

คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITY



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

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
โดย	น.ส.วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ์

---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

( )

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือวงศ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัมพล สุอำพัน)

วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ : คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา. (QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITY) อ.ที่ปรึกษา  
หลัก : ศ. พญ.อลิสรา วัชรสินธุ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยศึกษาในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ช่วงอายุ 2 – 18 ปีบริบูรณ์ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล กทม. โดยใช้การสอบถามจากผู้ปกครองของเด็ก จำนวน 424 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม 2562 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (PedsQL™ 4.0) ฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parent Proxy-Report) พัฒนาและแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย Dr.James W Varni และทีมงาน เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และโรงเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ t-test, One-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต พบว่า เด็กที่มีอายุน้อยกว่า 4 ปี ศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาล มีระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญาสูง และได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญาสูงกว่า 5 ปี มีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับต่ำ และพบว่า เศรษฐฐานะและการมีความขัดแย้งภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการศึกษาเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการวางแผนการรักษา ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองหรือครู และดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดผลสูงสุดในการรักษา ส่วนปัจจัยต่าง ๆ ที่พบว่าสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตนั้น ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือและเอาใจใส่เป็นพิเศษเพื่อช่วยให้เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6074033630 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Quality of life, Children with Intellectual Disability

Wipattra Totemchokchaikarn : QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITY. Advisor: Prof. ALISA WACHARASINDHU, M.D.

The purpose of this research was to study the quality of life and factors related to quality of life of children with intellectual disability. This study is a cross-sectional descriptive study. Data was collected by using The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL™ 4.0) for parent proxy-report. The samples were, 424 parents of children with intellectual disability, aged between 2-18 years old, who attended the outpatient department at Rajanukul Institute, Bangkok, in May 2019. Children were divided into 4 age ranges: 2-4 years, 5-7 years, 8-12 years and 13-18 years, 106 people each group for assessing 4 aspects of qualities of life (Physical, Emotion, Social and School). Statistical tests used are percentage, standard deviation, and in-depth statistics, analysis of One-way ANOVA, assumes t-test.

The results found that percentage of children with intellectual disability were low in all age groups. The child factors related to low quality of life were lower age, more severe level of intellectual disability, longer time from diagnosis of intellectual disability and kindergarten students. The child factors related to low quality of life were family conflict and high family income. It is important to improve quality of life of these group of children by helping and changing to improve child and family factors.

Field of Study: Mental Health

Student's Signature .....

Academic Year: 2018

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและเอื้อเฟื้อของบุคคลหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาและแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างละเอียด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ลงได้ด้วยดี

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา หุ่่มเรื่องวงษ์ ผู้ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อัมพล สุอำพัน ผู้ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาทำให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ Dr.James W Varni และทีมงานนักวิจัยไทยที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life: PedsQLTM 4.0)

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ กราบขอบพระคุณแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคน ที่คอยให้กำลังใจ คำแนะนำ คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ กำลังใจที่ยิ่งใหญ่ที่สุด คือ "ครอบครัว"

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อชนวีร์ โตเต็มโชคชัยการ และ คุณแม่ยุพวดี วงศ์เลิศคุณากร และทุกคนในครอบครัว ที่ได้ให้การสนับสนุนการศึกษา และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี

วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
บทที่ 1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Rationale).....	1
คำถามการวิจัย (Research Question).....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives).....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitation).....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย / การให้คำนิยามในเชิงปฏิบัติ (Operational Definition).....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefit and Application).....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework).....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the related literature).....	7
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of life).....	7
เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Children with Intellectual Disability).....	16
สถาบันราชานุกูล (Rajanukul Institute).....	19
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	23
รูปแบบการวิจัย (Research Design).....	23
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample).....	23

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria).....	23
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) .....	24
การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size).....	24
วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling technique).....	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	25
การรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	26
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	27
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) .....	28
บทที่ 4 .....	29
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	29
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	30
ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา.....	32
ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา.....	34
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	41
สรุปผลการวิจัย.....	41
อภิปรายผลการศึกษา .....	43
ข้อจำกัดในการทำวิจัย .....	45
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	45
บรรณานุกรม.....	47
ประวัติผู้เขียน.....	79



## บทที่ 1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Rationale)

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นเด็กที่มีความบกพร่องของระดับสติปัญญา (Deficits in intellectual functioning) และความสามารถในการปรับตัว (Adaptive Function) ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเด็กและวัยรุ่น<sup>(1)</sup> พัฒนาการทางร่างกาย สมอง และจิตใจของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีความล่าช้ากว่าปกติ จึงทำให้มีความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม การดำเนินชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยจากสถิติของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ในปี พ.ศ.2561 พบว่า จำนวนคนพิการที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีจำนวนสูงเป็นอันดับ 5 (125,738 คน) จากประเภทความพิการทั้งหมด แต่หากพิจารณาจำนวนเด็กที่มีความพิการทุกประเภทในช่วงอายุ 0 – 21 ปี จะพบว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีจำนวนมากที่สุด ดังนั้นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจึงควรได้รับการค้นหา การประเมิน และการดูแลที่คำนึงถึงความซับซ้อนของปัญหา คุณภาพชีวิต รวมทั้งผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคมของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและครอบครัว เพราะปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มิใช่ปัญหาเฉพาะตัวเด็กเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของครอบครัวของเด็กอีกด้วย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของผลกระทบจากการที่ผู้ปกครองต้องลาออกจากงานมาดูแลเด็ก ต้องลางานพาเด็กไปพบแพทย์ตามนัด หรือความเครียดที่กลายเป็นความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก โดยเฉพาะด้านอารมณ์ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการเข้าสังคม และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่โรงเรียน และอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายตามมา หากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่ดี มีสุขภาพอนามัยที่ดีจากครอบครัว หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

องค์การอนามัยโลก<sup>(2)</sup> ให้คำจำกัดความคำว่า คุณภาพชีวิต (quality of life) ไว้ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ความหมายของระบบในสังคมที่อาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในประเด็นสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลโดยทั่วไปอาจประเมินจากความจำเป็นพื้นฐานใน

การดำรงชีวิต แต่ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นซึ่งได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากโรคหรือจากกระบวนการรักษาผลกระทบเหล่านี้ไม่ได้เกิดกับผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่มีผลต่อบิดามารดา และครอบครัวของผู้ป่วยด้วย การประเมินระดับของคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ สังคม และโรงเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากข้อความที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า เป้าหมายสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่ใช่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น หรือรอดชีวิตเท่านั้น แต่ต้องการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น ผู้ปกครอง แพทย์ จิตแพทย์ ครู นักวิทยาศาสตร์สื่อความหมายฯ นักกายภาพบำบัด นักสุขภาพจิต เป็นต้น ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยคำนึงถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นในทุกด้านต่อไป

### คำถามการวิจัย (Research Question)

**คำถามหลัก :** คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นอย่างไร

**คำถามรอง :** ปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

### ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา สถาบันราชานุกูล

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่ เพศ, อายุ, ลำดับการเป็นบุตร, จำนวนพี่น้อง, จำนวนสมาชิกในครอบครัว, ระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย, ระดับความรุนแรงของโรค, สิทธิการรักษา, การมีโรคประจำตัวโรคอื่นร่วม

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว, สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง, อาชีพของผู้ปกครอง, ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง, สัมพันธภาพในครอบครัว, เศรษฐฐานะของครอบครัว

2. ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่

- คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (ด้านกายภาพ, ด้านอารมณ์, ด้านสังคม, ด้านโรงเรียน)

### ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitation)

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล เท่านั้น จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาทั้งหมดได้ และการวิจัยครั้งนี้เป็นการวัดคุณภาพชีวิต โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ เพราะฉะนั้นคุณภาพชีวิตที่วัดได้อาจไม่ได้เป็นคุณภาพชีวิตที่มาจากตัวเด็กอย่างแท้จริง

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย / การให้คำนิยามในเชิงปฏิบัติ (Operational Definition)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขและความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ต่อการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และโรงเรียน ประเมินโดย แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life: PedsQL™ 4.0) ฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parent Proxy-Report) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Dr.James W Varni<sup>17</sup> และทีมงานนักวิจัยไทย

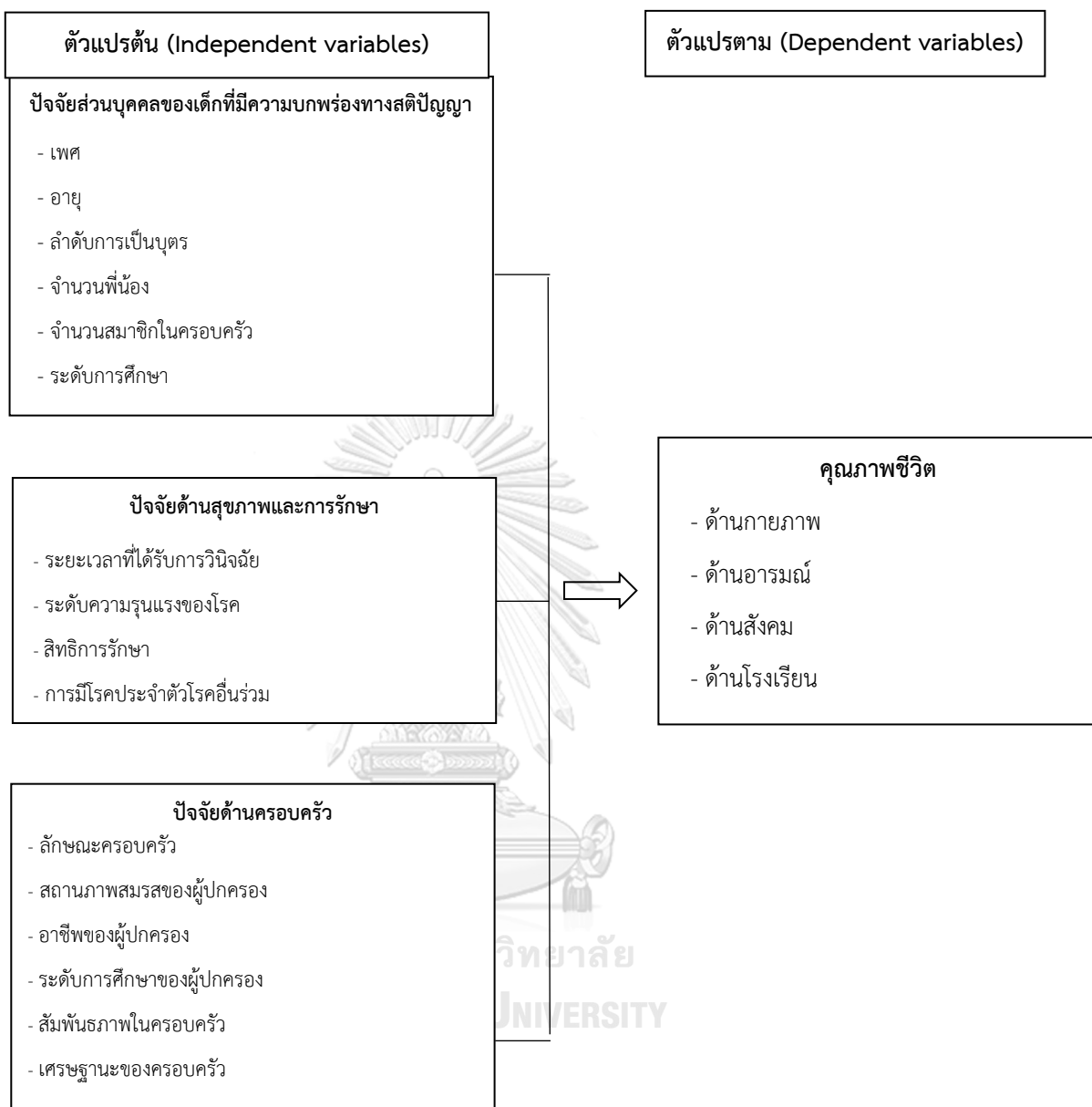
เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Children with intellectual disability) หมายถึง เด็กทั้งเพศชายและเพศหญิง ช่วงอายุ 2 – 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญา

ผู้ปกครอง (Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบดูแลเด็กด้านต่าง ๆ และต้องให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน อาจเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติกับเด็ก เช่น บิดา มารดา ลุง ป้า ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น หรือเป็นผู้ดูแลซึ่งไม่มีความสัมพันธ์โดยการเป็นญาติกับเด็ก อาจรวมถึง คนรับใช้ ลูกจ้าง พี่เลี้ยงดูแลเด็ก

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. ได้ทราบระดับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อให้เกิดผลสูงสุดในการรักษา
2. เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางสำหรับแพทย์และพยาบาลในการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง ในการดูแลบุตรหลานที่เป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
4. เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)



## บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
  - ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
  - การประเมินคุณภาพชีวิต
2. ความรู้เกี่ยวกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Children with Intellectual Disability)
  - คำจำกัดความ
  - ประเภท
  - ปัจจัยเสี่ยง
  - อาการและอาการแสดง
  - การวินิจฉัยและการตรวจเพิ่มเติม
  - วิธีการรักษา
  - ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
  - ประเภทของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
  - ข้อมูลของสถาบันราชานุกูล
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the related literature)

### แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of life)

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่เป็นนามธรรมที่ยากจะให้คำนิยามที่แน่นอน คำนิยามจะแตกต่างกันไปแล้วแต่มุมมองที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติในการมองชีวิต<sup>(3)</sup> ตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ทางการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้น ๆ มีนักวิชาการได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต ไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน<sup>(4)</sup> พ.ศ.2542 ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ตรงข้ามกับความตาย ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996)<sup>(2)</sup> ได้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็น การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมของระบบสังคมที่อาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น

กระทรวงสาธารณสุข (2535: 72) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การดำรงของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

Zhan<sup>(5)</sup> ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

Orem<sup>(6)</sup> กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับสุขภาวะหรือความผาสุก (well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

Ferrans & Power<sup>(7)</sup> (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความรู้สึกเป็นปกติสุขของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละด้านของชีวิต และการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต ที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

Hunter<sup>(8)</sup> (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

Aaronson et al.<sup>(9)</sup> (1988) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่ครอบคลุมผ่านความสามารถในการดำรงบทบาท 5 ด้าน คือ บทบาทด้านร่างกาย บทบาทด้านหน้าที่ บทบาทด้านการรับรู้ บทบาทด้านอารมณ์ และบทบาทด้านสังคม

Cella and Cherin<sup>(10)</sup> (1988) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็น ความรู้สึกหรือทัศนคติของ ความผาสุกที่เกี่ยวกับการกำหนดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระดับความสามารถในการทำหน้าที่ในปัจจุบันของพวกเขาเมื่อเทียบกับสิ่งที่พวกเขาคาดหวังหรือคิดไว้

พัชรินทร์ เวียงแก้ว<sup>(11)</sup> (2540: 24) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี และมี ความเป็นปกติสุขของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมของการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างครบถ้วน ภายใต้ค่านิยมที่สังคมยอมรับ

ประภา รัตนเมธานนท์<sup>(12)</sup> (2532: 13) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (sense of well being) ซึ่งมีค่าที่มีความหมายเหมือนกันคือ คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) และมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าความสุข (happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

สมสิริ อัทธเสวี<sup>(13)</sup> (2540: 11) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ในชีวิต ความรู้สึกเป็นปกติสุขและความสุข

เทพนม เมืองแมน<sup>(14)</sup> (2534 : 33) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ (sen of being) ความหมายใกล้เคียงกับความ พึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในบุคคล

นิพนธ์ คันธเสวี<sup>(15)</sup> (2526: 2) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการดำรงชีวิตของมนุษย์ตามองค์ประกอบของชีวิต ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ



มีเบิร์ก<sup>(16)</sup> กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของความพึงพอใจในชีวิตทั่ว ๆ ไป เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการประเมินผลชีวิตของตนเองตามความพอใจ สภาพที่ยอมรับได้ของสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

พิชัย นันทชัยพันธ์ และคณะ<sup>(17)</sup> (2539) ได้ชี้แจงถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

1) คุณภาพชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้ เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้หรือประสบการณ์เดิม โดยเปรียบเทียบกับผู้อื่น ผู้ตัดสินได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตดี หรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั่นเอง

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึง การมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานการณ์ปัญหา ครอบครัว และสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากร ตลอดจนวัตถุดิบของต่าง ๆ ส่วนปัจจัยด้าน บุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ ความรู้สึนึกคิด (Cognitive ability) และศักยภาพรวมถึงความสามารถของตนเองในการจัดการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน จึงต้องพิจารณาแบบองค์รวม ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับว่าใครให้ความสำคัญกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต (Dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่มั่นคงในที่นี้ เป็นลักษณะของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่าง ๆ กัน อาจมีผลแตกต่างกันได้

5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต นั่นคือภาวะสุขภาพ ถือว่าเป็นองค์ประกอบหรือมิติของคุณภาพชีวิต

จากนิยามต่าง ๆ ข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นเสมือนการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขและความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ต่อการตอบสนองความ

ต้องการพื้นฐาน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และโรงเรียน โดยผ่านกระบวนการรับรู้และประเมินด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย การคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้นด้วย

### องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ<sup>(18)</sup> (2540) ได้แปลและพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต มาจากองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ ของบุคคลในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ ของเขา ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังในชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณเองไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทาง การแพทย์อื่น ๆ

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การ ตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสนั้นที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฏ (19) (2525: 104) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนะของ Bennet ว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

1. ด้านสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย สุขภาพที่แข็งแรง ภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ดี

2. ด้านความต้องการที่สนองความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น ๆ อย่างมี จุดมุ่งหมายของชีวิต

Ferrans and Power<sup>(20)</sup> (1992) ได้สรุปเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะ สุขภาพประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองทางด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจตลอดจนการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual) เป็นสภาพการรับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประกอบด้วย ความพึงพอใจในตนเอง

ความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Zhan<sup>(5)</sup> (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิต โดยทั่วไป เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิตบุคคล จะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่าง โดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลก แห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่า เป็นการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอกโดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนด พฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรคและสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจหรือสังคม คือสถานภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การศึกษา อาชีพ และรายได้

Flanagan<sup>(20)</sup> (1978) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของ มนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบคือ

1) การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือว่าเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3) การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชนการได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4) การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางที่สร้างสรรค์

5) การมีสันติภาพ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม เป็นต้น

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีหลายด้าน โดยมีความหมายที่มีความแตกต่างกันตามแนวคิดแต่ละแนวคิด สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้จะยึดคำจำกัดความองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ (อารมณ์) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (โรงเรียน)

### **การประเมินคุณภาพชีวิต**

คุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปของกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะหนึ่งของกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (สุรีพร ธนศิลป์, 2552) ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิต ของบุคคลในช่วงชีวิตต่าง ๆ ก็จะทำให้ผลแตกต่างกันไป การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีความยุ่งยาก เนื่องจากวัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา และความเชื่ออื่น ๆ ของบุคคลมีผลต่อการรับรู้ความหมาย ของคุณภาพชีวิต (Zhan, 1992) ซึ่งการที่จะบอกว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลอยู่ในระดับใดนั้น ต้องประเมินจากการ

รับรู้ของแต่ละบุคคลตามบริบทและสถานการณ์ที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ เนื่องจากการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันไป

ในปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนด หรือข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นผลที่ทำให้ยากที่จะสรุปถึงการใช้เครื่องมือวัด ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล จึงมีความหลากหลายและรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น ๆ ชนิดของการประเมินคุณภาพชีวิต โดยอาศัยตัวบ่งชี้ มี 2 ชนิด คือ 1) ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็น ได้ วัดได้ และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่ อาศัย และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคล 2) ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ข้อมูลทางด้านจิตวิทยา ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ หรือความรู้สึกอารมณ์และจิตใจของบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิต และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ตลอดจนการตัดสินใจหรือการรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคลด้วย (UNESCO, 1992; Zhut at al., 1992; Mechers, 1993)

อย่างไรก็ตาม แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตของ Frank-Strouilberg (1984) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถกระทำได้ 3 ลักษณะคือ

1) การประเมินเชิงปริมาณ โดยผู้อื่น (Objective sales yielding qualitative data) เช่น แพทย์ พยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ เป็นต้น โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษา หรือ อาชีพและประเมินออกมาเป็นคะแนน

2) การประเมินเชิงปริมาณ โดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (Subjective scales yielding quantitative data) ขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ ความสุขที่สนองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3) การประเมินเชิงคุณภาพโดยตัวผู้ป่วยประเมินตัวเอง (Subjective scales yielding qualitative data) โดยผู้ป่วยได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและการะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคมหรือภาวะเจ็บป่วย ผลที่ออกมาจะเป็นการบรรยายถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย

ในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยตัวชี้วัดที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ประเมินคุณภาพชีวิตตามความรู้สึก ทัศนคติของตนเอง จะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้อง และตรงกับสภาพความเป็นจริง (Canabel, 1976, Frank-Strutsberg, 1984, Mechery, 1993)

โดยทั่วไปแบบประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มนี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การประเมินแบบวัด ความพึงพอใจในชีวิตของ Cantril (Cantril, 1960 cite in McKeehan et al., 1986) ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเพียงข้อเดียวเป็นคำถามสรุปว่าความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับใด ลักษณะคำตอบเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับที่มีลักษณะขั้นบันไดในแนวตั้งบันไดคุณภาพของเครื่องมือ ค่อนข้างดี แต่มีจุดอ่อนของเครื่องมือชนิดนี้ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ทำให้ขาดรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ทำให้ไม่ทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบแต่ละด้านของชีวิตอย่างไรซึ่งยากต่อการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนั้นจึงมีผู้พัฒนาการประเมินคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติ โดยมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีระดับความพึงพอใจต่อชีวิตด้านต่างๆ ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ ประสบการณ์และปัจจัยอื่นๆ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (Smith และ Wertheimer, 1996) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป (generic questionnaire) ซึ่งใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกโรค และผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปัจจุบันแบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไปที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเชื่อถือ เช่น แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO-QOL) แบบวัดคุณภาพชีวิตของ RAND-36 Item Health Survey (SF-36)
2. แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (specific questionnaire) ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะโรคใดโรคหนึ่ง ปัจจุบันแบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคที่ได้รับการยอมรับว่ามีความน่าเชื่อถือ เช่น Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), Asthma

Quality of Life (AQLQ), Diabetes Quality of Life (DQOL), Function Living Index Cancer (FLIC), Quality of Life in Epilepsy (QOLIE) เป็นต้น

การวัดคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตในเด็กจำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่เฉพาะกับเด็ก แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่มีแบบทดสอบเฉพาะโรค ดังนั้นในการศึกษานี้จะใช้แบบสอบถามทั่วไปสำหรับเด็ก คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (PedsQL™ 4.0) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา PedsQL™ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปในเด็ก เนื่องจากการใช้แบบสอบถามทั่วไปจึงสามารถนำมาใช้วัดได้ทั้งกลุ่มประชากรที่เป็นโรคและกลุ่มประชากรที่สุขภาพดี รวมทั้งสามารถนำมาเปรียบเทียบระหว่างโรคหรือระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคและกลุ่มที่มีสุขภาพดีได้ PedsQL™ วัดคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านโรงเรียน โดยเครื่องมือนี้มีความสามารถในการแยกความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในเด็กที่มีสุขภาพดีและเด็กที่มีโรคเรื้อรัง มีความไว (sensitivity) สามารถวัดระดับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (responsiveness) ได้เป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถวัดระดับคุณภาพชีวิตในรูปของผลกระทบของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย

### **เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Children with Intellectual Disability)**

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นเด็กที่มีความบกพร่องของระดับสติปัญญา (Deficits in intellectual functioning) และความสามารถในการปรับตัว (Adaptive Function) ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงที่เด็กและวัยรุ่น<sup>(1)</sup> พัฒนาการทางร่างกาย สมอ และจิตใจของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีความล่าช้ากว่าที่ควรจะทำได้ตามเพศ อายุ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน มีการจำแนกความบกพร่องทางสติปัญญาตามระดับความรุนแรง โดยพิจารณาจากความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นตัวกำหนดระดับความช่วยเหลือที่ควรได้รับ

#### คำจำกัดความของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ตามเกณฑ์ของ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) โดย American Psychiatric Association (APA) ในปี พ.ศ. 2556 ภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่มี



1. มีความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา โดยมีระดับเชาวน์ปัญญา (intelligence quotient, IQ) ต่ำกว่า 70 ทั้งนี้จำเป็นต้องอาศัยการประเมินทางคลินิกร่วมด้วยในการแปลผลระดับ IQ

2. มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของตน (adaptive functioning) หมายถึง ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการอยู่ด้วยตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (personal independence) หรือการมีความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) ตามที่ควรทำได้ในระดับพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกัน ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของตนนี้อาจจะเป็นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ใน 3 ด้าน ต่อไปนี้

2.1. Conceptual (academic domain) เกี่ยวกับความสามารถในการคิดวางแผน เข้าใจแนวคิดที่ซับซ้อน ความจำ ภาษา การอ่าน การเขียน การคิดคำนวณ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจในสถานการณ์ใหม่ ๆ

2.2. Social domain เกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้อื่น การรับรู้ถึงความคิด ความรู้สึก ประสิทธิภาพของผู้อื่น การเอาใจเขาใส่ใจเรา ทักษะในการสื่อสาร และสร้างความสัมพันธ์

2.3. Practical domain เกี่ยวกับการจัดการตนเองในหลาย ๆ ด้านของชีวิต เช่น การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่องาน การจัดการเรื่องเงิน การควบคุมพฤติกรรม และการจัดการกับงานที่ได้รับ เป็นต้น

3. ความบกพร่องทางสติปัญญาและการทำหน้าที่ของตนนี้ เกิดในช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น

### **ระดับความรุนแรง**

1. แบ่งตามระดับความรุนแรง เป็นการแบ่งโดยใช้ค่าคะแนนระดับเชาวน์ปัญญาหรือ IQ ทั้ง APA และ AAMR แบ่งภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เล็กน้อย (mild) ปานกลาง (moderate) รุนแรง (severe) และรุนแรงมาก (profound) ต่อมาในปี พ.ศ. 2535 AAMR ได้เปลี่ยนการแบ่งเหลือเพียง 2 ระดับ คือ เล็กน้อย (ระดับเชาวน์ปัญญาเท่ากับ 50-70) และ มาก (ระดับเชาวน์ปัญญาน้อยกว่า 50) โดยเน้นที่ระดับความช่วยเหลือที่บุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องการ แบ่งระดับความรุนแรงแบบนี้เพื่อช่วยแยกกลุ่มที่ระดับเชาวน์ปัญญาสูงกว่า 50 ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เรียนได้ (educable) ให้ได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการศึกษา ส่วนกลุ่มที่ระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่า 50 จะเน้นที่การฝึกทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการดำรงชีวิต (trainable)

2. แบ่งตามระดับความช่วยเหลือที่ต้องการ เป็นการแบ่งเพื่อออกแบบและจัดหางานบริการ สนับสนุนสำหรับผู้บกพร่องทางสติปัญญาแต่ละบุคคลที่มีข้อจำกัดให้เข้าถึงระบบการศึกษาทั่วไป และ

ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด แบ่งเป็น 4 ระดับ และประเมินอย่างน้อย 9 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการ การเรียนการสอน การใช้ชีวิตในบ้าน การใช้ชีวิตในชุมชน การจ้างงาน สุขภาพและความปลอดภัย พฤติกรรม ทักษะทางสังคม และการแก้ต่างและการป้องกัน

### ความชุก

โดยทั่วไปพบบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 1 - 3 ของประชากร<sup>10</sup> ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาประมาณร้อยละ 0.4 - 4.7 ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละรายงานขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัย การออกแบบการวิจัย และวิธีการศึกษา ตัวอย่างเช่น เมื่อการวินิจฉัยใช้เกณฑ์ระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) อย่างเดียว ความชุกจะพบประมาณร้อยละ 3 แต่เมื่อวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ ตามที่กล่าวข้างต้น ความชุกจะพบประมาณร้อยละ 1 (The American Academy of child & Adolescent Psychiatry : AACAP, 2542) และพบภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยอัตราชาย : หญิง ประมาณ 1.5 : 1

### การดำเนินโรค

อายุที่เริ่มมีอาการและลักษณะอาการของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ขึ้นกับสาเหตุและความรุนแรงของความผิดปกติในการทำงานของสมองความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาที่รุนแรงอาจเห็นความผิดปกติได้ตั้งแต่อายุ 2 ปี แต่หากมีความบกพร่องเพียงเล็กน้อย อาจไม่สามารถเห็นความผิดปกติได้จนกระทั่งผู้ป่วยเข้าสู่วัยเรียนที่การเรียนมีความยากและซับซ้อนมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีโรคทางพันธุกรรมร่วมด้วย ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางร่างกายหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรมนั้นให้เห็น และมีการดำเนินโรคเป็นไปตามโรคนั้น

### สาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

1. พันธุกรรม ในผู้ป่วยที่มีเชาวน์ปัญญาบกพร่องรุนแรงจะพบสาเหตุทางพันธุกรรมได้ถึงร้อยละ 20 โรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ Down syndrome, fragile X syndrome, tuberous sclerosis, neurofibromatosis, phenylketonuria และโรคในกลุ่ม inborn error of metabolism อื่น เป็นต้น

2. ภาวะแทรกซ้อนในระยะ prenatal และ perinatal พบได้ร้อยละ 23 ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสต่าง ๆ มารดาเสพยาเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ ซึ่งทำให้เกิด fetal alcohol syndrome และ amphetamine เป็นต้น การได้รับสารพิษ ภาวะทุพโภชนาการ

ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด และภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเกิด

3. สาเหตุที่เกิดขึ้นภายหลัง พบได้ร้อยละ 8 สาเหตุในกลุ่มนี้ ได้แก่ การติดเชื้อ เช่น encephalitis, meningitis การบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื้องอกในสมอง และผลกระทบจากการรักษา เช่น เคมีบำบัด การฉายรังสี ภาวะทุพโภชนาการรุนแรง และการขาดสารอาหารบางชนิด การได้รับพิษจากสารบางอย่าง เช่น ตะกั่ว ปรอท การเป็นโรคบางอย่าง เช่น hypothyroidism และ seizure disorder และรวมถึงการขาดการกระตุ้นที่เหมาะสม หรือ psychosocial deprivation

4. ความผิดปกติของสมองที่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน พบได้ร้อยละ 8 โรคกลุ่มนี้ ได้แก่ neural tube defect และ Cornelia de Lange เป็นต้น

5. ไม่ทราบสาเหตุ พบได้ร้อยละ 25

#### ความผิดปกติที่พบร่วมด้วย

พบความผิดปกติทางจิตเวชในบุคคลที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาได้ถึงร้อยละ 45 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป ความผิดปกติเหล่านี้จะพบบ่อยขึ้นเมื่อความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นปัญหาพฤติกรรม ความผิดปกติที่พบ ได้แก่ ชน สมาธิสั้น พบร้อยละ 8 - 15 พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ร้อยละ 3 - 15 นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมก้าวร้าว กระตุ้นตนเอง เช่น ตบมือ เขย่งเท้า ต้อ เกเร พบโรคอารมณ์สับสนแปรปรวนร้อยละ 1 - 3.5 และโรคจิต (schizophrenia) ร้อยละ 3 การรักษาโดยการปรับพฤติกรรมและการใช้ยา ส่วนการทำจิตบำบัดมักไม่ค่อยได้ผล<sup>(21)</sup>

#### **สถาบันราชานุกูล (Rajanukul Institute)**

สถาบันราชานุกูล เป็นสถาบันพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคคลปัญญาอ่อนแบบครบวงจรแห่งแรกในประเทศไทย สร้างขึ้นเมื่อ พ.ศ.2503 บริการของสถาบัน คือ ให้บริการทางการแพทย์ ให้การศึกษาในโรงเรียนพิเศษเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ การฝึกอาชีพและการจ้างงาน ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและบุคคลปัญญาอ่อน และเป็นสถาบันให้การศึกษาฝึกอบรมแก่แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาและผู้สนใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมืออันดีระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาพบว่า มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ได้แก่ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว เด็กที่มีปัญหาในการเรียน ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคหอบหืด เด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และคนพิการในจังหวัดต่าง ๆ ด้วยวิธีหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เครื่องมือที่ใช้หลายประเภท ไม่ว่าจะเป็น The Pediatric Quality of Life (PedsQL™ 4.0) แบบสอบถาม PAQLQ (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaires) หรือแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยคิดค้นขึ้นมาเอง โดยผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ได้แก่ สัมพันธภาพกับชุมชน เขตที่อยู่อาศัย ประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ประเภทของความพิการ สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาที่มีความพิการ และอายุของผู้พิการ<sup>(22)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว ความรู้ของมารดาในการดูแลบุตร และสัมพันธภาพในโรงเรียน ปัจจัยด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลการศึกษาแต่ละเรื่องออกมาดังแสดงในตาราง ดังนี้

เรื่องที่ศึกษา	รายชื่อผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการศึกษา
ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น	ไกรสร พงศ์วิไลรัตน์, อรวรรณ เลาะห์เรณู, ชวนันท์ ชาญศิลป์, ชาตรี วิฑูรชาติ <sup>(23)</sup>	ผู้ป่วยเด็กอายุ 8-12 ปี ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาที่คลินิกพัฒนาการเด็กที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 46 ราย	The Pediatric Quality of Life (PedsQL™ 4.0)	ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.03 ความพึงพอใจในชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่าจะได้รับการตรวจทางกายภาพว่าร่างกายอยู่ในสภาพปกติดี

เรื่องที่ศึกษา	รายชื่อผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการศึกษา
คุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว	วราภรณ์ ชันธุ์เขียว <sup>(24)</sup>	เด็กวัยเรียนที่พิการทางกายและการเคลื่อนไหว ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 35 คน	แบบสัมภาษณ์กลุ่ม	คุณภาพชีวิตตามความเห็นของเด็กพิการทางกายและการเคลื่อนไหวและผู้ปกครองอยู่ในระดับต่ำทุกด้านเมื่อเทียบกับเด็กปกติ
คุณภาพชีวิตในเด็กที่มีปัญหาการเรียน	นิภาพร โพธิ์ศรี <sup>(25)</sup>	ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาการเรียนที่มารับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และผู้ปกครอง จำนวน 40 ราย	The Pediatric Quality of Life (PedsQL™ 4.0)	ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 ระดับต่ำ ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70 ระดับคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ จิตใจและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว	ศศิธร วรณพงษ์, ฉันทิกา จันทร์เปีย, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดิกล <sup>(26)</sup>	ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำนวน 200 คน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดีมาก ด้านอัตมโนทัศน์ด้านสุขภาพ และการทำงาน ของร่างกาย ตลอดจนด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี
คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด	พัชรินทร์ เวียงแก้ว <sup>(11)</sup>	เด็กวัยเรียนโรคหอบหืด อายุ 7 – 12 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคมุมิแพ้ว สถาบันสุขภาพเด็ก	แบบสอบถาม PAQLQ (Pediatric	กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 55.5 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน ระดับการศึกษา และความรู้เรื่องโรคหอบหืดของ

เรื่องที่ศึกษา	รายชื่อผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้	ผลการศึกษา
		แห่งชาติมหาสารคาม วชิรพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 ราย	Asthma Quality of Life Questionnaires)	มารดาต่างกัน และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง	สุดใจ สมิติการ (27)	ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก โรคเบาหวาน และโรคธาลัสซีเมีย อายุ 7 – 13 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 180 ราย	แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 22.2 ร้อยละ 77.8 มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาส	วีระชัย อิ่มน้ำขาว, ศิราณี อิ่มน้ำขาว, ศุภวัฒน์ สุริโย, ดิษฐพล ใจชื่อ (28)	ผู้ดูแลและผู้พิการที่ด้อยโอกาส ที่ตำบลวังแสง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม จำนวนกลุ่มละ 59 คน	แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้พิการที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง	คุณภาพชีวิตของผู้พิการที่ด้อยโอกาส โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ด้านสังคม มีความเฉลี่ยในระดับมาก ด้านร่างกายและด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการใน จ. พิษณุโลก	ปกรณ์ วชิรศุภกุล (29)	ผู้พิการทางการมองเห็น และการเคลื่อนไหว อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 348 คน	แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต	ผู้พิการมีระดับคุณภาพชีวิตรวมทุกด้าน (ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ, ด้านสังคม) อยู่ในระดับปานกลาง

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการศึกษา

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

**ประชากรเป้าหมาย (Target Population)** คือ ผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ช่วงอายุ 2 – 18 ปี

**ประชากรตัวอย่าง (Sample Population)** คือ ผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ช่วงอายุ 2 – 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ที่ผู้ปกครองสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**กลุ่มตัวอย่าง (Samples)** คือ ผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ช่วงอายุ 2 – 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2562 โดยผู้ปกครองสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ช่วงอายุ 2 – 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญา เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล
2. ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบดูแลเด็กด้านต่าง ๆ โดยให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน
3. ผู้ปกครองสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

โดยผู้ปกครอง 1 คน สามารถตอบได้ 1 ครั้ง หากผู้ปกครองมีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในปกครอง มากกว่า 2 คน จะให้ผู้ปกครองทำการจับฉลากสุ่มเลือกตอบเพียง 1 คน

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ปกครองที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัย

### การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size)

โดยใช้สูตรคำนวณของ Taro Yamane 1973 อ้างถึงใน ยุทธพงษ์ กัยวรรณ<sup>(30)</sup> ดังนี้

$$\text{Yamane, } n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากรทั้งหมด (ผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล ในปี พ.ศ.2559 มีทั้งหมด 9,980 คน)

$e$  = ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากตัวอย่างประชากรเท่าที่จะยอมรับได้

แทนค่า  $n = \frac{9,980}{1 + (9,980 \times (0.05)^2)} = 384.58$  หรือประมาณ 385 คน

และเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลที่อาจเกิดขึ้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ( $n$ ) เท่ากับ 385 คน

$$n = 385 \times 0.1 = 38.5 \text{ หรือประมาณ } 39 \text{ คน}$$

ดังนั้นจะต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น  $385 + 39 = 424$  คน

โดยผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 ช่วงวัย คือ 2 – 4 ปี , 5 – 7 ปี , 8 – 12 ปี , 13 –

18 ปี

และเก็บกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงวัยด้วยจำนวนที่เท่ากัน คือ  $\frac{424}{4} = 106$  คนต่อช่วงวัย



## วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

เก็บกลุ่มตัวอย่างทุกรายจากผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มารับการ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเก็บตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม 2562 จนครบจำนวน 424 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และครอบครัว จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน : 1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปกครอง และลักษณะครอบครัวของเด็ก 2. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (PedsQL™ 4.0) สำหรับเด็กอายุ 2 - 4, 5 - 7, 8 - 12, 13 - 18 ปี ฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parent Proxy-Report) พัฒนาโดย Dr.James W Varni<sup>(31)</sup> และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยทีมงานนักวิจัยไทยของ Dr.James W Varni ซึ่งได้รับการ อนุญาตจาก Dr.James W Varni เรียบร้อยแล้ว มีจำนวน 23 ข้อ คะแนน 0 - 100 คะแนน และ cut-off score  $\leq 65.43$  ถือว่ามีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการทดสอบความ น่าเชื่อถือ เท่ากับ 0.92<sup>(32)</sup>

### 1. ลักษณะของข้อมูล

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (PedsQL™ 4.0) ฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parent Proxy-Report) มี 4 แบบ แบ่งตามช่วงอายุ สำหรับเด็กอายุ 2 - 4, 5 - 7, 8 - 12, 13 - 18 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ทุกช่วงอายุมีข้อคำถามที่เหมือนกัน แต่ต่างเฉพาะภาษาที่ใช้ ให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละช่วงวัย ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยวัดคุณภาพชีวิตเด็กที่มีความ บกพร่องทางสติปัญญา 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (8 ข้อ) อารมณ์ (5 ข้อ) สังคม (5 ข้อ) และ โรงเรียน (5 ข้อ) แบบวัดนี้มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

ตอบ ไม่เลย	ทำเครื่องหมายที่ช่อง 0
ตอบ เกือบไม่เคย	ทำเครื่องหมายที่ช่อง 1
ตอบ บางครั้ง	ทำเครื่องหมายที่ช่อง 2

ตอบ บ่อย ๆ                      ทำเครื่องหมายที่ช่อง 3

ตอบ เกือบตลอดเวลา          ทำเครื่องหมายที่ช่อง 4

### การแปลผลคะแนน

การให้คะแนน จะมีคะแนน 0 - 100 คะแนน โดยมีการให้คะแนนในแต่ละตัวเลือกดังนี้

ตอบ ไม่เลย                      ทำเครื่องหมายที่ช่อง 0 ให้ 100 คะแนน

ตอบ เกือบไม่เคย              ทำเครื่องหมายที่ช่อง 1 ให้ 75 คะแนน

ตอบ บางครั้ง                    ทำเครื่องหมายที่ช่อง 2 ให้ 50 คะแนน

ตอบ บ่อย ๆ                      ทำเครื่องหมายที่ช่อง 3 ให้ 25 คะแนน

ตอบ เกือบตลอดเวลา          ทำเครื่องหมายที่ช่อง 4 ให้ 0 คะแนน

ค่าคะแนนรวมที่ได้มากกว่าแสดงถึง ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตถูกรวมโดยการคิดคะแนนของแต่ละข้อ คะแนนจุดตัด (cut-off score) คะแนนคุณภาพชีวิตระดับปกติ สำหรับแบบสอบถามที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report) อยู่ที่ มากกว่า 69.71 คะแนน และมากกว่า 65.43 คะแนน สำหรับแบบสอบถามที่รายงานโดยผู้ปกครอง (Parent-proxy report) ดังนั้นคะแนนจุดตัด (cut-off score) คะแนนคุณภาพชีวิตระดับต่ำ สำหรับแบบสอบถามที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report) อยู่ที่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 69.71 คะแนน และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65.43 คะแนน สำหรับแบบสอบถามที่รายงานโดยผู้ปกครอง (Parent-proxy report)

### **การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)** การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินการดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาจากหนังสือ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ติดต่อขออนุญาตใช้แบบสอบถามจาก Mapi Research Institute กับ Dr. James W Varni
3. ภายหลังได้รับการอนุญาต ขอนหนังสือรับรองจากหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอเข้าถึงข้อมูล (ระดับสติปัญญา) ของเด็กในเวชระเบียน

4. ภายหลังได้รับการอนุญาต ทำการติดต่อประสานงานกับแพทย์และพยาบาลที่สถาบันราชานุกูล  
 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงวันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
 เวลา 08.00 – 16.00 น. ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล โดย
  - คัดเลือกผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้  
 ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย
  - เมื่อผู้ปกครองยินยอมที่จะให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจะเชิญผู้ปกครองไปยังสถานที่ที่เป็นห้อง  
 เจียบ  
 เพื่อให้ผู้ปกครองนั่งทำแบบสอบถามและเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมใน  
 งานวิจัยนี้
  - ทำการแจกแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ปกครองกรอรายละเอียดด้วยตนเอง
6. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดประมาณ 10 - 15 นาที ขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง  
 (ชุดที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ชุดที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบในแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่  
 สมบูรณ์
8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าทางสถิติ

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล  
 เป็นความลับ ไม่นำข้อมูลส่วนตัวมาเปิดเผย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบข้อมูลในการ  
 วิจัย และแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยก่อนการทำการเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะ  
 ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ผู้วิจัยจะระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ  
 รวมทั้งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถมีอิสระที่จะสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยไม่มีกรข่มขู่บังคับใด ๆ  
 จากผู้วิจัย หรือผู้ที่มีอิทธิพลอำนาจ และผู้วิจัยจะไม่แสวงหาประโยชน์จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพียง  
 เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และจะไม่ทอดทิ้งหรือแบ่งแยกบุคคลหรือกลุ่มคนที่อาจได้รับประโยชน์  
 จากความก้าวหน้าของการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSS โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล โดยใช้ t-test, One-way ANOVA



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา” โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 2 – 18 ปี ที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จำนวน 424 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2562 ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวนและคำร้อยละ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

## ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านสุขภาพและการรักษา และด้านครอบครัวของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและค่าร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล ด้านสุขภาพและการรักษา และด้านครอบครัวของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (n = 424 คน)

ข้อมูลประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของผู้ตอบแบบสอบถามกับเด็ก		
- บิดา	120	28.3
- มารดา	237	55.9
- อื่น ๆ		
- ญาติ	58	13.68
- ไม่ใช่ญาติ	9	2.12
เพศของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา		
- ชาย	284	66.98
- หญิง	140	33.02
การศึกษาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา		
- ไม่ได้ศึกษา	128	30.19
- อนุบาล	116	27.36
- ประถมศึกษา	130	30.66
- มัธยมศึกษาตอนต้น	35	8.25
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	3.54
ระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญา		
- ระดับเล็กน้อย	169	39.9
- ระดับปานกลาง	134	31.6
- ระดับรุนแรง	78	18.4
- ระดับรุนแรงมาก	43	10.1

ข้อมูลประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญา		
- น้อยกว่า 1 ปี	47	11.1
- 1 – 5 ปี	219	51.7
- มากกว่า 5 ปี	158	37.3
สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง		
- อยู่กับคู่สมรส	305	71.9
- หย่าร้าง	119	28.1
อาชีพของผู้ปกครอง		
- ว่างาน	145	34.2
- พนักงานประจำ	117	27.6
- พนักงานอิสระ	85	20.0
- เจ้าของธุรกิจ	77	18.2
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)		
- น้อยกว่า 10,000 บาท	44	10.4
- 10,001 - 50,000 บาท	329	77.6
- มากกว่า 50,001 บาท	51	12
ความขัดแย้งในครอบครัว		
- มีความขัดแย้ง	225	53.06
- ไม่มีความขัดแย้ง	199	46.93

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นมารดา (55.9%) รองลงมาคือบิดา (23.8%) และอื่น ๆ (ญาติ 13.68% และไม่ใช่ญาติ 2.12%) ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าสถานภาพสมรสของผู้ปกครองอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส 71.9% แยกกัน 28.1% สัดส่วนของผู้ปกครองที่ทำงานเป็นว่างงาน (34.2%), พนักงานประจำ (27.6%), อิสระ (20%) และเจ้าของธุรกิจ (18.2%)

จากกลุ่มตัวอย่างของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจำนวน 424 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 284 คน (66.98%) และหญิง 140 คน (33.02%) มีจำนวนเด็กที่ศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด 130 คน (30.66%) รองลงมาคือ ไม่ได้เรียน 128 คน (30.19%) อนุบาล 116

คน (27.36%) มัธยมศึกษา 35 คน (8.25%) และอุดมศึกษา 15 คน (3.54%) สำหรับระดับความรุนแรงของความบกพร่องของสติปัญญาพบว่า มีระดับเล็กน้อย 169 คน (39.9%) ปานกลาง 134 คน (31.6%) รุนแรง 78 คน (18.4%) และรุนแรงมาก 39 คน (10.1%) เด็กส่วนใหญ่มีโรคร่วม 344 คน (81.13%) และไม่มีโรคร่วม 80 คน (18.87%) เวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญามากกว่า 5 ปี มี 37.3% 1-5 ปี (51.7%) และน้อยกว่า 1 ปี (11.1%)

## ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 56.55 คะแนน มี 277 คน (65.3%) ที่มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำและ 147 คน (34.7%) มีคุณภาพชีวิตปกติ เมื่อพิจารณาตามแต่ละกลุ่มอายุพบว่าเด็กทุกวัยมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดพบใน 2-4 ปี (52.74 คะแนน) ตามด้วย 13-18 ปี (55.75 คะแนน) 8-12 ปี (57.23 คะแนน) และ 5-7 ปี (60.47 คะแนน) กลุ่มอายุ 2-4 ปี 5-7 ปี และ 8-12 ปีมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในโรงเรียน เด็กอายุ 13-18 ปีมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านสังคม ทุกด้านมีคะแนนต่ำกว่า 65.43 คะแนน โดยด้าน “โรงเรียน” มีคะแนนต่ำสุด (51 คะแนน) ตามด้วย “สังคม” “ร่างกาย” และ “อารมณ์” 52.67, 61.16 และ 61.36 คะแนนตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา สถาบันราชานุกูล โดยรวมและรายด้าน แยกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน = 424 คน (106 คนต่อช่วงอายุ)				
	ร่างกาย	อารมณ์	สังคม	โรงเรียน	โดยรวม
2 - 4 ปี	60.17	58.44	47.92	44.43	52.74
5 - 7 ปี	64	65.99	58.25	53.63	60.47
8 - 12 ปี	60.85	61.89	53.63	52.55	57.23
13 - 18 ปี	59.61	59.10	50.85	53.42	55.75
โดยรวม	61.16	61.36	52.67	51	56.55



ตารางที่ 3 แสดงค่าความชุกของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา สถาบันราชานุกูล แยกตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ	จำนวน = 424 คน (106 คนต่อช่วงอายุ)			
	ปกติ (คน)	ร้อยละ	ระดับต่ำ (คน)	ร้อยละ
2 - 4 ปี	31	29.2	75	70.8
5 - 7 ปี	41	38.7	65	61.3
8 - 12 ปี	39	36.8	67	63.2
13 - 18 ปี	36	34	70	66
โดยรวม	147	34.7	277	65.3

จากตารางที่ 3 พบว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยพบสัดส่วนความชุกของระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่มากที่สุดพบในช่วง 2-4 ปี (70.8%) รองลงมา คือ 13-18 ปี (66%) 8-12 ปี (63.2%) และพบน้อยที่สุดในช่วง 5-7 ปี (61.3%) ตามลำดับ ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา สถาบันราชานุกูล โดยรวมและรายด้าน แยกตามระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญา

ระดับความรุนแรงของ ความบกพร่องทางสติปัญญา	ร้อยละ				
	ร่างกาย	อารมณ์	สังคม	โรงเรียน	โดยรวม
ระดับเล็กน้อย (n = 163)	67.06	65.27	55.41	55.96	60.93
ระดับปานกลาง (n = 132)	62.99	61.94	56.16	52.50	58.40
ระดับรุนแรง (n = 76)	55.77	58.14	49.17	47.69	52.70
ระดับรุนแรงมาก (n = 39)	42.01	50	37.33	32.91	40.56
โดยรวม	61.16	61.36	52.67	51	56.55

ตารางที่ 5 แสดงค่าความชุกของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา สถาบันราชานุกูล แยกตามระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญา

ระดับความรุนแรงของ ความบกพร่องทางสติปัญญา	จำนวน = 424 คน			
	ปกติ (คน)	ร้อยละ	ระดับต่ำ (คน)	ร้อยละ
ระดับเล็กน้อย (n = 163)	31	29.2	75	70.8
ระดับปานกลาง (n = 132)	41	38.7	65	61.3
ระดับรุนแรง (n = 76)	39	36.8	67	63.2
ระดับรุนแรงมาก (n = 39)	36	34	70	66
โดยรวม	147	34.7	277	65.3

จากตารางที่ 4 และ 5 เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของความพิการทางปัญญาในแต่ละกลุ่มพบว่าทุกกลุ่มมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำในทุกด้านเช่นกัน พบคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในระดับรุนแรงมาก (40.56 คะแนน) ตามด้วยระดับรุนแรง (52.70 คะแนน) ปานกลาง (58.40 คะแนน) และ เล็กน้อย (60.93 คะแนน) สัดส่วนของคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่สุดพบได้ในระดับรุนแรงมากเช่นกัน (87.2%) รองลงมาคือระดับรุนแรง (72.4%) ปานกลาง (64.4%) และระดับเล็กน้อย (57.7%)

### ตอนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา และปัจจัยด้านครอบครัวของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยด้านเด็กมีผลต่อคุณภาพชีวิตในช่วงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.10$ ) ความรุนแรงของความพิการทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.20$ ) ระยะเวลาจากการวินิจฉัย ของความพิการทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.016$ ) ส่วนการมีโรคร่วมหรือไม่โรคร่วมไม่พบว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6) และการศึกษาของเด็กที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (ตารางที่ 7) ในขณะที่ปัจจัยครอบครัวสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน และรายได้ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.01$ ) (ตารางที่ 8) ( $P < 0.05$ ) (ตารางที่ 9) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยใช้ Independent t-test

คุณภาพชีวิต	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	t	P-value
<b>ช่วงอายุ</b>						
ร่างกาย	อายุ 2 – 4 ปี	106	60.17	30.79	-0.964	0.336
	มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	318	64.00	26.95		
อารมณ์	อายุ 2 – 4 ปี	106	58.44	23.00	-2.633	0.009*
	มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	318	65.99	18.48		
สังคม	อายุ 2 – 4 ปี	106	47.92	28.95	-2.759	0.006*
	มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	318	58.25	25.45		
โรงเรียน	อายุ 2 – 4 ปี	106	44.43	28.79	-2.464	0.015*
	มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	318	53.63	25.46		
โดยรวม	อายุ 2 – 4 ปี	106	52.74	23.64	-2.596	0.010*
	มากกว่า 4 ปีขึ้นไป	318	60.47	19.50		
<b>ระดับความรุนแรง</b>						
ร่างกาย	เล็กน้อยถึงรุนแรง	348	66.58	27.72	2.471	0.015*
	รุนแรงมาก	76	56.04	32.00		
อารมณ์	เล็กน้อยถึงรุนแรง	348	64.94	21.92	2.271	0.025*
	รุนแรงมาก	76	58.42	20.05		
สังคม	เล็กน้อยถึงรุนแรง	348	55.28	29.17	1.540	0.126
	รุนแรงมาก	76	49.20	27.98		
โรงเรียน	เล็กน้อยถึงรุนแรง	348	55.69	27.81	1.885	0.061
	รุนแรงมาก	76	48.42	27.75		
โดยรวม	เล็กน้อยถึงรุนแรง	348	60.62	22.92	2.343	0.20*
	รุนแรงมาก	76	53.02	23.54		
<b>ระยะเวลาวินิจฉัย</b>						
ร่างกาย	0 - 5 ปี	266	67.82	26.92	5.908	0.001*
	มากกว่า 5 ปี	158	54.96	31.64		
อารมณ์	0 - 5 ปี	266	67.34	29.42	5.078	0.002*

คุณภาพชีวิต	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	Mean	SD	t	P-value
สังคม	มากกว่า 5 ปี	158	57.44	22.09	1.246	0.132
	0 - 5 ปี	266	55.43	25.49		
โรงเรียน	มากกว่า 5 ปี	158	49.40	29.59	6.683	0.002*
	0 - 5 ปี	266	64.15	24.74		
โดยรวม	มากกว่า 5 ปี	158	47.49	28.34	5.208	0.001*
	0 - 5 ปี	266	63.68	20.33		
<b>การมีโรคร่วม</b>						
ร่างกาย	ไม่มีโรคร่วม	80	62.23	30.17	0.357	0.721
	มีโรคร่วม	344	60.91	29.60		
อารมณ์	ไม่มีโรคร่วม	80	61.50	23.23	0.066	0.947
	มีโรคร่วม	344	61.32	21.20		
สังคม	ไม่มีโรคร่วม	80	49.82	30.81	-1.002	0.317
	มีโรคร่วม	344	53.33	27.62		
โรงเรียน	ไม่มีโรคร่วม	80	51.94	27.51	0.333	0.739
	มีโรคร่วม	344	50.92	27.28		
โดยรวม	ไม่มีโรคร่วม	80	56.37	24.58	-0.076	0.939
	มีโรคร่วม	344	56.59	22.77		

\*P &lt; 0.05

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ (Post hoc comparison) ของค่าคะแนนเฉลี่ย  
คุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านกับปัจจัยด้านระดับการศึกษา โดยใช้ One-way  
ANOVA (Games-Howell)

ปัจจัยส่วนบุคคล	Mean	ไม่ได้รับ การศึกษา	อนุบาล	ประถมศึกษา ขึ้นไป
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>				
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	56.58	-	-5.723	3.620
อนุบาล	50.85	5.723	-	9.344*
ประถมศึกษาขึ้นไป	60.20	-3.620	-9.344*	-
<b>คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย</b>				
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	63.45	-	-9.654*	0.819
อนุบาล	53.80	9.654*	-	10.472*
ประถมศึกษาขึ้นไป	64.27	-0.819	-10.472*	-
<b>คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์</b>				
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	60.31	-	-1.563	3.465
อนุบาล	58.75	1.563	-	5.028
ประถมศึกษาขึ้นไป	63.78	-3.465	-5.028	-
<b>คุณภาพชีวิตด้านสังคม</b>				
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	51.80	-	-3.693	4.425
อนุบาล	48.10	3.693	-	8.119
ประถมศึกษาขึ้นไป	56.22	-4.425	-8.119	-
<b>คุณภาพชีวิตด้านโรงเรียน</b>				
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	50.74	-	-7.984	5.772
อนุบาล	42.76	7.984	-	13.755*

ปัจจัยส่วนบุคคล	Mean	ไม่ได้รับการศึกษา	อนุบาล	ประถมศึกษาขึ้นไป
ประถมศึกษาขึ้นไป	56.51	-5.772	-13.755*	-

\*P < 0.05

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวของเด็กกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยใช้ Independent t-test

คุณภาพชีวิต	ปัจจัยด้านครอบครัว	จำนวน (คน)	Mean	SD	t	P-value
<b>ความขัดแย้งในครอบครัว</b>						
ร่างกาย	มีความขัดแย้ง	225	63.61	26.98	7.79	0.039*
	ไม่มีความขัดแย้ง	199	57.58	32.52		
อารมณ์	มีความขัดแย้ง	225	64.52	19.83	3.06	0.002*
	ไม่มีความขัดแย้ง	199	57.74	23.17		
สังคม	มีความขัดแย้ง	225	56.43	26.07	6.89	0.002*
	ไม่มีความขัดแย้ง	199	48.00	30.15		
โรงเรียน	มีความขัดแย้ง	225	54.96	26.82	0.46	0.001*
	ไม่มีความขัดแย้ง	199	46.11	28.30		
โดยรวม	มีความขัดแย้ง	225	59.88	21.03	4.80	0.001*
	ไม่มีความขัดแย้ง	199	52.36	25.03		

\*P < 0.05

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ (Post hoc comparison) ของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านกับปัจจัยด้านรายได้ของครอบครัว โดยใช้ One-way ANOVA (Games-Howell)

ปัจจัยด้านครอบครัว	Mean	น้อยกว่า 10,000 บาท	10,000 – 50,000 บาท	มากกว่า 50,000 บาท
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>				
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)	64.96	-	-8.447	-15.488*
น้อยกว่า 10,000 บาท	56.52	8.447	-	-7.041
10,000 – 50,000 บาท	49.48	15.488*	7.041	-
มากกว่า 50,000 บาท				
<b>คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย</b>				
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)	69.74	-	-8.546	-16.252*
น้อยกว่า 10,000 บาท	61.20	8.546	-	-7.706
10,000 – 50,000 บาท	53.50	16.252*	7.706	-
มากกว่า 50,000 บาท				
<b>คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์</b>				
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)	70.11	-	-9.020*	14.623*
น้อยกว่า 10,000 บาท	61.10	9.020*	-	-5.604
10,000 – 50,000 บาท	55.50	14.623*	5.604	-
มากกว่า 50,000 บาท				
<b>คุณภาพชีวิตด้านสังคม</b>				
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)	61.00	-	-8.652	-13.670*
น้อยกว่า 10,000 บาท	52.40	8.652	-	-5.018
10,000 – 50,000 บาท	47.40	13.670*	5.018	-
มากกว่า 50,000 บาท				

ปัจจัยด้านครอบครัว	Mean	น้อยกว่า 10,000 บาท	10,000 – 50,000 บาท	มากกว่า 50,000 บาท
<b>คุณภาพชีวิตด้านโรงเรียน</b>				
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)	59.00	-	-7.571	17.409*
น้อยกว่า 10,000 บาท	51.40	7.571	-	-9.837
10,000 – 50,000 บาท	41.57	17.409*	9.837	-
มากกว่า 50,000 บาท				

\*P < 0.05





## บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ช่วงอายุ 2 – 18 ปี บริบูรณ์ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล โดยใช้การสอบถามจากผู้ปกครองของเด็ก จำนวน 424 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 ช่วงวัย คือ 2 – 4 ปี , 5 – 7 ปี , 8 – 12 ปี , 13 – 18 ปี ช่วงวัยละ 106 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม 2562 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และครอบครัว และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (PedsQL™ 4.0) สำหรับเด็กอายุ 2 - 4, 5 - 7, 8 - 12, 13 - 18 ปี ฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parent Proxy-Report) พัฒนาโดย Dr.James W Varni<sup>17</sup> และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยทีมงานของ Dr.James W Varni เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และโรงเรียน ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือ เท่ากับ 0.9218

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติ t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านกับปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติ Chi-square และ One-way ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา และปัจจัยด้านครอบครัว และใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise

Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยใช้โปรแกรม SPSS for windows version 11.5

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา และปัจจัยด้านครอบครัว มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจำนวน 424 คนพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 284 คน (66.98%) และหญิง 140 คน (33.02%) มีการศึกษาสูงที่สุดในระดับประถมศึกษา 130 คน (30.66%), ไม่ได้เรียน 128 คน (30.19%), อนุบาล 116 คน (27.36%), มัธยมศึกษา 35 คน (8.25%) และอุดมศึกษา 15 คน (3.54%) มีนอบายว่าสัดส่วนที่ใหญ่ที่สุดของความรุนแรงของความพิการทางปัญญาของเด็กมีน้อย 169 คน (39.9%), ปานกลาง 134 คน (31.6%), รุนแรง 78 คน (18.4%) และลึกซึ้ง 39 คน (10.1%) เด็กส่วนใหญ่มีโรคร่วม 344 คน (81.13%) และไม่มีโรคร่วม 80 คน (18.87%) เวลาจากการวินิจฉัยความพิการทางปัญญามากกว่า 5 ปีคือ 37.3%, 1-5 ปี (51.7%) และน้อยกว่า 1 ปี (11.1%)

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นมารดา (55.9%) รองลงมาคือบิดา (23.8%) และอื่น ๆ (ญาติ 13.68% และไม่ใช่ญาติ 2.12%) ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าสถานภาพสมรสของผู้ปกครองอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส 71.9% แยกกัน 28.1% สัดส่วนของผู้ปกครองที่ทำงานเป็นว่างงาน (34.2%), พนักงานประจำ (27.6%), อิสระ (20%) และเจ้าของธุรกิจ (18.2%)

2. คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

คุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญาอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ที่ 56.55 คะแนน มี 277 คน (65.3%) ที่มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำและ 147 คน (34.7%) มีคุณภาพชีวิต

เมื่อพิจารณาตามแต่ละกลุ่มอายุพบว่าเด็กทุกวัยมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดพบใน

2-4 ปี (52.74 คะแนน) ตามด้วย 13-18 ปี (55.75 คะแนน) 8-12 ปี (57.23 คะแนน) และ 5-7 ปี (60.47 คะแนน) กลุ่มอายุ 2-4 ปี 5-7 ปีและ 8-12 ปีมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในโรงเรียน เด็กอายุ 13-18 ปีมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านสังคม ทุกโดเมนมีคะแนนต่ำกว่า 65.43 ด้วย “โรงเรียน” ที่มีคะแนนต่ำสุด (51) ตามด้วย “สังคม” “ร่างกาย” และ “อารมณ์” 52.67, 61.16 และ 61.36 จุดตามลำดับ

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยพบสัดส่วนความชุกของระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่มากที่สุดพบในช่วง 2-4 ปี (70.8%) รองลงมา คือ 13-18 ปี (66%) 8-12 ปี (63.2%) และพบน้อยที่สุดในช่วง 5-7 ปี (61.3%) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของความพิการทางปัญญาในแต่ละกลุ่มพบว่าทุกกลุ่มมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำในทุกด้านเช่นกัน พบคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในระดับรุนแรงมาก (40.56 คะแนน) ตามด้วยระดับรุนแรง (52.70 คะแนน) ปานกลาง (58.40 คะแนน) และ เล็กน้อย (60.93 คะแนน) สัดส่วนของคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่สุดพบได้ในระดับรุนแรงมากเช่นกัน (87.2%) รองลงมาคือระดับรุนแรง (72.4%) ปานกลาง (64.4%) และระดับเล็กน้อย (57.7%)

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา และปัจจัยด้านครอบครัว กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยด้านเด็กมีผลต่อคุณภาพชีวิตในช่วงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.10$ ) ความรุนแรงของความพิการทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.20$ ) ระยะเวลาจากการวินิจฉัย ของความพิการทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.016$ ) (ตารางที่ 6) และการศึกษาของเด็กที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (ตารางที่ 7) ในขณะที่ปัจจัยครอบครัวสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน และรายได้ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.01$ ) ( $P < 0.05$ ) ตามลำดับ

### อภิปรายผลการศึกษา

โดยสรุปผลการศึกษาพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาสถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ พวกเขาอยู่ในระดับต่ำของคุณภาพชีวิตในทุกด้านเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอายุ 2-4 ปี ผลการศึกษานี้

สอดคล้องกับการศึกษาของ Friedrich<sup>(33)</sup> (1981: 511-533) ที่พบว่าผู้ปกครองที่มีทารกและเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เด็กปฐมวัยรุนแรงกว่าเด็กคนอื่น ๆ เนื่องจากผู้ปกครองอยู่ในช่วงของการปรับตัวเพื่อเรียนรู้และเข้าใจพัฒนาการล่าช้าของลูกของพวกเขา นอกจากนี้เด็กในวัยนี้ยังเด็กมากที่ช่วยตัวเองในเรื่องต่าง ๆ

การเปรียบเทียบระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตกับระดับความรุนแรงของความพิการทางปัญญาพบว่าเด็กได้รับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าปกติทุกด้าน สัดส่วนที่สูงที่สุดของกลุ่มพบในระดับความพิการอยู่ในระดับรุนแรง ซึ่งตรงกับการอ้างอิงข้อมูลของ ภูฟ้า เสวกพันธ์ (2006) ที่กล่าวว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงส่วนใหญ่แล้วจะเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ไม่ได้เลย มีทักษะการเคลื่อนไหว การพูด การช่วยเหลือตนเอง การเข้าสังคม และการเรียน อยู่ในระดับต่ำมาก หรือทำไม่ได้เลย ต้องการคนดูแลและพยาบาลอยู่ตลอดเวลา

ในการศึกษาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาปัญญาที่มีความขัดแย้งในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กกลุ่มที่ไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว การค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งในครอบครัวที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hair และคณะ<sup>(34)</sup> (2009) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองและเด็กและยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายสุขภาพจิตของเด็ก การค้นพบนี้สอดคล้องกับ Emery, 1982; Johnston & Roseby, 1987 อ้างถึงใน Kelly & Emery, 2003) ที่พบว่าความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ เป็นประเด็นหลักที่สร้างความรู้สึกเครียดให้กับเด็กได้ นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงจากความขัดแย้งในครอบครัวเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการตอบสนองและนำไปสู่ความเครียด ความบกพร่องทางสติปัญญาที่รุนแรง กล่าวคือ บุคคลที่ต้องพึ่งพาและต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่น บางคนอาจมีความพิการทางร่างกายหรือมีพยาธิสภาพร่วมกันทำให้ผู้ปกครองมีภาระในการดูแลบุตรมากขึ้น ผู้ปกครองบางคนอาจต้องออกจากงานเพื่อดูแลลูก และอาจส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจของครอบครัว ด้วยเหตุนี้คุณภาพชีวิตของเด็กจึงต่ำทุกด้าน

ปัจจัยที่น่าสนใจอื่น ๆ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือการศึกษาของเด็กเวลาจากการวินิจฉัยความบกพร่องทางสติปัญญาและผลลัพธ์รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เด็กที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอนุบาลมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาและเด็กที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับ

ประถมศึกษา โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสังคมและโรงเรียน อาจเป็นเพราะเด็กวัยหัดเดินยังไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ส่วนใหญ่ไม่สามารถเล่นกับเพื่อนและไม่สามารถทำตามคำแนะนำในห้องเรียน พบว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยมานานกว่า 5 ปีมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยน้อยกว่า 5 ปี อาจเป็นเพราะการดูแลเป็นเวลานานครอบครัวอาจมีภาระการดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่กล่าวว่าหลังจากที่เด็กได้รับการวินิจฉัยครอบครัวของพวกเขาได้รับผลกระทบจากมันเพื่อออกจากงานหรือหย่าร้าง นอกจากนี้การได้รับการวินิจฉัยเป็นเวลานานอาจส่งผลให้เด็กที่มีปัญหาทางจิตไม่สามารถเข้าสังคมเป็นเวลานาน สำหรับรายได้ของครอบครัวผลการศึกษาพบว่าเด็กในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเด็กในครอบครัวที่มีรายได้ปานกลางและครอบครัวที่มีรายได้สูง อาจเป็นเพราะผู้ปกครองในครอบครัวที่มีรายได้สูงไม่มีเวลาพอที่จะดูแลลูก เลี้ยงดูลูกไม่ดี หรือมีความคาดหวังต่อลูกสูงกว่าผู้ปกครองในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำหรือไม่ ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

### ข้อจำกัดในการทำวิจัย

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้คือการศึกษาระบบภาคตัดขวางในกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่สถาบันราชานุกูลเท่านั้นและไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาทั่วไป และอาจมีตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและไม่อยู่ในขอบเขตการศึกษา

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาวิจัยพบว่าเด็กที่มีความบกพร่องด้านสติปัญญามีคุณภาพชีวิตต่ำ ทุกคนควรตระหนักถึงสิ่งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กเพื่อให้มีความตระหนักถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยการปรับปรุงปัจจัยหลายอย่างจากการศึกษาครั้งนี้ทั้งปัจจัยของเด็กและปัจจัยครอบครัว ปัจจัยด้านเด็กที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตต่ำคืออายุที่ต่ำกว่าระดับความพิการทางสติปัญญา ระดับรุนแรงมากขึ้นระยะเวลาเพิ่มขึ้นจากการวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาและนักเรียนระดับอนุบาล ปัจจัยด้านครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีคือความขัดแย้งในครอบครัวและรายได้ของครอบครัวสูง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อใช้เป็นตัวแทนของประชากรเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาทั่วไป อาจดำเนินการในสถาบันหรือชุมชนอื่น ๆ หรือด้วยเครื่องมืออื่น ๆ หรือวิธีอื่น ๆ เช่น ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) หรือใช้การสังเกตการณ์ (Observation) การศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญากับคุณภาพชีวิตที่สูงและต่ำ เป็นต้น เพื่อค้นหาผลลัพธ์ที่มากขึ้นในทุกด้าน รวมถึงการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การประสพภาวะวิกฤตในชีวิต (Life Event Crisis) ของผู้ปกครอง เป็นต้น



บรรณานุกรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

1. Manoj L, Pramote S. Ramathibodi Psychiatry (DSM-5), 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015.
2. The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL). Position paper from The World Health Organization 1995;41:1403-09.
3. Taylor SH. Drug Therapy and Quality of Life in Angina Pectoris. American Heart J 1996;40: 234-40.
4. Thai Dictionary of Royal Institute. Meaning of life quality. [Internet]. 1999. [cited 2018 Jan 10]. Available from: <http://www.royin.go.th/th/home/search1>.
5. Zhan L. Quality of life: concept and measurement issue. J Adv Nurs. 1992;17:795-880.
6. Orem D. Nursing: concept of practice. Connecticut: Application & Lange. 3<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 1991.
7. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric Assessment of The quality of life Index. Nurs Health Sci 1992;15:22-9.
8. Hunter S. Annual Day Care: Promoting Quality of life for the Elderly. J Gerontol Nurs 1992;18:17-20.
9. Aaronson NK. Quality of life: what is it? How should it be measured?. Oncology (Williston Park) 1988;2(5):69-76.
10. Cella DF, Cherin, EA. Quality of life during and after cancer treatment. Compr Ther 1988;4:69-75.
11. Patcharin W. Quality of life of school-aged children with asthma [Master of Nursing Science] Bangkok: Mahidol University; 1997.
12. ประภา รัตน์เมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวาย. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. 158 หน้า.
13. สมสิริ อัทธเสวี . คุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล,; 2540.
14. เทพพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช. 2529.
15. นิพนธ์ คันธเสวี. คุณภาพชีวิตสำหรับสังคมไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์. 2525.
16. Meberg A, et al. Quality of life in children with congenital heart defects. Acta Paediatr. 1997;86(9):975-80.



17. พิกุล นันทชัยพันธ์ จุฑามาศ กิติศรี ฉวีวรรณ ธงชัย. การออกกำลังกายในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน: การทบทวนงานวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารการพยาบาล. 2012;26.
18. Suwat M et al. Comparison of the quality of life measure of the World Health Organization, 100 indicators and 26 indicators. J Ment Health 1998;5(3):4-14.
19. Somchit S, Nipa M. Quality of life in population and quality of life. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Pim Sri Anan; 1982.
20. Flanagan JC. A research approach to importing of quality of life. Am Psychol. 1987;31(2):138-147.
21. Rajanukul Institute [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 15] Available from: [http://rajanukul.go.th/new/index.php?mode=academic&group=269&id=3228&date\\_start=&date\\_end=](http://rajanukul.go.th/new/index.php?mode=academic&group=269&id=3228&date_start=&date_end=).
22. Pakorn W. Factors affecting the quality of life of the disabled in Phitsanulok province. Master of Arts Thesis (Development Sociology), Graduate School Khon Kaen University; 1998.
23. Kraisorn P, Orawan L, Chawanana C, Chatree V. Quality of life of ADHD children. J Med Assoc Thai 2005;88(8):1062-6.
24. Waraporn K. Quality of life in school age children with physical disability and movement Mae Hong Son Province [Master of Public Health] 1<sup>st</sup> ed. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2008.
25. Nipaporn P. A study of quality of life in children with learning problems that have been treated at Queen Sirikit National Institute of Child Health. Program for diploma showing expertise in medical practice Pediatrics Branch of the Medical Council. Bangkok: Queen Sirikit National Institute of Child Health; 2010.
26. Sasithorn W, Thika C, Atchara P, Boonpian C, Nonglak Ck. Quality of life for children with leukemia. Int J Nurs Res 1999;48(3):163-70.
27. Sudjai S. Quality of life of children in school age, chronic diseases [Master of Nursing Science] Bangkok: Mahidol University; 1998.
28. Veerachai I, Sirirani I, Supawat S, Ditphon J. Quality of life of caregivers and quality of life for disadvantaged disabled people. J of the Nurs Assoc 2013;33(1): 72-9.

29. ปกรณ์ วชิรคกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการในจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
30. Yuthapong K. Fundamental research. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Suri Wiriyasan; 2000.
31. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL™ 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Med Care 2001;39:800-12.
32. Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D. The PedsQL™ 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. Ambulatory Ped 2003;3:329-341.
33. Friedrich WN. Predictor of the coping behavior of mother of handicapped children. J Couns Psychol. 1979;47:1140-1.
34. Hair E, et al. Parent marital quality and the parent-adolescent relationship: Effects on adolescent and young adult health outcomes. J Marriage Fam 2009;218-48.









เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย: คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา  
 ผู้สนับสนุนการวิจัย: ไม่มี

#### ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาววิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ  
 สถานศึกษา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 091-119-9939  
 เบอร์โทรภาควิชา 02-256-4298

#### ผู้วิจัยร่วม 1 (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)

ชื่อ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอติลา วัชรสินธุ  
 สถานศึกษา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330  
 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 081-636-3003  
 เบอร์โทรภาควิชา 02-256-5176

#### เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

#### เหตุผลความเป็นมา

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นเด็กที่มีความบกพร่องของระดับสติปัญญา และความสามารถในการปรับตัว ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเด็กและวัยรุ่น พัฒนาการทางร่างกาย สมอง และจิตใจของเด็กที่มีความบกพร่องทาง



สติปัญญาที่มีความล่าช้ากว่าปกติ จึงทำให้มีความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และสังคม การดำเนินชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจึงควรได้รับการค้นหา การประเมิน และการดูแลที่คำนึงถึงความสลับซับซ้อนของปัญหา คุณภาพชีวิต รวมทั้งผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคมของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และครอบครัว เพราะปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มิใช่ปัญหาเฉพาะตัวเด็กเท่านั้น เป้าหมายสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่ใช่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น หรือรอดชีวิตเท่านั้น แต่ต้องการให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการวางแผน ส่งเสริมและแก้ไขปัญหาในการดูแล บำบัดรักษา หรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

โดยเก็บข้อมูลจาก ผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ช่วงอายุ 2 – 18 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันราชานุกูล จำนวน 424 คน

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านทำแบบสอบถาม ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและครอบครัว จำนวน 26 ข้อ
2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 23 ข้อ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามทั้งหมดนี้ ดำเนินการเพียง 1 ครั้ง โดยท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบและการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 10 – 15 นาที

#### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด

### **ความเสี่ยงที่อาจได้รับ**

ท่านอาจมีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก รู้สึกไม่สบายกายหรือใจระหว่างตอบคำถามหรือทำแบบทดสอบ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการวางแผน ส่งเสริมและแก้ไขปัญหาในการดูแลบำบัดรักษา หรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านทำแบบสอบถาม ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและครอบครัว จำนวน 26 ข้อ
2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 23 ข้อ

การเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามทั้งหมดนี้ ดำเนินการเพียง 1 ครั้ง โดนท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบและการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 10 – 15 นาที

### **ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย**

เนื่องจากการเข้าร่วมทำแบบสอบถามครั้งนี้ เป็นการขอความร่วมมือภายในช่วงระยะเวลาที่ท่านพาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามารับบริการของสถาบันราชานุกูลในเวลาราชการ จึงไม่มีค่าตอบแทนให้ ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่ผลต่อท่านแต่อย่างใด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อผู้วิจัย นางสาววิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ ภาควิชาจิตเวช-ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทร 091-119-9939 ซึ่งยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านทุกประการ

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่านและบุตรหรือผู้ที่อยู่ในความดูแลของท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าวท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาววิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านและบุตรหรือ

ผู้ที่อยู่ในความดูแลของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านและบุตรหรือผู้ที่อยู่ในความดูแลของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านและบุตรหรือผู้ที่อยู่ในความดูแลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

### สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง


หากท่านไม่ได้รับการขตเซยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400 โทร. 02-2488900 ต่อ 70326 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	<b>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย</b>	<b>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม</b>	AF 09-06/5.0
	<b>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</b>	<b>โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม</b>	หน้า 1/3

การวิจัยเรื่อง... คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องของสติปัญญา

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง) ที่อยู่..... ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น .....ของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมการวิจัย) ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... แล้วข้าพเจ้ายินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยทั้งหมดจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย สงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัย พอใจ

ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยได้รับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุว่า จะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่)


ข้าพเจ้าเข้าใจถึงสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่น ในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา อาจจะได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้าและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-06/5.0 หน้า 2/3

การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์  
เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีให้ ต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว  
.....(ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย) เข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ  
จึงได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมนี้

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง  
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)  
.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

การจัดการกับตัวอย่างทางชีวภาพ

- ไม่มีตัวอย่างชีวภาพ  
 มีแต่ไม่มีการเก็บ  
 มีและขอเก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

ข้าพเจ้า  ยินยอม  
 ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือของต.ช./ต.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....(ชื่อ-นามสกุล ของ  
ผู้เข้าร่วมวิจัย)ไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง  
(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง(ตัวบรรจง)  
.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย  
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย อาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจ  
เกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง  
ของผู้เข้าร่วมการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความ  
เต็มใจ

  
.....ลงนามผู้ทำวิจัย  
(..... วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ .....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
วันที่ .....24.....เดือน.....ตุลาคม.....พ.ศ.....2561.....

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-06/5.0
			หน้า 3/3

.....ลงนามพยาน  
 (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....



แบบสอบถามสำหรับการทำวิจัย  
ส่วนที่ 1



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID : \_\_\_\_

**ชุดที่ 1 : แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา**

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาศึกษาวิจัยถึงคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปกครอง และลักษณะครอบครัวของเด็ก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก

ข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริงจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต่อไป และข้อมูลที่ได้อาจถือเป็นความลับ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปกครอง (ผู้ตอบแบบสอบถาม)**

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับท่านมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. เกี่ยวข้องโดยเป็นอะไรกับเด็ก  บิดา  มารดา  อื่น ๆ (ระบุ .....) )
3. อายุผู้ตอบแบบสอบถาม ..... ปี
4. นับถือศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่น ๆ (ระบุ .....) )
5. ระดับการศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ.....) )	
6. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> คู่อยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/> คู่แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> คู่สมรสเสียชีวิต และไม่ได้แต่งงานใหม่
<input type="checkbox"/> คู่สมรสเสียชีวิต และแต่งงานใหม่	<input type="checkbox"/> หย่าร้างและแต่งงานใหม่	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ .....) )
7. อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม
 

<input type="checkbox"/> ว่างงาน	<input type="checkbox"/> พนักงานรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน	<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่องค์กร NGO
<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป	<input type="checkbox"/> ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> นักลงทุน
<input type="checkbox"/> ลูกจ้างหน่วยงานราชการ	<input type="checkbox"/> เกษตรกร	<input type="checkbox"/> เกษียณอายุ
<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน เป็นพ่อบ้าน / แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ .....) )	
8. โรคประจำตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม  ไม่มี  มี (ระบุ .....) )
9. ที่พักในปัจจุบัน  กรุงเทพฯ  ต่างจังหวัด (ระบุ .....) )
10. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมตัวท่าน) ..... คน
11. บุคคลในครอบครัวที่ชื่นชอบ
 

<input type="checkbox"/> ลูก จำนวน.....คน
<input type="checkbox"/> หลาน จำนวน.....คน
<input type="checkbox"/> สัตว์เลี้ยง

12. ลักษณะของครอบครัว
- ครอบครัวเดี่ยว (พ่อแม่ลูก)  ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว (พ่อลูก หรือ แม่ลูก)
- ครอบครัวขยาย (พ่อแม่ลูก และญาติพี่น้อง)  อื่น ๆ (ระบุ .....
13. รายได้ของครอบครัว ..... บาท / เดือน โดยประมาณ
14. รายได้โดยรวมของครอบครัวพอใช้หรือไม่
- พอใช้และมีเงินสะสม  พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสม  ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน
- พอใช้และมีหนี้สิน  อื่น ๆ (ระบุ .....
15. จากการที่ครอบครัวมีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีผลกระทบอย่างไรต่อท่านหรือไม่
- ไม่มี
- มี คือ  ทำให้ต้องออกจากงาน  ทำให้ครอบครัวหย่าร้าง
- ทำให้เพื่อนบ้าน / สังคมรังเกียจ  ทำให้ญาติพี่น้องรังเกียจ
- อื่น ๆ (ระบุ .....
16. สัมพันธภาพในครอบครัว
- ไม่มีความขัดแย้ง
- มี คือ  มีความขัดแย้งกันบ่อยครั้ง  มีความขัดแย้งกันนาน ๆ ที่เป็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่าง  บิดา-มารดาขัดแย้งกันเอง  ลูกขัดแย้งกันเอง
- บิดาหรือมารดากับลูกขัดแย้งกัน  อื่น ๆ (ระบุ .....
- การใช้ความรุนแรง  ไม่มี  ทางวาจา  ทำร้ายร่างกาย  อื่น ๆ (ระบุ .....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับเด็กมากที่สุด

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. ปัจจุบันเด็กอายุ ..... ปี
3. เด็กเป็นบุตรคนที่ ..... ในจำนวนพี่น้องทั้งหมด (รวมตัวเด็กด้วย) .....
4. ประเภทความรุนแรงของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาของเด็ก ระดับ IQ ของเด็ก เท่ากับ .....
- ระดับเล็กน้อย (IQ 55-70)
- ระดับปานกลาง (IQ 40-54)
- ระดับรุนแรง (IQ 25-39)
- ระดับรุนแรงมาก (IQ ต่ำกว่า 25)
5. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเด็กมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ..... ปี ..... เดือน
6. โรคประจำตัวของเด็ก (นอกเหนือจากภาวะบกพร่องทางสติปัญญา)
- ไม่มี  มี (ระบุ .....
7. ประเภทความพิการของเด็ก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ร่างกาย  ตา  หู  สติปัญญา  การเรียนรู้
- จิตใจ / พฤติกรรม  ภาษาและการพูด  อื่น ๆ (ระบุ .....

8. ปัจจุบันเด็กพักอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (ระบุ.....)

- พ่อ / แม่       พี่น้อง       ญาติ  
 อื่น ๆ (ระบุ .....) )

9. ระดับการศึกษาของเด็ก

- ไม่ได้ศึกษา       เตรียมอนุบาล       อนุบาล  
 ประถมศึกษา       มัธยมศึกษาตอนต้น       มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 ปวช / ปวส       อื่น ๆ (ระบุ .....) )

10. สิทธิการรักษา

- จ่ายเองทั้งหมด       เบิกได้บางส่วน       เบิกได้ทั้งหมด  
 อื่น ๆ (ระบุ .....) )



แบบสอบถาม ส่วนที่ 2

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต PedsQL 4.0™

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

รหัส:	
วันที่:	

# PedsQL™

แบบสอบถาม

คุณภาพชีวิต สำหรับเด็ก

Version 4.0 - Thai

รายงานของพ่อแม่ เกี่ยวกับลูกวัยเด็กเล็ก (อายุ 2-4ปี)

## คำแนะนำ

ในหน้าต่อไปเป็นรายการสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเป็นปัญหาสำหรับลูกวัยเด็กเล็กของคุณ  
กรุณาตอบเราว่า แต่ละสิ่งเป็นปัญหาสำหรับลูกวัยเด็กเล็กของคุณมากเพียงใด ในระหว่าง ช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา  
โดยการวงกลม:

- 0 ถ้า ไม่เคยเป็นปัญหา
- 1 ถ้า แทบไม่เคยเป็นปัญหา
- 2 ถ้า เป็นปัญหายางครั้ง
- 3 ถ้า เป็นปัญหาบ่อยครั้ง
- 4 ถ้า เป็นปัญหาเกือบตลอดเวลา

ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด  
ถ้าคุณไม่เข้าใจคำถาม กรุณาขอความช่วยเหลือ

PedsQL 2

ในช่วง **หนึ่งเดือน** ที่ผ่านมา ลูกวัยเด็กเล็กของคุณมี**ปัญหา** มากเพียงใดเกี่ยวกับ ...

ฟังก์ชันการทำงานทางด้านร่างกาย (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคย	แทบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. เดิน	0	1	2	3	4
2. วิ่ง	0	1	2	3	4
3. เข้าร่วมในกิจกรรมการเล่น หรือการออกกำลังกาย	0	1	2	3	4
4. ยกสิ่งหนัก ๆ	0	1	2	3	4
5. อาบน้ำ	0	1	2	3	4
6. ช่วยเก็บของเล่นของตัวเอง	0	1	2	3	4
7. เฝ้านหรือปวด	0	1	2	3	4
8. ระดับเรี่ยวแรงน้อย	0	1	2	3	4

ฟังก์ชันการทำงานทางด้านอารมณ์ (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคย	แทบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. รู้สึกกลัว	0	1	2	3	4
2. รู้สึกเศร้า	0	1	2	3	4
3. รู้สึกโกรธ	0	1	2	3	4
4. นอนหลับยาก	0	1	2	3	4
5. วิดกกังวล	0	1	2	3	4

ฟังก์ชันการทำงานทางด้านสังคม (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคย	แทบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. เล่นกับเด็กคนอื่น	0	1	2	3	4
2. เด็กคนอื่นไม่ต้องการเล่นกับลูกฉัน	0	1	2	3	4
3. ถูกหยอกล้อโดยเด็กคนอื่น	0	1	2	3	4
4. ไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เด็กคนอื่นในอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน สามารถทำได้	0	1	2	3	4
5. ทำตามได้ทัน เมื่อเล่นกับเด็กคนอื่น	0	1	2	3	4

\*กรุณาตอบคำถามในส่วนนี้ ถ้าลูกของคุณไปโรงเรียนหรือไปสถานรับเลี้ยงเด็ก

ฟังก์ชันการทำงานที่โรงเรียน (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคย	แทบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. ทำกิจกรรมที่โรงเรียน/สถานรับเลี้ยงเด็ก ได้เหมือนเพื่อนวัยเดียวกัน	0	1	2	3	4
2. ขาดโรงเรียน/สถานรับเลี้ยงเด็ก เพราะรู้สึกไม่สบาย	0	1	2	3	4
3. ขาดโรงเรียน/สถานรับเลี้ยงเด็ก เพื่อไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาล	0	1	2	3	4

PedsQL 4.0 - Parent (2-4)  
01/00

ห้ามทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

ลิขสิทธิ์ © 1998 JW Varni, Ph.D.  
 สงวนลิขสิทธิ์PedsQL-4.0 Core-PT - Thailand/Thai - Version of 09 Aug 13 - Mapi.  
ID7346 / PedsQL-4.0-Core-PT\_AU4.0\_The-TH.doc

PedsQL 1

ลำดับที่	_____
วันที่	_____

# PedsQL™

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก

รุ่นที่ 4.0 ภาษาไทย

รายงานของผู้ปกครองสำหรับเด็กเล็ก (อายุ 5-7 ปี)

## คำชี้แจง

ในหน้าถัดไปมีรายการของเรื่องต่างๆ ที่อาจเป็นปัญหาสำหรับเด็กเล็ก ของคุณ  
ช่วยบอกว่าเรื่องแต่ละเรื่องนั้นเป็นปัญหาสำหรับเด็กของคุณมากเท่าใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยวงกลมรอบ  
เลข 0 ถ้ามันไม่เป็นปัญหาเลย  
เลข 1 ถ้ามันเกือบไม่เป็นปัญหาเลย  
เลข 2 ถ้ามันเป็นปัญหาบ้างเป็นครั้งคราว  
เลข 3 ถ้ามันเป็นปัญหามัวย  
เลข 4 ถ้ามันเป็นปัญหาเกือบตลอดเวลา

คำตอบเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด  
ถ้าคุณไม่เข้าใจคำถาม โปรดถามเพื่อขอความช่วยเหลือ

PedsQL 4.0 – Parent (5-7)  
PedsQL-4.0-Core-PYC\_AU4.0\_tha-TH\_Academic-Translation.doc (PedsQL4-Module-PYC-Thai.doc)  
26 July 2006

ลิขสิทธิ์ © 1998 JW Varni, Ph.D. สงวนลิขสิทธิ์  
ห้ามทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

PedsQL-4.0-Core-PYC\_AU4.0\_tha-TH\_Academic-Translation

This translation was developed by a local academic team with Mapi's permission. You are authorized to use it within an academic research program, for individual clinical use or university degree. Although the local team respected the author's requirements, this version is not validated for commercial use. It should be noted that Mapi was not involved in the linguistic validation process of this language version. For this reason, Mapi will not supply any translation certificates or supporting documentation.

For any information or questions, please contact the Information Support Unit at: [PROinformation@mapiigroup.com](mailto:PROinformation@mapiigroup.com)



## PedsQL 2

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เด็ก ของคุณมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้มากเพียงใด...

ด้านกายภาพ (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคยเลย	เกือบไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบตลอดเวลา
1. การเดินมากกว่า 100 เมตร	0	1	2	3	4
2. การวิ่ง	0	1	2	3	4
3. การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย	0	1	2	3	4
4. การยกของหนัก	0	1	2	3	4
5. การอาบน้ำด้วยตัวเอง	0	1	2	3	4
6. การทำงานบ้าน เช่น เก็บของเล่นของตัวเขาหรือตัวเธอ	0	1	2	3	4
7. ผู้ตีปาล์ว	0	1	2	3	4
8. ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง	0	1	2	3	4

ด้านอารมณ์ (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคยเลย	เกือบไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบตลอดเวลา
1. ผู้ตีกลั้ว	0	1	2	3	4
2. ผู้ตีเศร้า	0	1	2	3	4
3. ผู้ตีโกรธ	0	1	2	3	4
4. นอนไม่ค่อยหลับ	0	1	2	3	4
5. กังวลว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตัวเขาหรือตัวเธอ	0	1	2	3	4

ด้านสังคม (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคยเลย	เกือบไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบตลอดเวลา
1. การเข้ากันเด็กคนอื่น	0	1	2	3	4
2. เด็กคนอื่น ๆ ไม่ต้องการเป็นเพื่อนกับเขาหรือเธอ	0	1	2	3	4
3. การถูกเด็กคนอื่น ๆ ล้อ	0	1	2	3	4
4. การไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ที่เด็กคนอื่นในวัยเดียวกับเขาหรือเธอสามารถทำได้	0	1	2	3	4
5. เล่นได้ทันกับเด็กคนอื่น	0	1	2	3	4

ด้านโรงเรียน (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคยเลย	เกือบไม่เคยเลย	เป็นบางครั้ง	บ่อยๆ	เกือบตลอดเวลา
1. การมีสมาธิในห้องเรียน	0	1	2	3	4
2. การลืมสิ่งต่างๆ	0	1	2	3	4

PedsQL 4.0 – Parent (5-7)  
PedsQL-4.0-Core-PYC\_AU4.0\_tha-TH\_Academic-Translation.doc (PedsQL4-Module-PYC-Thai.doc)  
26 July 2006

ลิขสิทธิ์ © 1998 JW Varni, Ph.D. สงวนลิขสิทธิ์  
ห้ามทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

PedsQL-4.0-Core-PYC\_AU4.0\_tha-TH\_Academic-Translation

This translation was developed by a local academic team with Mapi's permission. You are authorized to use it within an academic research program, for individual clinical use or university degree. Although the local team respected the author's requirements, this version is not validated for commercial use. It should be noted that Mapi was not involved in the linguistic validation process of this language version. For this reason, Mapi will not supply any translation certificates or supporting documentation.

For any information or questions, please contact the Information Support Unit at: [PROinformation@mapiigroup.com](mailto:PROinformation@mapiigroup.com)

## PedsQL 3

3. การทำกิจกรรมต่างๆของโรงเรียนเสร็จได้ทัน	0	1	2	3	4
4. การขาดเรียนเพราะรู้สึกไม่สบาย	0	1	2	3	4
5. การขาดเรียนเพราะต้องไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาล	0	1	2	3	4

## PedsQL-4.0-Core-PYC\_AU4.0\_tha-TH\_Academic-Translation

This translation was developed by a local academic team with Mapi's permission. You are authorized to use it within an academic research program, for individual clinical use or university degree. Although the local team respected the author's requirements, this version is not validated for commercial use. It should be noted that Mapi was not involved in the linguistic validation process of this language version. For this reason, Mapi will not supply any translation certificates or supporting documentation.

For any information or questions, please contact the Information Support Unit at: [PROinformation@mapiigroup.com](mailto:PROinformation@mapiigroup.com)

PedsQL 1

ลำดับที่	_____
วันที่	_____

# PedsQL™

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก

รุ่นที่ 4.0 ภาษาไทย

รายงานของผู้ปกครองสำหรับเด็กเล็ก (อายุ 5-7 ปี)

(อายุ 8-12 ปี)

## คำชี้แจง

ในหน้าถัดไปมีรายการของเรื่องต่างๆ ที่อาจเป็นปัญหาเกี่ยวกับ เด็กเล็ก ของคุณ  
ช่วยบอกว่าเรื่องแต่ละเรื่องนั้นเป็นปัญหาเกี่ยวกับเด็กเล็กของคุณมากเท่าใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยวงกลมรอบ  
เลข 0 ถ้ามันไม่เป็นปัญหาเลย  
เลข 1 ถ้ามันเกือบไม่เป็นปัญหาเลย  
เลข 2 ถ้ามันเป็นปัญหาบ้างเป็นครั้งคราว  
เลข 3 ถ้ามันเป็นปัญหามัวย  
เลข 4 ถ้ามันเป็นปัญหาเกือบตลอดเวลา

คำตอบเหล่านี้ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด  
ถ้าคุณไม่เข้าใจคำถาม โปรดถามเพื่อขอความช่วยเหลือ

PedsQL 4.0 – Parent (5-7)  
PedsQL-4.0-Core-PYC\_AU4.0\_tha-TH\_Academic-Translation.doc (PedsQL4-Module-PYC-Thai.doc)  
26 July 2006

ลิขสิทธิ์ © 1998 JW Varni, Ph.D. สงวนลิขสิทธิ์  
ห้ามทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

PedsQL-4.0-Core-PYC\_AU4.0\_tha-TH\_Academic-Translation

This translation was developed by a local academic team with Mapi's permission. You are authorized to use it within an academic research program, for individual clinical use or university degree. Although the local team respected the author's requirements, this version is not validated for commercial use. It should be noted that Mapi was not involved in the linguistic validation process of this language version. For this reason, Mapi will not supply any translation certificates or supporting documentation.

For any information or questions, please contact the Information Support Unit at: [PROinformation@mapiigroup.com](mailto:PROinformation@mapiigroup.com)

# PedsQL™

PedsQL (Parent report 8-12)

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ข้อต่อไปนี้ เป็นปัญหาต่อบุตรของท่านมากแค่ไหน

ด้านสุขภาพ (ปัญหาเกี่ยวกับ.....)	ไม่เคยเลย	แทบจะไม่เคย	เป็นบางครั้ง	บ่อย ๆ	แทบจะตลอดเวลา
1. การเดินมากกว่า 1 ช่วงตึก	0	1	2	3	4
2. การวิ่ง	0	1	2	3	4
3. การเข้าร่วมเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย	0	1	2	3	4
4. การยกของหนัก	0	1	2	3	4
5. การอาบน้ำเอง	0	1	2	3	4
6. การทำงานบ้าน	0	1	2	3	4
7. ความเจ็บปวด	0	1	2	3	4
8. มีเรี่ยวแรงน้อย	0	1	2	3	4

ด้านอารมณ์ (ปัญหาเกี่ยวกับ.....)	ไม่เคยเลย	แทบจะไม่เคย	เป็นบางครั้ง	บ่อย ๆ	แทบจะตลอดเวลา
1. ความรู้สึกหวาดกลัว	0	1	2	3	4
2. ความรู้สึกเศร้าหรือเหงาหงอย	0	1	2	3	4
3. ความรู้สึกโกรธ	0	1	2	3	4
4. ปัญหาการนอนหลับยาก	0	1	2	3	4
5. ความกังวลว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตัวเขา	0	1	2	3	4

ด้านสังคม (ปัญหาเกี่ยวกับ.....)	ไม่เคยเลย	แทบจะไม่เคย	เป็นบางครั้ง	บ่อย ๆ	แทบจะตลอดเวลา
1. การเข้ากันได้กับเด็กอื่นๆ	0	1	2	3	4
2. เด็กอื่นๆ ไม่อยากเป็นเพื่อนกับเขา	0	1	2	3	4
3. ถูกเด็กอื่นๆ ล้อเลียนแกล้ง	0	1	2	3	4
4. ไม่สามารถทำอะไรที่เด็กอื่นทำได้	0	1	2	3	4
5. การตามเด็กอื่นให้หันมือน้อยด้วยกัน	0	1	2	3	4

PedsQL 4.0 –Parent (8-12)

ลิขสิทธิ์ © 1998 JW Varni, Ph.D. สงวนลิขสิทธิ์

ห้ามทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

PedsQL-4.0-Core-PC\_AU4.0\_tha-TH\_Academic-Translation

This translation was developed by a local academic team with Mapi's permission. You are authorized to use it within an academic research program, for individual clinical use or university degree. Although the local team respected the author's requirements, this version is not validated for commercial use. It should be noted that Mapi was not involved in the linguistic validation process of this language version. For this reason, Mapi will not supply any translation certificates or supporting documentation.

For any information or questions, please contact the Information Support Unit at: [PROinformation@mapiarroup.com](mailto:PROinformation@mapiarroup.com)

รหัส#	_____
วันที่:	_____

# PedsQL™

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

สำหรับเด็ก

ฉบับ 4.0 - Thai (Thailand)

รายงานของพ่อแม่ เกี่ยวกับ ลูกวัยรุ่น (อายุ 13-18 ปี)

## คำแนะนำ

ในหน้าต่อไปเป็นรายการสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเป็นปัญหาสำหรับลูกวัยรุ่นของคุณ  
กรุณาตอบเราว่า แต่ละสิ่งเป็น ปัญหา สำหรับ ลูกวัยรุ่นของคุณมากเพียงใด ในระหว่าง ช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา  
โดยการวงกลม

- 0** ไม่เคย เป็นปัญหา
- 1** แทบไม่เคย เป็นปัญหา
- 2** เป็นปัญหา บ้างครั้ง
- 3** เป็นปัญหา บ่อยครั้ง
- 4** เป็นปัญหา เกือบตลอดเวลา

ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด  
ถ้าคุณไม่เข้าใจคำถาม กรุณาขอความช่วยเหลือจากคนที่คุณรู้จัก

ในช่วง **หนึ่งเดือน** ที่ผ่านมา ลูกวัยรุ่นของคุณมี **ปัญหา** มากเพียงใดเกี่ยวกับ ...

ฟังก์ชันการทำงานทางด้านร่างกาย (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคย	แทบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. เดินมากกว่าหนึ่งช่วงตึก	0	1	2	3	4
2. วิ่ง	0	1	2	3	4
3. เข้าร่วมในกิจกรรมทางด้านการกีฬาหรือการออกกำลังกาย	0	1	2	3	4
4. ยกสิ่งหนัก ๆ	0	1	2	3	4
5. อาน้ำด้วยตัวเอง	0	1	2	3	4
6. ทำงานบ้าน	0	1	2	3	4
7. เข็มหรือปวด	0	1	2	3	4
8. ระดับเรี่ยวแรงน้อย	0	1	2	3	4

ฟังก์ชันการทำงานทางด้านอารมณ์ (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคย	แทบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. รู้สึกกลัว	0	1	2	3	4
2. รู้สึกเศร้า	0	1	2	3	4
3. รู้สึกโกรธ	0	1	2	3	4
4. ปัญหาในการนอนหลับ	0	1	2	3	4
5. กังวลว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับลูกของฉัน	0	1	2	3	4

ฟังก์ชันการทำงานทางด้านสังคม (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคย	แทบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. เข้ากับวัยรุ่นคนอื่นได้	0	1	2	3	4
2. วัยรุ่นคนอื่นไม่ต้องการเป็นเพื่อนกับลูกฉัน	0	1	2	3	4
3. ถูกหยอกล้อโดยวัยรุ่นคนอื่น	0	1	2	3	4
4. ไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่วัยรุ่นคนอื่นในรุ่นราวคราวเดียวกันสามารถทำได้	0	1	2	3	4
5. ทำตามทัน เมื่อเล่นกับวัยรุ่นคนอื่น	0	1	2	3	4

ฟังก์ชันการทำงานที่โรงเรียน (ปัญหาเกี่ยวกับ...)	ไม่เคย	แทบไม่เคย	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
1. เอาใจใส่ในชั้นเรียน	0	1	2	3	4
2. ลืมสิ่งต่าง ๆ	0	1	2	3	4
3. ทำงานในชั้นเรียนและการบ้านให้ทัน	0	1	2	3	4
4. ขาดเรียนเพราะรู้สึกไม่สบาย	0	1	2	3	4
5. ขาดเรียนเพื่อไปหาหมอหรือโรงพยาบาล	0	1	2	3	4

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ
วัน เดือน ปี เกิด	10 มกราคม 2535
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานครฯ
วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ผลงานตีพิมพ์	1) Public policy for early childhood care and education reform in Thailand Wipattra Totemchokchaikarn and Tarradon Piampongsant. The Empirical Econometrics and Quantitative Economics Letters Vol 5 No 1 (March 2017) 2) นโยบายเพื่อการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย สถาบันออกแบบอนาคตประเทศไทย 3) นโยบายการพัฒนาฝีมือแรงงานในประเทศไทย เพื่อก้าวพ้นกับดักรายได้ปานกลาง สถาบันออกแบบอนาคตประเทศไทย
รางวัลที่ได้รับ	1) รางวัลบัณฑิตผู้สร้างชื่อเสียงให้กับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 2) รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 การแข่งขันนำเสนอแผนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง "พลิกมุมมอง มองคนพิการ" รายการ "คิดสร้างชาติ" จัดโดยสถานีโทรทัศน์ฟ้าวันใหม่ ร่วมกับสถาบันออกแบบอนาคตประเทศไทย (FIT) 3) รางวัลชนะเลิศอันดับ 1 การแข่งขันนำเสนอแผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ในโครงการ "Redesigning Thailand ปี 2" จัดโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

- 4) รางวัลนิสิตนิสิตดีเด่นระดับบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 5) รางวัลนิสิตผู้ทำชื่อเสียง และเป็นความภาคภูมิใจของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

