



สถาบันราชภัฏบุรีรัมย์มีความยินดีเผยแพร่ข้อมูล องค์กรความรู้ นี้แก่ผู้สนใจ  
การนำข้อมูลจากเว็บไซต์นี้ไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย  
หรือเผยแพร่ต่อเพียงบางส่วน หรือทั้งหมด  
กรุณาอ้างอิง “ชื่อเจ้าของผลงาน” เป็นแหล่งที่มาของข้อมูล

**รายงานการวิจัย**  
**คุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน**  
**Quality of Life Of Mental Retarded Persons Families**

**นางมณีรัตน์ สุรวงษ์สิน**

**สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต**  
**กระทรวงสาธารณสุข**



รายงานการวิจัย  
คุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน  
Quality of Life Of Mental Retarded Persons Families

นางมณีรัตน์ สุรวงษ์สิน

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข

อภิสิทธิ์ชน  
โดย.....

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ขอขอบคุณ นายแพทย์อุดม เพชรสังหาร ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล  
ที่สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย นายประเสริฐ จุฑา ที่ให้คำปรึกษา และขอขอบคุณ อาจารย์ใหญ่  
โรงเรียนราชานุกูล พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยเหลือประสานงานการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัย

ข  
บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาของบุคคลปัญญาอ่อนที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูล จำนวน 229 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนมีนาคม 2547 แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน 2) ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และ 3) แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย โดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และไค-สแควร์

พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคิดว่าครอบครัวมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (ร้อยละ 52.8) รองลงมาคิดว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 30.1)

ครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนมีคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ด้านสุขภาพกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.1) ด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.6) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.4) ด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.6) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.9) และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา, ความเพียงพอของรายได้, ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน, มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตาย เพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน, มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, มีภาวะซึมเศร้า, มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ฉะนั้นผลจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นการพยายามที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน เพื่อนำเอาองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้วางแผน ป้องกัน และแก้ไขช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวต่อไป

## Abstract

The purpose of this descriptive study was to describe the level of quality of life in mentally retarded family and the relationship between related factors and the quality of life of mentally retarded parents in out – patient department of Rajanukul institute. The samples consisted of 229 mentally retarded parents which collected during 1 February – 31 March 2004. The questionnaires used for data collection consisted of 2 parts one for parents and another for children constructed by researcher, and the Quality of Life Indicator which was translated and modified from the World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF). Data were analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean and Chi-square test.

The results of the study revealed that most of mentally retarded family had moderate quality of life by perception (52.8%), followed by good quality of life (30.1%)

Regarding Quality of life in mentally retarded family in each of domain, most of them had moderate level of quality of life in physical health, mental health, social relation and environment domain as 61.1%, 57.6%, 69.4% and 78.6% respectively. Quality of life in general was found to be at moderate level for 79.9% and a significantly ( $p < 0.05$ ) correlation between quality of life and the following factors are : education, adequate income, impact from having mentally retarded person in family, self injury/suicidal idea, homicidal idea, depression, suicidal risk, and having health problem/illness.

This finding will benefit to promote and prevent mental health and other related factors to increase quality of life of mental retarded persons and their families.

ง  
สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	3
บทที่ 2 เอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
คำจำกัดความภาวะปัญญาอ่อน	4
ประเภทและอัตราความชุกของปัญญาอ่อน	6
ความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อน	7
ความหมายคุณภาพชีวิต	8
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรที่ศึกษา	15
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	15
การเก็บรวบรวมข้อมูล	16
การวิเคราะห์ข้อมูล	17
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม	18
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรปัญญาอ่อน	24
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	28
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	54
ข้อเสนอแนะ	60

๑  
สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บรรณานุกรม	61
ภาคผนวก	67



๑  
สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	18
2.แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของบุตร	24
3.แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบแต่ละด้าน	28
4.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	29
5.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ	34
6.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสังคม	39
7.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม	44
8.แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	50

๗  
สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1. กรอบแนวคิดในการวิจัย

3

## บทที่ 1

## บทนำ

ภาวะปัญญาอ่อนเป็นภาวะที่มีความสามารถทางสติปัญญา (Intellectual Function) และ พฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive Function) ต่ำกว่าปกติอย่างชัดเจน ซึ่งเกิดขึ้นในระยะมี พัฒนาการตั้งแต่ปฏิสนธิ จนถึงอายุ 18 ปี<sup>1</sup> เนื่องจากพัฒนาการทางร่างกาย สมอง และจิตใจของ บุคคลปัญญาอ่อนมีความล่าช้ากว่าปกติ จึงทำให้มีความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม การดำเนินชีวิตของบุคคลปัญญาอ่อนจึงเป็นไปด้วยความ ยากลำบาก ดังนั้นภาวะปัญญาอ่อนจึงเป็นภาวะที่มีความสำคัญ ทั้งด้านการแพทย์ และทางสังคม จากสถานภาพของบุคคลปัญญาอ่อนมักจะด้อยกว่าสภาพความพิการที่แท้จริง การค้นหา การ ประเมิน และการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนจึงควรคำนึงถึงความสลับซับซ้อนของปัญหา รวมทั้งผล กระทบทางด้านอารมณ์จิตใจ และสังคมของบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัวด้วย นอกเหนือไป จากทางด้านการแพทย์ เพราะปัญหาของบุคคลปัญญาอ่อน มิใช่ปัญหาเฉพาะตัวบุคคลปัญญา อ่อนเท่านั้น แต่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อครอบครัวของบุคคลปัญญาอ่อนด้วย การเกิดภาวะปัญญาอ่อนขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ทำให้การดำเนินชีวิตของ สมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายและส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตในสังคม ด้วย เพราะการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนนั้นต้องใช้เวลาอย่างมาก ภาวะในการดูแลบุคคลปัญญา อ่อนของครอบครัว จะแตกต่างกันไป ตามลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อนแต่ละคน ได้แก่ปัญหา การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น อาการชัก โรคหัวใจ เป็นต้น บุคคลปัญญาอ่อนบางกลุ่มต้องการดูแลตลอดเวลาเกือบทุกสถานการณ์ โดยเฉพาะบุคคลปัญญาอ่อนที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีระดับเขาวนปัญญาในระดับที่ต่ำมาก เนื่องจากบุคคลปัญญาอ่อนไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาคณะหน้าได้เองเมื่อตกอยู่ในอันตราย ทำให้ผู้ปกครองต้องทุ่มเทเวลาและแรงกายในการเลี้ยงดู ยิ่งบุคคลปัญญาอ่อนมีลักษณะต้องพึ่งพาผู้ อื่นมากเท่าไร ก็จะทำให้บิดามารดา และผู้ปกครองเป็นทุกข์มากขึ้นเท่านั้น<sup>2</sup> ก่อให้เกิดความเครียด และผลกระทบต่อครอบครัว<sup>3</sup> ได้แก่ความสัมพันธ์ของครอบครัวไม่ราบรื่น การเปลี่ยนแปลงกิจ กรรมและเป้าหมายของครอบครัว ได้แก่ ลดการใช้เวลาว่างเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ ลดโอกาสของ บิดา มารดา ในการเอาใจใส่อาชีพประจำ มีภาวะเพิ่มขึ้น เช่น การพบนุตรปัญญาอ่อนไปรับการ รักษาและต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น การแยกตัวออกจากสังคม เพราะการมีบุตรปัญญา อ่อนทำให้เป็นที่อับอายของครอบครัว การเพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัว จะเห็นได้ว่าการมีสมาชิก คนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัว อาจนำไปสู่การเกิดโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่อผู้ดูแลในครอบครัวด้วย<sup>4</sup> ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

ตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 20 แนวคิดที่ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม ได้กลายเป็นแนวคิดสากล ประชาคมโลกรับรู้และเห็นพ้องกันว่า คุณภาพชีวิตมีความสำคัญทั้งต่อบุคคลและสังคมเป็นสิ่งที่ทุกสังคมต้องการ ฉะนั้นเป้าหมายของการพัฒนามาก็คือคุณภาพชีวิตของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจขึ้นในช่วงกลางปี 2540 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของประชาชน และกว้างขวาง เกิดการว่างงาน มาตรฐานความเป็นอยู่ของคนไทยลดลง ประชาชนมีฐานะยากจนเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตของคนไทยจำนวนมากยังอยู่ในระดับที่ไม่น่าพึงพอใจ ส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนมาก แต่จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้มนุษย์ต้องดิ้นรน เพื่อความอยู่รอดของตนเอง ภาวะที่ต้องดิ้นรนจะบั่นทอนความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ก่อความกดดัน และความเครียดขึ้นในจิตใจ หลายคนหาทางออกไม่ได้ ใช้วิธีทำร้ายตนเอง ซึ่งอาจรวมไปถึงคนใกล้ชิดด้วย ด้วยเหตุที่วิถีชีวิตและความเครียดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังทางกายและจิตใจมากมาย รวมไปถึงชีวิตความเป็นอยู่ หน้าที่การงาน ครอบครัว สังคม สภาพแวดล้อม การเงิน บุคคลปัญญาอ่อนก็เป็นคนเช่นเดียวกันกับบุคคลทั่วไปที่ต้องการมีชีวิตที่ดีและมีคุณภาพ แต่เนื่องจากภาวะปัญญาอ่อนเป็นสาเหตุทำให้พัฒนาการด้านต่างๆล่าช้ากว่าปกติ ผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนจึงไม่อาจดิ้นรนต่อสู้ในการดำเนินชีวิตเพื่อคงไว้ซึ่งสิทธิอย่างมีศักดิ์ศรีได้ด้วยตนเอง บุคคลปัญญาอ่อนจึงมักจะตกอยู่ในสภาพของชนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังนั้นการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานอันจะนำไปสู่การจัดการ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันปัญหาด้านร่างกายและจิตใจของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน อันจะนำไปสู่การวางแผนเพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนต่อไป

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน

#### ขอบเขตของการวิจัย

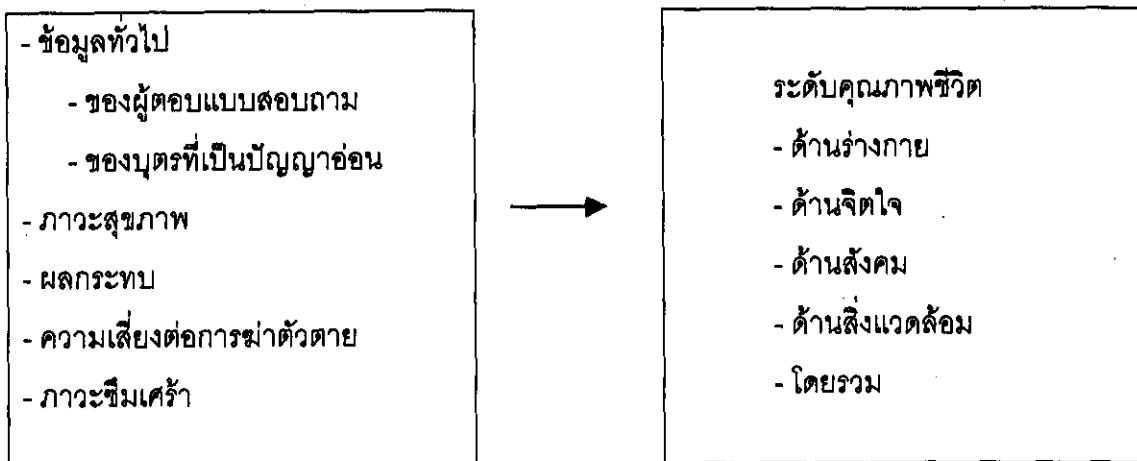
การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนที่นำบุคคลปัญญาอ่อนมารับบริการที่สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม 2547

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ประเมินโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ<sup>5</sup>

ครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน หมายถึง บิดามารดา หรือบิดา หรือมารดา ผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อบุคคลปัญญาอ่อน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 2 เอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง

DSM-IV-R ให้คำจำกัดความว่า<sup>6</sup> ปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่เกิดความผิดปกติทางสติปัญญา ซึ่งเกิดขึ้นในระยะพัฒนาการของสมองตั้งแต่บุคคลนั้นปฏิสนธิจนถึงอายุ 18 ปี โดยปรากฏความผิดปกติในความสามารถด้านสติปัญญา (intellectual function) และ พฤติกรรมการปรับตัว (adaptive behavior) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะที่สำคัญรวมกัน 3 ประการ คือ

1. ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ คือ IQ 70 หรือต่ำกว่า
2. ความสามารถในการปรับตัวบกพร่อง อย่างน้อย 2 ใน 10 ด้าน เช่น

2.1 การสื่อความหมาย (communication) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจ และการแสดงออกเกี่ยวกับข้อมูล สื่อสารผ่านพฤติกรรมที่เป็นสัญลักษณ์ และไม่เป็นสัญลักษณ์

2.2 การดูแลตนเอง (self care) หมายถึง ทักษะที่ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ และสุขอนามัยอื่นๆทั่วไป.

2.3 การดำรงชีวิตในบ้าน (Home living) หมายถึง การปฏิบัติงานตามกิจวัตรประจำวันในบ้าน อาจรวมถึงการทำความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

2.4 ทักษะทางสังคม (Social Skills) หมายถึง พฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม เช่น การแสดงความยินดี การให้ความร่วมมือกับผู้อื่น และการเล่นอย่างเหมาะสม

2.5 การใช้บริการสาธารณะ (Community Uses) หมายถึง การใช้สาธารณสมบัติอย่างเหมาะสม ซึ่งครอบคลุมถึงการเดินทาง การจับจ่ายสินค้า การใช้บริการชุมชน เช่น โรงเรียน ห้องสมุด และโรงพยาบาล

2.6 การควบคุมตนเอง (Self Direction) หมายถึง การสร้างทางเลือกสำหรับตนเองในการปฏิบัติฯ เช่น การเรียนรู้ การปฏิบัติตัวตามตารางที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติภาระกิจที่ได้รับมอบหมาย

2.7 สุขอนามัยและความปลอดภัย (Health and Safety) หมายถึง การดำรงชีวิตของตนเองให้เป็นสุข ควบคุมการบริโภคอย่างเหมาะสม บอกอาการเจ็บป่วย รักษาและป้องกันตัวเองจากโรคภัย

2.8 การเรียนรู้ทางวิชาการที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (Functional Academics) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ทางสติปัญญา และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเรียน เช่น การเขียน การอ่าน การคำนวณพื้นฐาน เป็นต้น โดยในการเรียนนี้ไม่ได้เน้นที่ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ แต่อยู่ที่การรับรู้และการนำทักษะทางวิชาการไปใช้ในชีวิตประจำวัน

2.9 การใช้เวลาว่าง (Leisure) หมายถึง ความสนใจในด้านการนันทนาการและการใช้เวลาว่าง ซึ่งสะท้อนถึงความพอใจส่วนบุคคล เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่คนทั่วไปกระทำอย่างเหมาะสมกับวัย

2.10 การทำงาน (Work) หมายถึง อาจเป็นงานที่ทำเวลาหรือบางเวลา หรือการเป็นอาสาสมัครทำงานในชุมชนนั้นๆ ทักษะที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประสิทธิภาพในการทำงาน การตรงต่อเวลา และการยอมรับคำวิจารณ์ เป็นต้น

### 3. แสดงอาการก่อนอายุ 18 ปี

คำจำกัดความของภาวะปัญญาอ่อน อาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความสามารถ (Capabilities)
2. การปฏิบัติตน (Functioning)
3. สภาพแวดล้อม (Environments)

ภาวะปัญญาอ่อน จะปรากฏขึ้นก็ต่อเมื่อความจำกัดทางสติปัญญา และการปรับตัว มีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการในชีวิตประจำวันตามสภาพแวดล้อมของสังคมปกติ

ICD 10 ( International Classification of Disease) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization)<sup>7</sup> ได้ให้ความหมายภาวะปัญญาอ่อน( Mental Retardation) หมายถึงภาวะที่สมองหยุดพัฒนาหรือพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดความบกพร่องทางทักษะต่างๆในระยะพัฒนาการซึ่งมีผลต่อระดับเชาวน์ปัญญาทุกๆด้าน มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. ความสามารถทางสติต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย(ระดับเชาวน์ปัญญาเท่ากับ 70หรือต่ำกว่า)
2. ขาดความสามารถในการปรับตัวในสังคม

เกณฑ์การวินิจฉัยปัญญาอ่อน โดย WHO ต้องมีครบทั้ง 2 องค์ประกอบ

The American Association on Mental Deficiency (AAMD)<sup>8</sup> ซึ่งเสนอโดย กรอสส์แมน (Grossman' s AAMD definition) ให้ความหมายว่า ปัญญาอ่อน หมายถึงภาวะที่ความสามารถทางสติปัญญา และพฤติกรรม การปรับตัวต่ำกว่าปกติอย่างชัดเจนซึ่งเกิดขึ้นในระยะพัฒนาการตั้งแต่ปฏิสนธิ จนถึงอายุ 18 ปี<sup>9</sup> พฤติกรรมการปรับตัวนี้ หมายถึง วุฒิภาวะการเรียนรู้ ความสามารถในการดูแลพึ่งตนเองได้ และความสามารถปรับตัวในสังคม<sup>1</sup>

## ประเภทและอัตราความชุกของปัญญาอ่อน

การแบ่งประเภทของปัญญาอ่อนแบ่งได้หลายวิธี โดยทั่วไปมักแบ่งตามระดับเชาวน์ปัญญา ซึ่งเป็นการแบ่งประเภทของปัญญาอ่อนที่เป็นยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน แบ่งได้ 4 ระดับ คือ

1. ปัญญาอ่อนขนาดน้อย (Mild grade) ระดับเชาวน์ปัญญาระหว่าง 50-70 มีความสามารถสูงสุดพอๆ กับเด็กอายุไม่เกิน 10 ปี สังเกตได้ไม่ชัดเจนนักกว่าปัญญาอ่อน แต่การพัฒนา ด้านเคลื่อนไหวช้า พูดช้า สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ฝึกทักษะได้ ปฏิบัติตามการสอน แนะนำได้ เขียนได้แต่ค่อนข้างช้า มีความสามารถในการฝึกหัดอาชีพ ต้องได้รับการแนะนำสั่งสอนอย่างเหมาะสม จึงสามารถกระทำหรือเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ พบประมาณร้อยละ 75 ถึง ร้อยละ 90 ของประชากรปัญญาอ่อน ปัญญาอ่อนประเภทนี้บางครั้งเรียกว่า "Moron" หรือ "Educable"

2. ปัญญาอ่อนขนาดกลาง (Moderate grade) ระดับเชาวน์ปัญญาระหว่าง 35-49 มีความสามารถสูงสุดพอๆ เด็กปกติที่อายุไม่เกิน 3-7 ปี หัดพูดช้า สามารถฝึกให้ดูแลตนเองได้ สื่อความหมายง่ายๆ ได้ สามารถอ่านเขียนได้บ้าง ทำเลขง่าย ๆ ได้ สามารถจะฝึกอาชีพที่ไม่จำเป็นต้องใช้ฝีมือ หรือรายละเอียดมากนัก ต้องการการแนะนำสำหรับการดำรงชีวิต พบประมาณร้อยละ 6 ถึงร้อยละ 21 ของประชากร บางครั้ง เรียกว่า "Trainable" หรือ "Imbecile"

3. ปัญญาอ่อนขนาดมาก (Severe grade) ระดับเชาวน์ปัญญาระหว่าง 20-34 ความสามารถสูงสุดพอๆ กับเด็กปกติที่อายุไม่เกิน 2 ปี มักพบกับความพิการทางร่างกายร่วมด้วย มีการพัฒนาการช้า เข้าใจการสื่อความหมายได้บ้าง พอหัดให้ดูแลความสะอาด และอนามัยของตนเองอย่างง่าย ๆ ได้ หัดให้ทำอาชีพอย่างง่าย ๆ โดยมีควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด

4. ปัญญาอ่อนขนาดมากที่สุด (Profound grade) ระดับเชาวน์ปัญญาดต่ำกว่า 20 ลงมา มีรูปร่างและพัฒนาการที่ช้ามาก ได้ตอบสนองเบื้องต้นทางอารมณ์ได้เล็กน้อย ไม่สามารถฝึกฝนอบรมให้สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ จึงต้องการดูแลปกป้องตลอดเวลา ปัญญาอ่อนขนาดมาก และปัญญาอ่อนขนาดมากที่สุดรวมแล้วพบประมาณร้อยละ 4 ของประชากรปัญญาอ่อน บางครั้งเรียกว่า "Idiot" หรือ "Total Dependent"

อัตราความชุกของบุคคลปัญญาอ่อนขนาดน้อยมีประมาณ 20-30 ต่อประชากร 1,000 คน อัตราความชุกของบุคคลปัญญาอ่อนขนาดรุนแรง (หมายถึง ขนาดปานกลาง, รุนแรง, และรุนแรงมาก) มีประมาณ 3-4 ต่อประชากร 1,000 คน



ความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อน แบ่งตามระดับเชา์ปัญญาและอัตราความชุก

ระดับของปัญญาอ่อน	ระดับเชา์ปัญญา	ร้อยละของความชุก
น้อย (Mild)	50-55 ถึงประมาณ 70	85
ปานกลาง (Moderate)	35-40 ถึงประมาณ 50-55	10
มาก (Severe)	20-25 ถึงประมาณ 35-40	3-4
รุนแรงมาก (profound)	ต่ำกว่า 20 หรือ 25	1-2

ที่มา : Adapted from DSM IV-R (1994); Diagnostic and Statistical Mental Disorder, 3 ed. Revised.

ความต้องการของบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัวเพื่อการดำรงชีวิต

เนื่องจากบุคคลปัญญาอ่อน ที่มีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น มีทั้งปัญหาพฤติกรรม และปัญหาสุขภาพอนามัย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการจัดบริการและการบริการด้านสังคม แบ่งความต้องการความช่วยเหลือบุคคลปัญญาอ่อน<sup>10</sup> เป็น 4 ระดับ

1. ดูแลตลอดเวลาและทุกแห่ง
2. ดูแลตลอดเวลาเกือบทุกสถานการณ์
3. ดูแลเป็นบางครั้ง หรือให้ความช่วยเหลือบ้าง
4. ให้ความเอาใจใส่ หรือตรวจสอบ

บุคคลปัญญาอ่อนส่วนใหญ่ร้อยละ 80-90 มีระดับปัญญาอ่อนขนาดเล็กน้อย ซึ่งสามารถช่วยตนเองได้เกือบทุกอย่าง สิ่งที่สำคัญคือการศึกษอบรมเพื่อให้ได้ปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี มีภาระงานอาชีพเลี้ยงตัวเองได้เมื่อเป็นผู้ใหญ่<sup>9</sup>

กรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานหลัก ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพจิตและภาวะปัญญาอ่อน จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน โดยมีแนวคิดที่ว่า ครอบครัวเป็นสถานที่ที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินนโยบายในเรื่องนี้ จึงเน้นการผลักดันให้ครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นแกนหลักที่บ้าน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัว และมุ่งขยายบริการทางการแพทย์และบริการสนับสนุนอื่นๆ ไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลปัญญาอ่อนข้อหนึ่งที่ว่า การดำรงชีวิตในบ้าน และชุมชน ดำเนินการได้โดยการเพิ่มคุณภาพแหล่งความช่วยเหลือเดิม เช่น ครอบครัว

ญาติ เพื่อนบ้าน เป็นต้น การพึ่งตนเองในกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม ความปลอดภัยและความมั่นคง และความช่วยเหลือจากสังคม<sup>11, 12</sup>

คุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่สำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ ในปัจจุบัน โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่า ถ้ามีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็วขึ้น การที่คนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต้องรู้จักคิด รู้จักทำ รู้จักตัดสินใจ<sup>13</sup> ด้วยแนวคิดที่ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม ได้กลายเป็นแนวคิดเชิงสากลที่ประชาคมโลกรับรู้และเห็นพ้องกันว่าคุณภาพชีวิตและสังคม เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ ทุกประเทศพยายามแสวงหาแนวทางด้านต่างๆ ที่จะให้บรรลุถึงเป้าหมายของตนที่คาดหวังเอาไว้ มีการผสมผสานระหว่างแนวคิดเชิงวัตถุวิสัย (Objective) และแนวคิดเชิงจิตวิสัย (Subjective) หรือเชิงนามธรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม<sup>14</sup> ทางด้านสุขภาพได้แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการการรักษาพยาบาล ไม่ใช่เพียงให้หายจากโรคหรือมีชีวิตรอดเท่านั้น แต่รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม<sup>15</sup> ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติของประเทศไทย ก็ได้เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละคนก็แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะรับรู้และประเมินสถานการณ์นั้นอย่างไร<sup>16</sup> นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม อายุ สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม<sup>17</sup>

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่มีความหมายกว้างขวาง และมีขอบเขตไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับการพิจารณาและความรู้ประสบการณ์ของแต่ละคน บ้างก็ใช้เชิงเปรียบเทียบซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรม แตกต่างกัน เนื่องจากในปัจจุบัน คุณภาพชีวิต ได้รับการกำหนดเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาประเทศ ดังนั้นเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาทุกด้านจึงมุ่งไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของประชากร ค่านิยม หรือความหมายของคุณภาพชีวิต จึงได้รับการอธิบายหรือตีความรวมกันอย่างกว้างขวาง จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ที่เป็นนามธรรมอย่างชัดเจน ได้มีผู้อธิบาย ความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนี้

คุณภาพชีวิต ความหมายตามพจนานุกรมบัณฑิตยสถาน (2538) ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล ส่วนชีวิต หมายถึงความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

โพลเวล<sup>18</sup> (Powell) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามทัศนะของมาสโลว์ ว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สนุกสนาน และปราศจากความรู้สึกทุกข์ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าบุคคลต้องได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ในทุกๆ สิ่งที่ต้องการ แต่ความพึงพอใจนั้นจะหมายถึงความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่ง

แวดล้อมได้เป็นอย่างดี และเกิดความสมดุลระหว่างความต้องการของบุคคล และการได้รับการตอบสนอง หรืออาจสรุปว่าความพึงพอใจนั้นเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนปราศจากความทุกข์หรือความไม่สบายใจ ซึ่งในพัฒนาการของชีวิตนั้นมนุษย์จะมีการปรับตัวเพื่อให้ตนเองหลุดพ้นความเป็นทุกข์ และความไม่พึงพอใจอยู่แล้วโดยธรรมชาติ ดังนั้นเมื่อใดที่บุคคลปรับตัวต่อภาวะดังกล่าวได้ บุคคลก็จะรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับนักปรัชญากรีกได้กล่าวว่าบุคคลเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้นั้นจะต้องมีความสมดุลและความลงรอย (Congruence) ระหว่างร่างกายจิตวิญญาณ และสังคมนั้นคือร่างกายจะต้องสมบูรณ์แข็งแรง สามารถทำงานได้อย่างปกติสุข มีความรักความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการพักผ่อนหย่อนใจ ทั้งนี้มีได้หมายความว่า การที่บุคคลจะมีความพึงพอใจได้นั้น ต้องมีความสมดุลของสิ่งเหล่านี้ในทุกวัน แต่ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจะมองในภาพรวมตามช่วงระยะเวลาหนึ่งของพัฒนาการชีวิต ดังนั้นความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนั้น จึงเป็นผลจากความสมดุลของปัจจัยสำคัญคือ ด้านการทำงานและหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ด้านความรัก ด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และด้านการพักผ่อนหย่อนใจ

เฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ส<sup>19</sup> (Ferrans&Powers) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตคือความผาสุกของบุคคลที่พิจารณาจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในช่วงชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ ซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล

ฮิวส์<sup>20</sup> (Hughes) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นความสุขความพึงพอใจในชีวิตตนเองของบุคคล ซึ่งคล้ายกับ

มีเบอร์ก<sup>21</sup> (Meeberg) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตคือความพึงพอใจในชีวิต (life satisfy action) และความผาสุก ยิ่งและลองแมน (Yong & Longman, 1983) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน ซึ่งรับรู้โดยบุคคลนั้น

กู๊ดดิสันและซิงเกิลตัน<sup>22</sup> (Gooddison & Singletion) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจกับการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในชีวิต โดยรวมถึงความผาสุกในชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และองค์ประกอบอื่นของแต่ละคน

ซัน<sup>23</sup> (Zhan) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกในชีวิต โดยที่บุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ้า<sup>24</sup> ได้สรุปความหมายของคุณภาพชีวิต ไว้ว่า เป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม

เขาวลัษณ์ กลิ่นหอม<sup>25</sup> ได้สรุปแนวคิดของค่านิยมของคุณภาพชีวิต ออกเป็น 2 กลุ่มคือ คุณภาพชีวิตหมายถึงความผาสุก ความสุข ความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล การกินดี

อยู่ดีของคนภายในสิ่งแวดล้อม และอีกกลุ่มหนึ่งคิดว่าคุณภาพชีวิต หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับสถานะของตนในด้านต่างๆของชีวิต การรับรู้ถึงความผาสุกของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

องค์การ UNESCO<sup>26</sup> ได้นิยามคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและระดับความพึงพอใจในความ ต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

องค์การอนามัยโลก<sup>27</sup> ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรมค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

โดยสรุปแล้ว คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ถึงระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม ภายใต้ค่านิยม วัฒนธรรม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

#### แนวคิดที่เกี่ยวข้อง

เฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ส<sup>19</sup> (Ferrans & Powers) พิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิต จากความพึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิต ได้ 4 องค์ประกอบ

1. สุขภาพหน้าที่ (health and functioning) ได้แก่การดูแลสุขภาพตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆในเวลาว่าง การมีกิจกรรมในครอบครัว การเดินทาง

2. สังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic) ได้แก่สภาพความเป็นอยู่ รายได้ การทำงาน เพื่อนร่วมงาน ที่อยู่อาศัย

3. จิตวิญญาณ (psychological spiritual) ได้แก่ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆไป

4. ครอบครัว (family) ได้แก่ ความผาสุกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บุตร ภาวะสุขภาพของครอบครัว

ซัน<sup>23</sup> (Zhan) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยบุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมและการดำเนินชีวิต

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (self concept) เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง รวมถึงภาพลักษณ์ของตน

3.ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (health and functioning) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถด้านร่างกาย สุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4.ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจในด้านสังคมทั่วไป รวมถึงรายได้ อาชีพ และการศึกษา

อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ<sup>24</sup> ว่าแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคม มี 4 ด้าน คือ

1.การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นเรื่องของระดับการมีชีวิตที่ดีมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต จะครอบคลุมไปถึงเรื่องสุขภาพ มาตรฐานการดำรงชีวิต คุณภาพของที่อยู่อาศัย ความพึงพอใจในหน้าที่การงาน

2.แนวคิดในเรื่องการพัฒนาสังคม มี3ประเด็นคือ

2.1การจัดความยากจน โดยใช้ค่านิยามความยากจนจากรัฐบาลประเทศต่างๆ ใช้ คือ รายได้ของครัวเรือน หรือบุคคลที่ต่ำกว่าเส้นยากจน (Minimum Threshold) และตัวบ่งชี้อื่นๆ เช่น การได้รับแคลอรีต่ำ อายุขัย และการไม่รู้หนังสือ ซึ่งถ้าเป็นเช่นนี้ประชากรหนึ่งในสามของภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก จัดอยู่ในกลุ่มผู้ยากจน

2.2การกระจายความเป็นธรรม เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับผู้ด้อยโอกาส เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ ฯลฯ ซึ่งคนเหล่านี้ไม่ได้รับโอกาสและไม่สามารถเข้าถึงบริการต่างๆที่สามารถนำมาปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้

2.3การมีส่วนร่วมของประชาชนคนส่วนใหญ่ในภูมิภาคนี้ ไม่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองได้ เพราะถูกกีดกันจากกระบวนการตัดสินใจและการควบคุมสถานการณ์ทั้งด้านครอบครัว ชุมชน และองค์การต่างๆ

3.แนวคิดเรื่องการพัฒนามนุษย์ เป็นทางเลือกหนึ่งของแนวคิดที่ท้าทายการพัฒนาที่ผิดพลาด (maldevelopment) ซึ่งเน้นด้านเศรษฐกิจและใช้เศรษฐกิจเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จของการพัฒนาเพียงอย่างเดียว แนวคิดในการพัฒนามนุษย์ โดยมีมนุษย์เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และการพัฒนามนุษย์แบบยั่งยืนล้วนเป็นประเด็นที่ท้าทาย และถูกกำหนดไว้ให้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาสังคม ในการประชุมสุดยอด เพื่อการพัฒนาสังคม ค.ศ.1995ด้วย

4.แนวคิดเรื่องความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ แนวคิดนี้ได้ถูกเสนอขึ้นมาโดยสหประชาชาติ หรือ UNDP ถือเป็นส่วนหนึ่งของดัชนีในการพิจารณาการพัฒนามนุษย์ Society for International Development (SID) ได้นำแนวคิดนี้มาเสนอเป็นความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ทั่วโลก

ความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ทั่วโลก (Global Human Security) หมายถึง การที่มนุษย์ที่อาศัยอยู่ทั่วโลกสามารถดำรงชีวิต และทำมาหากินได้โดยปลอดภัยจากความหวาดกลัวภัยที่อาจจะคุกคาม การอยู่รอด สุขภาพอนามัย การทำมาหากิน ตลอดจนความสุขสบายของเขา โลกจะมี

ความมั่นคงของชีวิตมนุษย์โดยทั่วไปได้ ก็ต่อเมื่อได้มีการพลิกผันทรัพยากรและแรงงานในโลก ซึ่งแต่เดิมเคยถูกใช้ไปในด้านความมั่นคงทางการทหารและภูมิรัฐศาสตร์ มาสู่การสร้างสรรค์ความผาสุกของชีวิตสามัญชนแทน

UNDP<sup>26</sup> ได้กำหนดแนวทางความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ ความมั่นคงด้านอาหารความมั่นคงด้านสุขภาพ ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของบุคคล ความมั่นคงของชุมชน และความมั่นคงทางการเมือง

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาได้มีการจัดองค์ประกอบใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ<sup>27</sup> ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical health) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยทางร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตมนุษย์และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) คือการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การได้รับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ บริการทางสังคม การรับรู้ว่าตนมีโอกาที่จะได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในยามว่างเป็นต้น

ดังนั้นการที่จะบอกว่าประชาชนมีคุณภาพที่ดีหรือไม่นั้นต้องมีการกำหนดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) ของสังคมออกมาให้ชัดเจน

ในประเทศไทยคุณภาพชีวิตพิจารณาได้จากความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ) ซึ่งมี 8 หมวด 37 ตัวชี้วัดเป็นเบื้องต้นดังนี้

หมวดที่1 สุขภาพดี หมายถึง ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งกายและจิต

หมวดที่2 มีบ้านอาศัย กล่าวคือประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

หมวดที่3 ศึกษาถ้วนทั่ว ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการศึกษา

หมวดที่4 ครอบครัวสุขสบาย มีความอบอุ่น ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และมีการป้องกันอย่างถูกวิธี

หมวดที่5 ประชาชนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้พอเพียงแก่การดำรงชีวิต

หมวดที่6 ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นอยู่และการกำหนดชีวิตของตนเองและชุมชน

หมวดที่7 ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจของตนเองได้ดีขึ้น

หมวดที่8 ประชาชนมรจิตสำนึกและร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ความจำเป็นพื้นฐาน (Basic Minimum Needs = BMN) หมายถึงความต้องการหรือสิ่งจำเป็นในการครองชีพขั้นต่ำของบุคคล หรือชุมชน ซึ่งสิ่งเหล่านั้นควรจะมีหรือควรจะเป็น เพื่อให้ประชาชนมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขพอสมควร (พออยู่ พอกิน) ในช่วงเวลาหนึ่งๆ หรืออีกนัยหนึ่งความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ) เป็นสิ่งชี้วัดหรือเกณฑ์ตรวจสอบคุณภาพชีวิตของประชาชนนั่นเอง

สรุปได้ว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิต เป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย<sup>5</sup> (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์สุขภาพจิตเขต<sup>29</sup> ศึกษาคุณภาพชีวิตคนไทยในระดับจังหวัดในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 2 พบว่าประชาชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.7 และคุณภาพชีวิตด้านอื่นทั้ง 4 ด้าน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับดีมากกว่าระดับไม่ดี

สุวัฒน์ มหิตนรินทร์กุลและคณะ<sup>14</sup> ศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 ระดับดีร้อยละ 20.5 และระดับไม่ดีร้อยละ 1.2

เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ<sup>30</sup> ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 17.5 และร้อยละ 2.5 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำตามลำดับ



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน

#### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นบิดาหรือมารดาของบุคคลปัญญาอ่อน และมารับบริการที่สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - วันที่ 31 มีนาคม 2547 จำนวน 229 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดา มารดา ของบุคคลปัญญาอ่อน สร้างโดยผู้สร้าง ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน ภาวะเสี่ยงจากความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด (World Health Organization Quality of Life assessment : WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทยที่สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ ได้พัฒนาขึ้นมาใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับคนไทย โดยศึกษาเปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL 100) กับชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF-THAI) โดยศึกษาในประชาชนคนไทยทั่วไป ทั้งชายและหญิงจำนวน 750 คน ได้ค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางระหว่างแบบวัด คุณภาพชีวิตทั้งสอง ( $r=0.6545$ ,  $p<0.01$ ) และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.8406

ข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือก 1-5 ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย, รู้สึกไม่พอใจมาก, รู้สึกแย่มาก

หมายเลข 2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆครั้ง, รู้สึกเล็กน้อย, รู้สึกไม่พอใจ, รู้สึกแย่

หมายเลข 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง, รู้สึกพอใจระดับกลางๆ, หรือรู้สึกแย่อะดับกลางๆ

หมายเลข 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ, รู้สึกเช่นนั้นมาก, รู้สึกพอใจ, รู้สึกดี

หมายเลข 5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ, รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด, รู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดี

การให้คะแนนคุณภาพชีวิต ข้อความที่มีความหมายทางบวกได้คะแนนตามหมายเลขที่ตอบ ส่วนข้อที่เป็นข้อความลบจะกลับคะแนนก่อนดังนี้

	คะแนนของข้อความลบ	กลับเป็นคะแนน
เลือกหมายเลข 1	1	5
เลือกหมายเลข 2	2	4
เลือกหมายเลข 3	3	3
เลือกหมายเลข 4	4	2
เลือกหมายเลข 5	5	1

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถามทั้ง 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ  
องค์ประกอบด้านร่างกาย มี 7 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13

องค์ประกอบด้านจิตใจ มี 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 25

องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มี 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 14, 15, 16

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มี 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 17-24

ส่วนข้อที่ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน แต่เมื่อคิดคะแนนจะรวมข้อที่ 1 และข้อ 26 เข้าไปด้วย เป็นคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีตั้งแต่ 26-130 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี<sup>20</sup> คือ

26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1.อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลให้ทีมงานที่ช่วยในการเก็บข้อมูลทราบถึงรายละเอียดของแบบสอบถาม
- 2.พบผู้ปกครอง (บิดา หรือ มารดา) เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือ
- 3.แจกแบบสอบถาม และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองให้เข้าใจ ให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม
- 4.เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ
- 5.นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2547 - 31 มีนาคม 2547 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 229 ชุด

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ระดับคุณภาพชีวิต นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าร้อยละ โดยนำคะแนนมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน โดยรวบรวมข้อมูลจากบิดาหรือมารดาของบุคคลปัญญาอ่อนที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูล จำนวน 229 คน ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2547 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตาราง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน (ผู้ตอบแบบสอบถาม)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	107	46.7
หญิง	122	53.3
รวม	229	100.0
<b>ความสัมพันธ์กับบุคคลปัญญาอ่อน</b>		
พ่อ	107	46.7
แม่	122	53.3
รวม	229	100.0
<b>อายุผู้ตอบแบบสอบถาม</b>		
21-30	29	12.7
31-40	76	33.2
41-50	93	40.6
51-60	28	12.2
>60	3	1.3
รวม	229	100.0
อายุต่ำสุด 22 ปี	อายุสูงสุด 68 ปี	อายุเฉลี่ย 41.27 ปี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	215	93.9
คริสต์	5	2.2
อิสลาม	9	3.9
รวม	229	100.0
<b>ที่พักในปัจจุบัน</b>		
กรุงเทพฯ	187	81.7
ต่างจังหวัด	42	18.3
รวม	229	100.0
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่อยู่ด้วยกัน	188	82.1
คู่แยกกันอยู่	24	10.5
คู่สมรสเสียชีวิต	9	3.9
คู่สมรสเสียชีวิตและแต่งงานใหม่	4	1.7
หย่าร้าง	4	1.7
รวม	229	100.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	6	2.6
ประถมศึกษา	59	25.8
มัธยมศึกษา / ปวช.	71	31.0
อนุปริญญา / ปวส.	18	7.9
ปริญญาตรี	60	26.2
สูงกว่าปริญญาตรี	15	6.6
รวม	229	100.0

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพหลัก</b>		
ว่างงาน	13	5.7
ข้าราชการ	12	5.2
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	20	8.7
เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน / NGO	1	.4
รับจ้างทั่วไป	26	11.4
ลูกจ้างพนักงานบริษัทเอกชน	33	14.4
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	52	22.7
ลูกจ้างหน่วยงานราชการ	8	3.5
เกษียณอายุ	2	.9
ไม่ได้ทำงานเป็นแม่บ้าน	61	26.6
เกษตรกร	1	.4
รวม	229	100.0
<b>รายได้</b>		
1200-5000 บาท	26	11.4
5001-10000 บาท	68	29.7
10001-15000 บาท	23	10.0
15001-20000 บาท	22	9.6
20001 บาทขึ้นไป	64	27.9
ไม่ระบุ	26	11.4
รวม	229	100.0
รายได้ต่ำสุด 1,200 บาท รายได้สูงสุด 100,000 บาท รายได้เฉลี่ย 22,048 บาท		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
พอใช้และมีเงินสะสม	70	30.6
พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสม	94	41.0
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	23	10.0
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	42	18.3
รวม	229	100.0

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ผลกระทบ</b>		
ไม่มี	91	39.7
มี	138	60.3
ทำให้ต้องออกจากงาน	43	18.8
ทำให้ครอบครัวแตกแยก/หย่าร้าง	5	2.2
ทำให้เพื่อนบ้าน/สังคมรังเกียจ	14	6.1
ทำให้ญาติพี่น้องรังเกียจ/ทะเลาะ	12	5.2
ลำบากต่อการทำงาน	16	7.0
มีภาระและรายจ่ายเพิ่มขึ้น เงินไม่พอใช้ขาดรายได้	14	6.1
ไม่มีคนดูแลทำให้เหนื่อยมากขึ้น	11	4.8
ขาดรายได้รายจ่ายมากขึ้น ไม่มีคนดูแลเหนื่อย ครอบครัวและเพื่อนบ้านรังเกียจ	23	10.0
รวม	229	100.0
<b>มีความคิดทำร้ายตนเองหรือคิดฆ่าตัวตายเพราะการที่มีบุตรพิการ</b>		
ไม่เคยคิด	200	87.3
เคยคิดเฉยๆ	29	12.7
รวม	229	100.0
<b>มีความคิดทำร้ายหรือคิดฆ่าบุตรพิการ</b>		
ไม่เคยคิด	210	91.7
เคยคิดเฉยๆ	19	8.3
รวม	229	100.0
<b>ปัญหาสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม</b>		
ไม่มีปัญหา	87	38.0
มีปัญหา	142	62.0
หัวใจ	4	1.7
ความดันโลหิตสูง	10	4.4
เบาหวาน	1	.4
โรคกระดูก	4	1.7

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคตา ต้อกระจก	4	1.7
อัมพาต	1	.4
เครียด	112	48.9
ระบบทางเดินหายใจ/หวัด	6	2.6
รวม	229	100.0
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		
ไม่มี	196	85.6
มี	33	14.4
รวม	229	100.0
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มี	197	86.0
มีภาวะซึมเศร้า	32	14.0
รวม	229	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 229 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (มารดา) จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 54.1 เพศชาย (บิดา) จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 45.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.27 ปี มีอายุสูงสุด 68 ปี อายุต่ำสุด 22 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุดจำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 31-40 ปี จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธจำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 93.9 รองลงมานับถือศาสนาอิสลามจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยอยู่ที่กรุงเทพฯ จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 รองลงมาอยู่ต่างจังหวัด จำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 18.3 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 82.1 รองลงมาคู่แยกกันอยู่จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 31.0 รองลงมา มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีจำนวน 60 คนคิดเป็นร้อยละ 26.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 26.6 รองลงมา มีอาชีพค้าขายจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาทจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 29.7 รองลงมา มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 20,001 บาทขึ้นไปจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ



27.9 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำสุด 1,200 บาท รายได้สูงสุด 100,000 บาท โดยมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 22,048 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสมจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมามีเงินพอใช้และมีเงินสะสมจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 30.6 ผลกระทบจากการมีบุตรพิการ ส่วนใหญ่มีผลกระทบจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ทำให้ต้องออกจากงานจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดทำร้ายตนเองหรือคิดฆ่าตัวตายจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 มีความคิดทำร้ายบุตรพิการหรือคิดฆ่าบุตรพิการจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 62.0 โดยปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มีความเครียดจำนวน 112 คนคิดเป็นร้อยละ 48.9 จากการมีบุตรพิการทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 33 คนคิดเป็นร้อยละ 14.4 และมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 14.0

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุตร

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุตร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	137	59.8
หญิง	92	40.2
รวม	229	100.0
<b>บุตรลำดับที่</b>		
1	121	52.8
2	70	30.6
3	29	12.7
4	6	2.6
5	3	1.3
รวม	229	100.0
<b>จำนวนบุตรทั้งหมด</b>		
1	65	28.4
2	101	44.1
3	47	20.5
4	9	3.9
5	7	3.1
รวม	229	100.0
<b>อายุเด็ก</b>		
0.1-5.0 ปี	64	27.9
5.01 -10.0 ปี	54	23.6
10.01 -15.0 ปี	72	31.4
15.01 -20.0 ปี	25	10.9
20.01 -25.0 ปี	9	3.9
25.01 ปีขึ้นไป	5	2.2
รวม	229	100.0
อายุต่ำสุด 5 เดือน อายุสูงสุด 41 ปี อายุเฉลี่ย 10.40 ปี		

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุตร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประเภทของความพิการ</b>		
ปัญญาอ่อนและมีพิการทางกายร่วม	33	14.4
ปัญญาอ่อนและมีปัญหาทางสายตาร่วม	1	.4
ปัญญาอ่อนและมีหูตึงร่วม	1	.4
ปัญญาอ่อน	126	55.0
ปัญญาอ่อนและมีปัญหาพฤติกรรมร่วม	43	18.8
ปัญญาอ่อนและมีปัญหาพฤติกรรม ตา หู	25	10.9
รวม	229	100.0
<b>ผู้ปกครองเข้ารับการศึกษาที่สถาบันราชานุกูล</b>		
ไม่เคย	39	17.0
เคย	190	83.0
รวม	229	100.0
<b>ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	139	60.7
มี	90	39.3
ระบบทางเดินหายใจ	33	14.4
ไทรอยด์	7	3.1
โรคลมชัก	26	11.4
โรคหัวใจ	14	6.1
โรคระบบกระเพาะอาหารและลำไส้	6	2.6
โรคตา	4	1.7
รวม	229	100.0
<b>ปัจจุบันพักอยู่กับใคร</b>		
บิดามารดา	204	89.1
พี่น้อง	2	.9
ปู่ย่า-ตายาย	22	9.6
สถานฝึกเอกชน	1	.4
รวม	229	100.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุตร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ปัญหาการช่วยเหลือตัวเอง</b>		
ไม่มี	122	53.3
มี	107	46.7
รวม	229	100.0
<b>ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะ</b>		
ไม่มี	132	57.6
มี	97	42.4
รวม	229	100.0
<b>ปัญหาการนอน</b>		
ไม่มี	182	79.5
มี	47	20.5
รวม	229	100.0
<b>ปัญหาการพูดการสื่อสาร</b>		
ไม่มี	55	24.0
มี	174	76.0
รวม	229	100.0
<b>ปัญหาพฤติกรรม</b>		
ไม่มี	94	41.0
มี	135	59.0
รวม	229	100.0
<b>ปัญหาอารมณ์</b>		
ไม่มี	113	49.3
มี	116	50.7
รวม	229	100.0
<b>ปัญหาทางเพศ</b>		
ไม่มี	204	89.1
มี	25	10.9
รวม	229	100.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุตร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาการช่วยงานบ้าน / งานอาชีพ		
ไม่มี	153	66.8
มี	76	33.2
รวม	229	100.0
ปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น		
ไม่มี	151	65.9
มี	78	34.1
รวม	229	100.0
ปัญหาการเรียน		
ไม่มี	77	33.6
มี	152	66.4
รวม	229	100.0

จากตารางที่ 2 พบว่า บุคคลปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 137 คิดเป็นร้อยละ 59.8 เพศหญิงจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 40.2 ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 จำนวน 121 คิดเป็นร้อยละ 52.8 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบุตรสองคนจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 44.1 บุคคลปัญญาอ่อนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 10.01 ปี-15.0 ปี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 ปี รองลงมา มีอายุระหว่าง 0.1-5 ปี จำนวน 64 คิดเป็นร้อยละ 27.9 โดยมีอายุต่ำสุด 5 เดือน อายุสูงสุด 41 ปี อายุเฉลี่ย 10.4 ปี ส่วนใหญ่มีความพิการด้านภาวะปัญญาอ่อนอย่างเดียวจำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0 รองลงมา มีภาวะปัญญาอ่อนและมีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วยจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่บุคคลปัญญาอ่อนเคยเข้ารับการฝึกอบรมที่สถาบันราชานุกูลจำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 83.0 บุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหาสุขภาพจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 โดยส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 โรคลมชักจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ปัจจุบันบุคคลปัญญาอ่อนส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดาจำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 89.1

ปัจจุบันบุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหา ด้านการช่วยเหลือตนเองจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 ด้านการขับถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะจำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 ด้านการนอนจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 20.5 ด้านการพูด / การสื่อสารจำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ด้านพฤติกรรม

กรรมจำนวน 135 คิดเป็นร้อยละ 59.0 ด้านอารมณ์จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 50.7 ด้านทางเพศจำนวน 25 คิดเป็นร้อยละ 10.9 ด้านการช่วยเหลืองานบ้าน / งานอาชีพจำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2 ด้านสัมพันธภาพกับคนอื่นจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1 ด้านการเรียนจำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 66.4

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบแต่ละด้าน

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

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่-กลางๆ	ดี	
เพศ			0.353
ชาย	62 (44.3%)	45 (50.6%)	
หญิง	78 (55.7%)	44 (49.4%)	
อายุ			0.728
21-30 ปี	15 (10.7%)	14 (15.7%)	
31-40 ปี	47 (33.6%)	29 (32.6%)	
41-50 ปี	59 (42.1%)	34 (38.2%)	
51 ปีขึ้นไป	19 (13.6%)	12 (13.5%)	
ศาสนา			0.167
พุทธ	129 (92.1%)	86 (96.6%)	
คริสต์ / อิสลาม	11 (7.9%)	3 (3.4%)	
ที่อยู่ปัจจุบัน			0.643
กรุงเทพฯ	113 (80.7%)	74 (83.1%)	
ต่างจังหวัด	27 (19.3%)	15 (16.9%)	
สถานภาพสมรส			0.164
คู่อยู่ด้วยกัน	111 (79.3%)	77 (86.5%)	
คู่แยกกันอยู่ / คู่เสียชีวิต / หย่าร้าง / คู่เสียชีวิตและ แต่งงานใหม่	29 (20.7%)	12 (13.5%)	
ระดับการศึกษา			0.003*
ไม่ได้รับการศึกษาและประถมศึกษา	51 (36.4%)	14 (15.7%)	
มัธยมศึกษาและอนุปริญญา	50 (35.7%)	39 (43.8%)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	39 (27.9%)	36 (40.4%)	

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่-กลางๆ	ดี	
อาชีพ			0.395
ว่างงาน / เกษียณอายุ / พ่อบ้าน-แม่บ้าน / เกษตรกร	51 (36.4%)	25 (28.1%)	
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / ลูกจ้างหน่วยราชการ	21 (15.0%)	19 (21.3%)	
เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน / รับจ้างทั่วไป / ลูกจ้างบริษัทเอกชน	38 (27.1%)	22 (24.7%)	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	30 (21.4%)	23 (25.8%)	
รายได้ / เดือน			0.017*
1,200-5,000 บาท	20 (15.9%)	6 (7.8%)	
5,001-10,000 บาท	50 (39.7%)	18 (23.4%)	
10,001-15,000 บาท	13 (10.3%)	10 (13.0%)	
15,001-20,000 บาท	10 (7.9%)	12 (15.6%)	
20,001 บาทขึ้นไป	33 (26.2%)	31 (40.3%)	
ความเพียงพอของรายได้			0.000*
พอใช้และมีเงินสะสม	29 (20.7%)	41 (46.1%)	
พอใจแต่ไม่มีเงินสะสม	59 (42.1%)	35 (39.3%)	
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	18 (12.9%)	5 (5.6%)	
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	34 (24.3%)	8 (9.0%)	
ผลกระทบจากการมีบุตรปัญหาลดลง			0.000*
ไม่มี	42 (30.0%)	49 (55.1%)	
มี	98 (70.0%)	40 (44.9%)	
มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตร			0.082
พิการ			
ไม่เคยคิด	118 (84.3%)	82 (92.1%)	
เคยคิดเฉย ๆ	22 (15.7%)	7 (7.9%)	



ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่-กลางๆ	ดี	
มีความคิดทำร้ายหรือคิดฆ่าบุตรพิการ			0.850
ไม่เคยคิด	128 (91.4%)	82 (92.1%)	
เคยคิดเฉย ๆ	12 (8.6%)	7 (7.9%)	
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (จากแบบประเมิน)			0.025*
ไม่มี	114 (81.4%)	82 (92.1%)	
มี	26 (18.6%)	7 (7.9%)	
ภาวะซึมเศร้า			0.034
ไม่มี	115 (82.1%)	82 (92.1%)	
มี	25 (17.9%)	7 (7.9%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว			0.000*
ไม่มี	35 (25.0%)	52 (58.4%)	
มี	105 (75.0%)	37 (41.6%)	
เพศของเด็ก			0.147
ชาย	89 (63.6%)	48 (53.9%)	
หญิง	51 (36.4%)	41 (46.1%)	
ลำดับที่เกิดของเด็ก			0.386
ลำดับที่ 1	72 (51.4%)	49 (55.1%)	
ลำดับที่ 2	41 (29.3%)	29 (32.6%)	
ลำดับที่ 3 เป็นต้นไป	27 (19.3%)	11 (12.4%)	
จำนวนบุตร			0.319
1 คน	40 (28.6%)	25 (28.1%)	
2 คน	57 (40.7%)	44 (49.4%)	
3 คนขึ้นไป	43 (30.7%)	20 (22.5%)	

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่-กลางๆ	ดี	
อายุเด็ก			0.038*
1-5 ปี	31 (22.1%)	33 (37.1%)	
5-10 ปี	40 (28.6%)	14 (15.7%)	
10-15 ปี	46 (32.9%)	26 (29.2%)	
15 ปีขึ้นไป	23 (16.4%)	16 (18.0%)	
ประเภทความพิการ			0.245
ปัญญาอ่อน	75 (53.6%)	51 (57.3%)	
มีปัญหาด้านพฤติกรรม	31 (22.1%)	12 (13.5%)	
มีปัญหาด้านกายภาพ	34 (24.3%)	26 (29.2%)	
เคยเข้ารับการฝึกอบรมที่สถาบันราชานุกูล			0.437
ไม่เคย	26 (18.6%)	13 (14.6%)	
เคย	114 (81.4%)	76 (85.4%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวของเด็ก			0.408
ไม่มี	82 (58.6%)	57 (64.0%)	
มี	58 (41.4%)	32 (36.0%)	
ปัจจุบันพักอยู่กับใคร			0.106
บิดามารดา	121 (86.4%)	83 (93.3%)	
ปู่ย่า / ตายาย / พี่น้อง / สถานที่ฝึกอบรม	19 (13.6%)	6 (6.7%)	
มีปัญหาการช่วยเหลือตัวเอง			0.141
ไม่มี	80 (57.1%)	42 (47.2%)	
มี	60 (42.9%)	47 (52.8%)	
มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ – ปัสสาวะ			0.365
ไม่มี	84 (60.0%)	48 (53.9%)	
มี	56 (40.0%)	41 (46.1%)	
มีปัญหาการนอน			0.015*
ไม่มี	104 (74.3%)	78 (87.6%)	
มี	36 (25.7%)	11 (12.4%)	

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่-กลางๆ	ดี	
มีปัญหาการพูด – การสื่อสาร			0.284
ไม่มี	37 (26.4%)	18 (20.2%)	
มี	103 (73.6%)	71 (79.8%)	
มีปัญหาพฤติกรรม			0.020*
ไม่มี	49 (35.0%)	45 (50.6%)	
มี	91 (65.0%)	44 (49.4%)	
มีปัญหาอารมณ์			0.099
ไม่มี	63 (45.0%)	50 (56.2%)	
มี	77 (55.0%)	39 (43.8%)	
มีปัญหาทางเพศ			0.013*
ไม่มี	119 (85.0%)	85 (95.5%)	
มี	21 (15.0%)	4 (4.5%)	
มีปัญหาการช่วยงานบ้าน / งานอาชีพ			0.191
ไม่มี	89 (63.6%)	64 (71.9%)	
มี	51 (36.4%)	25 (28.1%)	
มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น			0.008*
ไม่มี	83 (59.3%)	68 (76.4%)	
มี	57 (40.7%)	21 (23.6%)	

\* P-value &lt; .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของครอบครัว บุคคลปัญญาอ่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว/เดือน ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว อายุบุคคลปัญญาอ่อน บุคคลปัญญาอ่อนมี ปัญหาการนอน มีปัญหาพฤติกรรม มีปัญหาทางเพศ และมีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
เพศ			0.989
ชาย	65 (46.8%)	42 (46.7%)	
หญิง	74 (53.2%)	48 (53.3%)	
อายุ			0.885
21-30 ปี	17 (12.2%)	12 (13.3%)	
31-40 ปี	47 (33.8%)	29 (32.2%)	
41-50 ปี	58 (41.7%)	35 (38.9%)	
51 ปีขึ้นไป	17 (12.2%)	14 (15.6%)	
ศาสนา			0.158
พุทธ	128 (92.1%)	87 (96.7%)	
คริสต์ / อิสลาม	11 (7.9%)	3 (3.3%)	
ที่อยู่ปัจจุบัน			0.863
กรุงเทพฯ	114 (82.0%)	73 (81.1%)	
ต่างจังหวัด	25 (18.0%)	17 (18.9%)	
สถานภาพสมรส			0.272
คู่อยู่ด้วยกัน	111 (79.9%)	77 (85.6%)	
คู่แยกกันอยู่ / คู่เสียชีวิต / หย่าร้าง / คู่เสียชีวิตและ แต่งงานใหม่	28 (20.1%)	13 (14.4%)	
ระดับการศึกษา			0.281
ไม่ได้รับการศึกษาและประถมศึกษา	42 (30.2%)	23 (25.6%)	
มัธยมศึกษาและอนุปริญญา	57 (41.0%)	32 (35.6%)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	40 (28.8%)	35 (38.9%)	

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
อาชีพ			0.841
ว่างงาน / เกษียณอายุ / พ่อบ้าน-แม่บ้าน / เกษตรกร	46 (33.1%)	30 (33.3%)	
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / ลูกจ้างหน่วยราชการ	22 (15.8%)	18 (20.0%)	
เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน / รับจ้างทั่วไป / ลูกจ้างบริษัทเอกชน	37 (26.6%)	23 (25.6%)	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	34 (24.5%)	19 (21.1%)	
รายได้ / เดือน			0.128
1,200-5,000 บาท	14 (11.4%)	12 (15.0%)	
5,001-10,000 บาท	48 (39.0%)	20 (25.0%)	
10,001-15,000 บาท	16 (13.0%)	7 (8.8%)	
15,001-20,000 บาท	10 (8.1%)	12 (15.0%)	
20,001 บาทขึ้นไป	35 (28.5%)	29 (36.3%)	
ความเพียงพอของรายได้			0.012*
พอใช้และมีเงินสะสม	34 (24.5%)	36 (40.0%)	
พอใจแต่ไม่มีเงินสะสม	56 (40.3%)	38 (42.2%)	
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	19 (13.7%)	4 (4.4%)	
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	30 (21.6%)	12 (13.3%)	
ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญอ่อน			0.045*
ไม่มี	48 (34.5%)	43 (47.8%)	
มี	91 (65.5%)	47 (52.2%)	
มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรพิการ			0.074
ไม่เคยคิด	117 (84.2%)	83 (92.2%)	
เคยคิดเฉย ๆ	22 (15.8%)	7 (7.8%)	

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
มีความคิดทำร้ายหรือคิดฆ่าบุตรพิการ			0.819
ไม่เคยคิด	127 (91.4%)	83 (92.2%)	
เคยคิดเฉย ๆ	12 (8.6%)	7 (7.8%)	
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (จากแบบประเมิน)			0.021*
ไม่มี	113 (81.3%)	83 (92.2%)	
มี	26 (18.7%)	7 (7.8%)	
ภาวะซึมเศร้า			0.000*
ไม่มี	110 (79.1%)	87 (96.7%)	
มี	29 (20.9%)	3 (3.3%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว			0.030*
ไม่มี	45 (32.4%)	42 (46.7%)	
มี	94 (67.6%)	48 (53.3%)	
เพศของเด็ก			0.059
ชาย	90 (64.7%)	47 (52.2%)	
หญิง	49 (35.3%)	43 (47.8%)	
ลำดับที่เกิดของเด็ก			0.337
ลำดับที่ 1	68 (48.9%)	53 (58.9%)	
ลำดับที่ 2	46 (33.1%)	24 (26.7%)	
ลำดับที่ 3 เป็นต้นไป	25 (18.0%)	13 (14.4%)	
จำนวนบุตร			0.938
1 คน	40 (28.8%)	25 (27.8%)	
2 คน	60 (43.2%)	41 (45.6%)	
3 คนขึ้นไป	39 (28.1%)	24 (26.7%)	

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
อายุเด็ก			0.144
1-5 ปี	34 (24.5%)	30 (33.3%)	
5-10 ปี	39 (28.1%)	15 (16.7%)	
10-15 ปี	45 (32.4%)	27 (30.0%)	
15 ปีขึ้นไป	21 (15.1%)	18 (20.0%)	
ประเภทความพิการ			0.045*
ปัญญาอ่อน	74 (53.2%)	52 (57.8%)	
มีปัญหาทางพฤติกรรม	33 (23.7%)	10 (11.1%)	
มีปัญหาทางกายภาพ	32 (23.0%)	28 (31.1%)	
เคยเข้ารับการฝึกอบรมที่สถาบันราชานุกูล			0.633
ไม่เคย	25 (18.0%)	14 (15.6%)	
เคย	114 (82.0%)	76 (84.4%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวของเด็ก			0.200
ไม่มี	89 (64.0%)	50 (55.6%)	
มี	50 (36.0%)	40 (44.4%)	
ปัจจุบันพักอยู่กับใคร			0.428
บิดามารดา	122 (87.8%)	82 (91.1%)	
ปู่ย่า / ตายาย / พี่น้อง / สถานที่ฝึกอบรม	17 (12.2%)	8 (8.9%)	
มีปัญหากการช่วยเหลือตัวเอง			0.180
ไม่มี	79 (56.8%)	43 (47.8%)	
มี	60 (43.2%)	47 (52.2%)	
มีปัญหากการขับถ่ายอุจจาระ – ปัสสาวะ			0.759
ไม่มี	79 (56.8%)	53 (58.9%)	
มี	60 (43.2%)	37 (41.1%)	
มีปัญหากการนอน			0.874
ไม่มี	110 (79.1%)	72 (80.0%)	
มี	29 (20.9%)	18 (20.0%)	

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
มีปัญหาการพูด – การสื่อสาร			0.845
ไม่มี	34 (24.5%)	21 (23.3%)	
มี	105 (75.5%)	69 (76.7%)	
มีปัญหาพฤติกรรม			0.164
ไม่มี	52 (37.4%)	42 (46.7%)	
มี	87 (62.6%)	48 (53.3%)	
มีปัญหาอารมณ์			0.075
ไม่มี	62 (44.6%)	51 (56.7%)	
มี	77 (55.4%)	39 (43.3%)	
มีปัญหาทางเพศ			0.097
ไม่มี	120 (86.3%)	84 (93.3%)	
มี	19 (13.7%)	6 (6.7%)	
มีปัญหาการช่วยงานบ้าน / งานอาชีพ			0.048*
ไม่มี	86 (61.9%)	67 (74.4%)	
มี	53 (38.1%)	23 (25.6%)	
มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น			0.297
ไม่มี	88 (63.3%)	63 (70.0%)	
มี	51 (36.7%)	27 (30.0%)	

\* P-value &lt; .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของครอบครัวบุคคล ปัญหาอ่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการมีบุตรปัญหาอ่อน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ประเภทของความพิการ บุคคลปัญหาอ่อนมีปัญหาการช่วยงานบ้าน/งานอาชีพ



ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
เพศ			0.322
ชาย	83 (45.1%)	24 (53.3%)	
หญิง	101 (54.9%)	21 (46.7%)	
อายุ			0.626
21-30 ปี	21 (11.4%)	8 (17.8%)	
31-40 ปี	63 (34.2%)	13 (28.9%)	
41-50 ปี	76 (41.3%)	17 (37.8%)	
51 ปีขึ้นไป	24 (13.0%)	7 (15.6%)	
ศาสนา			0.119
พุทธ	175 (95.1%)	40 (88.9%)	
คริสต์ / อิสลาม	9 (4.9%)	5 (11.1%)	
ที่อยู่ปัจจุบัน			0.913
กรุงเทพฯ	150 (81.5%)	37 (82.2%)	
ต่างจังหวัด	34 (18.5%)	8 (17.8%)	
สถานภาพสมรส			0.185
คู่อยู่ด้วยกัน	148 (80.4%)	40 (88.9%)	
คู่แยกกันอยู่ / คู่เสียชีวิต / หย่าร้าง / คู่เสียชีวิตและ แต่งงานใหม่	36 (19.6%)	5 (11.1%)	
ระดับการศึกษา			0.014
ไม่ได้รับการศึกษาและประถมศึกษา	56 (30.4%)	9 (20.0%)	
มัธยมศึกษาและอนุปริญญา	76 (41.3%)	13 (28.9%)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	52 (28.3%)	23 (51.1%)	

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
อาชีพ			0.920
ว่างงาน / เกษียณอายุ / พ่อบ้าน-แม่บ้าน / เกษตรกร	62 (33.7%)	14 (31.1%)	
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / ลูกจ้างหน่วยราชการ	33 (17.9%)	7 (15.6%)	
เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน / รับจ้างทั่วไป / ลูกจ้างบริษัทเอกชน	48 (26.1%)	12 (26.7%)	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	41 (22.3%)	12 (26.7%)	
รายได้ / เดือน			0.013
1,200-5,000 บาท	18 (11.1%)	8 (19.5%)	
5,001-10,000 บาท	61 (37.7%)	7 (17.1%)	
10,001-15,000 บาท	21 (13.0%)	2 (4.9%)	
15,001-20,000 บาท	18 (11.1%)	4 (9.8%)	
20,001 บาทขึ้นไป	44 (27.2%)	20 (48.8%)	
ความเพียงพอของรายได้			0.367
พอใช้และมีเงินสะสม	52 (28.3%)	18 (40.0%)	
พอใจแต่ไม่มีเงินสะสม	79 (42.9%)	15 (33.3%)	
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	20 (10.9%)	3 (6.7%)	
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	33 (17.9%)	9 (20.0%)	
ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญอ่อน			0.162
ไม่มี	69 (37.5%)	22 (48.9%)	
มี	115 (62.5%)	23 (51.1%)	
มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรพิการ			0.396
ไม่เคยคิด	159 (86.4%)	41 (91.1%)	
เคยคิดเฉย ๆ	25 (13.6%)	4 (8.9%)	

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
มีความคิดทำร้ายหรือคิดฆ่าบุตรพิการ			0.872
ไม่เคยคิด	169 (91.8%)	41 (91.1%)	
เคยคิดเฉย ๆ	15 (8.2%)	4 (8.9%)	
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (จากแบบประเมิน)			0.099
ไม่มี	154 (83.7%)	42 (93.3%)	
มี	30 (16.3%)	3 (6.7%)	
ภาวะซึมเศร้า			0.272
ไม่มี	156 (84.8%)	41 (91.1%)	
มี	28 (15.2%)	4 (8.9%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว			0.002
ไม่มี	61 (33.2%)	26 (57.8%)	
มี	123 (66.8%)	19 (42.2%)	
เพศของเด็ก			0.515
ชาย	112 (60.9%)	25 (55.6%)	
หญิง	72 (39.1%)	20 (44.4%)	
ลำดับที่เกิดของเด็ก			0.135
ลำดับที่ 1	94 (51.1%)	27 (60.0%)	
ลำดับที่ 2	55 (29.9%)	15 (33.3%)	
ลำดับที่ 3 เป็นต้นไป	35 (19.0%)	3 (6.7%)	
จำนวนบุตร			0.590
1 คน	50 (27.2%)	15 (33.3%)	
2 คน	81 (44.0%)	20 (44.4%)	
3 คนขึ้นไป	53 (28.8%)	10 (22.2%)	

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
อายุเด็ก			0.036
1-5 ปี	44 (23.9%)	20 (44.4%)	
5-10 ปี	44 (23.9%)	10 (22.2%)	
10-15 ปี	61 (33.2%)	11 (24.4%)	
15 ปีขึ้นไป	35 (19.0%)	4 (8.9%)	
ประเภทความพิการ			0.460
ปัญญาอ่อน	103 (56.0%)	23 (51.1%)	
มีปัญหาทางพฤติกรรม	36 (19.6%)	7 (15.6%)	
มีปัญหาทางกายภาพ	45 (24.5%)	15 (33.3%)	
เคยเข้ารับการฝึกอบรมที่สถาบันราชานุกูล			0.769
ไม่เคย	32 (17.4%)	7 (15.6%)	
เคย	152 (82.6%)	38 (84.4%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวของเด็ก			0.360
ไม่มี	109 (59.2%)	30 (66.7%)	
มี	75 (40.8%)	15 (33.3%)	
ปัจจุบันพักอยู่กับใคร			0.626
บิดามารดา	163 (88.6%)	41 (91.1%)	
ปู่ย่า / ตายาย / พี่น้อง / สถานที่ฝึกอบรม	21 (11.4%)	4 (8.9%)	
มีปัญหาการช่วยเหลือตัวเอง			0.020
ไม่มี	105 (57.1%)	17 (37.8%)	
มี	79 (42.9%)	28 (62.2%)	
มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ – ปัสสาวะ			0.323
ไม่มี	109 (59.2%)	23 (51.1%)	
มี	75 (40.8%)	22 (48.9%)	

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
มีปัญหาการนอน			0.357
ไม่มี	144 (78.3%)	38 (84.4%)	
มี	40 (21.7%)	7 (15.6%)	
มีปัญหาการพูด – การสื่อสาร			0.214
ไม่มี	41 (22.3%)	14 (31.1%)	
มี	143 (77.7%)	31 (68.9%)	
มีปัญหาพฤติกรรม			0.126
ไม่มี	71 (38.6%)	23 (51.1%)	
มี	113 (61.4%)	22 (48.9%)	
มีปัญหาอารมณ์			0.353
ไม่มี	88 (47.8%)	28 (55.6%)	
มี	96 (52.2%)	20 (44.4%)	
มีปัญหาทางเพศ			0.308
ไม่มี	162 (88.0%)	42 (93.3%)	
มี	22 (12.0%)	3 (6.7%)	
มีปัญหาการช่วยงานบ้าน / งานอาชีพ			0.741
ไม่มี	122 (66.3%)	31 (68.9%)	
มี	62 (33.7%)	14 (31.1%)	
มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น			0.414
ไม่มี	119 (64.7%)	32 (71.1%)	
มี	65 (35.3%)	13 (28.9%)	

P-value < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว/เดือน ผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อนมี ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว อายุเด็ก บุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเอง

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
เพศ			0.247
ชาย	87 (45.1%)	20 (55.6%)	
หญิง	106 (54.9%)	16 (44.4%)	
อายุ			0.466
21-30 ปี	23 (11.9%)	6 (16.7%)	
31-40 ปี	68 (35.2%)	8 (22.2%)	
41-50 ปี	76 (39.4%)	17 (47.2%)	
51 ปีขึ้นไป	26 (13.5%)	5 (13.9%)	
ศาสนา			0.545
พุทธ	182 (94.3%)	33 (91.7%)	
คริสต์ / อิสลาม	11 (5.7%)	3 (8.3%)	
ที่อยู่ปัจจุบัน			0.777
กรุงเทพฯ	157 (81.3%)	30 (83.3%)	
ต่างจังหวัด	36 (18.7%)	6 (16.7%)	
สถานภาพสมรส			0.247
คู่อยู่ด้วยกัน	156 (80.8%)	32 (88.9%)	
คู่แยกกันอยู่ / คู่เสียชีวิต / หย่าร้าง / คู่เสียชีวิตและ แต่งงานใหม่	37 (19.2%)	4 (11.1%)	
ระดับการศึกษา			0.006*
ไม่ได้รับการศึกษาและประถมศึกษา	59 (30.6%)	6 (16.7%)	
มัธยมศึกษาและอนุปริญญา	79 (40.9%)	10 (27.8%)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	55 (28.5%)	20 (55.6%)	

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
<b>อาชีพ</b>			0.066
ว่างงาน / เกษียณอายุ / พ่อบ้าน-แม่บ้าน / เกษตรกร	70 (36.3%)	6 (16.7%)	
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / ลูกจ้างหน่วยราชการ	32 (16.6%)	8 (22.2%)	
เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน / รับจ้างทั่วไป / ลูกจ้างบริษัทเอกชน	51 (26.4%)	9 (25.0%)	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	40 (20.7%)	13 (36.1%)	
<b>รายได้ / เดือน</b>			0.171
1,200-5,000 บาท	22 (12.9%)	4 (12.1%)	
5,001-10,000 บาท	61 (35.9%)	7 (21.2%)	
10,001-15,000 บาท	21 (12.4%)	2 (6.1%)	
15,001-20,000 บาท	18 (10.6%)	4 (12.1%)	
20,001 บาทขึ้นไป	48 (28.2%)	16 (48.5%)	
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>			0.000*
พอใช้และมีเงินสะสม	49 (25.4%)	21 (58.3%)	
พอใจแต่ไม่มีเงินสะสม	81 (42.0%)	13 (36.1%)	
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	23 (11.9%)	23 (10.0%)	
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	40 (20.7%)	2 (5.6%)	
<b>ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน</b>			0.001*
ไม่มี	68 (35.2%)	23 (63.9%)	
มี	125 (64.8%)	13 (36.1%)	
<b>มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรพิการ</b>			0.052
ไม่เคยคิด	165 (85.5%)	35 (97.2%)	
เคยคิดเฉย ๆ	28 (14.5%)	1 (2.8%)	

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
มีความคิดทำร้ายหรือคิดฆ่าบุตรพิการ			0.049*
ไม่เคยคิด	174 (90.2%)	36 (100.0%)	
เคยคิดเฉย ๆ	19 (9.8%)	0	
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (จากแบบประเมิน)			0.099
ไม่มี	162 (83.9%)	34 (94.4%)	
มี	31 (16.1%)	2 (5.6%)	
ภาวะซึมเศร้า			0.113
ไม่มี	163 (84.5%)	34 (94.4%)	
มี	30 (15.5%)	2 (5.6%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว			0.000*
ไม่มี	64 (33.2%)	23 (63.9%)	
มี	129 (66.8%)	13 (36.1%)	
เพศของเด็ก			0.190
ชาย	119 (61.7%)	18 (50.0%)	
หญิง	74 (38.3%)	18 (50.0%)	
ลำดับที่เกิดของเด็ก			0.883
ลำดับที่ 1	101 (52.3%)	20 (55.6%)	
ลำดับที่ 2	59 (30.6%)	11 (30.6%)	
ลำดับที่ 3 เป็นต้นไป	33 (17.1%)	5 (13.9%)	
จำนวนบุตร			0.635
1 คน	57 (29.5%)	8 (22.2%)	
2 คน	83 (43.0%)	18 (50.0%)	
3 คนขึ้นไป	53 (27.5%)	10 (27.8%)	



ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
อายุเด็ก			0.180
1-5 ปี	53 (27.5%)	11 (30.6%)	
5-10 ปี	49 (25.4%)	5 (13.9%)	
10-15 ปี	62 (32.1%)	10 (27.8%)	
15 ปีขึ้นไป	29 (15.0%)	10 (27.8%)	
ประเภทความพิการ			0.799
ปัญญาอ่อน	107 (55.4%)	19 (52.8%)	
มีปัญหาด้านพฤติกรรม	37 (19.2%)	6 (16.7%)	
มีปัญหาด้านกายภาพ	49 (25.4%)	11 (30.6%)	
เคยเข้ารับการฝึกอบรมที่สถาบันราชานุกูล			0.675
ไม่เคย	32 (16.6%)	7 (19.4%)	
เคย	161 (83.4%)	29 (80.6%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวของเด็ก			0.425
ไม่มี	115 (59.6%)	24 (66.7%)	
มี	78 (40.4%)	12 (33.3%)	
ปัจจุบันพักอยู่กับใคร			0.261
บิดามารดา	170 (88.1%)	34 (94.4%)	
ปู่ย่า / ตายาย / พี่น้อง / สถานที่ฝึกอบรม	23 (11.9%)	2 (5.6%)	
มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง			0.765
ไม่มี	102 (52.8%)	20 (55.6%)	
มี	91 (47.2%)	16 (44.4%)	
มีปัญหาด้านการขับถ่ายอุจจาระ - ปัสสาวะ			0.927
ไม่มี	111 (57.5%)	21 (58.3%)	
มี	82 (42.5%)	15 (41.7%)	
มีปัญหาด้านการนอน			0.532
ไม่มี	152 (78.8%)	30 (83.3%)	
มี	41 (21.2%)	6 (16.7%)	

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
มีปัญหาการพูด - การสื่อสาร			0.317
ไม่มี	44 (22.8%)	11 (30.6%)	
มี	149 (77.2%)	25 (69.4%)	
มีปัญหาพฤติกรรม			0.234
ไม่มี	76 (39.4%)	18 (50.0%)	
มี	117 (60.6%)	18 (50.0%)	
มีปัญหาอารมณ์			0.124
ไม่มี	91 (47.2%)	22 (61.1%)	
มี	102 (52.8%)	14 (38.9%)	
มีปัญหาทางเพศ			0.261
ไม่มี	170 (88.1%)	34 (94.4%)	
มี	23 (11.9%)	2 (5.6%)	
มีปัญหาการช่วยงานบ้าน / งานอาชีพ			0.715
ไม่มี	128 (66.3%)	25 (69.4%)	
มี	65 (33.7%)	11 (30.6%)	
มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น			0.044*
ไม่มี	122 (63.2%)	29 (80.6%)	
มี	71 (36.8%)	7 (19.4%)	

P-value < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของครอบครัว บุคคลปัญญาอ่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน ผู้ดูแลมีความคิดทำร้ายหรือฆ่าบุตรพิการ ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว บุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
เพศ			0.247
ชาย	83 (44.9%)	24 (54.5%)	
หญิง	102 (55.1%)	20 (45.5%)	
อายุ			0.950
21-30 ปี	23 (12.4%)	6 (13.6%)	
31-40 ปี	62 (33.5%)	14 (31.8%)	
41-50 ปี	76 (41.1%)	17 (38.6%)	
51 ปีขึ้นไป	24 (13.0%)	7 (15.9%)	
ศาสนา			0.828
พุทธ	174 (94.1%)	41 (93.2%)	
คริสต์ / อิสลาม	11 (5.9%)	3 (6.8%)	
ที่อยู่ปัจจุบัน			0.976
กรุงเทพฯ	151 (81.6%)	36 (81.8%)	
ต่างจังหวัด	34 (18.4%)	8 (18.2%)	
สถานภาพสมรส			0.411
คู่อยู่ด้วยกัน	150 (81.1%)	38 (86.4%)	
คู่แยกกันอยู่ / คู่เสียชีวิต / หย่าร้าง / คู่เสียชีวิตและ แต่งงานใหม่	35 (18.9%)	6 (13.6%)	
ระดับการศึกษา			0.002su
ไม่ได้รับการศึกษาและประถมศึกษา	58 (31.4%)	7 (15.9%)	
มัธยมศึกษาและอนุปริญญา	76 (41.1%)	13 (29.5%)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	51 (27.6%)	24 (54.5%)	

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value'
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
อาชีพ			0.137
ว่างงาน / เกษียณอายุ / พ่อบ้าน-แม่บ้าน / เกษตรกร	67 (36.2%)	9 (20.5%)	
ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ / ลูกจ้างหน่วยราชการ	32 (17.3%)	8 (18.2%)	
เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน / รับจ้างทั่วไป / ลูกจ้างบริษัทเอกชน	48 (25.9%)	12 (27.3%)	
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	38 (20.5%)	15 (34.1%)	
รายได้ / เดือน			0.147
1,200-5,000 บาท	21 (13.0%)	5 (12.2%)	
5,001-10,000 บาท	60 (37.0%)	8 (19.5%)	
10,001-15,000 บาท	19 (11.7%)	4 (9.8%)	
15,001-20,000 บาท	17 (10.5%)	5 (12.2%)	
20,001 บาทขึ้นไป	45 (27.8%)	19 (46.3%)	
ความเพียงพอของรายได้			0.007su
พอใช้และมีเงินสะสม	49 (26.5%)	21 (47.7%)	
พอใจแต่ไม่มีเงินสะสม	76 (41.1%)	18 (40.9%)	
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	23 (12.4%)	0 (0)	
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	37 (20.0%)	5 (11.4%)	
ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญอ่อน			0.000su
ไม่มี	61 (33.0%)	30 (68.2%)	
มี	124 (67.0%)	14 (31.8%)	
มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตร			0.021su
พิจารณา			
ไม่เคยคิด	157 (84.9%)	43 (97.7%)	
เคยคิดเฉย ๆ	28 (15.1%)	1 (2.3%)	

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
มีความคิดทำร้ายหรือคิดฆ่าบุตรพิการ			0.316
ไม่เคยคิด	168 (90.8%)	42 (95.5%)	
เคยคิดเฉย ๆ	17 (9.2%)	2 (4.5%)	
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (จากแบบประเมิน)			0.038*
ไม่มี	154 (83.2%)	42 (95.5%)	
มี	31 (16.8%)	2 (4.5%)	
ภาวะซึมเศร้า			0.013*
ไม่มี	154 (83.2%)	43 (97.7%)	
มี	31 (16.8%)	1 (2.3%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว			0.000*
ไม่มี	59 (31.9%)	28 (63.6%)	
มี	126 (68.1%)	16 (36.4%)	
เพศของเด็ก			0.069
ชาย	116 (62.7%)	21 (47.7%)	
หญิง	69 (37.3%)	23 (52.3%)	
ลำดับที่เกิดของเด็ก			0.643
ลำดับที่ 1	95 (51.4%)	26 (59.1%)	
ลำดับที่ 2	58 (31.4%)	12 (27.3%)	
ลำดับที่ 3 เป็นต้นไป	32 (17.3%)	6 (13.6%)	
จำนวนบุตร			0.856
1 คน	53 (28.6%)	12 (27.3%)	
2 คน	80 (43.2%)	21 (47.7%)	
3 คนขึ้นไป	52 (28.1%)	11 (25.0%)	

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
อายุเด็ก			0.115
1-5 ปี	47 (25.4%)	17 (38.6%)	
5-10 ปี	47 (25.4%)	7 (15.9%)	
10-15 ปี	62 (33.5%)	10 (22.7%)	
15 ปีขึ้นไป	29 (15.7%)	10 (22.7%)	
ประเภทความพิการ			0.319
ปัญญาอ่อน	101 (54.6%)	25 (56.8%)	
มีปัญหาทางพฤติกรรม	38 (20.5%)	5 (11.4%)	
มีปัญหาทางกายภาพ	46 (24.9%)	14 (31.8%)	
เคยเข้ารับการฝึกอบรมที่สถาบันราชานุกูล			0.505
ไม่เคย	33 (17.8%)	6 (13.6%)	
เคย	152 (82.2%)	38 (86.4%)	
ปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวของเด็ก			0.657
ไม่มี	111 (60.0%)	28 (63.6%)	
มี	74 (40.0%)	16 (36.4%)	
ปัจจุบันพักอยู่กับใคร			0.666
บิดามารดา	164 (88.6%)	40 (90.9%)	
ปู่ย่า / ตายาย / พี่น้อง / สถานที่ฝึกอบรม	21 (11.4%)	4 (9.1%)	
มีปัญหาการช่วยเหลือตัวเอง			0.882
ไม่มี	99 (53.5%)	23 (52.3%)	
มี	86 (46.5%)	21 (47.7%)	
มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ - ปัสสาวะ			0.902
ไม่มี	107 (57.8%)	25 (56.8%)	
มี	78 (42.2%)	19 (43.2%)	
มีปัญหาการนอน			0.094
ไม่มี	143 (77.3%)	39 (88.6%)	
มี	42 (22.7%)	5 (11.4%)	

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ตัวแปรต่างๆ	คุณภาพชีวิต		P-value
	ไม่ดี-กลางๆ	ดี	
มีปัญหาการพูด - การสื่อสาร			0.178
ไม่มี	41 (22.2%)	14 (31.8%)	
มี	144 (77.8%)	30 (68.2%)	
มีปัญหาพฤติกรรม			0.018*
ไม่มี	69 (37.3%)	25 (56.8%)	
มี	116 (62.7%)	19 (43.2%)	
มีปัญหาอารมณ์			0.014*
ไม่มี	84 (45.4%)	29 (65.9%)	
มี	101 (54.6%)	15 (34.1%)	
มีปัญหาทางเพศ			0.132
ไม่มี	162 (87.6%)	42 (95.5%)	
มี	23 (12.4%)	2 (4.5%)	
มีปัญหาการช่วยงานบ้าน / งานอาชีพ			0.199
ไม่มี	120 (64.9%)	33 (75.0%)	
มี	65 (35.1%)	11 (25.0%)	
มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น			0.001*
ไม่มี	113 (61.1%)	38 (86.4%)	
มี	72 (38.9%)	6 (13.6%)	

\* P-value &lt; .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของครอบครัวบุคคล ปัญญาอ่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา, ความเพียงพอของรายได้, ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน, มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะมีบุตรพิการ มี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, มีภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว, บุคคล ปัญญาอ่อนมีปัญหาพฤติกรรม, มีปัญหาทางอารมณ์, และมีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น

## บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณ ภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบ กับคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาของบุคคลปัญญาอ่อนที่มา รับบริการที่สถาบันราชานุกูล จำนวน 229 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - เดือนมีนาคม 2547

### สรุปผลการวิจัย

#### 1. การศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 229 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (มารดา) ( คิด เป็นร้อยละ 53.3) มีอายุเฉลี่ย 41.27 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด (คิดเป็นร้อยละ 40.6) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (คิดเป็นร้อยละ 93.9) ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยอยู่ที่กรุงเทพฯ (คิดเป็นร้อยละ 81.7) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน (คิดเป็นร้อยละ 82.1) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับมัธยมศึกษา-ปวช (คิดเป็นร้อยละ 31.0) ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว 5,001-10,000 บาทต่อ เดือน (คิดเป็นร้อยละ 29.7) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำสุด 1,200 บาท รายได้สูงสุด 100,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสม (คิดเป็นร้อยละ 41.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นแม่ บ้าน (คิดเป็นร้อยละ 26.6) ผลกระทบจากการมีบุตรพิการ ส่วนใหญ่มีผลกระทบ (คิดเป็นร้อยละ 60.3) ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ทำให้ต้องออกจากงาน (คิดเป็นร้อยละ 18.8) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดทำร้ายตนเองหรือคิดฆ่าตัวตาย (คิดเป็นร้อยละ 12.7) มีความคิดทำร้ายบุตรพิการหรือคิดฆ่าบุตรพิการ (คิดเป็นร้อยละ 8.3) กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพ (คิดเป็นร้อยละ 62.0) โดยปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มี ความเครียด (คิดเป็นร้อยละ 48.9) จากการมีบุตรพิการทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตาย (คิดเป็นร้อยละ 14.4) และมีภาวะซึมเศร้า (คิดเป็นร้อยละ 14.0)

#### 2. การศึกษาข้อมูลบุคคลปัญญาอ่อน

บุคคลปัญญาอ่อนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (คิดเป็นร้อยละ 59.8) ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 (คิดเป็นร้อยละ 52.8) บุคคลปัญญาอ่อนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 10 -15 ปี (คิดเป็นร้อยละ 31.4) โดยมี อายุต่ำสุด 5 เดือน อายุสูงสุด 41 ปี อายุเฉลี่ย 10.4 ปี ส่วนใหญ่มีความพิการด้านภาวะปัญญาอ่อน อย่างเดียว (คิดเป็นร้อยละ 55.0) ส่วนใหญ่บุคคลปัญญาอ่อนเคยเข้ารับการฝึกอบรมที่สถาบันราชานุกูล (คิดเป็นร้อยละ 83.0) บุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหาสุขภาพ (คิดเป็นร้อยละ 39.3) โดยส่วนใหญ่มีปัญหา



สุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (คิดเป็นร้อยละ 14.4) ปัจจุบันบุคคลปัญญาอ่อนส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา (คิดเป็นร้อยละ 89.1)

ปัจจุบันบุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหา ด้านการช่วยเหลือตนเอง (คิดเป็นร้อยละ 46.7) ด้านการขับถ่ายอุจจาระ / บิดสภาวะ (คิดเป็นร้อยละ 42.4) ด้านการนอน (คิดเป็นร้อยละ 20.5) ด้านการพูด / การสื่อสาร (คิดเป็นร้อยละ 76.0) ด้านพฤติกรรม (คิดเป็นร้อยละ 59.0) ด้านอารมณ์ (คิดเป็นร้อยละ 50.7) ด้านทางเพศ (คิดเป็นร้อยละ 10.9) ด้านการช่วยเหลืองานบ้าน / งานอาชีพ (คิดเป็นร้อยละ 33.2) ด้านสัมพันธภาพกับคนอื่น (คิดเป็นร้อยละ 34.1) ด้านการเรียนรู้ (คิดเป็นร้อยละ 66.4)

การประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าครอบครัวมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง(ร้อยละ 52.8) รองลงมาคิดว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 30.1)

คุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ด้านสุขภาพกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.1) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 38.9) ด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.6) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 39.3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.4) รองลงมาคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 19.7) ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.6) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 15.7) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.9) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 19.2)

### อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 79.9 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีระดับดีมากกว่าระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตคนไทยในระดับจังหวัดในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 2 พบว่าประชาชนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.7 และคุณภาพชีวิตด้านอื่นทั้ง 4 ด้าน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับดีมากกว่าระดับไม่ดี<sup>29</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 ระดับดีร้อยละ 20.5 และระดับไม่ดีย้อยละ 1.2<sup>14</sup>

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน การมีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน การมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้า การมีปัญหสุขภาพหรือโรคประจำตัว และการมีปัญหาทางพฤติกรรม/อารมณ์และ

สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นของบุตรบุญญาอัน ซึ่งจะได้นำเสนอการอภิปรายผลที่ละประเด็นตามลำดับดังต่อไปนี้

ในด้านการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าบุคคลที่มีการศึกษามาก สามารถจะประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ และสามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มาก สามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย<sup>31</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่าน ที่พบว่าบิดามารดาที่มีความรู้มากสามารถเผชิญความเครียดเนื่องจากบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ดีกว่าบิดามารดาที่มีความรู้<sup>32</sup> คนที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีกว่าคนที่มิระดับการศึกษาต่ำ<sup>33,14</sup> และพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า โดยรู้จักแสวงหาข้อมูล ตลอดจนรู้จักแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่า<sup>36</sup> และพบว่าระดับการศึกษาน้อยทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีเท่าที่ควร<sup>36,37</sup> ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการเพื่อสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย<sup>38</sup> ซึ่งการศึกษาเป็นการพัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้ชีวิตช่วยให้รู้จักใช้ความรู้ ความคิดของตนแก้ไขปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมการศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>39</sup>

ในด้านความเพียงพอของรายได้ การศึกษาคครั้งนี้พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต<sup>40</sup> และรายได้ยังเป็นตัวกำหนดสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม<sup>41</sup> ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ อาจไม่มีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ดังนั้นจึงประเมินความพึงพอใจในชีวิตต่ำ และพบว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ<sup>42,14</sup> สอดคล้องกับการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากเป็นปัจจัยช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ตามสมควร เพราะเศรษฐกิจที่ดีทำให้สามารถรับภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้<sup>25</sup> และพบว่า รายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง<sup>43,44</sup> สถานภาพทางการเงินมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ต้องเสียรายได้ และต้องเป็นค่าใช้จ่ายที่ยาวนานและต่อเนื่อง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีสถานะการเงินที่ไม่เพียงพออยู่เดิมและไม่มีสวัสดิการทางสังคมใด ๆ รองรับ ทำให้มีผล

กระทบต่อการดำเนินชีวิตได้<sup>44</sup> ดังนั้นรายได้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต และเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการกำหนดให้มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน<sup>45</sup>

ในด้านผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน จะมีระดับคุณภาพชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าจากสถานะของครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อน จะมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัวมากมาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงชีวิตในสังคมด้วย<sup>46,47</sup> นอกจากนี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัวแล้ว ยังมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสมาชิกในครอบครัว และมีผลกระทบต่อท่าทีการตอบสนองต่อกันของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้เป็นแม่จะมีประสบการณ์ที่เจ็บปวด และตึงเครียดต่อบทบาทของการเป็นแม่มากที่สุด เพราะการดูแลบุตรปัญญาอ่อนนั้น แม่ต้องใช้เวลาอย่างมาก ทำให้เวลาที่ต้องให้กับครอบครัวลดลงและไม่สามารถทำหน้าที่บทบาทอื่นที่เคยทำได้ ขณะเดียวกันกับสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัวจะต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งภาระที่มีกับสมาชิกใหม่ที่ปัญญาอ่อน และหรือต่อภาระที่ต้องช่วยเหลือดูแลบุตรปัญญาอ่อน การมีบุตรปัญญาอ่อนยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหรืองานที่เคยทำปกติเช่น ออกจากงานมาดูแลบุตรปัญญาอ่อน<sup>48</sup> และส่งผลกระทบต่อการดำเนินบทบาทในชีวิตประจำวันทั้งด้านครอบครัว ส่วนตัว อาชีพ และสังคมซึ่งมีผลต่อความผาสุกของครอบครัวโดยรวมทั้งสิ้น<sup>49</sup> นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคู่สมรสด้วย<sup>50</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งส่วนใหญ่ทำให้ต้องออกจากงาน สอดคล้องกับการศึกษาถึงบทบาทของผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน พบว่า เวลาและพลังงานที่ใช้ในการดูแลจะขัดแย้งกับบทบาทอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ที่มีความรับผิดชอบมาก ความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทอื่นๆ ไม่สามารถผสมกลมกลืนกันได้ เช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเป็นทั้งภรรยา แม่บ้าน ซึ่งต้องทำงานล่วงเวลา และต้องดูแลสามี ให้ข้อมูลว่าไม่สามารถกระทำบทบาทต่างๆ ที่มีอยู่ได้อย่างสมบูรณ์ จึงตัดสินใจลาออกจากงาน เพื่อทำหน้าที่แม่บ้านและผู้ดูแลเท่านั้น<sup>51</sup>

ในประเด็นการมีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การที่พ่อแม่ต้องอยู่กับลูกปัญญาอ่อนตลอดเวลา มีความซ้ำซากจำเจ จะทำให้เกิดความเครียด มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกและกิจกรรมในชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยเปรียบเทียบจากหญิง 4 กลุ่ม ได้แก่ หญิงที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล บุตรสาวที่ดูแลบิดามารดา ภรรยาที่ดูแลสามี และมารดาที่ดูแลบุตร พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มผู้ดูแลมีสุขภาพที่เลวกว่า มีความพึงพอใจในตน

เองต่ำกว่า และมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่า<sup>52</sup> บางคนมีภาวะซึมเศร้าที่รู้สึกว่ามันทำหน้าที่ยกพร่องในการดูแลบุตรพิการ<sup>53</sup> จากการศึกษา พบว่า ครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ได้ลงมือทำและมีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจุบันที่มีอิทธิพลต่อความพยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว<sup>54</sup> หรือปัจจัยเสี่ยงภายในครอบครัวเอง<sup>55,56</sup> ยังพบว่า มีการหย่าร้างและฆ่าตัวตายอย่างเด่นชัดมาก ในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยและรักษาไม่หายขาด สอดคล้องกับการศึกษาถึงความยากลำบากในการดูแลและผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง<sup>57</sup> พบว่า ความยากลำบากในการตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล เป็นตัวทำนายความพึงพอใจในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล นอกจากนี้มีแนวโน้มว่าจะเกิดกลุ่มอาการของความเครียดมากด้วย

ในด้านการมีปัญหาทางพฤติกรรม/อารมณ์และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นของบุตรปัญญาอ่อน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่บุตรปัญญาอ่อนมีปัญหาทางพฤติกรรม/อารมณ์และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น จะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่บุตรปัญญาอ่อนไม่มีปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า เมื่อมีเด็กปัญญาอ่อนเกิดขึ้นในครอบครัว ย่อมกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะมารดา ผู้มีบทบาทเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว ในกรณีที่บุตรปัญญาอ่อนช่วยเหลือตนเองได้น้อย มารดาต้องดูแลในด้านกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการเฝ้าระวังอันตรายต่าง ๆ โดยไม่สามารถปล่อยให้บุตรอยู่ตามลำพังได้ มารดาต้องประสบกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุตรปัญญาอ่อน ได้แก่ อารมณ์ที่รุนแรง ต่อต้าน และก้าวร้าว<sup>58</sup> ปัญหาพฤติกรรมเป็นปัญหาสำคัญ และพบว่าเป็นปัญหาที่ทำให้เด็กบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งมีความจำกัดในการเรียนรู้อยู่แล้ว มีศักยภาพด้อยกว่าสภาพความพิการที่แท้จริง มีผลกระทบทั้งทางการศึกษา สุขภาพ และสังคม เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิต มีความผิดปกติทางจิตทุกประเภทเช่นเดียวกับบุคคลปกติ และพบที่เกิดปัญหาทางจิตมากกว่าบุคคลปกติถึง 3-4 เท่า<sup>59</sup> ปัญหาที่พบเป็นปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ เด็กที่มีสติปัญญาบกพร่องมักพบว่า เด็กจะมีอารมณ์ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ปัญหาจะชัดเจนเมื่อเด็กโตขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากความสามารถในการคิดไม่ดี จึงทำให้จัดการกับอารมณ์ได้ไม่ดี<sup>60</sup> จากการศึกษาพบว่าบุคคลปัญญาอ่อนมีปัญหาพฤติกรรม มีปัญหาทางอารมณ์ และมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับคนอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาจิตเวชในบุคคลปัญญาอ่อน พบว่าปัญหาจิตเวชที่พบมากที่สุดคือปัญหาพฤติกรรม<sup>61</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาทางจิตใจในบุคคลบกพร่องทางสติปัญญาพบว่า มีความทุกข์ของปัญหาทางจิตมากกว่าบุคคลปกติ พบปัญหาพฤติกรรมในอัตราที่สูงมาก เช่น พฤติกรรมซ้ำๆ ทำร้ายตนเอง ก้าวร้าว ดื้อไม่เชื่อฟัง ไม่อยู่นิ่ง ปัญหาในการปฏิสัมพันธ์ และการสร้างมิตรภาพกับเพื่อน<sup>62</sup> และพบว่าเด็กบกพร่องทางสติปัญญามีความยากที่จะสร้าง

มิตรภาพและรักษาไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพ เนื่องจากปัญหาการสื่อสาร การขาดโอกาสในการเรียนรู้จากการเล่นกับเพื่อน ออกไปนอกบ้านและเข้าสังคม ซึ่งเด็กต้องการการฝึกและเลียนแบบอย่างอย่างต่อเนื่อง<sup>63</sup> ในด้านปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวจะมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะดังกล่าว ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การเผชิญกับปัญหาที่เป็นอยู่ในแต่ละวันทำให้มารดาต้องทุ่มเทเวลาและแรงกายในการดูแลบุตร<sup>64</sup> ยิ่งบุตรมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากเท่าไรก็จะทำให้มารดาเป็นทุกข์มากขึ้นเท่านั้น<sup>2</sup> แม้ในครอบครัวที่มีรายได้พอเพียงที่สามารถหาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ก็สร้างปัญหาและความยากลำบากแก่มารดาเป็นอย่างมาก<sup>65</sup> บทบาทของผู้ให้การดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองเป็นอย่างมาก ทั้งด้านการบริหารเวลา หน้าที่การงาน ภาระกิจในสังคม การมีอิสระและการเป็นส่วนตัว<sup>51</sup> นอกจากนี้ยังมีความบกพร่องในบทบาทต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว อาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกในครอบครัวได้<sup>66</sup> ตามกฎกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537 จัดเด็กบกพร่องทางสติปัญญาอยู่ในประเภทบุคคลพิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ เป็นบุคคลที่รัฐต้องจัดบริการช่วยเหลือในทุกด้านเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขตามศักยภาพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการมีบุคคลปัญญาอ่อนในครอบครัวส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และคุณภาพชีวิตของครอบครัว

สรุป จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนครั้งนี้ พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าครอบครัวมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (ร้อยละ 52.8) รองลงมาคิดว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 30.1)

ครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนมีคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ด้านสุขภาพกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.1) ด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.6) ด้านสัมพันธ์ทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.4) ด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.6) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.9) และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบจากการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความคิดทำร้ายตนเอง/คิดฆ่าตัวตายเพราะการมีบุตรปัญญาอ่อน มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัว ฉะนั้นในการดูแลช่วยเหลือบุคคลปัญญาอ่อน จึงควรที่จะให้ความสนใจประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดังกล่าวเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดตามมาจากการมีบุคคลปัญญาอ่อนในครอบครัว ฉะนั้นผลจากการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นความพยายามที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของ

ครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน เพื่อนำเอาองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการวางแผน ป้องกัน และแก้ไขช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ควรทำการศึกษาคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนในทุกภาคให้ครอบคลุมทั้งประเทศ เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงได้กว้างขวางยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์การดูแล เพื่อให้มีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อนให้มากขึ้น

### บรรณานุกรม

1. Drapo, P.J. "Mental Retardation." In *Psuchritic-Mental Health Nursing : Adaptation and Growth*. pp.575-602, 2<sup>nd</sup> Edited by B.S. Johnson. Philadelphia : J.B. Lippineolt Co.,1989.
2. Breslau N., et al. "Psychological Distress in Mothers of Disabled Children," *American Jouenal of Disabled Child*. 1982;136: 682-686.
3. อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี. "ปัญหาของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนและการให้ความช่วยเหลือ." *วารสารราชานุกูล*. 10 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2538): 8-18.
4. Friedman, J. *Home health care : A Complete guide for patiens and their families*. New York : W.W. Noeton & C.C., 1986.
5. สุวัฒน์ มนต์นิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะจรัสกุล. *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง, 2540.
6. DSM IV – R. *Diagnostic and Statistical Mental Disorder*, 3 ed. Revised,1994.
7. World Health Organization. *The ICD –10 Classification of Mental and Behavioral disorders*. Geneva : World Health Organization, 1992 : 225-231.
8. American Association on Mental Retardation : *Definition, Classification and Systems of Support*. 9th ed Washington DC, American Association on Mental Retardation, 1992 : 101-105.
9. ไพรัช บวรสมพงษ์. "อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลธัญญรักษ์ ปทุมธานี." *วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 2542.
10. Japan Leage for the Mentally Retarded. *Handbook of care and Training for Developmental Disabilities*, 1992 : 21-23, 48-59.
11. Schalock RL. "Attempts to Conceptualize and Measure Quality of life." In *Quality of life : Perspectives and Issues*, pp. 141-148. Edited by Schalock RL. Eds. Washington : American Association on Mental & Co.LTD, Retardation, 1990.
12. Goode Da. "Measuring the Quality of life of Persons with Disabilities : Some Issues and Suggestion." *AAMR. News and Notes*, 1990.

13. ศุภชัย สุวรรณ. "มุมมองหนึ่งของสิทธิมนุษยย์กับคุณภาพชีวิต." วารสารประชากรศึกษา. 12 (เมษายน 2529) : 85- 87.
14. สุวัฒน์ มหิตนรินทร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. **คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ.** เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง, 2541.
15. Cooley, M.E. Quality of life in persons with non-small cell lung cancer : concept analysis. *Cancer nursing*, 1998; 21(3) :151-161.
16. The World Health Organization Quality of Life Assessment Group. **People and health** : What quality of life? *World Health Forum*, 1996 ; 17 (4) : 354-356.
17. Ferrans, C.E. Quality of life : Conceptual issues. *Oncology Nursing Forum*, 1990; 6 : 248-254.
18. Powell, D.H. **Understanding Human Adjustment, Normal adaptation Through the Life Cycle.** Boston : Little, Brown and Company, 1983.
19. Ferrans, C. E., & Power, M. J. Psychometric Assessment of The Quality of life Index. *Research in Nursing & Health*. 1992 ;15: 22-29.
20. Hughes, B. Gerontological approaches to quality of life In Johnson, J.& Slater, R. **Aging and Later Life.** London : SAGE Publications, 1993.
21. Meeberg, G. A. Quality of life : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1993 ; 18 : 32-38.
22. Goodnison, S. M., & Singleton, J. Quality of life : A critical review of current concepts, measures and their clinical implication. *Internal Journal of Nursing Studies*, 1989 ; 26 : 327-340.
23. Zhan, L. Quality of life : Concept and measurement issue. *Journal of Advanced Nursing*, 1992 ; 17 : 795-880.
24. อนุชาติ พวงสำลี, อรทัย อาจอ่ำ. **การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต และสังคมไทย,** กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว), 2539.
25. เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. "ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท." วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
26. UNESCO, **Quality of life Improvement Programmes.** Bangkok : Unesco Regional office, 1993,



27. The WHOQOL Group. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and genetic version of assessment, field trial version. Geneva : WHO, 1996.
28. UNDP, Human Development Report, 1990.
29. ----- . รายงานการวิจัยเรื่องการสำรวจภาวะสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตคนไทยในระดับจังหวัด ในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 2 ปีงบประมาณ 2543. ศูนย์สุขภาพจิตเขต 2 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
30. เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ. "คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท." วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
31. Westston, W.R., & Olow, H.A. Perception of Self-Care in Sureden: A cross Culture Replication. *Journal of Advance Nursing*, 1989 ;14 : 962-969.
32. Strauss, S.S. and Monton, M. " Common Concerns of Parents with Disabled Children". *Pediatric Nursing*. 1985 ; 11.: 371-375.
33. วรณา กุมารจันทร์. "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน." วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
34. นัยนา พิพัฒน์วิเศษ. " ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม." วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
35. ดรุณี คชพรหม. "การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช." วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
36. ศิริภา นันทพงษ์. "การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท." วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
37. ชนิดา มณีวรรณ. "ปัญหาและความต้องการผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน." งานวิจัยภาค วิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

38. ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. "สุขภาพจิตและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล." วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์,  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
39. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์,และนิภา มนูญปัจ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์ศรี  
อนันต์, 2525.
40. Orem, D.E. Nursing: concept of practice. Connecticut: Appliton & Lange, 1991.
41. Henucharunkul, S. Social support, Self-Care and Quality of Life in Patients  
Receiving Radiotherapy in Thailand. Dissertation, PH.D. (Nursing). St.Paul :  
Graduate School, Wayne State University. Photocopied, 1998.
42. อารีรัตน์ อุลิส. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน."  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัย  
ครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
43. เพชรา อินอิม. ความคิดเห็นของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตชุมชน. 2531; 9  
:16-18.
44. พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิเวชะรัตน์, และชุตินา ประทีปะจิตติ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
จิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญ  
ญา. วารสารกรมสุขภาพจิต, 2541 ; 5 (3) : 16-23.
45. Bruckhardt, C.S. The impact of arthritis quality of life. Nursing Research, 1985 ; 34 :  
11-16.
46. Crnic, K.A., Friedrick, W.N. and Greenberg, M.T. " Adaptation of Stress Coping and  
Family Ecology." American Journal of Mental Deficiency. 1983 ; 88 : 125-  
138.
47. Clifford, D. J., et al. " Retardation and The Family". In Mental Retardation a Life  
Cycle Approach. PP 330-366. 3rd ed. Edited by Robert, A.K. Ohio : Merrill  
Publishing Co., 1986.
48. ฉลวย จุติกุล. แนวคิดการปฏิรูปการจั้ดบริการและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิต  
เวชสำหรับบุคคลปัญญาอ่อนในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.
49. Wood, F.G. "The Meaning of Caregiving," in Rehabilitation Nursing. 1991 ; 40 (6) :16.
50. Stetz, K.M.C. Caregiving Demand During Advanced Cancer," Cancer Nursing. 1987  
; 10(5) : 260-268.

51. Goldstein, V., Regnery, G., Wellin, E. "Caretaker Role Fatigue," *Nursing Outlook*. 1981; 40(1) : 24-30.
52. Hoyert, D.N. and Seltzer, M.M. " Factors Related to the Well-Being and life Activity of Family Caregivers". *Family Relations*, 1992 ; 41: 74-81.
53. O'Donoghue, P.O. " Nursing Care of the Child with Mental Retardation". In *Nursing Care of Children and Families*. PP 610-672. 2<sup>nd</sup> ed. Edited by S.R. Mott, SR. James and A.M. Sperha. Addison-Wesley; Redwood city, California, 1990.
54. นีรา พรเดชวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.
55. สมชาย จักรพันธ์, สุนันท์ จำรัสสวัสดิ์, และพนมศรี เสาร์สาร. สถานการณ์การฆ่าตัวตายในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ. ในกรมสุขภาพจิต. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
56. เสี่ยงม สารบัณฑิตกุล., วรรัตน์ ทะมั่งกลาง., วารุณี ตั้งเสรี และพินลดา มุลาดี. รายงานการวิจัยการศึกษาการฆ่าตัวตาย 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
57. Lawson, B. "Chronic Illness in School-aged Child Effect on the Total Family." *American Journal of Maternal Child Nursing*. 1977; 1:49-56.
58. Grant,G. and McGrath,M. " Need for Respite-Care Services for Caregivers of Persons with Mental Retardation". *American Journal on Mental Retardation*, 1990 ; 94 : 638-648.
59. Robin LN. "Conduct disorder." *J Child Psychol Psychiatry*. 1991 ; 32 :193-212.
60. อุมพร ตรังคสมบัติ. สร้างEQให้ลูกคุณ. กรุงเทพมหานครศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว, 2544. พยาบาลราชานุกูล. 2542 ; 14(2) : 4-22.
61. วารุณี เมฆอริยะ, วัลย์ลิกา สังข์ทอง. ปัญหาจิตเวชในบุคคลปัญญาอ่อน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชานุกูล. 2542; 14(2) : 4-22.
62. Moss SC. Methodological issues in the diagnosis of psychiatric disorders in adults with learning disabilities. *Thomfield J*. 1995 ; 18 : 9-18.
63. Tali H. and Malka M. Loneliness, depression and social skills among students with mental retardation. *J Spec Educa*. 1988 ; 32 : 154-64.

64. Dunlap, W.R. and Hollinsworth, J.S. "How Does A Handicapped Child Affect the Family? Implication For Practitioners." *The Family Coordinator*. 1977 ; 286-293.
65. Pillitteri, A. "Children and Families with Mental Health Disorders." In *Maternal and Child Health Nursing Care of the Childbearing and Childrearing Family*. PP1772-1790. Edited by Cullen.B.N. Philadelphia : J.B. Lippicott Co.,1992.
66. Fatcher, J.A. "Chronic Illness and Family Dynamic." *Pediatric Nursing*. 1988 ;14 : 381-385.
67. พจนานุกรมไทย. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์, 2538.
68. The WHOQOL Group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument. In : J Orley, & W. Kuyken (Eds). *Quality of life assessment: International perspectives* (pp.41-57). New York : Springer-Verlac, 1994.
69. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental Behavioral disorder : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO : Geneva, 1992.
70. ชวลา เจริญ และ กัลยา สุตะบุตร. *ความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อน*. กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลราชานุกูล, 2538.
71. เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์ และกัลยา สุตะบุตร. "ปัญญาอ่อน." ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
72. ยุวดี กิตติคุณ และปัญญา เพ็ญสุวรรณ. "การดำเนินชีวิตให้เป็นปกติ." (อัตสำเนา).
73. รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. "ภาวะในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน." *วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2539.

ภาคผนวก

## ภาคผนวก

## แบบสอบถามคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาศึกษาวิจัยถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนคือ

ส่วนที่1 ข้อมูลเกี่ยวกับบิดา-มารดา หรือผู้ปกครอง

ส่วนที่2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

ส่วนที่3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริงจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้พิการและครอบครัวต่อไป และข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ในภาครวมเท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ

ส่วนที่1 ข้อมูลเกี่ยวกับบิดา-มารดา หรือผู้ปกครอง (ผู้ตอบแบบสอบถาม)

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. เกี่ยวข้องโดยเป็นอะไรกับผู้ป่วย  พ่อ  แม่  อื่นๆระบุ
3. อายุผู้ตอบแบบสอบถาม.....ปี
4. นับถือศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆระบุ
5. ที่พักในปัจจุบัน  กรุงเทพฯ  ต่างจังหวัด ระบุ.....
6. สถานภาพการสมรส
 

<input type="checkbox"/> คู่อยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/> คู่แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> คู่สมรสเสียชีวิต	<input type="checkbox"/> คู่สมรสเสียชีวิตและแต่งงานใหม่
<input type="checkbox"/> หย่าร้างและแต่งงานใหม่	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....
7. ท่านมีการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา / ปวช
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ		

## 8. ท่านมีอาชีพหลัก

- ว่างงาน                      พนักงานรัฐวิสาหกิจ  
ข้าราชการ                    เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน / NGO  
รับจ้างทั่วไป                ลูกจ้าง / พนักงานบริษัทเอกชน  
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว   ลูกจ้างหน่วยงานราชการ  
เกษียณอายุ                  ไม่ได้ทำงาน เป็นพ่อบ้าน / แม่บ้าน  
เกษตรกร                      อื่นๆระบุ.....

## 9. รายได้ของครอบครัว.....บาท / เดือน โดยประมาณ

## 10. รายได้โดยรวมของครอบครัวพอใช้หรือไม่

- พอใช้และมีเงินสะสม   พอใช้แต่ไม่มีเงินสะสม  
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน   ไม่พอใช้และมีหนี้สิน  
อื่นๆระบุ.....

## 11. จากการที่ครอบครัวมีบุตรพิการ มีผลกระทบอย่างไรต่อท่านหรือไม่

- ไม่มี  
มี คือ                    ทำให้ต้องออกจากงาน                    ทำให้ครอบครัวหย่าร้าง  
ทำให้เพื่อนบ้าน / สังคมรังเกียจ                    ทำให้ญาติพี่น้องรังเกียจ  
อื่นๆระบุ.....

## 12. ท่านเคยคิดทำร้ายตัวเองหรือคิดฆ่าตัวตายเพราะการที่มีบุตรพิการหรือไม่

- ไม่เคย  
เคย ถ้าเคยท่านดำเนินการถึงขั้นไหน   คิดเฉยๆ  
เตรียมลงมือแต่ยังไม่ได้ทำ  
ทำแล้วแต่ไม่สำเร็จ  
อื่นๆระบุ

## 13. ท่านเคยคิดทำร้ายหรือคิดฆ่าบุตรที่พิการหรือไม่

- ไม่เคย  
เคย ถ้าเคยท่านดำเนินการถึงขั้นไหน   คิดเฉยๆ  
เตรียมลงมือแต่ยังไม่ได้ทำ  
ทำแล้วแต่ไม่สำเร็จ  
อื่นๆระบุ

14. ขณะนี้ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือโรคประจำตัวอะไรบ้าง (ตอบได้หลายข้อ)

ไม่มี

มี คือ

โรคหัวใจ     โรคความดันโลหิตสูง     โรคเบาหวาน

โรคมะเร็ง     โรคกระดูก     โรคตา เช่น ตาต้อกระจก

อัมพาต     เครียด วิตกกังวล     โรคทรวงอก เช่น โรคปอดหรือวัณโรค

โรคเซลล์สมองเสื่อมในผู้สูงอายุทำให้การเคลื่อนไหวผิดปกติ

โรคอื่นๆโปรดระบุ.....

15. จากการที่ครอบครัวมีบุตรพิการ ท่านมีความรู้สึกตามหัวข้อต่อไปนี้อย่างไรบ้าง

1) มีเรื่องกดดันหรือคับแค้นใจหรือไม่

มี                       ไม่มี

2) รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่ายสิ้นหวังหรือไม่

มี                       ไม่มี

3) รู้สึกทุกข์ใจจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือไม่

มี                       ไม่มี

4) ขณะนี้ท่านมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือหาวิธีฆ่าตัวตายหรือไม่

มี                       ไม่มี

16. ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านรู้สึกหรือมีอาการต่อไปนี้บ้างหรือไม่ ซึ่งผิดไปจากปกติวิสัย

1) รู้สึกหดหู่ใจ ไม่มีความสุข เศร้าหมองเกือบทุกวัน หรือเบื่อหน่ายไม่อยากพบปะผู้คน

มี                       ไม่มี

2) น้ำหนักลด

มี                       ไม่มี

3) นอนไม่หลับเพราะคิดมาก กังวลใจหรือตื่นบ่อย

มี                       ไม่มี

4) ง่ายว้าวใจหรือรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร

มี                       ไม่มี

5) รู้สึกอ่อนเพลียจนไม่มีแรงทำอะไร

มี                       ไม่มี



- 6) รู้สึกหมดหวังในชีวิต ตนเองไม่มีคุณค่า  
 มี                       ไม่มี
- 7) รู้สึกตนเองไม่มีสมาธิ ดัดสันใจในเรื่องต่างๆไม่ได้  
 มี                       ไม่มี
- 8) มีความคิดเกี่ยวกับความตายหรือรู้สึกอยากตายบ่อยๆ  
 มี                       ไม่มี

ส่วนที่2 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย

1. เพศ             ชาย                       หญิง
2. ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนพี่น้องทั้งหมด.....คน (รวมทั้งบุตรพิการด้วย)
3. ปัจจุบันผู้ป่วยมีอายุ.....ปี
4. ประเภทของความพิการของผู้ป่วย ( ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ )  
 ร่างกาย                       ตา  
 หู                               สติปัญญา  
 จิตใจ / พฤติกรรม       อื่นๆ.....
5. ผู้ป่วยเคยเข้ารับการฝึกที่โรงพยาบาลราชานุกูลหรือไม่  
 ไม่เคย                       เคย
6. ปัจจุบันผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ หรือมีโรคประจำตัวหรือไม่  
 ไม่มี                       มี ระบุโรค.....
7. ปัจจุบันผู้ป่วยพักอาศัยอยู่กับใคร  
 พ่อ / แม่  
 พี่น้อง  
 ญาติ โปรดระบุ.....  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. ปัจจุบันผู้ป่วยมีปัญหาตามรายการต่อไปนี้หรือไม่
- 8.1 ปัญหาการช่วยเหลือตนเอง(ด้านการรับประทานอาหาร หาน้ำดื่ม ถอดใส่เสื้อผ้าได้เอง)  
 ไม่มี                       มี โปรดระบุ.....
- 8.2 ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะ  
 ไม่มี                       มี โปรดระบุ.....

## 8.3 ปัญหาการนอน

ไม่มี       มี โปรดระบุ.....

## 8.4 ปัญหาการพูด / การสื่อสาร

ไม่มี       มี โปรดระบุ.....

## 8.5 ปัญหาพฤติกรรม

ไม่มี       มี โปรดระบุ.....

## 8.6 ปัญหาอารมณ์

ไม่มี       มี โปรดระบุ.....

## 8.7 ปัญหาทางเพศ

ไม่มี       มี โปรดระบุ.....

## 8.8 ปัญหาการช่วยงานบ้าน / งานอาชีพ

ไม่มี       มี โปรดระบุ.....

## 8.9 ปัญหาสัมพันธภาพกับคน

ไม่มี       มี โปรดระบุ.....

## 8.10 ปัญหาการเรียน

ไม่มี       มี โปรดระบุ.....

## 8.11 ปัญหาอื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน

ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมายในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัวทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน เรื่องการดำรงชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา มากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่เคยผ่านมาแค่ไหน					

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่ไหน					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัยดีไหมใน แต่ละวัน					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยมากน้อย เพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อย เพียงใด					
18. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุข ได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละ วันมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อย เพียงใด					
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อย เพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของ ท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อย เพียงใด					
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี เพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศ ขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวม ไปถึงการช่วยเหลือตนเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	แย่มาก	เล็กน้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมากที่สุด
26. ท่านคิดว่า ท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านได้ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

