการดูแลของบิดามารดา กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ($n = 154$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา	
	r	p
อายุของผู้ป่วย	-.127	.118
รายได้ของบิดามารดา	.142 (r_s)	.080
จำนวนบุตร	.071	.381
ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม	-.340	< .001
การจัดการความเครียดของบิดามารดา	-.036	.660
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.449	< .001
การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา	.431	< .001
การดูแลของบิดามารดา	-.544	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายมิติมากกว่า 50 เกือบทุกด้าน โดยมีข้อจำกัดการบำบัดรักษาเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เด็กโรค

กลุ่มอาการออทิซึมมีความผิดปกติของสมอง ส่งผลให้พัฒนาการล่าช้า มีความบกพร่องทางสังคม การสื่อสาร และมีพฤติกรรมซ้ำๆ ในสิ่งที่สนใจ รวมทั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หากบิดามารดาไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมนั้นได้ ย่อมส่งผลด้านลบต่อสภาวะอารมณ์ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในมิติข้อจำกัดการบำบัดรักษาเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ อย่างไรก็ตาม บิดามารดาที่เป็นผู้ดูแลเด็กในการวิจัยครั้งนี้ มีอายุเฉลี่ย 40.98 ปี

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด ซึ่งน่าจะช่วยส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมได้เป็นอย่างดี จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่ำกว่าประชาชนทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความบกพร่อง 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านทักษะสังคม ด้านภาษา และการมีพฤติกรรมซ้ำๆ ความผิดปกติของระบบประสาทมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีรูปแบบของพฤติกรรมและความสนใจที่ผิดปกติ โดยเฉพาะความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยาก บางครั้งเกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเองได้ อันเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นการปรับตัวอย่างหนึ่งของผู้ป่วย และหากไม่ได้รับการตอบสนองที่พึงพอใจย่อมทำให้การแสดงออกของพฤติกรรมนั้นรุนแรงมากขึ้น เช่น มีการอาละวาดและทำร้ายผู้อื่นจนเกิดการบาดเจ็บ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tung et al. (2014) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการรับรู้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ภาระการดูแลของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อบิดามารดาต้องดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคกลุ่มอาการออทิซึม จำเป็นต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ มีภาระความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ทำให้รับรู้ถึงความรู้สึกของภาระการดูแล มีความเครียด และมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นผลกระทบทางลบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของสมาชิกภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวช่วยให้บุคคลได้รับการดูแลและการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้น การทำหน้าที่ของครอบครัวจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ji et al. (2014) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคล

ได้รับการดูแล สนับสนุน เอาใจใส่ ได้รับการยอมรับทางสังคม ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และได้รับการปกป้องในด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความมั่นคง อบอุ่น และปลอดภัย ซึ่งบิดามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีย่อมทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ได้รับการสนับสนุนและตอบสนองทางอารมณ์ ส่งผลให้บิดามารดามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ji et al. (2014) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่า อายุของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในปัจจุบันมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กอย่างแพร่หลาย หากบิดามารดาสังเกตพบอาการผิดปกติและพาเด็กเข้ารับการตรวจรักษาและกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น ดังการศึกษาของคารณี วิรัชคำ และอลิสาวรรณ (2556) ที่ศึกษาการใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเมื่ออายุ 1-3 ปี ส่งผลให้การพยากรณ์โรคดีขึ้นทั้งด้านพัฒนาการและพฤติกรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 10.33 ปี และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dardas and Ahmad (2014) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของบิดามารดาเด็กออทิสติก พบว่า อายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของบิดามารดา

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากบิดามารดามีรายได้ที่ค่อนข้างเพียงพอ ประกอบกับประเทศไทยมีนโยบายสาธารณสุขให้ประชาชนมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ

สามารถเข้ารับบริการจากหน่วยบริการตามระบบ โดยได้รับการคุ้มครองค่าใช้จ่ายตามการวินิจฉัยทางการแพทย์ รวมถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดว่า กลุ่มความพิการทางออทิสติกเป็นสิทธิของคนพิการ สามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิของผู้พิการ โดยมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ณ หน่วยบริการของรัฐที่ขึ้นทะเบียนประจำตน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2558) จึงเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dardas and Ahmad (2014) ที่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของบิดามารดา

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบิดามารดาของเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมมีบุตร 2 คน มากที่สุด และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส ทำให้บิดามารดามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาพบว่า เด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมที่มีพี่หรือน้องที่มีภาวะปกติจะสามารถแบ่งเบาระยะของผู้ปกครองได้ ส่วนการศึกษาของ Kuhlthau et al. (2014) พบว่า ครอบครัวที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปหรือครอบครัวที่มีเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ จะมีภาระการดูแลที่สูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับต่ำ

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการความเครียดของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบิดามารดาส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ประกอบกับการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส รวมทั้งมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 5 ปี ซึ่งส่งผลให้บิดามารดามีการปรับตัวต่อสถานการณ์ และมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanna et al. (2011) ที่พบว่า กลไกการจัดการความเครียดทางลบมีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึม ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเน้นมิติด้านจิตใจ ส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว จัดหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแบ่งเบาภาระการดูแลของบิดามารดา และสอนทักษะการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบิดามารดาเด็กโรคกลุ่มอาการออทิซึมจากปัจจัยต่างๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลของบิดามารดา

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). จำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยกระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- แก้วดา มีศรี. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี วิชัยคำ, และอลิสา วัชรสินธุ. (2556). การใช้บริการสุขภาพของเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 57(5), 625-638.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมต่อการและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บ.ก.). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2556). *รายงานประจำปี 2556*. สมุทรปราการ: ผู้แต่ง.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, และวันดี นิงสานนท์. (2558). *คู่มือการตรวจประเมิน วินิจฉัย และแนวทางช่วยเหลือเด็กพิการ*. กรุงเทพฯ: เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- เสาวนีย์ บัวลา. (2556). ผลของการเล่นบำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอกอุมา อัมคำ. (2558). *การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้เมทแอมเฟตามีน* (ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอมิกา กลยณี. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- Allik, H., Larsson, J. O., & Smedje, H. (2010). Health-related quality of life in parents of children with asperger syndrome and high-functioning autism. In V. R. Preedy & R. R. Watson (Eds.), *Handbook of Disease Burdens and Quality of life Measures* (pp. 3625-3642). New York: Springer.
- 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), 58-63.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (5th ed.). Virginia: Author.
- Bultas, M. W. (2012). The health care experiences of the preschool child with autism. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(5), 460-470.
- Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., ... 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 Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(9), 879-888.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Community report on autism 2014*. Retrieved from http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/comm_report_autism_2014.pdf
- Charnsil, C., & Bathia, N. (2010). Prevalence of depressive disorders among caregivers of children with autism in Thailand. *Asean Journal of Psychiatry*, 11(1), 1-9.
- Dardas, L. A., & Ahmad, M. M. (2014). Predictor of quality of life for fathers and mothers of children with autistic disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1326-1333.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method*. New York: John Wiley and Sons.
- Howell, E., Lauderdale-Littin, S., & 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), 1-9.
- Ji, B., Zhao, I., Turner, C., Sun, M., Yi, R., & Tang, S. (2014). Predictor of health quality of life in Chinese caregiver of children with autism spectrum disorders: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(5), 327-332.
- Karst, J. S., & 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., & Becker-Cottrill, B. (2011). Assessment of health-related quality of life among primary caregiver of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(9), 1214-1227.
- King, C. R., & Hinds, P. S. (2012). *Quality of life from nursing and patient perspectives*. Washington, DC: Jones and Bartlett Learning.
- Kuhlthau, K., Kovacs, E., Hall, T., Clemmons, T., Orlich, F., Delahaye, J., & Sikora, D. (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., & Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1339-1350.
- Lee, G. K., Lopata, C., Volker, M. A., Thomeer, M. L., Nida, R. E., Toomey, J. A., ... 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.
- Lin, J., Lin, L., Su, S., Hsu, S., Loh, C., Wu, J., & 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.
- Smith, C. E., Piamjariyakul, U., Yadrach, D. M., Ross, V. M., Gajewski, B., & Williams, A. R. (2010). Complex home care: Part III-economic impact on family caregiver quality of life and patients' clinical outcomes. *Nursing Economics*, 28(6), 393-414.
- Tung, L., Huang, C., Tseng, M., Yen, H., Tsai, Y., Lin, Y., & 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(9), 1235-1242.
-