

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลต่อคุณภาพชีวิต เด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

โสภณ สวัสดิ์, พย.ม.*, ประภาพรรณ เตชะจิตต์โชคเกษม, พย.ม.*,

ภัสสร จิตสงบ, พย.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องฯ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

วัสดุและวิธีการ การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กบกพร่องฯ อายุ 1 ปี 6 เดือนถึง 5 ปี ที่รับบริการ ณ ศูนย์ส่งเสริมฯ และเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่าง 5 มิถุนายน - 20 สิงหาคม 2561 จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ ซึ่งผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ของศูนย์ส่งเสริมฯ (คลองกุ่ม) ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหา .93 และค่าความเชื่อมั่น .89 มาพัฒนาตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กบกพร่องฯ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กรุ่นที่ 4.0 พัฒนาโดย Dr. James W Varni ฉบับรายงานของผู้ปกครองที่แปลเป็นไทยแล้ว มีค่าความน่าเชื่อถือ .83 ค่าความเชื่อมั่น .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้ Paired t-test

ผล คุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทั้งในภาพรวมและรายด้าน โดยก่อนการทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวม 2.18 และหลังการทดลองมีคะแนน 2.79 ค่า p-value <.001

สรุป โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กบกพร่องฯ ได้

คำสำคัญ โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา การพยาบาลแบบองค์รวม คุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล

*สถาบันราชานุกูล

ติดต่อผู้นิพนธ์ email: sosawat@gmail.com

Original Articles

The effects of nursing program for children with intellectual disabilities in Rajanukul Developmental Center on quality of life

Sopon Sawat, M.N.S, Papapun Tachajitcrokasam, M.N.S*,
Passorn Jitsangob , B.N.S**

Abstract

Objectives 1) To study the impact of the nursing program for children with intellectual disability (ID) in Rajanukul Developmental Center, 2) To compare pre-post scores of quality of life (QOL) of children with ID who attended the program, and to compare the quality of life before and after the experiment.

Materials and Methods This study is a quasi-experimental study with pre-post measures. The participants are children with ID aged 1.6-5 years old who were admitted and participated in the program at Rajanukul Development Center From June 5 to August 20, 2018. The sample size is 20 cases from purposive sampling. The experimental tool is a nursing program for children with ID in Rajanukul Developmental Center that applied from a nursing program for children with ID (Klongkhum) with a content validity of .93 and a reliability score is .89. The program developed from the holistic nursing concept. The data collection measurements and consisting of data information from caregivers and children with ID and the quality of life assessment in the healthy dimension of children with ID that apply from The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0, parent proxy report, Thai version developed by Dr.James W Varni which content validity is .83 and reliability scores is .98. The data analysis reported in frequency percentage, pre-post SD. The quality of life scores were compared for all of the instruments using the Paired t-test statistics.

Results The research result is that the post score in the quality of life of children with ID has a statistically significant difference of 0.05. The average scores increase both overall and in each aspect of quality of life. The average QOL score before and after the program was 2.18 vs 2.79 (p-value <.001).

Conclusion The nursing program for children with intellectual disability (ID) in Rajanukul Developmental Center could enhance the quality of life of children with ID

Keywords: Nursing program for children with intellectual disability, holistic care, quality of life, Children with intellectual disability, Rajanukul Developmental center

** Rajanukul Institute*

Corresponding author email: sosawat@gmail.com

บทนำ

ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล (คลองกุ่ม) เป็นศูนย์ในสังกัดสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ตั้งอยู่ในชุมชน รับผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยใน มีบทบาทในการดูแลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา รวมทั้งผู้ดูแลเด็ก โดยพยาบาลมีบทบาทและหน้าที่ในการบริหารจัดการทั้งปัญหาสุขภาพ ปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้รับบริการ มีโปรแกรมจัดบริการแก่ผู้บกพร่องฯ อายุ 1 ปี 6 เดือน ถึง 5 ปี ตามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลตามแนวคิดการจัดบริการแบบองค์รวมในชุมชน มีกิจกรรมการบริการดังนี้ 1) การดูแลผู้ป่วยพื้นฐาน 2) การเตรียมความพร้อมเด็กบกพร่องฯ เพื่อไปเรียนร่วม 3) การเตรียมความพร้อมเด็กบกพร่องฯ เพื่อกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนและ 4) การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลเด็กบกพร่องฯ ลักษณะบริการเน้นตอบสนองต่อความต้องการของเด็กบกพร่องฯ รวมทั้งผู้ดูแลในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง เน้นการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพครอบครัวของเด็กที่มีความบกพร่องฯ ให้สามารถดูแลตนเองได้ สามารถแสวงหาการมีส่วนร่วมของบุคคลในชุมชน เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือให้เด็กบกพร่องฯ และผู้ปกครองเด็กดังกล่าวได้กลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมหรือชุมชนอย่างมีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแล¹ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการให้บริการของสถาบันราชานุกูลที่ผ่านมา พบว่าเป้าหมายที่คาดหวังไว้นั้น ในทางปฏิบัติยังเห็นผลเป็นรูปธรรมไม่ชัดเจน เช่น ยังมีผู้บกพร่องฯ จำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถจำหน่ายออกจากสถาบันราชานุกูลได้ตามแผน หลายรายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

ที่วนเวียนมาใช้บริการ ครอบครัวไม่เข้มแข็งในการดูแลบุตรหลานของตนเอง จะเห็นได้จากข้อมูลสถิติการให้บริการผู้ป่วยของสถาบันราชานุกูล ในปี 2559 พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด 32,523 ราย เป็นผู้ป่วยนอกเก่า 31,350 ราย ผู้ป่วยนอกใหม่ 1,172 ราย และจากจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด 7,501 ราย เป็นผู้ป่วยที่รับครั้งแรก 468 ราย รับครั้งรอง 7,033 ราย² จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยเก่าและเป็นผู้ป่วยที่กลับรักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยเองไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้เอง และครอบครัวยังต้องพึ่งพาหน่วยบริการในการดูแลรักษา

จากข้อมูลบริการของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล (คลองกุ่ม) ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2558-2560 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามตัวชี้วัดตามรูปแบบบริการแบบองค์รวมในชุมชน กลับพบข้อมูลที่สำคัญ คือ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่สถาบันราชานุกูลมีการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยพบว่าคุณภาพชีวิตของเด็กที่มาใช้บริการในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลปี 2560 จากแบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กรุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0) พัฒนาโดย Dr. James W Varni ฉบับภาษาไทย เฉพาะฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parentproxy – report) พบว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระดับ 54.64 และในภาพรวมของสถาบันราชานุกูลคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอายุ 2-4 ปี ที่มารับบริการในสถาบันราชานุกูลในปี 2560 พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระดับ 58.81¹ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

ที่มาบริการในสถาบันราชานุกูลในปี 2560 อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี (การแปลผลอิงตามค่า Cut-off score จากการศึกษาของ Dr.James W Varni) ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 65.43 ถือว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ และผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65.43 ถือว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ²

แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของ (Landrum et al,1993)³ ครอบคลุมการดูแลใน 4 มิติ คือกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันถ้าส่วนหนึ่งส่วนใดขาดก็จะทำให้มนุษย์เสียสมดุลโดยด้านร่างกายกล่าวถึงการดูแลสุขภาพเด็กเรื่องการใช้กล้ามเนื้อ การช่วยเหลือตัวเอง การดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจและอารมณ์ กล่าวถึงการรับรู้ความรู้สึกกลัว เศร้า โกรธ การพักผ่อน ด้านสังคมกล่าวถึงการเล่นกับเด็กอื่น ๆ การเป็นที่ยอมรับ การทำกิจกรรมเหมาะสมกับวัย ด้านจิตวิญญาณกล่าวถึงการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งเชื่อมโยงตามมิติของคุณภาพชีวิตคือ ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านการเรียนรู้ ประกอบเป็นกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมที่ 2 สัมพันธภาพและความร่วมมือ กิจกรรมที่ 3 การดูแลด้านมิติทางกาย กิจกรรมที่ 4 การดูแลด้านมิติทางจิตใจและปัญญา กิจกรรมที่ 5 การดูแลมิติด้านสังคม กิจกรรมที่ 6 การดูแลมิติทางด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมที่ 7 การประเมินผลทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดำเนินการเริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการ

พยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ ที่พัฒนาขึ้นใหม่ต่อคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ โดยตั้งสมมติฐานว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ หลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนการได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (One group pretest-posttest design) ศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ ศึกษาและเก็บข้อมูลในศูนย์ส่งเสริมฯ (คลองกุ่ม) ประชากรในการศึกษา คือเด็กบกพร่องฯ ที่มาใช้บริการที่ศูนย์ส่งเสริมฯ กลุ่มตัวอย่างคือเด็กบกพร่องฯ อายุ 1 ปี 6 เดือนถึง 5 ปี ที่มาใช้บริการที่ศูนย์ส่งเสริมฯ และเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาอายุ 1 ปี 6 เดือน ถึง 5 ปี ที่มาใช้บริการที่ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล 2) มารับบริการและเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลได้จนครบกระบวนการของโปรแกรมจำนวน 24 ครั้ง 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4) ผู้ดูแลอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์

การคัดออก 1) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอยู่ร่วมโปรแกรมจนครบกระบวนการได้ 2) กลุ่มตัวอย่างที่แสดงความต้องการออกจากการศึกษา ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องๆ ในศูนย์ส่งเสริมฯ 2) ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตเด็กโดยแบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กรุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0) 3) ตัวแปรควบคุม คือ จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม อายุของเด็กบกพร่องๆ เก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 5 มิถุนายน – 20 สิงหาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องๆ ในศูนย์ส่งเสริมฯ ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบริการของศูนย์ส่งเสริมฯ (คลองกุ่ม) ซึ่งใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 มาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขตามแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของ Landrum และคณะ³ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลแนวคิดการบริการแบบองค์รวมการดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยเด็ก มาเป็นกรอบในการประยุกต์และพัฒนาเพื่อให้เหมาะกับการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มี 7 กิจกรรมย่อย คือ 1) การซักประวัติทางการพยาบาล การประเมินความเครียดผู้ดูแล การประเมินคุณภาพชีวิตเด็ก (1 ชั่วโมง) 2) การประเมินพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (1 ชั่วโมง) 3) การประเมินพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (1 ชั่วโมง) 4) การประเมินพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (1 ชั่วโมง)

5) การประเมินพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (1 ชั่วโมง) 6) การประเมินพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (1 ชั่วโมง) 7) สรุปผลประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (1 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 2 สัมพันธภาพและความร่วมมือมุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อลดความกังวล ความตึงเครียด และทำให้เด็กบกพร่องๆ ให้ความร่วมมือ จำนวน 18 ครั้ง ครั้งละ 25 นาที

กิจกรรมที่ 3 การดูแลด้านมิติทางกาย มี 2 กิจกรรมย่อย คือ 1) พัฒนาทักษะการใช้กล้ามเนื้อ 2) กลุ่มรับประทานอาหาร

กิจกรรมที่ 4 การดูแลด้านมิติทางจิตใจและปัญญา จำนวน 18 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที มี 3 กิจกรรมย่อย คือ 1) กลุ่มนิทานเพื่อพัฒนาทักษะทางอารมณ์ 2) กลุ่มนวด 3) กลุ่มเตรียมความพร้อมเพื่อไปเรียนร่วม

กิจกรรมที่ 5 การดูแลมิติด้านสังคม 12 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที มี 2 กิจกรรมย่อย คือ 1) กลุ่มพัฒนาทักษะทางสังคม 2) กลุ่มพัฒนาทักษะการเล่น

กิจกรรมที่ 6 การดูแลมิติทางด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วยกลุ่มส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง (กลุ่มเสริมคุณค่าในตัวเอง) จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที

กิจกรรมที่ 7 การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวัง จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง 30 นาที

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาเชี่ยวชาญ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการหาค่า IOC (Index of Item – Objective Congruence) ซึ่งการวิเคราะห์ความสอดคล้อง ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการยอมรับแต่ละประเด็นที่ระดับ .05 ขึ้นไป โดยผลการประเมินได้ค่าคะแนน .93 หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือที่ได้ไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองฯ ในสถาบันราชานุกูล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α - Coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น .89 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อปรับแก้และนำไปใช้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรม ๓ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ดูแลเด็กบกพร่อง ๓ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ปกครองฯ

ระยะเวลาในการดูแลเด็กบกพร่อง ๓ และสำหรับผู้ดูแลเด็กบกพร่องฯ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการรักษาที่สถาบันราชานุกูลและการวินิจฉัยโรค 2.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของเด็กบกพร่องฯ ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็กกรุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0) พัฒนาโดย Dr. James W Varni ฉบับภาษาไทย เฉพาะฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parentproxy – report) แบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือ .92 และการแปลผลคุณภาพชีวิตอิงตามค่า Cut-off score จากการศึกษาของ Dr.James W Varni ระบุว่าผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 65.43 ถือว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ และผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65.43 ถือว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อความที่ระบุถึงปัญหาที่พบในเด็กบกพร่อง ๓ ในมุมมองของผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น ด้านกายภาพ 8 ข้อ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ ด้านสังคม 5 ข้อ ด้านโรงเรียน 3 ข้อ ลักษณะของข้อความทุกข้อหมายถึงปัญหาที่พบในเด็กบกพร่องฯ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันราชานุกูล (COA No.09/2561 รหัสโครงการ RI 009/2561)

ผล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	65
หญิง	7	35
อายุ		
2 – 3 ปี	2	10
3 – 4 ปี	3	15
4 – 5 ปี	15	75
ระยะเวลาเข้ารับการรักษา		
0 – 1 ปี	7	35
1 – 2 ปี	12	60
2 – 3 ปี	1	5
การวินิจฉัยโรคของเด็ก		
Intellectual Disability	1	5
Down Syndrome	4	20
Autistic	15	75
Cerebral Palsy	0	0

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จำแนกรายข้อ

คุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	
ด้านกายภาพ							
1. การเดิน	2.40	1.31	ปานกลาง	2.70	1.34	ปานกลาง	.030*
2. การวิ่ง	2.05	1.39	ปานกลาง	2.45	1.43	ปานกลาง	.028*
3. การเล่นที่ต้องเคลื่อนไหวใน ร่างกายหรือการออกกำลังกาย	2.40	1.35	ปานกลาง	2.70	1.34	ปานกลาง	.010*
4. การยกของหนัก	2.15	1.34	ปานกลาง	2.50	1.35	ปานกลาง	.031*
5. การอาบน้ำ	1.30	1.26	น้อย	2.05	1.19	ปานกลาง	.002*
6. การช่วยเหลือในการเล่นของตนเอง	1.80	.95	น้อย	2.55	1.14	ปานกลาง	<.001*
7. การแสดงท่าทางหรือบอกได้เมื่อ รู้สึกปวด	2.90	1.02	ปานกลาง	3.30	.80	มาก	.008*
8. รู้สึกเฉื่อยชา ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง	2.60	1.31	ปานกลาง	3.30	1.03	มาก	.001*

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จำแนกรายข้อ (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			p-value
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	
ด้านอารมณ์							
1. รู้สึกกลัว(เช่นกลัวคนแปลกหน้าหรือสิ่งของ)	2.00	1.257	ปานกลาง	2.45	1.09	ปานกลาง	.016*
2. รู้สึกเศร้า(เช่นร้องไห้เสียใจเมื่อผิดหวัง)	2.40	.821	ปานกลาง	3.00	1.02	มาก	.001*
3. รู้สึกโกรธ(เช่น อาละวาดไม่ทราบสาเหตุหรือเมื่อโดนขัดใจ)	2.20	1.056	ปานกลาง	2.85	.87	ปานกลาง	<.001*
4. นอนไม่ค่อยหลับ(เช่นงอแงในตอนกลางคืนหรือตื่นนอนบ่อยๆ)	2.60	.940	ปานกลาง	3.40	.88	มาก	<.001
5. แสดงความรู้สึกวิตกกังวล	2.70	1.031	ปานกลาง	3.25	.78	มาก	.002
ด้านสังคม							
1. การเล่นกับเด็กคนอื่นๆ	2.25	1.164	ปานกลาง	2.80	1.19	ปานกลาง	.017*
2. เด็กคนอื่นๆไม่ต้องการเล่นด้วย	2.00	1.257	ปานกลาง	3.15	1.18	มาก	<.001*
3. การถูกเด็กคนอื่นๆล้อ	2.45	1.395	ปานกลาง	3.55	.75	มาก	<.001*
4. การไม่สามารถทำสิ่งต่างๆเกี่ยวกับการเล่นที่เด็กคนอื่นสามารถทำได้	1.40	.99	น้อย	1.90	1.16	น้อย	.004*
5. การเล่นได้ทันกับเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน	1.75	1.20	น้อย	2.25	1.20	ปานกลาง	.004*
ด้านโรงเรียน							
1. การทำกิจกรรมต่างๆของโรงเรียนได้เสมือนกับเพื่อนๆ	2.10	1.21	ปานกลาง	2.40	1.18	ปานกลาง	.010*
2. การขาดโรงเรียน(หรือสถานรับเลี้ยงเด็ก)เพราะรู้สึกไม่สบาย	2.05	1.14	ปานกลาง	2.90	1.07	ปานกลาง	<.001*
3. การมีปัญหาในโรงเรียน	2.30	.86	ปานกลาง	3.32	.94	มาก	<.001*

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ หลังใช้โปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ มีคะแนนคุณภาพชีวิตจำแนกตามรายข้อ

เพิ่มมากขึ้นทุกข้อ และคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จำแนกรายด้าน

คุณภาพชีวิต	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านกายภาพ	2.20	.49	ปานกลาง	2.69	.42	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	2.38	.28	ปานกลาง	2.99	.36	ปานกลาง
ด้านสังคม	1.97	.41	น้อย	2.73	.66	ปานกลาง
ด้านโรงเรียน	2.15	.13	ปานกลาง	2.87	.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางสติปัญญาหลังได้รับโปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ย

มากที่สุดคือ ด้านอารมณ์ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (=2.99) รองลงมาคือด้านโรงเรียน (=2.87) ด้านสังคม (=2.73) และด้านกายภาพ (=2.69) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างผลการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

ตัวแปร	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา	p-value
คุณภาพชีวิต	2.18 ± 0.39	2.79 ± 0.46	<.001

p < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องฯ ของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในศูนย์ส่งเสริมฯ

มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < 0.001

วิจารณ์

การศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลต่อคุณภาพชีวิตเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา พบว่า

โปรแกรม ฯ ในศูนย์ส่งเสริม ฯ ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นอภิปรายได้ว่า โปรแกรม ฯ ดังกล่าวที่ใช้ในศูนย์ส่งเสริมฯ มีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับได้ตามมาตรฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ว่าการ

ทดสอบ ความเชื่อมั่นของข้อคำถามต้องไม่ต่ำกว่า 0.6 จึงจะยอมรับได้⁴ และพบว่าระหว่างทำกิจกรรมของโปรแกรม ฯ ในแต่ละขั้นตอน เช่น กิจกรรมสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือ ทำให้ผู้ดูแล ฯ ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมด้วยทุกครั้งรู้สึกผ่อนคลายและรู้สึกได้ว่ามีสัมพันธ์ภาพกับเด็กบกพร่อง ฯ ในความดูแลของตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ฯ ระหว่างทำกิจกรรม) และกิจกรรมที่ 4 ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจและปัญญา ที่ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือ กลุ่มนวด กลุ่มนิทานและกลุ่มเตรียมความพร้อมไปเรียนร่วม พบว่าทั้งเด็กบกพร่อง ฯ และผู้ดูแล ฯ รู้สึกผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดของความคิดและกล้ามเนื้อได้เป็นอย่างดี รวมทั้งผู้ดูแล ฯ ยังมีทักษะการเล่านิทานเพื่อพัฒนาอารมณ์ของเด็กและนำไปเล่าต่อขณะดูแลเด็กที่บ้านได้ ซึ่งจากการศึกษาผลของนิทานของปาณิสรา ปาลาศ⁵ ที่พบว่าการเล่นนิทานจะส่งผลต่อพฤติกรรมการพูดความจริงของเด็กอนุบาล 1 และ 2 ของกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนสวนดอก จังหวัดเชียงใหม่ และแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของ Landrum และคณะ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมการ ดำรงชีวิตอิสระและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเด็กสามารถนำมาพัฒนาเป็นกระบวนการการดูแลเด็กพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาได้อย่างมีคุณภาพ

นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ซึ่งแสดงให้เห็น

เห็นว่า โปรแกรม ฯ สามารถเข้าไปจัดกระทำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กบกพร่อง ฯ และจากผลการวิเคราะห์รายด้านจะเห็นได้ว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กบกพร่อง ฯ เพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ทุกด้าน อย่างไรก็ตามแม้คะแนนคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้นในทุกด้าน แต่เมื่อนำคะแนนคุณภาพชีวิตมาแปลผลอิงตามค่า Cut-off score จากการศึกษาของ Dr. James W Varni ที่ระบุว่าผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 65.43 ถือว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปกติ และผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 65.43 ถือว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งตรงกับการเก็บข้อมูลของสถาบันราชานุกูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: The PedsQL 4.0) ฉบับภาษาไทย เฉพาะฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parentproxy – report) ซึ่งเก็บโดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพสถาบันราชานุกูลพบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระดับ 54.64 และในภาพรวมของสถาบันราชานุกูล คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอายุ 2-4 ปี ที่มารับบริการในสถาบันราชานุกูลในปี 2560 พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระดับ 58.81⁶ ซึ่งจากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาที่มารับบริการในสถาบันราชานุกูลในปี 2560 อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์คะแนนคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญลักษณ์ วันเลี้ยง⁷ ที่ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตเด็กที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน พบว่าเด็กที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัมมี

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 60.78 ± 15.45 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำและเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์ด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสังคมและคุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ที่อยู่ในระดับปกติ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiang และ Wineman⁸ ซึ่งได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัมทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ เช่นเดียวกัน และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านคุณภาพชีวิตด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Bastiaansen และคณะ⁴ ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในเด็กที่เป็นโรคทางจิตเวช ประกอบด้วย ADHD และ Disruptive behavior disorders (DBD), Anxiety disorders, Pervasive developmental disorders (PDDs), Mood disorders, Other disorders และเด็กปกติ อายุ 6 – 18 ปี จำนวน 310 คน ในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยใช้ The PedsQL™ 4.0 ทั้งฉบับรายงานของเด็กและผู้ปกครอง พบว่า เด็กในกลุ่มโรค PDDs มีความสัมพันธ์ด้านสังคมต่ำกว่าเด็กที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และจากการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กในมุมมองของแพทย์โดยใช้ Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) พบว่า เด็กที่เป็น Pervasive developmental disorders (PDDs) มีความสัมพันธ์ด้านจิตสังคมต่ำกว่าเด็กที่เป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Varni และคณะ⁹ ทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเรื้อรัง 10 กลุ่มโรค และ 33 โรค

จำนวน 2,500 คนกับกลุ่มควบคุมจำนวน 9,500 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ The PedsQL™ 4.0 ทั้งฉบับรายงานของเด็กและผู้ปกครอง พบว่าเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังทุกรายมีความสัมพันธ์โดยรวมและคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เด็กที่เป็นโรคเรื้อรังทุกราย (ยกเว้นเด็กที่เป็นโรคเบาหวาน) มีความสัมพันธ์ด้านสุขภาพกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เด็กที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์โดยรวม, ด้านสุขภาพกาย และด้านจิตสังคมสูงสุด เด็กที่เป็น Cerebral Palsy มีความสัมพันธ์โดยรวมและด้านจิตสังคมต่ำสุด เด็กที่เป็นโรคทางจิตเวช (ซึ่งประกอบด้วย โรคสมาธิสั้น โรควิตกกังวล โรคทางอารมณ์ และโรค PDDs) มีความสัมพันธ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ รองจาก Cerebral Palsy และมีความสัมพันธ์ด้านจิตสังคมใกล้เคียงกับเด็กที่เป็น cerebral palsy และมีความสัมพันธ์ด้านอารมณ์ต่ำสุดการศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กที่เป็นออทิสติกสเปกตรัม จำนวน 286 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ The PedsQL™ 4.0 ฉบับรายงานของผู้ปกครอง พบว่า เด็กที่เป็นออทิสติกสเปกตรัมมีความสัมพันธ์โดยรวมต่ำกว่าเด็กปกติ และเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่าเด็กที่เป็นออทิสติกสเปกตรัมมีความสัมพันธ์โดยรวมด้านจิตใจ สังคม ด้านอารมณ์ และด้านสังคมต่ำกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านโรงเรียนนอก จากนี้พบว่า internalizing, externalizing problems, repetitive behaviors, social responsiveness และ adaptive behaviors มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ส่วนระดับสติปัญญาพบว่าไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านอื่น ๆ ยกเว้นคุณภาพชีวิต

ด้านอารมณ์ สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นทุกด้านหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล โดยโปรแกรมดังกล่าวได้นำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Landrum และคณะ³ มาเป็นกรอบแนวคิดซึ่งแบ่งกิจกรรมการพยาบาลออกเป็นมิติได้ 5 มิติ คือ มิติ กาย อารมณ์ ปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ ผสานกับมิติของคุณภาพชีวิตในเด็กที่ประกอบด้วย 4 หมวดคือ ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านการเรียนรู้โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) มิติทางกาย ซึ่งไปสอดคล้องกับมิติของคุณภาพชีวิตในเด็กด้านกายภาพ 2) มิติทางอารมณ์สอดคล้องกับมิติของคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ 3) มิติทางปัญญาสอดคล้องกับมิติคุณภาพชีวิตด้านการเรียน 4) มิติทางสังคมสอดคล้องกับมิติคุณภาพชีวิตด้านสังคม 5) มิติทางจิตวิญญาณสอดคล้องกับมิติคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมจึงทำให้คุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ดีขึ้น และยังคงสอดคล้องกับการเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลคล่องกลุ่มพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาวัดก่อนและหลังพบว่ามีความคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นทุกราย¹

สรุป

โปรแกรมการพยาบาลเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลมีกระบวนการสร้างและปรับปรุงแก้ไขจนมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับได้และสามารถนำไปใช้ได้กับเด็ก

บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และมีส่วนส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กบกพร่องฯ โดยทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของเด็กบกพร่องฯ เพิ่มขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูลคล่องกลุ่ม. คู่มือโปรแกรมบริการศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการราชานุกูล (คล่องกลุ่ม). กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2560.
2. สำนักยุทธศาสตร์ สถาบันราชานุกูล. เอกสารประกอบการประชุมยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2560.
3. Landrum P, Beck K, Rawlins P, Williams R. Mental Health Psychiatric Nursing: A Holistic Life- Cycle Approach. 17-37; 1993.
4. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: Self-, parent, and clinician report. J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY 2004; 43: 221-230.
5. ปาณิสรา ปาลาศ. การใช้กิจกรรมเล่นิทานเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการพูดความจริงในเด็กอนุบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
6. สำนักพัฒนาคุณภาพสถาบันราชานุกูล. เอกสารข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล; 2561.
7. ธัญลักษณ์ วันเลี้ยง. คุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะออทิสติกสเปกตรัมในมุมมองของผู้ดูแล.

- [วิทยานิพนธ์แพทย์ประจำบ้าน]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
8. Chiang HM, Wineman I. Factors associated with quality of life in individuals with autism spectrum disorders: A review of literature. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2014; 8(8): 974-986.
 9. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007; 5: 43-57.