

ปัจจัยทำนวยการะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

พิมพ์ชนก จันทราทิพย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

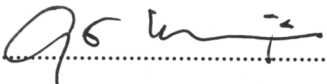
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


กุมภาพันธ์ 2563

ลิขสิทธิ์นี้เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พิมพ์ชนก จันทราทิพย์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


..........อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)


..........อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..........ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

..........กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยูนี พงศ์จตุรวิทย์)

..........กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

..........กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริย์กมล รัชกุล)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..........คณบดีคณะพยาบาลศาสตร
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

วันที่..... 21เดือน..... มีนาคม พ.ศ. 63

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขและวิจารณ์ผลงาน ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าตึก ตลอดจนเจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ดูแลเด็ก ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการ หัวหน้าหอผู้ป่วยใน หัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรม และพี่น้องโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาศักยภาพในวิชาชีพ ตลอดจนให้คำชี้แนะ และให้กำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อวินัย จันทราทิพย์ และคุณแม่ยศวิดี วรรณทราย พี่ญาติ ที่ให้การสนับสนุนในด้านความรัก ความห่วงใย และกำลังใจซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจที่ดีตลอดมาและขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ กัลยาณมิตรที่ดีทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุปผารี ภคินาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

พิมพ์ชนก จันทราทิพย์

58910026: สาขาวิชา: การพยาบาลเด็ก; พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คำสำคัญ: ภาวะ/ ผู้ดูแลเด็ก/ พัฒนาการล่าช้า/ ความสามารถในการดูแลตนเอง/ การสนับสนุนทางสังคม

พิมพ์ชนก จันทราทิพย์: ปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า (FACTORS INFLUENCING BURDEN OF CHILD CAREGIVERS OF CHILDREN WITH DELAYED DEVELOPMENT) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ยูนิ พงศ์จตุรวิทย์, Ph.D., นุจรี ไชยมงคล, Ph.D. 76 หน้า. ปี พ.ศ. 2563.

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงส่งผลให้เกิดภาวะของผู้ดูแลเด็ก การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่นำเด็กมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สถาบันราชานุกูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 76 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งแบบสอบถามทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85, .92 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 39.2 ($\text{Adjust } R^2 = .375, p < .001$) ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดคือ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก สามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 23.7 ($\beta = -.441, p < .001$) และปัจจัยตัวที่สอง คือ การสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 15.5 ($\beta = -.396, p < .001$)

ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่าพยาบาลควรพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเน้นความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเด็ก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้มากขึ้น

58910026: MAJOR: PEDIATRIC NURSING; M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

KEYWORDS: BURDEN/ CHILD CAREGIVERS/ DELAYED DEVELOPMENT/
SELF-CARE ABILITY/ SOCIAL SUPPORT

PIMCHANOKJUNTRATIP: FACTORS INFLUENCING BURDEN OF CHILD
CAREGIVERS OF CHILDREN WITH DELAYED DEVELOPMENT. ADVISORY
COMMITTEE: YUNEE PONGJATURA WIT, Ph.D., NUJJAREE CHAIMONGKOL, Ph.D.
76 P. 2020.

Children with delayed development have less ability to look after themselves. Self-help will result in a burden for the caregiver of children. This predictive correlational research aimed to examine factors predicting of burden of caregivers for children with delayed development. A convenience sampling was used to recruit 76 caregivers of children with delayed development who brought their children to received 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 consisted of a demographic questionnaire, the child self-care ability scale, the social support questionnaire and the burden of caregivers of children with delayed development questionnaire for. Their Cronbach's alpha reliability were .85, .92 and .93, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistic, and Multiple Linear Regression.

Results revealed that child self-care and social support accounted for 39.2% (Adjust $R^2 = .375, p < .001$) of variance in the prediction burden of the caregivers children with delayed development. Which the factors that can predict the best are Self-care ability of children Can predict the burden of caregivers of children with delayed development accounted for 23.7% ($\beta = -.441, p < .001$) And the second factor is social support accounted for 15.5% ($\beta = -.396, p < .001$)

This finding suggests that nurses should develop an intervention to care for children with delayed development by focusing on the child's self-care ability and social support for caregivers in order to enhance effectiveness of caring for children with delayed development.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า.....	9
ภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า.....	21
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	26
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	29
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	30
การเก็บรวบรวมข้อมูล	30
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	31
4 ผลการวิจัย.....	32
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า.....	32

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของความสามารถ ในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า	35
ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลา ในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการ ล่าช้า.....	37
5 สรุปและอภิปรายผล	39
อภิปรายผลการวิจัย	40
ข้อเสนอแนะ	43
บรรณานุกรม	44
ภาคผนวก	52
ภาคผนวก ก	53
ภาคผนวก ข	55
ภาคผนวก ค	61
ภาคผนวก ง	64
ภาคผนวก จ	74
ประวัติย่อของผู้วิจัย	76

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	33
2	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยจำของความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กโดยรวมและแยกรายด้าน	36
3	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมรายด้าน	36
4	คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยรวม และรายด้าน	37
5	การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า	38
6	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า.....	75

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาระของผู้ดูแล (Caregiver burden) หมายถึง เป็นการรับรู้ของบุคคลในความต้องการ การดูแลและเป็นความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลโดยตรงและกิจกรรมอื่น ๆ หรือเป็นการรับรู้ ของผู้ดูแลถึงความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Oberst, 1991) ภาระของผู้ดูแลประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลโดยตรงจะเน้นการดูแลด้าน ร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น 2) ด้านการดูแลระหว่างบุคคลจะเน้นการดูแล ด้านจิตใจได้แก่ การแสดงความรัก การพูดคุย การระงับการเกิดอุบัติเหตุ 3) ด้านการดูแลทั่วไปคือ การดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระที่มากเกินไปอาจส่งผลให้ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ท้อแท้ และถ้ารู้สึกว่าเป็นภาระที่สะสมเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้ ผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยตามมา (Oberst, 1991)

ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องให้การดูแลผู้ป่วยสมองพิการในเรื่องการทำกิจวัตร ประจำวัน การอาบน้ำ การแต่งตัวการรับประทานอาหาร การให้ยาและพาผู้ป่วยเด็กไปรับการรักษา อย่างต่อเนื่อง ซึ่งภาระการดูแลทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ รับประทาน อาหารได้น้อย ผอมลง นอนไม่หลับและเกิดความเครียดตามมา ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรม เนื่องจากไม่มีเวลาพักผ่อนและรับประทานอาหารได้น้อย เกิดความเบื่อหน่ายและท้อจากการที่ต้อง ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการช้า มาเป็นระยะเวลานานและตลอดเวลา (วานิด ค้วงเดช, 2550) เช่นเดียวกับ การศึกษาที่พบว่า การดูแลเด็กออทิสติก ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเด็กในเรื่องกิจวัตรประจำวันและการ ช่วยกระตุ้นพัฒนาการด้วยการฝึกปฏิบัติ และนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้เกิดความรู้สึก ลำบาก เครียด ซึมเศร้า ท้อแท้และเหนื่อยล้าตามมา โดยเฉพาะเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ในทางลบ (Mai, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าภาระการดูแลเด็กออทิสติกเป็นภาระที่หนักทั้งในด้านการ เลี้ยงดูและการดูแลด้านจิตใจของเด็กที่ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ วิถีชีวิตของผู้ดูแล ที่ต้องเปลี่ยนไปจากเดิม โดยมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และเกิดความกดดันจากสังคม (รพีพรรณ อินทวงศ์, 2550) ดังนั้นการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจึงถือว่าเป็นภาระของผู้ดูแลซึ่งส่งผลต่อ ผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

พัฒนาการล่าช้าในเด็ก หมายถึง การที่เด็กมีความล่าช้าของพัฒนาการเมื่อเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน เช่น ในเด็กที่อายุ 20 เดือน ยังไม่สามารถเดินได้ โดยปกติเด็กจะสามารถเดินได้เมื่ออายุ 9-15 เดือน (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคณะ, 2556) หรือในเด็กอายุ 5 ปี สามารถกระโดดสลับเท้า กระโดดข้ามสิ่งกีดขวางได้ หรือต่อเท้าเป็นเส้นตรงได้ ในเด็ก 10-12 ปี สามารถรับบอลมือเดียวได้ กระโดดได้ไกล 150-165 เซนติเมตรได้ แต่เด็กไม่สามารถทำได้ตามวัย (จรรยา จุฑาทิสิทธิ์ และสุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, 2556) หรือเป็นเด็กที่มีพัฒนาการ ไม่สมวัยเมื่อเทียบกับเด็กปกติ เด็กอาจมีพัฒนาการช้าในทุก ๆ ด้าน หรือมีพัฒนาการช้าในบางด้าน เช่น บกพร่องด้านสติปัญญา ด้านการเคลื่อนไหว ด้านภาษา หรือด้านสังคมและการช่วยตนเอง เป็นต้น โดยพัฒนาการล่าช้าพบได้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ 2) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก 3) ด้านภาษา และ 4) ด้านการช่วยเหลือตนเอง และการเข้าสังคม ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้ามีหลายประการพบได้ทั้งก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะพบได้มากในกลุ่มโรคออทิสติก พบร้อยละ 31.34 ภาวะบกพร่องทางด้านสติปัญญา ร้อยละ 28.3 สมาธิสั้น ร้อยละ 3.4 และภาวะบกพร่องด้านการเรียน ร้อยละ 2.6 (สถาบันราชานุกูล, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่า การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้อง สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้เด็กไทยที่มีพัฒนาการล่าช้ามากขึ้น (รังสิณี ผลาภิรมย์, ทศนีย์ ประสบกิตติคุณ และกรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2553) ซึ่งโดยทั่วไปเด็กจะมีความล่าช้าของพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งหรืออาจมีพัฒนาการล่าช้าหลายด้านพร้อมกัน (Global developmental delay) และบางครั้งพัฒนาการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งนั้น อาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในด้านอื่นตามมา (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และพัญ โรจน์มัทมาภมร, 2554)

จากการสำรวจสถิติของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2012) เด็กทั่วโลกประมาณร้อยละ 15-20 มีพัฒนาการผิดปกติ สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2554 เด็กไทยที่มีอายุ 6-15 ปี มีพัฒนาการช้าจำนวน 72,780 คน (กรมสุขภาพจิต, 2557) และสถิติของโรงพยาบาลอุพประสารทวโทยป์ถัมภ์ในปี พ.ศ. 2557 และ 2558 พบเด็กมีปัญหาคความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorders [PDDs]) จำนวน 20,705 คน และ 17,931 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลอุพประสารทวโทยป์ถัมภ์, 2561) เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะทำให้เกิดปัญหาตามมาหลายอย่าง แม้ว่าเด็กที่มีอายุ 5-18 ปี ถ้ามีพัฒนาการล่าช้าเด็กก็ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือทำกิจวัตรประจำวันได้ตามอายุจริงของเด็กจึงทำให้เกิดเป็นปัญหาต่อตัวเด็กและครอบครัว กล่าวคือ ปัญหาต่อตัวเด็ก ได้แก่ เด็กจะมีปัญหาในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมกับกลุ่มเพื่อนหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างได้ มีความสามารถจำกัดในการช่วยเหลือตนเองและการดำเนินชีวิต เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหารไม่สามารถทำได้ การใช้ชีวิตตามปกติเกิดความยากลำบากมากขึ้น เป็นต้น (Barbaresi, Katusic, & Voigt, 2006) นอกจากนี้เมื่อเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยภาระในการดูแลเด็กจะมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของเด็กแต่ละคน ได้แก่ ปัญหาการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์และพฤติกรรม ด้านสุขภาพของเด็ก เช่น โรคหัวใจ โรคลมชัก เป็นต้น และหากเด็กที่มีพัฒนาการช้าทั้ง 4 ด้าน จะทำให้เด็กมีความยุ่งยากและมีความซับซ้อนในการดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ดูแลอาจต้องให้การดูแลตลอดเวลาหรือต้องช่วยเหลือเด็กตลอด โดยเฉพาะเด็กที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และช่วงอายุตามวัยที่มากขึ้น เด็กอาจมีปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง เด็กจะไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้ (กาญจนา คุณรังสีสมบุญ, 2554) ทำให้ผู้ดูแลนอนไม่หลับ เกิดความวิตกกังวล และทำให้เกิดภาระในการดูแลเด็กอย่างมากตามมา (รังสิณี ผลภิรมย์ และคณะ, 2553)

จากแนวคิดภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก (ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์ และเสาวลักษณ์ แสนฉลาด, 2557; วานิด ค้วงเดช, 2550; สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2555; Mai, 2015) ระยะเวลาในการดูแลเด็ก (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556; ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557; พงศศักดิ์ จันทราทิพย์, 2553) การสนับสนุนทางสังคม (กัลยาณี ปรีชาพวงค์มิตร, 2555; ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556; นภาพร ตูมน้อย, นุจรี ไชยมงคล และมณีรัตน์ ภาครูป, 2551; ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557; Mai, 2015) ความเครียดของผู้ดูแลเด็ก (ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557; รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล, วรรณวิมล เบญจกุล และศรีจิตร์ ขวัญแก้ว, 2557; อภิชา แซ่มซ้อย, 2550) และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็ก (ดิเรญา เลิศหัตถศิลป์, 2555; Lalana, 2007) โดยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กเป็นปัจจัยด้านตัวเด็กที่สำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็ก สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ระยะเวลาในการดูแลเด็ก เป็นช่วงเวลาที่เด็กมีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งผู้ดูแลต้องให้การดูแลตลอดระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการให้การดูแลของผู้ดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือประคับประคอง ซึ่งผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลากรด้านสุขภาพทั้งในด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือการบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ดูแลเด็กโดยมีผลต่อความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองและมีความสุข จึงเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแลเด็กที่มี

พัฒนาการล่าช้า ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทั้งสามดังกล่าวซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านตัวเด็กเองและปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็ก

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก หมายถึง การดูแลสุขภาพของตนเองหรือ การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และมีความสุข เมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรม ได้มีประสิทธิภาพแล้วจะทำให้โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายพัฒนาไปได้สูงสุด ซึ่งการที่เด็ก จะทำหน้าที่ของตนเองได้เหมาะสมนั้น เด็กต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยขึ้นอยู่กับปัจจัย ต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ และมีแรงจูงใจที่จะกระทำอย่างต่อเนื่องและให้ ถูกต้อง ทำให้เด็กมีความสุขพอดี (Orem, 1991) แต่ถ้าเด็กมีปัญหาสุขภาพหรือภาวะเจ็บป่วยยังส่งผลต่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าก็เช่นกันเด็กจะไม่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองทั้งหมดจึงต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กลดลงจึงอาจเป็นภาระของผู้ดูแลเด็กได้ ดังการศึกษาที่ สอดคล้องกันในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาด้านสมองและความพิการ ดังการศึกษาของ ปวีดา โปธิทอง และคณะ (2557) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสติกพบว่า เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าจะมีปัญหา ในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย เป็นต้นจึงเป็น ภาระต่อผู้ดูแลในการช่วยเหลือหลังดูแลทุกครั้ง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mai (2015) ศึกษาภาระ ของผู้ดูแลเด็กออทิสติกในประเทศเวียดนาม พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กมี ความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลเด็ก กล่าวคือเมื่อเด็กสามารถดูแลตนเองได้น้อย ทำให้ ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กมากขึ้น และการศึกษาของ วานิด ด้วงเดช (2550) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาระของ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ พบว่า เด็กที่มีสมองพิการจะมีความสามารถในการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นหลักจึงทำให้เกิดภาระในการดูแล เด็กดังกล่าว ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กจึงมีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของ ผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ระยะเวลาในการดูแลเด็ก หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลหลักให้การดูแลเด็กหลังจากที่แพทย์ ให้การวินิจฉัยว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า โดยระยะเวลาในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับการให้การ ดูแลของผู้ดูแล ดังการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระ ในการดูแลบุตร โดยเมื่อบุตรป่วยด้วยออทิสติกแล้วทำให้มารดาต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรที่เพิ่ม มากขึ้น จึงทำให้เกิดเป็นภาระในการดูแลบุตรตามมา (จนินฐา หะยิมะแซ, 2556; ปวีดา โปธิทอง และคณะ, 2557; พงศ์ศักดิ์ จันทราทิพย์, 2553; Mai, 2015) และการศึกษาที่พบว่า เด็กที่ป่วยด้วย ออทิสติกและโรคพิการทางสมอง เด็กจะไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติ กิจวัตรหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จึงต้องอาศัยผู้ดูแลหรือมารดาในการช่วยเหลือดูแล ทำให้

ต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จึงเป็นภาระในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า (Pushpalatha & Shivakumara, 2015)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือประคับประคองที่ผู้ดูแลหลักได้รับจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูล เป็นการเกื้อกูลกันทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก และเป็นการได้รับข้อมูลทำให้บุคคลเชื่อในความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่าในตนเองและได้รับการยกย่อง และยังรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่ทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมคือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือหรือความคุ้มครอง และสามารถเข้าถึงบริการของสังคมได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข (จนินฐา หะยิมะแซ, 2556) ดังการศึกษาที่พบว่า แหล่งสนับสนุนในด้านกรให้ข้อมูลและด้านทรัพยากรมากมีผลทำให้ภาระการดูแลเด็กที่มีปัญหาออทิสติกของผู้ปกครองเด็กน้อยลง (จนินฐา หะยิมะแซ, 2556; ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557; Mai, 2015) และผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลโดยรวมน้อยลง (กัลยาณี ปรีชาพงศ์มิตร, 2555) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะมีปัญหาในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลเด็กจะเกิดภาระการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสุขภาพอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นในเด็กกลุ่มออทิสติกและโรคพิการทางสมอง แต่การศึกษาในเด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการล่าช้ายังพบได้น้อยและเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

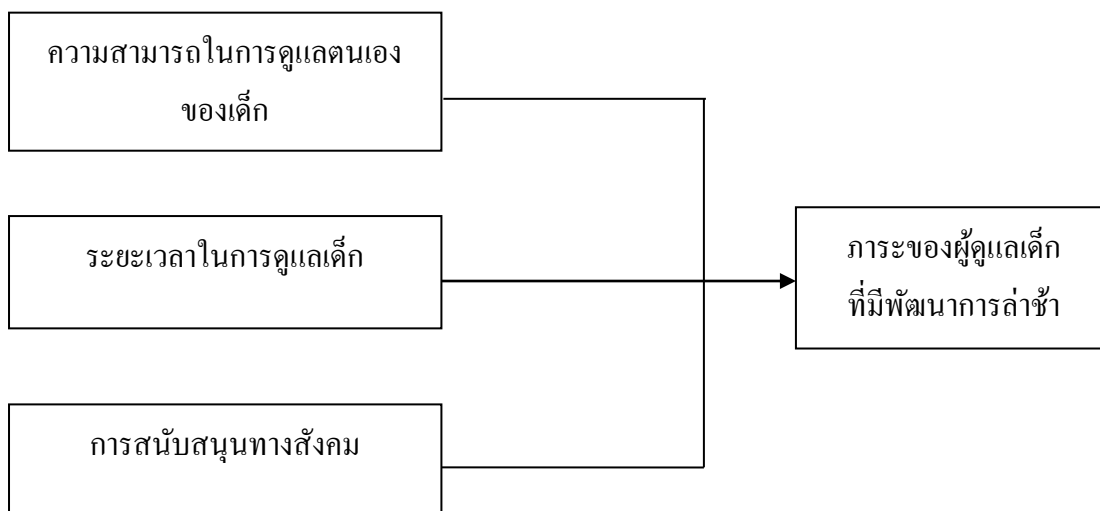
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการวิจัย

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดภาระของผู้ดูแลของ Oberst (1991) ที่กล่าวว่า ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของบุคคลในการต้องการการดูแลและความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลโดยตรง และเกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ต้องได้รับการพึ่งพา ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลโดยตรง (Direct care) เน้นการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลรักษาพยาบาล เป็นต้น 2) ด้านการดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal care) เน้นการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การแสดงความรัก การพูดคุย การระวังการเกิดอุบัติเหตุ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น 3) ด้านการดูแลทั่วไป (Instrumental care) เน้นการดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ เป็นต้น การประเมินภาระการดูแลควรได้รับการประเมินผลลัพธ์การจัดการดูแลทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความยากลำบากในการดูแล ซึ่งแบ่งภาระเป็น 2 มิติ ได้แก่ 1) ภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective burden) และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) (Oberst, 1991) จากแนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก (ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557; วานิด ค้วงเดช, 2550; Mai, 2015) โดยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลเด็ก กล่าวคือ เมื่อเด็กสามารถดูแลตนเองได้น้อย ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลเด็กมากขึ้น (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556; ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557; พฤตศิกดิ์ จันทราทิพย์, 2553; Mai, 2015) ส่งผลให้เกิดเป็นภาระในการดูแล สำหรับระยะเวลาในการดูแลเด็กเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็ก โดยพบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีผลต่อการรับรู้เป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก (จินตนา วัชรสินธุ์, มณีรัตน์ ภาครูป และศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, 2549; รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล และคณะ, 2557) และการสนับสนุนทางสังคม หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือการบริการและด้านข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลเด็กลดลง (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556; นภาพร ตูมน้อย และคณะ, 2551; ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557; Mai, 2015) จึงสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยทำการศึกษาใน ผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยทำการศึกษาผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมที่ พาเด็กมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สถาบันราชานุกูล จังหวัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 76 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กที่มี ปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่ต้องการความช่วยเหลือหรือพึ่งพา ซึ่งต้องใช้เวลาหรือมีความยากลำบากต่อ การดูแลโดยตรงเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการดูแลเด็กโดยทั่วไป ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ภาวะการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าประกอบด้วย การใช้เวลาในการดูแลเด็ก และความ ยากลำบากในการดูแลเด็กที่นำมาจากแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาวะของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ของ สิริมา ชุ่มศรี, นุจรี ไชยมงคล และศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ (2557)

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลตนเองตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กออทิสติกของ Mai (2015)

ระยะเวลาในการดูแลเด็ก หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ภายหลังจากที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าโดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือประคับประคองที่ผู้ดูแลเด็กได้รับจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ นภาพร ตูมน้อย และคณะ (2551)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
2. ภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

พัฒนาการ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ และเป็นกระบวนการที่มนุษย์มีการเจริญเติบโตจากวัยทารกไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยการเจริญเติบโตจากวัยเด็กที่ผ่านวัยด้านต่าง ๆ ของการเติบโตจะมีการพัฒนาที่วัดได้ ได้แก่ การเติบโตทางกายภาพ การเติบโตทางความคิด และการเติบโตทางสังคม (WHO, 2012)

ลักษณะของพัฒนาการ

ลักษณะของพัฒนาการทั่วไปมีดังนี้ (จันทิกา จันทรเป็ย, 2555)

1. พัฒนาการเด็กจะเป็นไปตามลำดับขั้นตอนจะไม่มีการข้ามขั้น เช่น จากการพลิกตัวคว่ำ เป็นหงาย และจากนั่งได้ก่อนยืน และการเปลี่ยนแปลงจะเป็นการพัฒนาแบบขั้นตอนค่อยเป็นค่อยไป

2. อัตราการพัฒนาการของเด็กแต่ละคนโดยปกติจะไม่เท่ากัน โดยในบางคนอาจจะมีพัฒนาการเร็วกว่าอีกคน โดยพัฒนาการเด็กจะมีการพัฒนาไปตามทิศทางดังนี้

2.1 แนวศีรษะไปสู่ปลายเท้า (Cephalocaudal direction) โดยเด็กจะมีพัฒนาการจากแนวศีรษะไปสู่ปลายเท้าคือมีพัฒนาการในด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายจากศีรษะสู่ปลายเท้า เช่น คว่ำ หงาย คืบ คลาน นั่ง

2.2 แนวใกล้ตัวไปหาแนวไกลตัว (Proximal-distal direction) จะมีการพัฒนาการจากแนวกึ่งกลางลำตัวขยายออกไปด้านข้าง เช่น การเคลื่อนไหวของหัวไหล่จะนำการเคลื่อนไหวของแนวกึ่งกลางลำตัวขยายออกไปด้านข้าง เช่น การเคลื่อนไหวของหัวไหล่จะนำการเคลื่อนไหวของลำตัว แขน และนิ้ว

2.3 การพัฒนาอวัยวะส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นก่อนอวัยวะส่วนเล็ก เด็กจะมีพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ก่อนกล้ามเนื้อมัดเล็ก คือเด็กจะสามารถที่จะกำมือได้ก่อนที่จะใช้นิ้วมือ

2.4 การพัฒนาอวัยวะส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นก่อนการพัฒนาอวัยวะส่วนเล็ก โดยที่พบว่าเด็กจะมีการพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ก่อนกล้ามเนื้อมัดเล็ก หมายถึง ว่าเด็กจะสามารถใช้ฝ่ามือในการกำมือ เพื่อหยิบสิ่งของได้ก่อนการใช้นิ้วมือ

3. พัฒนาการที่มีช่วงจังหวะวิกฤต (Clinical period) พัฒนาการต้องมีการพัฒนาในช่วงใดช่วงหนึ่ง ซึ่งหากพ้นระยะของการมีพัฒนาในช่วงเวลานั้น โดยพัฒนาการถูกขัดขวางหรือมีการพัฒนาไปอย่างไม่สมบูรณ์ เช่น ในวัยเด็กจะมีช่วงวิกฤตของพัฒนาการทางเพศที่อายุ 3-5 ปี หากเด็กไม่ได้รับการเรียนรู้ที่เหมาะสมแล้วจะพบว่าในวัยผู้ใหญ่อาจมีการเบี่ยงเบนทางเพศได้

พัฒนาการล่าช้าในเด็ก

อัจฉริย์ อินทุโสมา (2555) กล่าวว่า พัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการด้อยกว่าเด็กวัยเดียวกันอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน โดยพัฒนาการในเด็กจะแบ่งออกเป็นทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านภาษา ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง

Boyse (2010) กล่าวว่า พัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กมีความสามารถทางพัฒนาการด้อยกว่าปกติไม่สามารถปฏิบัติพัฒนาการได้ในช่วงอายุเดียวกัน หรือมีความล่าช้าเมื่อเทียบกับอายุเดียวกัน ความล่าช้าอาจพบว่ามี ความล่าช้าด้านเดียวหรือหลายด้านพร้อมกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการในด้านใดด้านหนึ่งล่าช้า หรือมีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้านพร้อมกัน ได้แก่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษา และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง หรือเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติ เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าจะมีพัฒนาการที่ด้อยกว่าเด็กปกติอย่างน้อย 1 ด้าน และเมื่อเด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่งแล้วอาจส่งผลให้มีการล่าช้าของพัฒนาการด้านอื่นตามมาโดยพบว่า พัฒนาการล่าช้าในเด็กสามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะมีแบบแผนพัฒนาการเบี่ยงเบนไปจากปกติ และช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน โดยจะสามารถประเมินได้จากการซักประวัติอย่างละเอียดโดยเฉพาะประวัติในด้านพัฒนาการ และการประเมินพัฒนาการของเด็ก โดยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะมีลักษณะที่ผิดปกติในด้านต่าง ๆ (จริยา จุฑาทิสัทธ์ และสุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, 2556; นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคณะ, 2556) ดังนี้

1. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ จะพบว่าในเด็กอายุ 5 ปี เด็กจะสามารถควบคุมกล้ามเนื้อให้ทำงานประสานกันได้ เด็กจึงจะสามารถเล่นเกมรับโยนบอลได้ เต้นรำ และเล่นยิมนาสติกได้ แต่ถ้ามีความผิดปกติเด็กจะไม่สามารถทำได้ เด็กที่มีอายุ 6-12 ปีขึ้นไป ในด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เด็กจะมีการทรงตัวและมีการทำงานของกล้ามเนื้อที่ประสานสัมพันธ์กันได้อย่างดี เช่น กระโดดได้ไกล จักรยาน 2 ล้อ และเมื่ออายุมากขึ้นเรื่อย ๆ เด็กจะมีการทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ได้ใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่มากขึ้น

2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เป็นการทำงานที่มีการประสานกันระหว่างมือและตา เช่น การวาดรูป หรือการหยิบจับสิ่งของ การกำมือ ซึ่งเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะไม่สามารถทำได้ เช่น การวาดรูป โดยพัฒนาการของการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กจะมากขึ้นตามอายุของเด็ก เช่น ในเด็กอายุ 5 ปี สามารถต่อก้อนไม้ 6 ก้อนเป็นบันไดได้ เด็กสามารถจับดินสอและขีดเขียน ชับซ้อนมากขึ้นตามช่วงอายุที่มีเจริญเติบโต เด็กอายุ 6 ปี สามารถเขียนอักษรง่าย ๆ ได้ เด็กอายุ 7-9 ปี สามารถเขียนหนังสือตัวบรรจงได้ เด็กอายุ 10-12 ปี ใช้อุปกรณ์ในการทำงานวาดและเขียน วาดรูป เด็กอายุ 13-15 ปี สามารถวาดรูป 3 มิติได้ เป็นต้น

3. ด้านการสื่อสาร แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความเข้าใจภาษา (Receptive language) และด้านการใช้ภาษา (Expressive language)

3.1 ด้านความเข้าใจภาษา (Receptive language) เป็นการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการติดต่อสื่อสาร โดยผ่านในหลายกระบวนการ มีการแปลความหมาย การตัดสินใจและการแสดงออกทำให้สามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้ เช่น การหันตามเสียงเวลามีการเรียกในเด็กอายุ 5-7 เดือน เด็ก 5 ปี จะเข้าใจลักษณะพื้นผิวที่แตกต่างกัน เช่น แข็ง นุ่ม ขรุขระ เข้าใจคำถามได้ เป็นต้น แต่ในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะพบว่าเด็กจะไม่สามารถสื่อสารความหมายได้เข้าใจ เช่น ไม่สนใจคำสั่ง ไม่ทำตามคำสั่ง หรือในเด็ก 4-5 ปี จะพบว่าเด็กมีการพูดติดอ่างและพยายามหลีกเลี่ยงโดยการไม่ยอมพูดเสียงดังต่อหน้าผู้อื่น เป็นต้น

3.2 ด้านการใช้ภาษา (Expressive language) เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะพบว่า เด็กจะไม่สามารถใช้ภาษาได้ เช่น ไม่สามารถพูดหรือออกเสียงพูดได้ตามอายุของเด็ก ดังเช่น เด็กอายุ 5 ปี จะต้องรู้จักบอกว่า หนู/ ผมไม่รู้ เข้าใจเรื่องตลก หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ประหลาดใจ เริ่มรู้จักการถามถึงประโยค รู้จักใช้ประโยคที่ซับซ้อนได้ แต่เด็กพัฒนาการล่าช้าไม่สามารถทำได้

4. ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม เป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ ทักษะในการปรับตัวในสังคม ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จะไม่สามารถทำหรือช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ แยกตัวออกจากกลุ่ม ไม่มีเพื่อน

แนวทางการวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ

เด็กที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการนั้น นอกจากอาการที่สังเกตได้จากพัฒนาการที่ผิดปกติใน 4 ด้านแล้ว เด็กอาจมีพัฒนาการช้าเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือช้าทั้งหมด ซึ่งผู้ดูแลเด็กจะสามารถทราบได้อย่างแน่ชัดจากการนำเด็กไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเพื่อตรวจให้ละเอียด โดยมีแนวทางในการวินิจฉัยเด็กที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการดังนี้ (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคณะ, 2556; อัจฉริย์ อินทุโสมา, 2555)

1. การชักประวัติ

- 1.1 โรคประจำตัวต่าง ๆ ที่จะเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางพัฒนาการได้ เช่น โรคลมชัก เป็นต้น
- 1.2 การเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น พัฒนาการล่าช้า ปัญหาการเรียน โรคทางระบบประสาท เป็นต้น
- 1.3 โรคทางพันธุกรรม เช่น มีพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว มีการแต่งงานในเครือญาติ มีการเจ็บป่วยเสียชีวิตในญาติพี่น้องก่อนวัยอันควร เป็นต้น
- 1.4 การตั้งครรภ์ของมารดาตั้งแต่ประวัติฝากครรภ์ การเจ็บป่วยระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติการได้รับสารพิษต่าง ๆ เช่น สุรา บุหรี่ และสารเสพติดอื่น ๆ ประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อเด็ก เป็นต้น
- 1.5 ประวัติเกี่ยวกับการคลอด เช่น อายุครรภ์ วิธีการคลอด ข้อบ่งชี้ในการทำหัตถการต่าง ๆ น้ำหนักแรกเกิด คะแนนแอฟการ์ ภาวะคลอดลำบาก และการเจ็บป่วยต่าง ๆ ช่วงแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อน
- 1.6 ช่วงเวลาที่พ่อแม่สังเกตว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้าและพัฒนาการที่ล่าช้านั้นเป็นแบบถดถอยหรือไม่ เช่น เคยนั่งได้ต่อมา นั่งไม่ได้ เป็นต้น
- 1.7 พัฒนาการที่ผ่านมา มักนิยามถามย้อนพัฒนาการที่พ่อแม่สังเกตเห็นง่าย ๆ เช่น ประวัติเกี่ยวกับพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ การคว้าหยาย การนั่ง การคลาน การเดิน การพูด เป็นต้น
- 1.8 พัฒนาการทางภาษา เช่น การเล่นน้ำลาย การเลียนเสียงพูดคุย การทำตามคำสั่ง การพูดคำแรกที่มีความหมาย การพูดสองคำที่ต่อกัน เป็นต้น
- 1.9 การเล่นตามวัย การช่วยเหลือตนเอง
- 1.10 ปัญหาพฤติกรรมที่มักพบร่วมกับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้บ่อย

1.11 ปัญหาการกิน การนอน การขับถ่าย ซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากมีผลโดยตรงต่อเด็กและผู้เลี้ยงดู และประวัติเกี่ยวกับความพิการต่าง ๆ ที่พบรวมได้ เช่น การได้ยิน การมองเห็นที่ผิดปกติ เป็นต้น

1.12 ประวัติอื่น ๆ ที่น่าจะมีประโยชน์ในการประเมินสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลเด็ก เช่น สถานภาพการสมรสของบิดามารดา ระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู ความคาดหวังที่มีต่อเด็กของครอบครัว เศรษฐฐานะของครอบครัว การได้รับบริการต่าง ๆ ทางสังคม เช่น การกระตุ้นพัฒนาการ การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด การขึ้นทะเบียนเด็กพิเศษ เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายที่สำคัญและอาจสัมพันธ์กับความบกพร่องทางพัฒนาการ (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคณะ, 2556) ได้แก่

2.1 ตรวจร่างกายทั่ว ๆ ไปทุกระบบและการเจริญเติบโตซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดพัฒนาการล่าช้า เช่น ตรวจดูลักษณะผิดปกติของรูปร่างหน้าตา หรือ Dysmorphic features ทั้ง Major dysmorphic, Minor dysmorphic พบได้ในเด็กที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม

2.2 ภาวะตับม้ามโต ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะ Inborn error บางชนิด

2.3 ผิวหนัง เช่น Cutaneous markers ได้แก่ Café-au-lait spots บ่งถึง Tuberous sclerosis ซึ่งเป็นสาเหตุของพัฒนาการล่าช้าได้

2.4 ระบบประสาทต่าง ๆ โดยมีการตรวจให้ชัดเจน ละเอียด และมีการวัดรอบศีรษะด้วยเสมอเพื่อที่จะสามารถตรวจพบเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการที่มีความรุนแรงไม่มากนัก

2.5 คุณลักษณะของเด็กที่ถูกทารุณกรรม (Child abuse) เพราะเด็กพิเศษถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอย่างหนึ่ง

2.6 ระบบการมองเห็นและการได้ยิน เพราะเป็นความพิการซ้ำซ้อนที่พบรวมได้บ่อยเมื่อเด็กมีพัฒนาการล่าช้า เด็กจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือดูแลตนเองได้สมบูรณ์ และไม่สามารถบอกความต้องการได้ เด็กเหล่านี้จึงต้องมีผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ซึ่งการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเนื่องจากผู้ดูแลต้องให้การดูแลเด็กทั้งในเรื่องของการช่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา และการพาไปพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อย เมื่อยล้า ทำให้เกิดเป็นภาระในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าตามมา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้าในเด็ก

เด็กแต่ละคนจะมีพัฒนาการปกติหรือผิดปกติขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคณะ, 2556; ฉันทิกา จันทร์เป็ย, 2555) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม หมายถึง ลักษณะต่าง ๆ ที่ถ่ายทอดจากบิดามารดาผ่านทางโครโมโซม และเป็นการควบคุมลักษณะต่าง ๆ ของบุคคล ได้แก่ ระดับสติปัญญา ลักษณะทางกายหรือความคิดปกติแต่กำเนิด ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ทำให้เกิดการบกพร่องทางสติปัญญา

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพต่าง ๆ ที่อยู่ล้อมรอบและมีผลเกี่ยวข้องกับบุคคล โดยมีผลส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ตามที่กำหนดโดยพันธุกรรม หรือบั่นทอนศักยภาพให้ลดน้อยลงได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 สิ่งแวดล้อมขณะอยู่ในครรภ์มารดา ได้แก่

2.1.1 อาหารที่มารดาได้รับ โดยปกติเด็กที่อยู่ครรภ์ของมารดาเด็กจะได้รับสารอาหารจากมารดาโดยผ่านทางรก ในมารดาที่ได้รับอาหารตามหลักโภชนาการน้อยจะทำให้เด็กมีน้ำหนักตัวน้อย มีผลต่อระบบประสาทและพัฒนาการเด็กได้ นอกจากนี้ยังทำให้เด็กเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและภูมิคุ้มกันต่ำ

2.1.2 ยาหรือสารเคมีบางชนิดระหว่างการจัดครรภ์ ถ้ามารดาได้รับยาหรือสารเคมีเข้าไปในร่างกายระหว่างจัดครรภ์จะมีผลต่อทารกในครรภ์ เช่น Tetracycline มีผลกระทบต่อฟันและกระดูกของทารกในครรภ์ทำให้กระดูกและฟันมีสีคล้ำลง Caffeine ในกาแฟ และในชาหรือเครื่องดื่มบางชนิด ถ้ามารดาได้รับปริมาณสูงอาจทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดหรือทารกมีน้ำหนักตัวน้อยหรือการดื่มสุราเป็นประจำทำให้ทารกตัวเล็ก สมอของทารกได้รับความเสียหายระดับสติปัญญาต่ำ อาจเกิดการผิดปกติของอวัยวะ เช่น แขน ขา ใบหน้า หัวใจ

2.1.3 อารมณ์ของมารดาขณะจัดครรภ์ มารดาที่ได้รับความกลัวหรือมีความวิตกกังวลจะทำให้เกิดการหลั่งสารอะดรีนาลินทำให้เลือดไหลผ่านรกได้น้อยลง ทารกได้รับออกซิเจนน้อยลง หากมีอาการเครียดจะทำให้ฮอร์โมนในร่างกายเปลี่ยนไป ถ้ามีการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมอะดรีนาลินเพิ่มขึ้นอาจทำให้เกิดแท้งได้

2.1.4 โรคต่าง ๆ ที่มารดาเป็นอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์เช่น โรคหัดเยอรมัน ถ้ามารดาได้รับเชื้อใน 3 เดือนแรกของการจัดครรภ์แล้วอาจทำให้ทารกเกิดความพิการ เช่น หูหนวก ตาบอด หรือเกิดหัวใจพิการแต่กำเนิดได้

2.1.5 รั้งสีและมลพิษ มารดาที่รั้งสีเอกซเรย์ซ้ำ ๆ ในระหว่างเกิดการจัดครรภ์หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีสารพิษ เช่น โรงงานอุตสาหกรรมสารพิษ เช่น ตะกั่ว แคดเมียมทารกจะได้รับสารพิษทำให้น้ำหนักตัวน้อยหรือพิการตามมา

2.2 สิ่งแวดล้อมภายหลังเกิด จะเป็นปัจจัยและมีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เพราะบุคคลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ได้แก่

2.2.1 อาหาร เด็กที่ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน ทั้งปริมาณและคุณค่าอาหาร จะทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายและสมอง ในเด็กที่ขาดอาหารมักจะตัวเล็ก น้ำหนักตัวน้อย ถ้าขาดสารอาหารบางอย่างอาจมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโต มีผลต่อพัฒนาการได้

2.2.2 การเจ็บป่วย เด็กที่ได้รับการเจ็บป่วยโดยเฉพาะในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวานอาจทำให้เด็กเกิดพัฒนาการล่าช้าได้ เพราะเด็กอาจมีข้อจำกัดในการไปโรงเรียนหรือการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้

2.2.3 การเลี้ยงดูพัฒนาการต่างๆของเด็กเป็นผลจากประสบการณ์และการเรียนรู้ที่เด็กได้รับ โดยเด็กที่ได้รับความอบอุ่นหรือการเอาใจใส่จากครอบครัว ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี ถ้าสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมเด็กถูกทอดทิ้ง ขาดความรักความเอาใจใส่จากในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดพัฒนาการล่าช้าได้

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามักพบตั้งแต่ในวัยเด็กเล็กและส่งผลกระทบต่อพัฒนาการมาจนเด็กโต ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลและเป็นภาระในการดูแลเด็กอย่างมาก

ภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) มีความสำคัญเนื่องจากสภาวะปัจจุบัน สถานพยาบาลของรัฐที่มีอยู่สามารถรองรับได้แต่ผู้ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันเท่านั้น ยังไม่มีสถานดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรังให้กับประชาชน ขณะเดียวกันนโยบายทางด้านสาธารณสุขและสังคม ได้มีการส่งเสริมให้มีการดูแลในชุมชน (Community care) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดการย้ายเข้ามาอยู่ในสถานพยาบาล และยังช่วยลดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพด้วยความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้สามารถรักษาโรคเฉียบพลันได้ ส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องอยู่ในสภาพพึ่งพา ต้องได้รับการช่วยเหลือหรือช่วยการทำกิจวัตรประจำวันให้ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยคนในครอบครัว (Lubkin & Payne, 1998 อ้างถึงใน ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2547) สำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าก็เช่นเดียวกันเนื่องจากเด็กจะมีพัฒนาการล่าช้าซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษา ฟื้นฟูเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเด็กกลุ่มนี้

ประเภทของผู้ดูแล

ประเภทของผู้ดูแล สามารถแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ (Parker, 1992 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ดังนี้

1. ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นสาขาวิชาชีพ ในสถานพยาบาลหรือองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นอิสระและได้รับการฝึกฝนอบรมในการดูแล

โดยที่จะไม่ได้มีความสัมพันธ์ที่เป็นส่วนตัวกับผู้ที่ได้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ รวมถึงผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care assistant) โดยที่จะไม่รับ หรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลตามการตกลง

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง เป็นผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันต่าง ๆ กับผู้ป่วย เช่น การช่วยรับประทานอาหาร ช่วยแต่งตัว เป็นต้น โดยไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานเป็น 24 ชั่วโมงต่อวัน โดยผู้ที่ให้การดูแลอาจมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล โดยการดูแลเกิดจากความรัก ความผูกพัน การมีสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ จากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัว ลูก หลาน ญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น โดยจะมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแล โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

Department of social Change and Mental Health (WHO, 2000) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ (Psychological problem) ได้แก่

1.1 อารมณ์ (Sad) เป็นอารมณ์ ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแลไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะ เปลี่ยนไปทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

1.2 ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจจะ โกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง ภายหลัง

1.3 ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจ โกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การพยาบาลการรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

1.4 ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) เช่น จากการที่ผู้ได้รับการดูแลแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือเกิดความจำเอนทำให้รู้สึกอับอาย

1.5 ความรู้สึกโดดเดี่ยว (Lonely) จากการที่ผู้ดูแลมีภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ไม่ได้พบกับเพื่อนหรือไม่ได้พูดคุยกับเพื่อนหรือแม่แต่การโทรศัพท์อาจไม่สะดวกเหมือนถูกตัดจากสังคมทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

1.6 ความรู้สึกเครียด (Stress and strain) จากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem) (Yeatman et al., 1993 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ ศาสต์ย์, 2549) ได้แก่

2.1 ปวดหลัง (Backache) ผู้ดูแลมักพบว่ามีอาการปวดหลังหรือมีอาการปวดเมื่อยตามตัวร่างกายจากยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง และปัญหาปวดหลังยังมาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะเครียด และเป็นอาการเตือนผู้ดูแลให้หยุดจากภะนั้น

2.2 อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Weakness) เกิดจากการที่ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อนหรือเกิดจากการที่ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด โมโหง่ายส่งผลกระทบต่อให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้

2.3 ปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem) ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่ โดยมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบปะแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้โรคประจำตัวมีอาการมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อร่างกายได้

3. ผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ (Socio-economic problem) ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) ผู้ดูแลต้องปรับลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

3.2 รายได้ลดลง (Lower income) ถ้าผู้ดูแลมีลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้มีการสูญเสียรายได้ และบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้น

3.3 ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ถ้าไม่บริหารจัดการที่ดีแล้วอาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ ความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองและอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

ภาระการดูแล (Caregiver burden)

ภาระการดูแล มีผู้ให้ความหมายของภาระการดูแลดังนี้

Oberst, Hughes, Chagn, and McCubbin (1991) กล่าวถึงภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการให้ยาเคมีบำบัดว่า เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล

เด็กป่วย ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระและเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

แนวคิดภาระการดูแลของ Oberst

ภาระการดูแล ตามแนวคิดของ Oberst (1991) เป็นการรับรู้ของบุคคลในความต้องการ การดูแลและเป็นความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลโดยตรงและกิจกรรมอื่น ๆ หรือเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยจากแนวคิด การดูแลกล่าวถึง กิจกรรมการดูแล การเกิดภาระการดูแล และการประเมินการดูแล

กิจกรรมการดูแล ในการดูแลบุคคลที่ต้องอาศัยการพึ่งพาที่มีลักษณะแตกต่างกัน ผู้ดูแล ต้องให้การตอบสนองต่อความต้องการของบุคคลที่ต้องการได้รับการพึ่งพาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมตามแนวคิดของ Oberst (1991) ได้แบ่งองค์ประกอบการดูแลเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการดูแลโดยตรง (Direct care) เน้นการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลรักษาพยาบาล

2. ด้านการดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal care) เน้นการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การแสดงความรัก การพูดคุย การระงับการเกิดอุบัติเหตุ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การสังเกตพฤติกรรม

3. ด้านการดูแลทั่วไป (Instrumental care) เน้นการดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล การติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ และการจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อมารับบริการ

การเกิดภาระการดูแลนั้น Oberst (1991) ได้กล่าวว่ากิจกรรมการดูแลต้องใช้เวลา และความยากลำบากที่แตกต่างกัน โดยประกอบด้วยลักษณะกิจกรรม ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และศักยภาพของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในระดับที่มีความแตกต่างกัน ถ้าบุคคลประเมินว่า ศักยภาพไม่เพียงพอที่จะจัดการงานที่ได้รับผิดชอบทำให้ต้องใช้ความพยายามมากขึ้น การใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น ทำให้รู้สึกถึงความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นมากขึ้น ส่งผลให้เกิดระดับภาระการดูแลสูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลที่จะจัดการภาระในการรับผิดชอบได้ดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความเป็นภาระในระดับต่ำหรือ ไม่รู้สึกถึงเป็นภาระในการดูแลและจะสามารถจัดการบทบาทของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี

การประเมินภาระการดูแลของ Oberst (1991) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแล ซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม

2. ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลที่มีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลวัดจากความยากลำบากในแต่ละกิจกรรม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า แนวคิดภาระการดูแลของ Oberst (1991) นั้นเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลโดยตรงหรือเกิดจากการให้การดูแลในกิจกรรมต่าง ๆ และเป็น การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่ง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยกิจกรรมการดูแลต้องใช้เวลาและความยากลำบากที่แตกต่างกัน และประกอบกับปัจจัยพื้นฐานบางประการ ศักยภาพผู้ดูแล และลักษณะกิจกรรมจึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้การเป็นภาระที่มากหรือน้อยแตกต่างกัน แนวคิดของ Oberst (1991) สามารถอธิบายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยมีกิจกรรมดังนี้

1. การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยตรง (Direct care) เป็นการดูแลเด็กเน้นทางด้านร่างกาย โดยเป็นการทำกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำให้กับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตามพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะสุขภาพ เช่น ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการให้การบำบัดรักษา การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ

2. ด้านการดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal care) เป็นการดูแลด้านจิตใจ คือเป็นการให้ความรัก ให้กำลังใจ เป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ให้กับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า การป้องกันอุบัติเหตุ และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม

3. ด้านการดูแลทั่วไป (Instrumental care) เป็นกิจกรรมที่ดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยผู้ดูแลกระทำให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ การจัดการเรื่องการเดินทางในสถานที่ต่าง ๆ การจัดการภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น หรือจากงานบ้านที่เพิ่มขึ้น

ภาระของผู้ดูแลทั้ง 3 ด้านนี้ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระที่มากเกินไป อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า ท้อแท้ และเมื่อผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระที่สะสมเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยตามมา

ผลกระทบต่อผู้ดูแลในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

สำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าพบว่า เด็กจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อยลงในด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การติดต่อสัมพันธ์กับสังคม หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างลดลง เป็นต้น ทำให้เด็กพัฒนาการล่าช้าจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งจะทำให้การดูแลเด็กในด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การพูดคุยส่งเสริมพัฒนาการตามวัย และการให้การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น ดังนั้นการดูแลเด็กที่มี

ปัญหาพัฒนาการล่าช้าทำให้เกิดภาวะในการดูแลกับผู้ดูแลเด็ก ซึ่งภาวะการดูแลนี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กหลายประการ (รังสิณี ผลาภิรมย์ และคณะ, 2553) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย จากการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลในชีวิตประจำวัน ต้องให้การช่วยเหลือทำให้ใช้เวลาเกือบทั้งหมดในการดูแลเด็ก การดูแลเด็กที่ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้สุขภาพร่างกายเกิดการทรุดโทรม ดังการศึกษาที่พบว่า การดูแลเด็กออทิสติกเป็นระยะเวลาที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความเครียดและรู้สึกเหนื่อยล้า (รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล และคณะ, 2557)
2. ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า มารดามีความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าเป็นระยะเวลานาน ทำให้มารดาหรือผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ สิ้นหวังในการให้การดูแล เกิดภาวะซึมเศร้า หมดกำลังใจในการให้การดูแล
3. ด้านสัมพันธภาพของครอบครัว พบว่า ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอาจเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยอาจเกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างสามีและภรรยาได้ทำให้เกิดความตึงเครียดมากขึ้น
4. ด้านเศรษฐกิจ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะจัดอยู่ในเด็กที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องใช้การรักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก และอีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าอาหาร ทำให้ครอบครัวต้องแบกรับภาระทางเศรษฐกิจที่หนักและยุ่งยาก โดยพบว่า การให้การดูแลเด็กออทิสติกเป็นการดูแลตลอดช่วงชีวิต ทั้งในด้านการดูแลและด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ การดูแลรับผิดชอบเด็ก ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไปมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กที่เพิ่มมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระที่หนักและยากลำบาก เนื่องจากเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีข้อจำกัดในด้านความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญา ยิ่งถ้าเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้านแล้ว เด็กจะมีความซับซ้อนของปัญหาทางพัฒนาการมากขึ้น ความยุ่งยากและระยะเวลาในการดูแลเด็กจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าบางรายผู้ดูแลอาจต้องให้การดูแลไปตลอดชีวิต ต้องเสียสละเวลาในแต่ละวัน เพื่อให้การช่วยเหลือเด็กในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และต้องมีความพยายามอย่างมากในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็ก เพื่อให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้ ซึ่งพบปัจจัยหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกับภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

จากแนวคิดภาวะของผู้ดูแลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า พบปัจจัยหลายประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลเด็ก โดยแบ่งเป็นปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญ เด็กที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดูแลตนเองเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดี จะทำให้เป็นภาระกับผู้ดูแลลดลง สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลเด็กซึ่งเป็นระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นจำนวนปีเต็ม มีความสัมพันธ์กับการให้การดูแลเด็ก เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลเด็กที่มากหรือน้อยส่งผลต่อภาระในการดูแลเด็กของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่ผู้ดูแลเด็กได้รับการช่วยเหลืออุปถัมภ์ประคองจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ดูแลเด็ก ทำให้ผู้ดูแลเด็กรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข จึงอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระในการดูแลเด็ก ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก หมายถึง กิจกรรมในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ที่เด็กสามารถทำหรือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อที่จะทำให้ตนเองสามารถปรับตัวอยู่กับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ต้องใช้ความรู้และความเข้าใจในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การจัดการ ความเข้าใจในกฎระเบียบ และความเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถของบุคคล เช่น อายุ เพศ วัฒนธรรมทางสังคม ภาวะสุขภาพ และระบบครอบครัว ซึ่งปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้มีส่วนสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (Orem, 1991)

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้นในช่วงวัยเรียน (6-12 ปี) ซึ่งเป็นหนึ่งในขั้นตอนที่สำคัญในชีวิต เด็กอายุ 5 ปี สามารถแต่งตัวเองได้ เด็กอายุ 6 ปี สามารถผูกเชือกรองเท้าเอง เด็ก 7 ปี สามารถช่วยงานบ้าน และเด็กอายุ 13-15 ปี สามารถทำงานประดิษฐ์ที่ซับซ้อนได้ (จรรยา จุฑาทิสิทธิ์ และสุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, 2556) อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของลักษณะความล่าช้า เช่น ในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้านเดียวจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านภาษา และด้านช่วยเหลือตนเองและสังคม (ฉันทิกา จันทรเป็ย, 2555) ซึ่งหากเด็กที่มีปัญหา

พัฒนาการล่าช้าสามารถดูแลตนเองได้มากก็จะเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กลดลง และในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อย ก็จะทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กมากขึ้นดังการศึกษาของ ลวันรัตน์ วิริยะประสาธ (2550) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ภาระการดูแลกับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็กที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ถ้าเด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี จะทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Shyam, Kavita, and Govil (2014) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพิการทางสมอง พบว่า เด็กที่มีปัญหาพิการทางสมองนั้นเด็กจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การพูดคุยสื่อสาร เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเด็กส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดและเกิดความเหนื่อยล้า ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ระยะเวลาในการดูแลเด็ก

ระยะเวลาในการดูแลเด็ก หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลเด็กเริ่มให้การดูแลเด็กหลังจากตรวจพบว่า เด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้าโดยการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยจากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็กที่มาก ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลเด็กมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความชำนาญและความสามารถในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ดังการศึกษาของ รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล และคณะ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในจังหวัดภาคใต้แถบชายฝั่งทะเลด้านตะวันตกของประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวเด็กออทิสติกรับรู้ภาระการดูแลเด็กในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยพบว่า ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลเด็กออทิสติก มาแล้ว 4-6 ปี การดูแลเด็กออทิสติกมีผลกระทบต่อตนเองน้อยถึงปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นออทิสติกจนถึงปัจจุบัน สถานการณ์ของปัญหาค่อย ๆ ดีขึ้นเป็นลำดับ ความตึงเครียดค่อย ๆ ผ่อนคลายลง อาจทั้งจากตัวเด็กที่ได้รับการรักษาฟื้นฟู ทำให้อาการดีขึ้น ความรุนแรงลดลง ทำให้สามารถปรับตัวและจัดการกับปัญหาให้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้เป็นภาระในการดูแลน้อยลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ (2549) ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง พบว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังที่บ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระ หมายความว่า เมื่อระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานมากขึ้น ความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลจะลดลง อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Mai (2015) และ Ostman (2004) พบว่า ระยะเวลา

ในการดูแลเด็กป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้นระยะเวลาในการดูแลเด็กจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือประคับประคองที่มารดาหรือผู้ดูแลได้รับจากบุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ (Schaefer et al., 1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิต ซึ่งหมายถึง การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีการปฏิสัมพันธ์ในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านอารมณ์ การยอมรับและการมองเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่ทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Schaefer et al., 1981)

Schaefer et al. (1981) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคล การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านสังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหา และตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว โดย Schaefer et al. (1981) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอ่อนใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ ช่วยให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือการบริการ (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในรูปของวัตถุ สิ่งของ แรงงาน และการบริการ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูล และข้อเท็จจริง คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข่าวสารเป็นการสนับสนุนและประคับประคองทั้งในด้านอารมณ์และจิตใจให้กับผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เพื่อลดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการที่ต้องให้การดูแลเด็ก ดังการศึกษาที่พบว่าแหล่งสนับสนุนในด้านการให้ข้อมูลและด้านทรัพยากรมากมีผลทำให้ภาระการดูแลเด็กที่มีปัญหาออทิสติกของผู้ปกครองเด็กน้อยลง (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556; ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557; Mai, 2015) และผู้ดูแลเด็กที่เป็น โรคหอบหืดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความรู้สึกเป็นภาระ

การดูแลโดยรวมน้อยลง (กัลยาณี ปรีชาพงศ์มิตร, 2555) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการช้าทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีอายุ 5-18 ปี มารับบริการที่คลินิก พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีอายุ 5-18 ปี ที่พาเด็กมารับบริการ คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบสะดวก (Convenience Sampling) กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลเด็กอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน ใน 4 ด้าน โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต เป็นต้น และโรคอื่น ๆ ที่เป็นความพิการทั้งทางร่างกายและสติปัญญา เป็นต้น ดาวน์ซินโดรม สมองพิการ เป็นต้น

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปร (Effect) ขนาดปานกลาง (Moderate effect size) เท่ากับ .15 ซึ่งได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 76 ราย (Cohen, 1992)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนการคัดเลือก ดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร แล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีอายุ 5-18 ปี เพื่อตรวจสอบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สถาบันราชานุกูล

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบสะดวก (Convenience Sampling) โดยเมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างสมัครใจที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลเด็ก โดยทำการเก็บข้อมูลทุกวันตามเวลาที่สถาบันราชานุกูลนัดให้มาตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดจำนวน 76 ชุด

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้คือ คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร ให้บริการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด โดยให้ผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก และเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และลักษณะครอบครัว

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ อายุ เพศ ลำดับที่เกิด และระยะเวลาที่เด็กมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของ Mai (2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ได้แก่

การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป จำนวน 11 ข้อ และการดูแลการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก จำนวน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมีตั้งแต่ระดับ 1-5 ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่เคยหรือแทบจะไม่เคยปฏิบัติ
คะแนน 2	หมายถึง	ปฏิบัติได้เล็กน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	ปฏิบัติได้บางครั้ง
คะแนน 4	หมายถึง	ปฏิบัติได้หรือบ่อยครั้ง
คะแนน 5	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำหรือสม่ำเสมอ

การแปลผลคะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 19-95 คะแนน โดยคะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึง เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองมาก คะแนนรวมยิ่งต่ำ หมายถึง เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย

จากการศึกษาแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 (Mai, 2015) และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ (CVI) เท่ากับ 1.00

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ นภาพร ตูมน้อย และคณะ (2551) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 15 ข้อ วัดการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ ด้านสิ่งของหรือการบริการ 6 ข้อ และด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ โดยมีข้อความเป็นบวก 13 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และมีข้อความเป็นลบ คือ ข้อ 4, 5 ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองมากที่สุด
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองมากที่สุด
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองเพียงครั้งหนึ่ง
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนน้อย
ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน	ด้านบวก	ด้านลบ
เป็นจริงมากที่สุด	5	1
เป็นจริงส่วนมาก	4	2
เป็นจริงปานกลาง	3	3
เป็นจริงน้อย	2	4
ไม่เป็นจริงเลย	1	5

คะแนนที่เป็นไปได้การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมคะแนนรวมของแบบวัด ทั้งชุดคะแนนสูง แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ถ้าได้คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้รับการสนับสนุนจากสังคมต่ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วและมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ (CVI) เท่ากับ .94 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 (นภาพร ตูมน้อย และคณะ, 2551)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล เด็กสมองพิการของ สิริมา ชุ่มศรี และคณะ (2557) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิด Oberst (1991) ประกอบด้วย ข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเด็ก จำนวน 30 ข้อ ซึ่งแยกเป็น 2 ด้าน ด้านละ 15 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านปริมาณความต้องการการดูแล โดยประเมินจากการใช้เวลา และ 2) ด้านความยากลำบากของการดูแล โดยประเมินจากการความยากลำบากหรือความพยายาม ในการทำกิจกรรมการดูแล การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 มีเกณฑ์ การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 1 ไม่เลย	หมายถึง	กิจกรรมนั้นไม่ต้องใช้เวลาเลยหรือไม่มี ความยุ่งยากเลย
คะแนน 2 น้อย	หมายถึง	กิจกรรมนั้นใช้นเวลาน้อยหรือมีความยุ่งยากน้อย
คะแนน 3 ปานกลาง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นใช้เวลาปานกลางหรือมีความยุ่งยาก ปานกลาง
คะแนน 4 มาก	หมายถึง	กิจกรรมนั้นใช้เวลามากหรือมีความยุ่งยากมาก
คะแนน 5 มากที่สุด	หมายถึง	กิจกรรมนั้นใช้เวลามากที่สุดหรือมีความยุ่งยาก มากที่สุด

คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 30-150 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมยิ่งน้อยหรือก่อนไปทางคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระน้อยในการดูแลเด็กที่มีปัญหา พัฒนาการล่าช้าคะแนนรวมยิ่งมากหรือก่อนไปทางคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกเป็นภาระมากในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

จากการศึกษาที่ผ่านมาแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วและมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ (CVI) เท่ากับ .91 และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .93 (สิริมา ชุ่มศรี และคณะ, 2557)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยประเมินคุณภาพของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ดังนี้

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีการตัดแปลงเนื้อหาของแบบสอบถาม จึงไม่ต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก เนื่องจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในการศึกษาอื่นที่ผ่านมาแล้ว

สำหรับแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมี จำนวน 1 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน และกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 1.00

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 15 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85, .92 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังที่เค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถ ยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อเด็ก และผู้ดูแล ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ ส่วนการสรุปผล การนำเสนอหรือตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะทำ ในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอม เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาลงนาม ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยมีการ ใช้รหัสแทนชื่อจริง การสรุปผล การนำเสนอผลการวิจัยหรือตีพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของ ผลการวิจัยเท่านั้น และภายหลังจากผลการวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อ ผู้อำนวยการสถาบันสถาบันราชานุกูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวม ข้อมูล และเค้าโครงวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบันราชานุกูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกพัฒนาการ และพฤติกรรมเด็กสถาบันราชานุกูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและ ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลเชี่ยวชาญพัฒนาการเด็กที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ในการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำ แผนกในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าที่มีอายุ 5-18 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก โรงพยาบาลสถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร ในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลนำเด็กมาติดตามอาการ เพื่อแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมอธิบายการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกเอกสารชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้พิจารณาลงนามยินยอม สถานที่ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม คือ ห้องประชุมหรือห้องพักซึ่งจัดเป็นสัดส่วน ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่สงบและสะดวกต่อการตอบแบบสอบถาม
3. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้ดูแลเด็กเข้าใจเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กซักถามข้อสงสัยแล้วให้ตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า 2) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบสอบถามภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้งและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
2. วิเคราะห์คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 76 ราย นำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.8) มีอายุ 20-40 ปี (ร้อยละ 61.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/ คู่ (ร้อยละ 84.2) ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดา (ร้อยละ 75.0) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 30.2) รองลงมาคือ ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. (ร้อยละ 27.6) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.8) รองลงมาคือ แม่บ้าน (ร้อยละ 19.7) มีรายได้ของครอบครัว 5,001-10,000 บาท/ เดือน (ร้อยละ 26.3) รองลงมาคือ รายได้ของครอบครัว 10,001-15,000 บาท/ เดือน (ร้อยละ 25.0) เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 52.6) และครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 47.4)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่พบว่า มีอายุ 7-12 ปี (ร้อยละ 61.8) ส่วนใหญ่เป็นเด็กเพศชาย (ร้อยละ 71.1) เป็นบุตรลำดับแรกของครอบครัว (ร้อยละ 60.5) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคคือ โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder [ADHD]) (ร้อยละ 55.3) รองลงมาคือ Autistic (ร้อยละ 25.0) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 69.7) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป ($n = 76$)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลเด็ก		
เพศ		
เพศชาย	10	13.2
เพศหญิง	66	86.8
อายุ (ปี) (Mean = 35.58, SD = 8.89, range = 22-65)		
20-40 ปี	47	61.8
41-60 ปี	28	36.8
> 60 ปี	1	1.3
สถานภาพสมรส		
โสด	2	2.6
สมรส/ คู่	64	84.2
หย่าหรือแยกกันอยู่	10	13.2
ความสัมพันธ์กับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า		
บิดา	6	7.9
มารดา	57	75.0
ญาติ (ยาย, ย่า, ตา, ป้า, พี่สาว)	13	17.1
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	23	30.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	13.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	21	27.6
อนุปริญญา/ ปวส.	4	5.3
ปริญญาตรี	17	22.4
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ			
	แม่บ้าน	15	19.7
	รับจ้าง	31	40.8
	ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	14	18.4
	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ พนักงานของรัฐ	5	6.6
	พนักงานบริษัท	11	14.5
รายได้ของครอบครัว (บาท/ เดือน) (Mean = 19,973.8, SD = 12,569.7, range = 5,001-70,000)			
	≤ 5,000 บาท/ เดือน	1	1.3
	5,001-10,000 บาท/ เดือน	20	26.3
	10,001-15,000 บาท/ เดือน	19	25.0
	15,001-20,000 บาท/ เดือน	11	14.5
	20,001-25,000 บาท/ เดือน	7	9.2
	25,001-30,000 บาท/ เดือน	11	14.5
	> 30,000 บาท/ เดือน	7	9.2
ลักษณะครอบครัว			
	ครอบครัวเดี่ยว	36	47.4
	ครอบครัวขยาย	40	52.6
เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า			
อายุ (ปี) (Mean = 8.63, SD = 3.184, range = 5-18)			
	3-6 ปี	20	26.3
	7-12 ปี	47	61.8
	13-18 ปี	9	11.9
เพศ			
	ชาย	54	71.1
	หญิง	22	28.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ลำดับการเกิด		
1	46	60.5
2	26	34.2
3	4	5.3
การวินิจฉัยโรค		
ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	42	55.2
Autistic	19	25.0
Mental Retard	5	6.6
Delay speech	10	13.2
ระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน (Mean = 5.08, SD = 3.099, range = 1-15)		
1-5 ปี	53	69.7
6-10 ปี	18	23.7
11-15 ปี	5	6.6

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก การสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 79.63 (SD = 16.91) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลกิจวัตรทั่วไปเท่ากับ 48.07 (SD = 9.96) และด้านการดูแลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการเท่ากับ 31.57 (SD = 7.89) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของความสามารถในการดูแลตนเอง
ของเด็ก โดยรวมและแยกรายด้าน ($n = 76$)

ความสามารถในการดูแลตนเอง ของเด็ก	Mean	SD	Actual range	Possible range
โดยรวม	79.63	16.91	24-95	19-95
รายด้าน				
ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ทั่วไป	48.07	9.96	13-55	11-55
ด้านการดูแลเกี่ยวกับการ การเจริญเติบโต และพัฒนาการ	31.57	7.89	8-40	8-40

ระยะเวลาในการดูแลเด็กตั้งแต่ที่เด็กได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน มีคะแนนเฉลี่ย
เท่ากับ 5.08 ($SD = 3.09$, range = 1-15)

การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 56.83 ($SD = 8.22$) เมื่อพิจารณา
เป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนด้านอารมณ์เท่ากับ 16.22 ($SD = 3.38$) ด้านบริการ
และวัตถุเท่ากับ 24.89 ($SD = 4.19$) และด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 15.71 ($SD = 3.89$) ดังแสดงใน
ตารางที่ 3

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

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

ภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 62.51 ($SD = 18.78$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการใช้เวลาเท่ากับ 34.32 ($SD = 8.63$) และด้านความยากลำบากเท่ากับ 28.20 ($SD = 10.99$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยรวม และรายด้าน ($n = 76$)

ภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า	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

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณเพื่อหาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regressions analysis) ดังนี้

1. ทดสอบตัวแปรทำนายแต่ละตัว โดยใช้ Box-plot พบว่า ตัวแปรทำนายแต่ละตัวเป็นข้อมูลมาตราอันตรภาคชั้น (Interval scale) จากการทดสอบพบว่ามีกระจายแบบปกติ
2. ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม โดยดูจาก Scatter plot พบว่า ตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม และไม่เกิด Autocorrelation ค่า Durbin-Watson = 1.957 (Durbin-Watson ค่าปกติ = 1.5-2.5) มีคุณสมบัติเป็น Homoscedasticity ไม่มี Outliers
3. เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ไม่มี Multicollinearity โดยค่าของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ไม่สูงกว่า .65 (Burns & Grove, 2005) ดังแสดงในภาคผนวก จ

จากข้อตกลงเบื้องต้น สามารถใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 39.2 ($\text{Adjust } R^2 = .375, p < .001$) ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดคือ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 23.7 ($\beta = -.441, p < .001$) และปัจจัยตัวที่สองคือการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 15.5 ($\beta = -.396, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ($n = 76$)

ตัวแปร	ΔR^2	b	SE	Beta	t
ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก	.237	-.490	.102	-.441	- 4.799***
การสนับสนุนทางสังคม	.155	-.905	.210	-.396	- 4.314***
Constant = 152.94, $R^2 = .392$, $\text{Adjust } R^2 = .375$, $F_{(1, 74)} = 22.965$ ***					

*** $p < .001$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ที่มารับบริการที่คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบสะดวก (Convenience sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามมีจำนวน 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 4) แบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งแบบสอบถามชุดที่ 2 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85, .92 และ .93 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพิสัย และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 76 ราย จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.8) มีอายุ 20-40 ปี (ร้อยละ 61.8) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 84.2) ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่กับเด็กเป็นมารดา (ร้อยละ 75.0) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 30.2 รองลงมาคือ ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 27.6 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ แม่บ้าน ร้อยละ 19.7 มีรายได้ของครอบครัว 5,001-10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 26.3 รองลงมาคือ รายได้ของครอบครัว 10,001-15,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวชาย (ร้อยละ 52.6) และครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 47.4

สำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่พบว่า มีอายุ 7-12 ปี (ร้อยละ 61.8) และเป็นเด็กเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 71.1 และเป็นบุตรลำดับแรกของครอบครัว ร้อยละ 60.5 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder [ADHD]) (ร้อยละ 55.2)

รองลงมาคือ Autistic ร้อยละ 25.0 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 69.7)

2. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ย ด้านการดูแลกิจวัตรทั่วไปเท่ากับร้อยละ 48.07 ด้านการดูแลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตเท่ากับร้อยละ 31.57 ระยะเวลาในการดูแลเด็กตั้งแต่ที่เด็กได้รับการวินิจฉัยมีคะแนนโดยรวมเฉลี่ย 5.08 ($SD = 3.09$) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 56.83 ($SD = 8.22$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านอารมณ์เท่ากับร้อยละ 48.07 ด้านบริการและวัตถุเท่ากับร้อยละ 24.89 และด้านข้อมูลข่าวสารเท่ากับ ร้อยละ 31.57 ภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 62.51 ($SD = 18.78$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการใช้เวลาเท่ากับร้อยละ 48.07 และด้านความยากลำบากเท่ากับร้อยละ 31.57

3. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมโดยสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 39.2 ($\text{Adjust } R^2 = .375, p < .001$) ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดคือ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก สามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ ร้อยละ 23.7 ($\beta = -.441, p < .001$) และปัจจัยตัวที่สองคือการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 15.5 ($\beta = -.396, p < .001$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กสามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ดีที่สุด ร้อยละ 23.7 ($\beta = -.441, p < .001$) หมายความว่า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีความสามารถในการดูแลตนเองมากจะส่งผลให้ภาวะในการดูแลเด็กของผู้ดูแลลดลง ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการทำกิจกรรมในภาวะปกติของบุคคล เพื่อให้การทำหน้าที่และพัฒนาการเป็นไปตามปกติ และยังเป็นส่งเสริมสุขภาพ เพื่อบรรเทา ป้องกันรักษา หรือควบคุมสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ หรือความผาสุก (Orem, 1991) ซึ่งโดยปกติทั่วไปเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะมีแบบแผนพัฒนาการเบี่ยงเบนไปจากปกติและช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคณะ, 2556) เด็กจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้ต้องอาศัยผู้ดูแลในการดูแลเด็กเพื่อให้มีชีวิตเป็นปกติ เกิดความผาสุกในชีวิต ดังนั้นในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีความสามารถในการดูแลตนเองมาก ดังเช่นลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder [ADHD]) ร้อยละ 55.2 จะเป็นเด็กที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากกว่าเด็กกลุ่มอื่น ๆ

ได้แก่ Autistic และ Mental Retard เด็กจึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น และดูแลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของตนเอง เช่น พยายามทำกิจกรรมตามที่ผู้ดูแลบอก สามารถเล่นกับเพื่อนที่โรงเรียนได้เมื่อมีปัญหาเด็กสามารถพูดคุยกับพี่น้องหรือญาติได้ และไม่มีปัญหายุ่งยากในการเรียน เป็นต้น ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัย ลดกิจกรรมความเสี่ยงต่าง ๆ ของร่างกาย และสามารถปฏิบัติหรือการกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองในการดำรงชีวิต อยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยช่วยลดการใช้เวลาในการดูแล และลดความยากลำบากในการให้การดูแลแก่เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ดังการศึกษาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจะดูแลช่วยเหลือตนเองได้น้อยจึงส่งผลให้มารดาและครอบครัวรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กมากขึ้น (Shyam et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลวัณรัตน์ วิริยะประสาธ (2550) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ภาระการดูแลกับความผาสุกโดยทั่วไป ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูลพบว่า เด็กสมองพิการที่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองอย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้ภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ที่พบว่า เด็กสมองพิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากจะส่งผลให้ภาระของผู้ดูแลลดลง (วานิด ค้วงเดช, 2550) การศึกษาภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และความเป็นอยู่ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการพบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กที่มากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กเป็นรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง (Raima, 2005) และการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลเด็กออทิสติกในเวียดนาม ที่พบว่า เด็กออทิสติกที่สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้นจะส่งผลให้เกิดภาระของผู้ดูแลน้อยลง (Mai, 2015)

2. การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ร้อยละ 15.5 ($\beta = -.396, p < .001$) หมายความว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้ภาระของผู้ดูแลเด็กลดลง ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือประคับประคองที่ผู้ดูแลได้รับจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือการบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร โดยด้านอารมณ์เป็นความผูกพัน ความอ่อนใจและความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ด้านสิ่งของหรือการบริการเป็นการให้ความช่วยเหลือในรูปของวัตถุ สิ่งของ แรงงาน และการบริการ และด้านข้อมูลข่าวสารคือการให้ข้อมูลและข้อเท็จจริง คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว (Schaefer et al., 1981) ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล

ที่มีการปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว เช่น การตอบสนองทางด้านอารมณ์ การยอมรับและการมองเห็นคุณค่าในตนเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนที่ทำให้เกิดกำลังใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง และทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Schaefer et al., 1981) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กรับรู้ถึงภาระในการดูแลเด็กลดลง ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กลดลง (กัลยาณี ปรึกษาพงศ์มิตร, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กกลุ่มออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะส่งผลให้เกิดเป็นภาระและอุปสรรคในการดูแลเด็กออทิสติกเพิ่มขึ้น (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556) การศึกษาที่พบว่า แหล่งสนับสนุนในด้าน การให้ข้อมูลและด้านทรัพยากรมีผลทำให้ภาระการดูแลเด็กที่มีปัญหาออทิสติกของผู้ปกครองเด็กน้อยลง (ปวีดา โพธิ์ทอง และคณะ, 2557) และการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น (Mai, 2015)

3. ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ($p > 0.5$) หมายความว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กไม่ได้เป็นปัจจัยโดยตรงที่ทำให้เกิดภาระของผู้ดูแลเด็ก แต่อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลร่วมกันทำให้เกิดภาระการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาในการดูแลเด็ก ประเมินโดยใช้เวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กภายหลังที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าโดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงกับระยะเวลาในการดูแลเด็กจริง จึงอาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของครอบครัวไทยในจังหวัดภาคใต้ ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็กออทิสติกไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแล (รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล และคณะ, 2557) และการศึกษาภาระในการดูแลเด็กออทิสติกในเวียดนาม พบว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลเด็กออทิสติก (Mai, 2015) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาระในการดูแลบุตร โดยเมื่อบุตรป่วยด้วยออทิสติกแล้วทำให้มารดาต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรที่เพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดเป็นภาระในการดูแลบุตรตามมา (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556) และการศึกษาที่พบว่า เด็กออทิสติกและโรคพิการทางสมอง จะไม่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จึงต้องอาศัยผู้ดูแลหรือมารดาในการช่วยเหลือดูแล ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กเป็นระยะเวลา

ที่ยาวนาน มารดาหรือผู้ดูแลจึงรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กมากขึ้น (Pushpalatha & Shivakumara, 2015)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้โดยแนะนำผู้ดูแลเด็ก ในการส่งเสริมความสามารถของเด็กในการดูแลตนเองในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการตาม การเจริญเติบโตและพัฒนาการให้มากขึ้น และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็ก ทั้งในด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือการบริการ และด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อลดภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการทดลองโดยพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยลดภาระการดูแล ของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยเน้นความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเด็ก เพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าต่อไป
2. ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ประเมินโดยใช้เวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กภายหลังที่แพทย์ ให้การวินิจฉัยว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าโดยนับเป็นจำนวนปีเต็ม ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงกับ ระยะเวลาในการดูแลเด็กจริง จึงอาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัยได้ ในการศึกษา ครั้งต่อไปควรประเมินจากระยะเวลาที่มารดาหรือผู้ดูแลเด็กให้การดูแลเด็กตามจริง โดยนับเป็น จำนวนชั่วโมง/ วัน

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2557). รายงานสถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก <https://www.ryt9.com/s/prg/1976334>.
- กรมอนามัย. (2560). รายงานสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (National Institute of Child Health). เข้าถึงได้จาก http://nich.anamai.moph.go.th/download/2561/Report201g7/Report2560_Nich_2.pdf
- กัลยาณี ปรีชาพงศ์มิตร. (2555). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39(4), 1-6.
- กาญจนา ช่มอาวูธ. (2560). ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลในครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา คุณรังสีสมบูรณ์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กพัฒนาการช้า. วารสารสวนปรุง, 28(1), 5-16.
- ขนิษฐา หะยิมะแซ. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จรรยา จุฑาทิสสิทธิ์ และสุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์. (2556). พัฒนาการปกติ. ใน ทิพวรรณ หารรรษคุณาชัย, รวีวรรณ รุ่งไพรวัดย์, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และวิรศักดิ์ ชลไชยะ (บรรณาธิการ), ตำราพัฒนาการเด็กและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 3 การดูแลเด็กสุขภาพดี (หน้า 39-51). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอไพรซ์.
- จินตนา วัชรสินธุ์, มณีรัตน์ ภาครูป และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2549). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง: กรณีศึกษาชาลส์ซีเมีย. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จินตนา หาญประสิทธิ์คำ. (2543). ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จิระพร ชะโน. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและพฤติกรรมการปรับตัวของบุตร*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉันทิกา จันท์เปีย. (2555). พัฒนาการ (Development). ใน ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, พงศ์กมลกุลชัย, วิไล เลิศธรรมทวี และอัจฉรา กรองเวทย์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2* (หน้า 39-67). กรุงเทพฯ: สหมิตร พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณรงค์ เอื้อวิชาแพทย์. (2551). *โรกระบบประสาทที่พบบ่อยในเด็ก*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ติรญา เลิศหัตถศิลป์. (2555). *ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กออทิสติก ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ.
- นงรัตน์ พุทธา, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และชนิษฐา นาคะ. (2554). ผลโปรแกรมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 11-19.
- นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และพัฏฐ์ ใจน้อมหามงคล. (2554). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, ชนิษฐา เวชวิรุฬห์, วันทนีย์ ผลสมบูรณ์, จันท์เพ็ญ รัชสินพงษ์, อนุญา อนุพรวัฒนากิจ, ชีรพล เชื้อสุข และสุภาภรณ์ ระยันธ์. (2556). *เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ*. เข้าถึงได้จาก <https://th.rajanukul.go.th/preview-4007.html>
- นภาพร ตุ่มน้อย, นุจรี ไชยมงคล และมณีนรัตน์ ภาครูป. (2551). อิทธิพลของการสนับสนุนจากสังคม การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีต่อภาระของครอบครัวในการดูแลเด็กพิเศษ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(4), 39-49.
- นิตยา คชภักดี. (2554). พัฒนาการเด็ก. ใน นิชรา เรื่องดารกานนท์, ชาคริยา ชีรเนตร, รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย และทิพวัลย์ หารรัชคุณาชัย (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชศาสตร์ ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 3* (หน้า 360-393). กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

- ปรียา ปราณิตพลกรัง. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์ และเสาวลักษณ์แสนฉลาด. (2557).
 การศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ความรู้และความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติก
 ที่ได้รับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 5 จังหวัดสุพรรณบุรี.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 25(2), 26-40.
- พฤตศักดิ์ จันทราทิพย์. (2553). *ปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัญญา อิศรพงษ์. (2551). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อภาวะการดูแล
 ของผู้ปกครองเด็กออทิสติกในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล. (2558). การเจริญเติบโตและพัฒนาการ. ใน ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนันท์,
 ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมทวี และอัจฉรา กรองเวทย์ (บรรณาธิการ),
ตำราการพยาบาลเด็กเล่ม 1 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 41-52). กรุงเทพฯ:
 สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- รพีพรรณ อินทวงศ์. (2550). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ปกครองเด็ก
 ออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. (2539). *ภาวะในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตร
 ปัญญาอ่อน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รังสิณี ผลาภิรมย์, ทศนีย์ ประสบกิตติคุณ และกรรมกร วิจิตรสุนันท์. (2553). *ผลของโปรแกรม
 การสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการ
 ล่าช้า*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 28(4), 68-75.

- รัชตะวรรณ โอพาพิริยกุล, วรรณวิมล เบญจกุล และศรีจิตร์ ขวัญแก้ว. (2557). ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในจังหวัดภาคใต้แถบชายฝั่งทะเลด้านตะวันตกของประเทศไทย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 34(3), 39-55.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วีเจพรีนติ้ง.
- โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. (2561). *ข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกเก่า*. เข้าถึงได้จาก <http://ycap.go.th/th/index.php/about-us/stat-th/2018-09-13-03-18-53>
- ลวันรัตน์ วิริยะประสาท. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ภาวะการดูแลกับความผาสุกโดยทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอนสถาบันราชานุกูล. *วารสารราชานุกูล*, 22(2), 95-116.
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บุญศิริการพิมพ์.
- วานิด ค้วงเดช. (2550). *ปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา นามเหลา. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันราชานุกูล. (2559). *ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลสถิติการรับบริการผู้ป่วยนอก สถาบันราชานุกูล*. เข้าถึงได้จาก <https://th.rajanukul.go.th/> ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศสถาบันราชานุกูล/ข้อมูลสถิติการให้บริการ/ สถิติผู้มารับบริการสถาบันราชานุกูล 2559.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2554*. เข้าถึงได้จาก <http://www.royin.go.th/dictionary/>.
- สิริมา ชุ่มศรี, นุจรี ไชยมงคล และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กต่อความสามารถและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(4), 35-46.
- สุไปรมา ลีลามณี. (2543). *ศึกษาการเผชิญปัญหาภาวะวิกฤตและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุภาวดี ชุ่มจิตต์ .(2555). *ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล*. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลยูวประสาทไวยไทยปทุมภัฏ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เสาวนีย์ คงนรินทร์ศักดิ์. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อดิสรุสดา เพ็องพุ่ม และชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน. (2545). *ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย Delayed development*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- อภิชา แซ่มซ้อย. (2550). *ประสิทธิผลโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรทัย ทองเพ็ชร. (2545). *ภาระการดูแลเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉรีย์ อินทุโสมา. (2555). พัฒนาการล่าช้า. ใน สมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล, กมลวิษ เล่าประสพวัฒนา, มณีรัตน์ ภูวนันท์ และนครินทร์ ตนคลัง (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 573-682). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- Atharia, P., Ghaedia, L., & Kosnin, A. M. (2013). Mothers' depression and stress, severity of autism among children and family income. *International Journal of Psychological Research*, 6(2), 98-106.
- Azar, M., & Badr, L. K. (2010). Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: Comparison between Lebanese mothers and fathers. *Journal of Pediatric Nurse*, 25(1), 46-56.
- Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., & Voigt, R. G. (2006). Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 160(11), 1167-1175.
- Beurkens, N. M., Hobson, J. A., & Hobson, R. P. (2013). Autism severity and qualities of parent-child relations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 168-78.
- Boyse, K. (2010). *Developmental delay*. Retrieved from <http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/devdel.htm>

- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. St. Louis: Elsevier Saunder.
- Carey, P. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., & Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiver burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1341-1348.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletins*, 112, 155-159.
- Consuelo, A., Isabel, F., Neves de Souza, C., Graciela, V. R., & Benguigui, Y. (2012). *Monitoring child development (0-6 Years) in the IMCI*. Washington, D.C.: PAHO.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Anglewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Jerret, M. D. (1994). Parents' experience of coming to know the care of a chronically ill child. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1050-1056.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Lalana, P. (2007). Effectiveness of coping skill training program on depression in early adolescent. *Nursing Science*. 29(12), 39-47.
- Mai, T. L. A. (2015). *Factors related to burden among caregiver of children with autism in Vietnam*. Master's thesis, Nursing Science, Faculty of Nursing, Burapha University.
- Maurin, J. T., & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99-107.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- Nguyen, H. G., & Tran, T. H. (2008). Trend and epidemiological characteristics of children with autism in national hospital of pediatrics from 2000 to 2007. *Research of Practical Medicine*, 4(2), 104-107.
- Oberst, M. T. (1991). *Appraisal of caregiving scale*. Madison: University of Wisconsin.
- Oberst, M. T., Hughes, S. H., Chagn, A. S., & McCubbin, M. A. (1991). Self-care burden, stress appraisal and mood among person receiving radiotherapy. *Cancer Nursing*, 14(2), 71-78.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.

- Ostman, M. (2004). Family burden and participation in care: Differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*(5), 608-613.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- 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.
- Raina, P. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics, 115*, 626-636.
- Ross, C. N., Blanc, H., & McNeil, C. B. (1996). Parenting stress in mothers of younger and older children with behavior problems: Implications for early intervention. *West Virginia Journal of Psychological Research and Practice, 5*, 33-39.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 381-405.
- Scheffer, N. P., Didden, R., Korzilius, H., & Matson, J. (2012). Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in The Netherlands. *Research of Developmental Disability, 33*(6), 1763-1772.
- Shiouh-Chu, S., Hengh-Sin, T., & Shu-Yuan, L. (2013). Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *Journal Nursing Scholarship, 44*(3), 223-31.
- 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 Disorder, 35*(1), 15-23.
- Sloper, P. (1990). Models of service support for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know?. *Child Care, Health & Development Journal, 25*(2), 85-99.

Wong, D. L., & Whaley, L. F. (1995). *Whaley & Wong's nursing care of infants and children* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

World Health Organization [WHO]. (2000). *Population ageing*. Retrieved from <http://www.who.int/features/qa/72/en/>.

World Health Organization [WHO]. (2012). *Developmental difficulties in early childhood: Prevention, early identification, Assessment and Intervention in Low and middle income countries a review*. Istanbul: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์
อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. อาจารย์ ดร.จิราวรรณ กล่อมเมฆ
รองคณบดี วิทยาเขตกรุงเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก
3. นางสาวกรกฎ เจริญสุข
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
ผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



ที่ ๐๑๔/๒๕๖๒

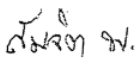
เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณา
โครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า”
หัวหน้าโครงการ นางสาวพิมพ์ชนก จันทราทิพย์
ที่ปรึกษาโครงการ -
สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แล้วเห็นว่าโครงการดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้ดำเนินโครงการ
เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่
กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกเอกสารรับรอง
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ จนถึงวันที่ ๒๘ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒

ออกให้ ณ วันที่ ๒ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสมจิต พงษ์ชะริตานนท์)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๙๕๙



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงทาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอมือเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวพิมพ์ชนก จันทราทิพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยมีคุณสมบัติคือ ๑) มีอายุ ๑๘ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ๒) เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลเด็กอย่างน้อย ๑ ปีขึ้นไป และ ๓) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สถาบันราชานุกูล จำนวน ๗๖ ราย ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม – ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ (๐๓๘) ๑๐๒๘๓๖, ๑๐๒๘๗๕

โทรสาร (๐๓๘) ๓๙๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๙๑-๘๕๕๙-๒๓๖๙



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร.๒๘๓๖
ที่ ศธ ๖๒๐๖/๒๕๖๔ วันที่ ๒๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย
และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ด้วย นางสาวพิมพ์ชนก จันทราทิพย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายภาวะ
ของผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาการล่าช้า” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ เป็นประธานกรรมการ
ควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูล
จากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ที่มีอายุ ๕-๑๘ ปี ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกพัฒนาการ
และพฤติกรรมเด็ก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๐-๓๑ มกราคม พ.ศ.
๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

Factors Influencing Burden of Child Caregivers of Children with Delayed Development

2. ชื่อนิติ นางสาวพิมพ์ชนก จันทราทิพย์

รหัสประจำตัวนิติ 58910026

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

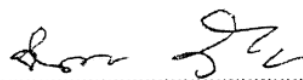
สาขาวิชา การพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 11 - 2561

ให้เพิ่มเติม คือ เปลี่ยนสถานที่เก็บข้อมูล จากเดิม โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ เป็น สถาบันราชานุกูล จังหวัดกรุงเทพมหานคร

4. วันที่ให้การรับรอง: 7 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



กรมสุขภาพจิต
สถาบันราชานุกูล

COA No. 04/2562

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 4737 ถนนดินแดง แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาการล่าช้า

รหัสโครงการ : RI 005/2562

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพิมพ์ชนก จันทราทิพย์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์
หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารที่รับรอง :

- | | |
|---|---|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 18 เมษายน 2562 |
| 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2562 |
| 3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 18 เมษายน 2562 |
| 4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 18 เมษายน 2562 |
| 5. ประวัติผู้วิจัย | ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 18 เมษายน 2562 |

ลงนาม

(นางสาวศุภรัตน์ เอกอัครวิน)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(นางมธุรดา สุวรรณโพธิ์)

ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

วันที่รับรอง : 24 เมษายน 2562

วันที่หมดอายุ : 23 เมษายน 2563

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขซึ่งระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวพิมพ์ชนก จันทราทิพย์)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวพิมพ์ชนก จันทราทิพย์)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม (เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ ผู้แทน โดยชอบธรรม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวพิมพ์ชนก จันทราทิพย์)

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการให้ผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามและนำข้อมูลมาประมวลและวิเคราะห์ผลของภาวะของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
2. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
4. แบบสอบถามภาวะการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามทั้งสองส่วน โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความนั้น หรือเติมในช่องว่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
 () โสด () คู่/ สมรส
 () หม้าย () หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ความสัมพันธ์ของท่านกับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า
 () บิดา () มารดา () ญาติ (ระบุ)
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 () ไม่ได้เรียนหนังสือ () ชั้นประถมศึกษาปีที่.....
 () ชั้นมัธยมศึกษาปีที่..... () ปริญญาตรี
 () สูงกว่าปริญญาตรี () อื่น ๆ (ระบุ)
6. อาชีพ
 () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () รับจ้าง
 () ค้าขาย () รับราชการ
 () อื่น ๆ (ระบุ).....
7. โรคประจำตัว
 () มี (ระบุ)..... () ไม่มี
8. รายได้ของครอบครัว บาท/ เดือน
9. ลักษณะของครอบครัว
 () ครอบครัวเดี่ยว () ครอบครัวขยาย มีสมาชิก.....คน
10. ผู้ช่วยเหลือในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า
 () ไม่มี () มี โปรดระบุ.....
 ความช่วยเหลือที่ให้คือ.....

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. ลำดับการเกิดบุตรคนที่
3. เพศ () ชาย () หญิง
4. การวินิจฉัยโรค
5. เด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่เดือน.....ปี พ.ศ.....

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้ แสดงความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันทั่วไป จำนวน 11 ข้อ และการดูแลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก จำนวน 8 ข้อ

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กหรือเลือกคำตอบให้ใกล้เคียงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านต้องการตามระดับของกิจกรรมที่กำหนดด้านล่าง โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยหรือแทบจะไม่เคยปฏิบัติ

คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติได้เล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติได้บางครั้ง

คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติได้หรือบ่อยครั้ง

คะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำหรือสม่ำเสมอ

กิจกรรม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำบ่อยครั้ง	ปฏิบัติได้บางครั้ง	ปฏิบัติได้เอง	ไม่เคยปฏิบัติ
	5	4	3	2	1
การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป					
1. รับประทานอาหารด้วยตนเองได้เองทุกวัน					
2. ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน รับประทานอาหาร และเข้านอน					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8. ดูโทรทัศน์ เล่นอินเทอร์เน็ต ฟังเพลง หรือ อ่านหนังสือที่ตนเองสนใจได้					
9.					
10. รู้จักหลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน					
11.					
การดูแลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการ					
12. สามารถบอกน้ำหนักและส่วนสูงของตนเองได้					
13.					

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงครอบครัวของท่านได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิดขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาอย่างรอบคอบว่าข้อความนั้น ๆ ตรงกับสภาพความรู้สึกที่แท้จริงของท่านหรือตรงตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 5 | หมายถึง | ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความ
ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับ
ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นอย่างมาก |
| 3 | หมายถึง | ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับ
ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนเองเพียงครั้งหนึ่ง |
| 2 | หมายถึง | ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับ
ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตนน้อย |
| 1 | หมายถึง | ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่ตรงกับ
ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเลย |

ข้อความ	เป็นมากที่สุด	เป็นกลางมาก	เป็นกลาง	เป็นน้อย	ไม่เป็นเลย
	5	4	3	2	1
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์					
1. เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ หรือหมดหวังในการดูแลเด็ก ได้มีบุคคลอื่น องค์กรของรัฐและเอกชนให้กำลังใจ ท่าน					
2.					
3.					
4.					
5.					
การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือการบริการ					
6. ท่านได้รับความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกใน การรับบริการตรวจรักษาเด็กจากสถานบริการทาง สุขภาพ เช่น โรงพยาบาล					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					

แบบสอบถามภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้ แสดงถึงกิจกรรมที่ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ในคำถามแต่ละข้อ ท่านต้องตอบ 2 ส่วน คือ กิจกรรมเหล่านั้นทำให้ท่านรู้สึกว่าต้องใช้เวลามากหรือน้อยเพียงใด ต้องเวลามากหรือน้อยเพียงใด และความยุ่งยากในการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด ซึ่งคำตอบในแต่ละข้อไม่มีความหมายในเชิงถูกหรือผิด

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงหรือใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านต้องการตามระดับของการใช้เวลา และความยากลำบากตามที่กำหนดด้านล่างและได้โปรดตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

การใช้เวลา หมายถึง ปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมที่จำเป็นให้กับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตามความรู้สึกจากประสบการณ์จริงของท่าน

- 1 หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลาน้อยมากหรือแทบไม่ใช้เวลาเลย
- 2 หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลาน้อย
- 3 หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลาปานกลาง
- 4 หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลามาก
- 5 หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลามากที่สุด

ความยากลำบาก หมายถึง ความยุ่งยากในการทำกิจกรรมให้กับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตามความรู้สึกจากประสบการณ์จริงของท่าน

- 1 หมายถึง กิจกรรมนั้นความยุ่งยากน้อยมากหรือมีความยุ่งยากเลย
- 2 หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความยุ่งยากน้อย
- 3 หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความยุ่งยากปานกลาง
- 4 หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความยุ่งยากมาก
- 5 หมายถึง กิจกรรมนั้นมีความยุ่งยากมากที่สุด

กิจกรรมดังต่อไปนี้ ทำให้ท่านรู้สึกว่าต้องใช้เวลาในการปฏิบัติมากหรือน้อยเพียงใด และมีความรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติมากหรือน้อยเพียงใด

ภาคผนวก จ

ผลการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

ตัวแปร	ภาวะของ ผู้ดูแลเด็ก	ความสามารถ ในการดูแล ตนเองของเด็ก	การสนับสนุน ทางสังคม	ระยะเวลาใน การดูแลเด็ก
ภาวะของผู้ดูแลเด็ก	1.00	-.487***	-.447***	.067 ^{ns}
ความสามารถในการดูแล ตนเองของเด็ก		1.00	.115	-.223
การสนับสนุนทางสังคม			1.00	.009
ระยะเวลาในการดูแลเด็ก				1.00

*** $p < .001$, ns = non-significant