

# ปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

พิมพ์ชนก จันทราทิพย์, พย.ม.<sup>1</sup> ยูนี พงศ์จตุรวิทย์, Ph.D.<sup>2\*</sup> นุจรี ไชยมงคล, Ph.D.<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงส่งผลให้เกิดภาวะของผู้ดูแลเด็ก การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่นำเด็กมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสถาบันราชานุกูลจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 76 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 - มิถุนายน พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งแบบสอบถามทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85, .92 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ร้อยละ 39.2 (Adjusted R<sup>2</sup> = .375,  $p < .001$ ) ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดคือความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก สามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 23.7 ( $\beta = -.441, p < .001$ ) และปัจจัยตัวที่สอง คือ การสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 15.5 ( $\beta = -.396, p < .001$ )

ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า พยาบาลควรพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเน้นความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กและการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเด็ก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้มากขึ้น

**คำสำคัญ:** ภาวะ ผู้ดูแลเด็ก พัฒนาการล่าช้า ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

<sup>1</sup> นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\* ผู้เขียนหลัก e-mail: yunee1809@yahoo.com

# Factors Influencing Burden of Child Caregivers of Children with Delayed Development

Pimchanok Juntratip, M.N.S.<sup>1</sup>, Yunee Pongjaturawit, Ph.D.<sup>2\*</sup>, Nujjaree Chaimongkol, Ph.D.<sup>3</sup>

## Abstract

Children with delayed development have less ability to look after themselves. Self-help thus increases the burden for their caregivers. This predictive correlational research aimed to examine factors predicting the burden of caregivers for children with delayed development. Convenience sampling was used to recruit 76 caregivers of children with delayed development who brought their children to receive service at the outpatient department of the Child Development and Behavior Clinic of Rajanukul Institute, Bangkok. Data collection was carried out from May to June 2019. Research instruments were a demographic questionnaire, the child self-care ability scale, the social support questionnaire, and the burden of caregivers of children with delayed development questionnaire. Cronbach's alpha coefficients were .85, .92 and .93, respectively. Data were analyzed with descriptive statistics and multiple linear regression.

Results revealed that child self-care and social support accounted for 39.2% of variance (adjusted  $R^2 = .375$ ,  $p < .001$ ) in predicting the burden of caregivers of children with delayed development. Self-care ability of children accounted for 23.7% ( $\beta = -.441$ ,  $p < .001$ ) of the variance in caregiver burden, while social support accounted for 15.5% ( $\beta = -.396$ ,  $p < .001$ ).

To enhance the effectiveness of caring for children with delayed development, the findings suggest that nurses' development of interventions to care for children with delayed development should focus on the child's self-care ability and social support for caregivers.

**Key words:** burden, child caregivers, delayed development, self-care ability, social support

---

<sup>1</sup> Master of Nursing Science, Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

<sup>3</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

\* Corresponding author e-mail: yunee1809@yahoo.com

## ความสำคัญของปัญหา

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเป็นปัญหาที่มีผลกระทบมากต่อทั้งตัวเด็กและครอบครัว เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านรวมกันทั่วโลกประมาณร้อยละ 15-20 สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2554 เด็กไทยที่มีอายุ 6-15 ปี มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 72,780 คน (Department of Mental Health, 2014) และสถิติของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภในปี 2557 และ 2558 พบเด็กมีปัญหาคาบพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorders - PDDs) จำนวน 20,705 และ 17,931 คน ตามลำดับ (Yuwaprasart Vaithayopatum Child Psychiatric Hospital, 2018) เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายอย่าง แม้ว่าเด็กที่มีอายุ 5-18 ปี ถ้ามีพัฒนาการล่าช้าเด็กก็ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามอายุจริงของเด็กจึงทำให้เกิดเป็นปัญหาต่อตัวเด็กและครอบครัว กล่าวคือ ปัญหาต่อตัวเด็ก ได้แก่ เด็กจะมีปัญหาในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมกับกลุ่มเพื่อน หรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างได้ มีความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเองและการดำเนินชีวิต เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันการอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหารไม่สามารถทำเองได้ การที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้านั้นส่งผลกระทบต่อในด้านปัญหาโภชนาการเนื่องจากผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร ซึ่งเด็กบางคนทานอาหารได้น้อยทำให้เด็กตัวเล็กหรือส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ (Charatcharungkiat, 2013) การใช้ชีวิตตามปกติเกิดความยากลำบากมากขึ้นเป็นต้น (Barbarese, Katusic & Voigt, 2006) นอกจากนี้เมื่อเด็กมีพัฒนาการล่าช้าย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยภาวะในการดูแลเด็กจะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของเด็กแต่ละคนได้แก่ ปัญหาการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์และพฤติกรรม ด้านสุขภาพของเด็กเช่นโรคหัวใจ โรคลมชักเป็นต้นและหากเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้าน จะทำให้เด็กมีความยุ่งยากและมีความซับซ้อนในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ดูแลอาจต้องให้การดูแลตลอดเวลาหรือต้องช่วยเหลือเด็กตลอด โดยเฉพาะเด็กที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และช่วงอายุ

ตามวัยที่มากขึ้น เด็กอาจมีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงเด็กจะไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้ (Khunrungsissombon, 2011) ทำให้ผู้ดูแลนอนไม่หลับเกิดความวิตกกังวล และทำให้เกิดภาวะในการดูแลเด็กอย่างมากตามมา (Palapirom, Prasopkittikun & Vichitsukon, 2010)

ภาวะการดูแล เป็นการรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแลและความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลโดยตรงหรือการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพา (Oberst, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก (Chomjit, 2012; Duangdech, 2007; Mai, Chaimongkol & Pongjaturawit, 2015; Photong, Chansuvan, Khachat & Sanchalad, 2014) ระยะเวลาในการดูแลเด็ก (Chantarathip, 2013; Hayeemasae, Sangsupawanitch & Parinyasutinun, 2013; Photong et al., 2014) การสนับสนุนทางสังคม (Hayeemasae et al., 2013; Mai et al., 2015; Preechapongmit, 2012; Photong et al., 2014; Toomnoi, Chaimongkol & Phaktoop, 2008) ความเครียดของผู้ดูแลเด็ก (Chamchoy, 2007; Photong et al., 2014; Orapiriyakul, Benjakul & Kwunkaew, 2014) และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็ก (Lalana, 2007; Lerthattasilp, 2012) โดยพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการดูแลสุขภาพของตนเองหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และมีความสุข เมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมได้มีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายพัฒนาไปได้สูงสุด แต่เมื่อเด็กมีปัญหาภาวะสุขภาพแล้วเด็กจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ได้ เด็กจึงต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือซึ่งอาจทำให้เกิดเป็นภาวะของผู้ดูแลเด็กได้สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ ระยะเวลาในการดูแลเด็ก เป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลหลักให้การดูแลเด็กหลังจากที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ระยะเวลาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะในการดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลมากขึ้น

จึงทำให้เกิดเป็นภาระ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือประคับประคองที่ผู้ดูแลหลักได้รับจากบุคคลในครอบครัวชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทั้งสามดังกล่าวซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านตัวเด็กเองและปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็ก

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะมีปัญหาในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลเด็กจะเกิดภาระการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสุขภาพอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นในเด็กกลุ่มออทิสติกและโรคพิการทางสมอง (Duangdech, 2007; Lerthattasilp, 2007; Mai et al., 2015; Orapiriyakul et al., 2014; Thongchit, 2011) แต่ยังไม่พบการศึกษาในเด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้แก่ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อไป

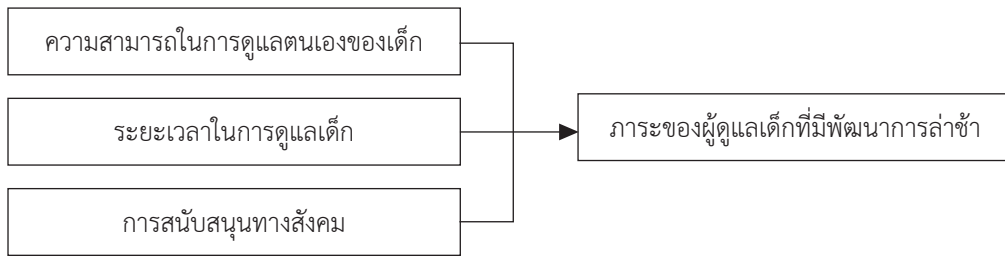
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดภาระของผู้ดูแลของ Oberst (1991) ที่กล่าวว่า ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของบุคคลในการต้องการการดูแลและความยากลำบากที่

เกิดจากการดูแลโดยตรง และเกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพาประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลโดยตรง (Direct care) เน้นการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลรักษาพยาบาล เป็นต้น 2) ด้านการดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal care) เน้นการดูแลด้านจิตใจได้แก่ การแสดงความรัก การพูดคุย การระงับการเกิดอุบัติเหตุ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น 3) ด้านการดูแลทั่วไป (Instrumental care) เน้นการดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคมได้แก่ ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ เป็นต้น การประเมินภาระการดูแลควรได้รับการประเมินผลลัพธ์การจัดการทำการดูแลทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความยากลำบากในการดูแลซึ่งแบ่งภาระเป็น 2 มิติ ได้แก่ ภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective burden) และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) (Oberst, 1991) จากแนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแลรวมกับการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก โดยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลเด็ก กล่าวคือ เมื่อเด็กสามารถดูแลตนเองได้น้อย ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลเด็กมากขึ้น (Chantarathip, 2010; Hayeemasae et al., 2013; Mai et al., 2015; Phothonng et al., 2014) ส่งผลให้เกิดเป็นภาระในการดูแล สำหรับระยะเวลาในการดูแลเด็กเป็นระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็ก โดยพบว่าระยะเวลาในการดูแลมีผลต่อการรับรู้เป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก (Orapiriyakul et al., 2014; Wacharasin, Pakthop & Sananreangsak, 2006) และการสนับสนุนทางสังคม หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือการบริการและด้านข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลเด็กน้อยลง (Hayeemasae et al., 2013; Mai et al., 2015; Photong et al., 2014; Toomnoi et al., 2008) จึงสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลที่พาเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีอายุ 5-18 ปี มารับบริการที่คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จากผู้ดูแลที่พาเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีอายุ 5-18 ปี มารับบริการคลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ คือ 1) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักแบบไม่เป็นทางการอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) เป็นผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านใน 4 ด้านโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 5) เด็กไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต เป็นต้น และโรคอื่น ๆ ที่เป็นความพิการทั้งทางร่างกายและสติปัญญา เป็นต้น ดาวน์ซินโดรม สมอพิการ เป็นต้น

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) (Cohen, 1992) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปร (Effect) ขนาดปานกลาง (Moderate effect size) เท่ากับ .15 ซึ่งได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 76 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด โดยให้ผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

#### ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหา

พัฒนาการล่าช้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และลักษณะครอบครัว

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ อายุ เพศ ลำดับที่เกิด และระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

**ชุดที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของ Mai et al., (2015) โดยได้รับอนุญาตจากผู้นิพนธ์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป จำนวน 11 ข้อ และการดูแลการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมีตั้งแต่ระดับ 1-5 (คะแนน 1 = ไม่เคยหรือแทบจะไม่เคยปฏิบัติ, 2 = ปฏิบัติได้เล็กน้อย, 3 = ปฏิบัติได้บางครั้ง, 4 = ปฏิบัติได้หรือบ่อยครั้ง, 5 = ปฏิบัติเป็นประจำหรือสม่ำเสมอ) คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 19-95 คะแนน โดยคะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองมาก คะแนนรวมยิ่งต่ำหมายถึง เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 (Mai et al., 2015)

**ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Toomnoi et al. (2008) โดยได้รับอนุญาตจากผู้นิพนธ์ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Schaefer, Coyne and Lazarus (1981) แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 15 ข้อ วัดการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ ด้านสิ่งของหรือการบริการ 6 ข้อ และด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ โดยมีข้อความเป็นบวก 13 ข้อ คือข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และมีข้อความเป็นลบคือข้อ 4, 5 ลักษณะของคำตอบเป็น

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (คะแนน 1 = ไม่เป็นจริงเลย, 2 = เป็นจริงน้อย, 3 = เป็นจริงที่เพียงครึ่งหนึ่ง, 4 = เป็นจริงมาก, 5 = เป็นจริงมากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้ การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมคะแนนรวมของแบบวัดทั้งชุดคะแนนสูงแสดงว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ถ้าได้คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้รับการสนับสนุนจากสังคมต่ำ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 (Toomnoi et al., 2008)

**ชุดที่ 4 แบบสอบถามภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเด็กสมองพิการของ Chumsri, Chaimongkol and Sananreungsak (2014) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด Oberst (1991) ประกอบด้วย ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเด็กจำนวน 30 ข้อ ซึ่งแยกเป็น 2 ด้าน ด้านละ 15 ข้อ ได้แก่ ด้านปริมาณความต้องการการดูแล โดยประเมินจากการใช้เวลาและด้านความยากลำบากของการดูแล โดยประเมินจากการความยากลำบากหรือความพยายามในการทำกิจกรรมการดูแล การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 (คะแนน 1 = ไม่เลย, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 30-150 การแปลผล คะแนนรวมยิ่งน้อยหรือค่อนไปทางคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระน้อยในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าคะแนนรวมยิ่งมากหรือค่อนไปทางคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกเป็นภาระมากในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .93 (Chumsri et al., 2014)

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

##### ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมีจำนวน 1 ชุด ได้แก่แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน และกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และคำนวณหาค่า

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00

**การหาความเชื่อมั่น (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 15 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85, .92 และ .93 ตามลำดับ

##### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังที่เค้าโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรม 01-11-2561) และคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันราชานุกูล (รหัสจริยธรรม RI 005/2562) ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มี การบังคับใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อเด็กและผู้ดูแลไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ ส่วนการสรุปผล การนำเสนอ หรือตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะทำในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายโดยมีการใช้รหัสแทนชื่อจริง การสรุปผล การนำเสนอผลการวิจัย หรือตีพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น และภายหลังจากผลการวิจัยได้ดีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

##### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังที่โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันราชานุกูล



แล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าอายุ 5-18 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สถาบันราชานุกูลกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยสมัครข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม สถานที่ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม คือ ห้องประชุมหรือห้องพักที่จัดเป็นสัดส่วนและมีสภาพแวดล้อมที่สงบ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย ส่วนปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

#### ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 76 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.8) มีอายุ 20-40 ปี (ร้อยละ 61.8) มี

สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 84.2) ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 75.0) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 30.2 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 27.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.8 รองลงมาเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 19.7 มีรายได้ของครอบครัว 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 26.3 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 52.6) และครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 47.4

สำหรับเด็กมีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่พบว่า มีอายุ 7-12 ปี (ร้อยละ 61.8) เป็นเด็กเพศชาย (ร้อยละ 71.1) และเด็กเพศหญิง ร้อยละ 28.9 ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับแรกของครอบครัว (ร้อยละ 60.5) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) (ร้อยละ 55.2) รองลงมาคือ Autistic ร้อยละ 25.0 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 69.7)

2. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.63 ( $SD = 16.91$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลกิจวัตรทั่วไปเท่ากับ 48.07 ( $SD = 9.96$ ) และด้านการดูแลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการเท่ากับ 31.57 ( $SD = 7.89$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กโดยรวม และแยกรายด้าน ( $n = 76$ )

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก	Mean	SD	Actual range	Possible range
โดยรวม	79.63	16.91	24-95	19-95
รายด้าน				
- ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป	48.07	9.96	13-55	11-55
- ด้านการดูแลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ	31.57	7.89	8-40	8-40

การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.83 ( $SD = 8.22$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนด้านอารมณ์เท่ากับ 16.22 ( $SD = 3.38$ ) ด้านบริการและวัตถุเท่ากับ 24.89 ( $SD =$

4.19) และด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 15.71 ( $SD = 3.89$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน ( $n = 76$ )

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	Actual range	Possible range
โดยรวม	56.83	8.22	23-71	15-75
รายด้าน				
- ด้านอารมณ์	16.22	3.38	5-25	5-25
- ด้านบริการและวัตถุ	24.89	4.19	14-30	6-30
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	15.71	3.89	4-20	4-20

ภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยรวม 34.32 ( $SD = 8.63$ ) และด้านความยากลำบากเท่ากับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.51 ( $SD = 18.78$ ) เมื่อพิจารณา 28.20 ( $SD = 10.99$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3 เป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการใช้เวลาเท่ากับ

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยรวม และรายด้าน ( $n = 76$ )

ภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า	Mean	SD	Actual range	Possible range
โดยรวม	62.51	18.78	36-126	30-150
รายด้าน				
- ด้านการใช้เวลา	34.32	8.63	21-63	15-75
- ด้านความยากลำบาก	28.20	10.99	15-66	15-75

3. ปัจจัยทำนาย ได้แก่ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า พัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 39.2 (Adjust  $R^2 = .375$ ,  $p < .001$ ) ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดคือ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก สามารถทำนายภาระ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมโดยสามารถทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มี พัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 23.7 ( $\beta = -.441$ ,  $p < .001$ ) และปัจจัยตัวที่สอง คือการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 15.5 ( $\beta = -.396$ ,  $p < .001$ ) ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ( $n = 76$ )

ตัวแปร	$\Delta R^2$	b	SE	Beta	t
ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก	.237	-.490	.102	-.441	-4.799***
การสนับสนุนทางสังคม	.155	-.905	.210	-.396	-4.314***

Constant = 152.94 ,  $R^2 = .392$ , Adjust  $R^2 = .375$ ,  $F_{(1, 74)} = 22.965$  \*\*\*

\*\*\* $p < .001$



## อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ดีที่สุด ร้อยละ 23.7 ( $\beta = -.441, p < .001$ ) หมายความว่า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีความสามารถในการดูแลตนเองมาก จะส่งผลให้ภาวะในการดูแลเด็กของผู้ดูแลลดลง ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า เมื่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจึงต้องอาศัยการพึ่งพาจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็ก โดยภาวะการดูแลนี้เป็นารรับรู้ของบุคคลในความต้องการการดูแลและเป็นความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลโดยตรง (Oberst, 1991) โดยปกติทั่วไปเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะมีแบบแผนพัฒนาการเบี่ยงเบนไปจากปกติและช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน (Srivongpanich, 2013) เด็กจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้ต้องอาศัยผู้ดูแลในการดูแลเด็กเพื่อให้มีชีวิตเป็นปกติ เกิดความสนุกสนานในชีวิต ดังนั้นในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีความสามารถในการดูแลตนเองมากดังเช่นลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าเป็นส่วนใหญ่เป็นเด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) ร้อยละ 55.2 เป็นเด็กที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากกว่าเด็กกลุ่มอื่น ๆ เช่น Autistic และ Mental Retard เด็กมีอายุเฉลี่ย 7-12 ปี จึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น และดูแลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของตนเอง เช่น พยายามทำกิจกรรมตามที่ผู้ดูแลบอกสามารถเล่นกับเพื่อนที่โรงเรียนได้ เมื่อมีปัญหาเด็กสามารถพูดคุยกับพี่น้องหรือญาติได้ และไม่มีปัญหายุ่งยากในการเรียน เป็นต้น ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัย ลดกิจกรรมความเสี่ยงต่าง ๆ ของร่างกายและสามารถปฏิบัติหรือการกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองในการดำรงชีวิต อยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยช่วยลดการใช้เวลาในการดูแล และลดความยากลำบากในการให้การดูแลแก่เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ตั้งการศึกษาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะดูแล

ช่วยเหลือตนเองได้น้อยจึงส่งผลให้มารดาและครอบครัวรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กมากขึ้น (Shyam, Kavita & Govil, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Viriyaprasart (2007) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ภาวะการดูแลกับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก สมองพิการที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล พบว่า เด็กสมองพิการที่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองอย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก เช่นเดียวกับ การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่พบว่าเด็กสมองพิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากจะส่งผลให้ภาระของผู้ดูแลลดลงและการศึกษาภาวะสุขภาพ ภาวะการดูแล และความเป็นอยู่ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ พบว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กที่มากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง (Sigman, 2005) ระบบการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลเด็กออทิสติกในเวียดนาม ที่พบว่าเด็กออทิสติกที่สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้นจะส่งผลให้เกิดภาระของผู้ดูแลน้อยลง (Mai et al., 2015)

2. การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ร้อยละ 15.5 ( $\beta = -.396, p < .001$ ) หมายความว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้ภาระของผู้ดูแลเด็กลดลง ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือ ประคับประคองที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคคลในครอบครัวชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือการบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร โดยด้านอารมณ์เป็นความผูกพัน ความอ่อนใจและความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ด้านสิ่งของหรือการบริการเป็นการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของวัสดุ สิ่งของ แรงงาน และการบริการ และด้านข้อมูลข่าวสารคือการให้ข้อมูลและข้อเท็จจริง คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้วซึ่งเมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว ทำให้เกิดกำลังใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง และทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Schaefer et al., 1981) โดยผู้ดูแลได้รับ

การสนับสนุนด้านบริการและวัตถุ คือ การได้รับการช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการตรวจรักษาได้รับคำปรึกษาหรือ การช่วยเหลือจากโรงพยาบาลและทีมการดูแล การช่วยเหลือ ติดต่ोजิตสรรประสานงานกับแหล่งช่วยเหลือในเรื่องงบประมาณค่ารักษาตั้งนั้นทำให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจ เชื่อมั่น ในตนเอง และทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่าง เหมาะสม ดังนั้นผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมมาก จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึง ภาระในการดูแลเด็กลดลง ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแล เด็กโรคหอบหืดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กลดลง (Preechamongit, 2012) สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กกลุ่มออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนทาง สังคมน้อย จะส่งผลให้เกิดเป็นภาระและอุปสรรคในการ ดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น (Hayemasae et al., 2013) การศึกษาที่พบว่า แหล่งสนับสนุนในด้านการให้ข้อมูล และด้านทรัพยากรมีผลทำให้ภาระการดูแลเด็กที่มีปัญหา ออทิสติกของผู้ปกครองเด็กน้อยลง (Phothong et al., 2014) และการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมน้อยจะส่งผลให้เกิดภาระในการ ดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น (Mai et al., 2015) สรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าถ้าผู้ดูแลมีภาระในการดูแลเด็ก มากขึ้นแต่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้เกิดเป็นภาระในการดูแลเด็กลดลง

3. ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการ ล่าช้า ( $p > 0.5$ ) หมายความว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ของผู้ดูแลเด็กไม่ได้เป็นปัจจัยโดยตรงที่ทำให้เกิดภาระของ ผู้ดูแลเด็ก แต่อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลร่วมกันทำให้เกิดภาระ การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาในการดูแลเด็ก ประเมินโดยใช้เวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแล เด็กภายหลังที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า โดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงกับ ระยะเวลาในการดูแลเด็กจริง ซึ่งอาจตรงกับระยะเวลา ที่ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กจริงจึงอาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ ข้อมูลและผลการวิจัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัย ทำนายภาระการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของ ครอบครัวไทยในจังหวัดภาคใต้ ที่พบว่า ระยะเวลาในการ

ดูแลเด็กออทิสติกไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล เด็กออทิสติกของผู้ดูแล (Orapiriyakul et al., 2014) และ การศึกษาภาระในการดูแลเด็กออทิสติกในเวียดนามพบว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับภาระของ ผู้ดูแลเด็กออทิสติก (Mai, 2015) แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็น ัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระในการดูแลบุตรโดยเมื่อบุตรป่วย ด้วยออทิสติกแล้วทำให้มารดาต้องใช้เวลาในการดูแลบุตร ที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดเป็นภาระในการดูแลบุตรตามมา (Hayemasae et al., 2013) และการศึกษาที่พบว่า เด็กออทิสติกและโรคพิการทางสมองจะไม่สามารถให้การ ดูแลช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรหรือกิจกรรม ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จึงต้องอาศัยผู้ดูแลหรือมารดาในการ ช่วยเหลือดูแล ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กเป็นระยะ เวลาที่ยาวนานมารดาหรือผู้ดูแลจึงรู้สึกเป็นภาระในการ ดูแลเด็กมากขึ้น (Pushpalatha & Shivakumara, 2015)

#### ข้อจำกัดงานวิจัย

ระยะเวลาในการในการดูแลเด็กควรประเมินจาก ระยะเวลาที่มารดาหรือผู้ดูแลให้การดูแลเด็กจริงโดยนับ เป็นจำนวนชั่วโมง/วัน

#### ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถ นำผลการวิจัยไปใช้โดยแนะนำผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริม ความสามารถของเด็กในการดูแลตนเองในเรื่องการส่งเสริม พัฒนาการตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้มากขึ้น และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็ก ทั้งในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ด้านสิ่งของหรือ การบริการและด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อลดภาระการดูแลเด็ก ของผู้ดูแลเด็ก

2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการทดลองโดย พัฒนาโปรแกรมที่ช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มี พัฒนาการล่าช้าโดยเน้นความสามารถในการดูแลตนเอง ของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเด็ก เพื่อช่วย ลดภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าต่อไป

**Reference**

- Barbarese, W. J., Katusic, S. K. & Voigt, R.G. (2006). Autism: a review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians. *Arch Pediatric Adolescent Med.* 160(11), 1167-75.
- Chantarathip, P. (2010). *Factors predicting stress in caring for mothers with autistic children.* Thesis Master of Nursing Science, Mental Health and Psychiatric Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. [In Thai]
- Charatcharungkiat, N & Wacharasindhu, A. (2013). Quality of life among caregivers of children with autistic spectrum disorders and associated factors. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 58(3), 233-244. [In Thai]
- Chumjit, S. (2012). *The effects of using empowerment programs on perceived efficacy in the care of children with attention deficit hyperactivity disorder.* Bangkok: at Yuwaprasart Waithayopatum Hospital. (Research report). Bangkok. [In Thai]
- Chumsri, S., Chaimongkol, N. & Sananreugsak, S. (2014). Effects of the child caregiver's empowerment promoting program on ability and burden to care for children with cerebral palsy. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 22(4), 35-46. [In Thai]
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletins*, 112, 155-159.
- Department of Mental Health. (2014). Statistical Report of the Department of Public Health, Ministry of Public Health. Can be accessed from <https://www.ryt9.com/s/prg/1976334>.
- Duangdech, W. (2007). Predicting Factors of caregiver burden for children with cerebral palsy. Tesis Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Mahidol University. [In Thai]
- Hayeemasae, K., Sangsupawanitch, P., & Parinyasutinun, U. (2013). Comparative study on social support of caregivers of children with autism spectrum disorder and caregivers of typical development children in Songklanagarind hospital. The 4<sup>th</sup> Hatyai National and International Conference. *Research for the development of Thai society* (118-127). Songkla: Hatyai. [In Thai]
- Khunrungsissombon, K. (2011). Quality of life of parents of slow development children. *Journal of Suanprung*, 28(1), 5-16. [In Thai]
- Lalana, P. (2007). Effectiveness of coping skill training program on depression in early adolescent. *Nursing Science*, 29(12), 39-47.
- Lerthattasilp, T. (2007). *Depression and caregiver burden among caregivers of children with autistic spectrum disorders at Thammasat University Hospital.* Bangkok: Thammasat University Hospital. [In Thai]
- Mai, T. L. A., Chaimongkol, N, Pongjaturawit, Y. (2015). Factors related to burden among caregiver of children with autism in Vietnam. *Journal of Pediatric Nurse*, 25(1), 46-56. [In Thai]
- Obert, M. T. (1991). *Appraisal of caregiving scale.* Madison: University of Wisconsin.
- Orapiriyakul, R., Benjakul, W. & Kwunkaew, S. (2014). Predictor of burden of care in primary family caregivers of children with autism in the west-coast southern Thailand. *Journal of Faculty of Nursing, Prince of Songkla University*, 34(3), 39-55. [In Thai]

- Palapirom, R., Prasopkittikun, T. & Vichitsukon, K. (2010). Effects of an empowerment program on mothers' self-efficacy in the care of children with developmental delays. *Journal of Nursing Mahidol University, 28*(4), 68-75. [In Thai]
- Photong, P., Chansuvarn, S., Khachat, S., & Sanchalad, S. (2014). The study of the health status of children with autism knowledge and stress of caregivers' autistic children receiving services from the Special Education Center Region 5, Suphan Buri Province. *Journal of Phraopokklao Nursing College, 25*(2), 26-40. [In Thai]
- Preechamongmit, K. (2012). Factor related to caregiving burden among caregivers of children with asthma. *Nursing Journal, 39*(4), 1-6. [In Thai]
- Pushpalatha, R., & Shivakumara, K. (2015). Stress, burden and coping between caregivers of cerebral palsy and autism children. *The International Journal of Indian Psychology, 4*(80), 108-114.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 381-405.
- Shyam, R., Kavita & Govil, D. (2014). Stress and family burden in mothers of children with disabilities. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies, 1*(4), 152-159.
- Sigman, M., & McGovern, C. W. (2005). Improvement in cognitive and language skills from preschool to adolescence in autism. *Journal of Autism Developmental Disorders, 35*(1), 15-23.
- Srivongpanich, N. (2013). Children with developmental disabilities. Can be accessed from <https://th.rajanakul.go.th/preview-4007.html> [In Thai]
- Thongchit, S. (2011). Stress and burdens in parents of children cuko came to child psychiatric clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital Master degree of Science program in mental health. Chulalongkorn University.
- Toomnoi, N., Chaimongkol, N. & Phaktoop, M. (2008). Impact of support from society and family, and family coping behavior on burden of families caring for exceptional children. *Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 16*(4), 39-49. [In Thai]
- Viriyaprasart, L. (2007). Relationship between some fundamental factors, burden and general well-being in caregivers of cerebral palsy children who attained at out patient service department of Rajanakul Institute. *Rajanukul institute Journal, 22*(2), 95-116. [In Thai]
- Wacharasin, C., Pakthop, M. & Sananreangsak, S. (2006). *The development of empower the power of relatives who care for chronically ill children: a case study of thalassemia*. Chonburi: Faculty of Nursing, Burapha University. [In Thai]
- World Health Organization. (2012). *Developmental difficulties in early childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low and middle income countries a review*. Turkey Country Office and CEECIS Regional Office.
- Yuwaprasart Vaithayopatum Child Psychiatric Hospital (2018). *Statistical data, outpatient, older*. Retrieved from <http://ycap.go.th/th/index.php/about-us/stat-th/2018-09-13-03-18-53>. [In Thai]