

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็ก
ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน*

THE EFFECTS OF A HOLISTIC HEALTH CARE PROGRAM ON
THE CARING BEHAVIORS OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH
LEARNING DISABILITY

สมลักษณ์ กอกุลจันทร์, พย.บ. (Somluk Kokulchan, BNS.)**

มรรยาท รุจิวิชญ์, Ph.D. (Manyat Ruchiwit, Ph.D.)***

พนิดา ศิริอำพันกุล, ปร.ค. (Panida Sirimpunkul, Ph.D.)****

Abstract

Objectives: The present study is a quasi-experimental research. The study was aimed at investigating the effects of a holistic healthcare program on the caring behaviors of caregivers of children.

Methods: The sample composed of the caregivers of children with learning disability in Angthong Province. They were randomly placed in a control group and an experimental group with thirty subjects in each group. The experimental group participated in the holistic healthcare program and the control group received routine nursing care. The research instruments employed in this study were 1) holistic healthcare behavior of caregivers of children with learning disabilities questionnaire with content validity

index of .82 and the reliability using Cronbach's alpha coefficient of .94. and 2) a holistic health program developed by the researcher based on Landrum's concept composing of 4 domains which are physical, mental, social, and spiritual domains. Data were analyzed by using the t-test.

Results: 1) The mean score of the caregiving behavior of the experimental group after participating in the holistic healthcare program was higher than that before participating in the program with a statistical significance at .001. 2) The mean difference between pre-and post-test mean scores of the caregivers of the experimental group was greater than that of the control group with the statistical significance at .001.

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** พยาบาลวิชาชีพ

*** Corresponding author, ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: mruchiwit99@gmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Conclusion: Nurses that work in hospitals or community health districts can use this program to modify child care behaviors of caregiver of children with learning disabilities in the community.

Keywords: Learning disability, Caregiver, Holistic healthcare, PDCA

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในพื้นที่อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพองค์รวมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .82 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นด้วยพื้นฐานแนวคิดของเลนดรัมประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนใน

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป: พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในชุมชน

คำสำคัญ: ภาวะบกพร่องด้านการเรียน ผู้ดูแลการดูแลสุขภาพองค์รวม วงจรพัฒนาคุณภาพ

ความสำคัญของปัญหา

เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน (learning disability) หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติของสมองส่วนที่ทำหน้าที่การถอดรหัสภาษาและสัญลักษณ์ ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ตามชั้นเรียนจริง เป็นความบกพร่องทางด้านทักษะของการอ่านหนังสือ การคำนวณ การเขียนหนังสือ ซึ่งอาจเป็นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านผสมกัน เด็กส่วนใหญ่จะแสดงความบกพร่องให้เห็นตั้งแต่ชั้นประถม (นันทวิชสิทธิ์รักษ์ และคณะ, 2558) จากรายงานการศึกษาในประเทศต่าง ๆ พบว่า จำนวนเด็กกลุ่มนี้มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทั่วทุกมุมโลก และมีจำนวนมากกว่าเด็กพิเศษกลุ่มอื่น (Kauffman & Hallahan, 2005) ผลการสำรวจของ National Center for Education

Statistics (2015) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในปี 2009 - 2010, ปี 2010 - 2011 และ ปี 2011 - 2012 มีนักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนอยู่ในระบบการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 37.50, 36.68 และ 35.97 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนพบอยู่ในโรงเรียนถึงร้อยละ 4 - 6 (อนัญญา สิ้นรัชตานันท์, 2556) รายงานข้อมูลสถิติทางการศึกษา จากสำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (2556) พบว่า เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนอยู่ในระบบการศึกษา จำนวน 84,032 คน ศึกษาในระดับชั้นก่อนประถมศึกษา 1,574 คน ระดับชั้นประถมศึกษา 68,925 คน ระดับชั้นมัธยมศึกษา 13,533 คน โดยเด็กจะมีปัญหาทางการเรียนที่มีสาเหตุที่แตกต่างกัน เช่น อ่านหนังสือไม่คล่อง เขียนหนังสือผิด ๆ ถูก ๆ เขียนกลับด้าน หรือมีปัญหาด้านการคำนวณ เป็นต้น (สถาบันราชานุกูล, 2556) ซึ่งถ้าพ่อ แม่ และผู้ปกครองเด็กไม่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนจะเข้มงวดเรื่องการเรียนมากเกินไป อาจทำให้เด็กมีความเครียด เบื่อหน่าย รู้สึกเป็นปมด้อยแยกตัว ไม่อยากไปโรงเรียนและมีปัญหาด้านพฤติกรรม (วนิดาชนินทพุทวงศ์, ประเสริฐ จุฑา, จันทน์ มุ่งเขตกลาง, และอัจฉริมา ศิริพิบูลย์ผล, 2554) ส่วนพ่อ แม่ และผู้ปกครองเด็กเองอาจเกิดความกดดัน เครียด ผิดหวัง เสียใจ เหงื่อและหมดกำลังใจที่จะดูแลเด็ก (สถาบันราชานุกูล, 2556)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีรายงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับผลการให้การช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนมาอย่างต่อเนื่อง แต่การศึกษาผล

ของการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนยังมีน้อยมาก (Al-Yagon, 2010) ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจะมีความเครียด ความวิตกกังวล ความท้อแท้และเหนื่อย ต่อการเลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน และผู้ดูแลเด็กมีความต้องการความรู้ในการดูแลเด็ก คำปรึกษาเพื่อการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลเด็กและภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย (Murphy, Christian, Caplin, & Young, 2007; Sandy, Kgoale, & mavundla, 2013; Simon & Easvaradoss, 2015; Smith & Kemp, 2016) สำหรับประเทศไทย ได้มีการให้การช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนโดยหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขแต่ยังกระทำกันในวงแคบๆ เนื่องจากมีข้อจำกัด เรื่องจำนวนบุคลากร ทุนทรัพย์และการยอมรับจากสังคม (สถาบันราชานุกูล, 2556) แต่พ่อ แม่ และผู้ปกครองบางคนมีความรู้และ/หรือขาดความรู้ในการดูแลเด็กรวมทั้งความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีต่อเด็ก (Sandy et al., 2013) ดังนั้นพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ที่ต้องดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนควรได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะบกพร่องด้านการเรียนของเด็ก และดูแลเด็กอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้เกิดความสมดุลทางสุขภาพ ซึ่งหากร่างกายเสียสมดุลจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ (มรรยาท รุจิวิษณุ, 2556) ในแอฟริกาใต้ พ่อ แม่ และผู้ปกครองเป็นบุคคลหลักในการดูแลและส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ให้ความสามารถดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม (Sandy et al., 2013)

ข้อมูลจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาจังหวัดอ่างทอง พบว่าในปีการศึกษา 2556 และ 2557 จังหวัดอ่างทองมีเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนที่เรียนร่วมกับเด็กปกติ ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 395 คน และ 365 คนตามลำดับ แต่ยังไม่พบการศึกษาวิจัย ที่เกี่ยวกับการให้การช่วยเหลือในผู้ดูแลเด็ก ซึ่งครอบครัวที่มีเด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียน นั้น หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ (มาณิกาเพชรรัตน์, 2554) ซึ่งการศึกษาของกาญจนา คุณรังสีสมบุรณ์ (2554) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็ก พัฒนาการช้า จะมีความตึงเครียด เพราะต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กไม่มีเวลาให้กับครอบครัว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวชและทำงานในชุมชนได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลและเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจึงมีความสนใจในการช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในชุมชนโดยใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบของครอบครัวเพื่อให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้รับการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบของครอบครัว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ก่อนและหลังของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบของครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในกลุ่มทดลอง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบของครอบครัวสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบของครอบครัว

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบของครอบครัวในกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน อายุระหว่าง 25 - 60 ปี ประกอบด้วยเพศหญิงและเพศชาย โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 365 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนอายุ 25 - 60 ปีที่อาศัยในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% หรือระดับนัยสำคัญที่ .05 (Polit & Hungler, 1999) ใช้ค่าอำนาจอิทธิพลเท่ากับ .67 (สุชนาดา ขุนเสถียร, วรรณ อาราม, ปราณ ทองใส, และถาวร ทรัพย์ทวีสิน, 2555) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.5 ได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการทดแทนการสูญเสียประมาณร้อยละ 10 รวมเป็น 62 คน ทั้งนี้ในการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน จำนวน 6 ข้อ

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของแลนดรัม (Landrum, Beck, Rawlins, & Williams, 1993) ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้ง 4 มิติได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ แบ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถามที่เป็นคะแนนทางบวกมีจำนวน 16 ข้อ ทางลบมี 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหามิติตัวแปรและนิยามเชิงปฏิบัติการโดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นจิตแพทย์เด็ก อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวม 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .82 โดยผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแล ลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .94

ชุดที่ 2 ชุดโปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ชุดโปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของแลนดรัม (Landrum et al., 1993) การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบและหลักการ

วิเคราะห์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูล PubMed, www.thailis.or.th, www.dmh.go.th, www.library.cmu.ac.th, สถาบันราชานุกูล และฐานข้อมูลงานวิจัยของมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ จากนั้นสรุปผลและนำมาออกแบบโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จำนวน 6 กิจกรรมๆ ครั้งละ 90 นาที กำหนดเวลาทำกิจกรรมสัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้เด็กแอลดี เพื่อปรับทัศนคติของผู้ดูแลที่มีต่อเด็ก

กิจกรรมที่ 2 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางกาย” เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้การดูแลสุขภาพเด็กด้านร่างกายประกอบด้วย อาหารการออกกำลังกาย และการพักผ่อน

กิจกรรมที่ 3 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางใจ” เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจภาวะอารมณ์ของเด็กและเรียนรู้การจัดการอารมณ์โกรธของเด็ก

กิจกรรมที่ 4 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติด้านสังคม” เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การฝึกทักษะการเข้าสังคมและค้นหาจุดเด่น จุดด้อยของเด็กและการเพิ่มศักยภาพ

กิจกรรมที่ 5 การดูแลสุขภาพในมิติด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการสร้างการมีคุณค่าในตนเองให้กับเด็ก

กิจกรรมที่ 6 องค์กรร่วม ร่วมสร้างเพื่อลูกรัก เพื่อสรุปกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในเด็ก และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยแบบบันทึกรักษาสภาพ โดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (PDCA: plan-do-check-act) เป็นเครื่องมือ

ในการควบคุม กำกับและปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมให้ครอบคลุมแบบองค์รวม

การดำเนินงานวิจัย

1. เมื่อได้รับอนุมัติโครงการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA 005/2558 แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเพื่อประสานความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมตามเกณฑ์ได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน นัดมาทำแบบสอบถามการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวม หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม กิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ กิจกรรมครั้ง 2 - 6 ห่างกัน 2 สัปดาห์ รวม 10 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม นัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยตระหนักถึงสิทธิและเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ การชี้แจงข้อมูลให้อาสาสมัคร

ได้ทำความเข้าใจการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ความเสี่ยง ผลเสียและปัญหาที่อาจจะเกิดกับกลุ่มตัวอย่าง เน้นถึงการรักษาความลับ โดยในการเก็บรวบรวม ข้อมูลไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์จะแสดงเป็นภาพรวมและใช้ประโยชน์ ในทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependence t-test) และสถิติทดสอบค่าที ชนิดเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 76.7 และ 23.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 และ 50.0 ตามลำดับ สถานภาพ สมรสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 และ 63.3 ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับเด็กในกลุ่มทดลอง

ร้อยละ 66.6 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 26.7 เป็น มารดาระยะเวลาการเลี้ยงดูเด็กทั้งกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเลี้ยงดูเด็ก ระหว่าง 5 ปี -10 ปี ร้อยละ 73.3 และ 66.7 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามเพศ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส และความสัมพันธ์ กับเด็กโดยใช้สถิติฟิชเชอร์ แอ็กแซค (Fisher's test) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้านอายุ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 43.13 ปี และ 41.97 ปี ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามอายุ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของประชากรสองกลุ่มที่เป็น อิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าอายุทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่อง ด้านการเรียนรู้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการทดลองได้ผลการวิจัย ดังตาราง ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง (n = 30) ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรม	Mean	SD	df	t
กลุ่มทดลอง (n = 30)				
ก่อนทดลอง	49.57	5.25	29	16.51***
หลังทดลอง	69.07	5.60		
กลุ่มควบคุม (n = 30)				
ก่อนทดลอง	51.60	2.73	29	.752ns
หลังทดลอง	52.34	3.75		

*** p < .001, ns = non significance

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Mean = 69.07, SD = 5.60) สูงกว่า ก่อนการทดลอง (Mean = 49.57, SD

= 5.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 16.51) ขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนหลังการทดลอง (Mean = 52.34, SD = 3.75) สูงกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย (Mean = 51.60, SD = 2.73) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.75, p > .05)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			df	t
	Mean	SD	\bar{D}_1	Mean	SD	\bar{D}_2		
ก่อนทดลอง	49.57	5.25	19.50	51.60	2.73	.73	58	12.25***
หลังทดลอง	69.07	5.60		52.33	3.75			

*** p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่าผลการวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 19.50$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .73$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 12.25$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ($M = 69.07, SD = 5.60$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ($M = 49.57, SD = 5.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 16.51$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ครอบคลุม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ถ้าส่วนหนึ่งส่วนใดขาดก็จะทำให้มนุษย์เสีย

สมดุลเกิดความไม่สบายกายและจิตใจ ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลสุขภาพเด็กใน 4 มิติ คือ 1) มิติทางด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่ได้ให้ผู้ดูแลมีการวิเคราะห์การปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการดูแลเรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย และการพักผ่อน 2) มิติทางด้านจิตใจ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์และค้นหาในความสามารถของเด็กและวิธีการส่งเสริมให้เด็กได้มีกำลังใจ สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ 3) มิติด้านสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ค้นหาตัวคนที่แท้จริงของเด็กและส่งเสริมในจุดเด่นของเด็กเพื่อเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม 4) มิติด้านจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์วิธีการสร้างความมั่นใจและการสร้างคุณค่าให้กับเด็ก กิจกรรมทั้ง 4 มิติมีการขับเคลื่อนด้วยวงจรควบคุมคุณภาพมาติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม “แบบบันทึกรักษาสภาพเด็ก” เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับเด็กอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับเด็กและเข้ากับบริบทของครอบครัว อันส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเด็กและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กอย่างยั่งยืนสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา (2552) ศึกษากระบวนการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมมากกว่าก่อนกระบวนการเสริมพลัง เช่นเดียวกับการศึกษาของสวาท นิมาลี, ณัฐจาพร พิษัณณรงค์, และพาณี สีตกลิน (2553) ที่พบว่า การประยุกต์ใช้วงจร P-D-C-A มาเป็นกระบวนการจัด

กิจกรรมพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยของ บุคลากร สาธารณสุขทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ เข้าใจสภาพปัญหา และมีส่วนร่วม ในการวางแผนแก้ไขปัญหาทำให้สามารถจัดทำ แผนที่สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

สมมติฐานที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยของ คะแนนพฤติกรรมการดูแลที่มีภาวะบกพร่องทาง ด้านการเรียนรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบผลต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มี ภาวะบกพร่องทางด้านการเรียนก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 19.50$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .73$) แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 12.25$) เป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้สะท้อน ถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวมได้ว่าสามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการ ดูแลเด็กของผู้ดูแล แต่ในกลุ่มควบคุมจะพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กเพิ่มเช่นกัน โดยผล ต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ

อธิบายได้ว่ากระบวนการใช้โปรแกรมการ ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกันจะขาดอย่างหนึ่งอย่างใดไม่ได้ ถ้าขาด ความสมดุลในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง จะส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นและมีผลต่อการไม่สุข สบายทางกายและจิตใจ และมีความเกี่ยวข้องกับ ความสามารถในการดูแลตนเองของคน นอกจากนี้

โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ดำเนิน กิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมด้วยกระบวนการกลุ่มทำให้ สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การเผชิญปัญหาการดูแลเด็กและการจัดการกับ ปัญหาที่เกิด เป็นทางเลือกให้กับสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งการนำวงจรควบคุมคุณภาพ PDCA มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทำให้ผู้ดูแลได้ ตระหนักรู้ถึงปัญหาและกำหนดแนวทางการ แก้ไขปัญหาได้ตรงตามประเด็นได้ด้วยตนเองโดยมี ผู้วิจัยร่วมเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแล ทำให้ผลต่างต่าง ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ($\bar{D}_1 = 19.50$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .73$)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการ เรียนที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบ องค์รวมควรได้รับการติดตามและวัดคะแนน พฤติกรรมในระยะกลางและระยะยาวเพื่อการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมที่ถาวร
2. จัดให้มีการฝึกอบรมด้านความรู้และ การฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม สำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลเด็ก ที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนและพยาบาล ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะ บกพร่องด้านการเรียนในชุมชน
3. ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในระยะยาวโดยมี การติดตามผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

4. ควรมีการศึกษาวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีการวัดผลสัมฤทธิ์ที่จากเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การปรับตัวกับเพื่อน สัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อและครู และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา คุณรังสีสมบุรณ์. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กพัฒนาการช้า. *วารสารสวนปรุง*, 27(3), 5 - 16

นันทวิช สิทธีภิรักษ, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.

เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา. (2553). *การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส*. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.

มรรยาท รุจิวิชชญ์. (2556). *การจัดการความเครียด เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มานิกาเพชรรัตน์. (2554). *ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วนิดา ชนินทยุทธวงศ์, ประเสริฐ จุฑา, จันทนิ มุ่งเขตกลาง, และอัจจิมา ศิริพิบูลย์ผล. (2554). *การศึกษาระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และเด็กปกติด้วยแบบทดสอบเชาวน์ปัญญา*. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.

สถาบันราชานุกูล. (2556). *คู่มือครูระบบการดูแลนักเรียนกลุ่มเด็กพิเศษที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์พับลิชชิง.

สวาท นิมพาลี, ณิชฎาพร พิชัยณรงค์, และพาลี สัตกสิน. (2553). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(3), 83-92.

สุชญาดาขุนเสถียร, วรรณอาราม, ปราณี ทองใส, และถาวร ทรัพย์ทวีสิน. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลในมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 5(1), 1-13.

สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2556). *สถิติทางการศึกษา*. เข้าถึงเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2558, จาก http://www.bopp-obec.info/home/?page_id=10968

อนัญญา สิ้นรัชตานันท์ และธีรรัตน์ แทนจำ. (2556). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่องออทิสติก สมာธิสันและภาวะ*

บทพร้อมทางการเรียน สำหรับเครือข่าย
บริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:
พาสต์บุคส์.

- Al-Yagon, M. (2010). Maternal emotional resources and socio-emotional well-being of children with and without learning disabilities. *Family Relations*, 59(2), 152-169.
- Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.
- Landrum, P., Beck, K., Rawlins, P., & Williams, R. (1993). In R. Rawlins, S. Williams and C. Beck (Eds.), *Mental health - Psychiatric nursing: A holistic life - cycle approach* (3rd ed., pp. 17 - 39). Mosby Year Book: London, UK.
- Murphy, N. A., Christian, B., Caplin, D. A., & Young, P. C. (2007). The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 33(2), 180-187. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00644.x
- National Center for Education Statistics. (2015). *Students with disabilities*. Retrieved Feb 12, 2016, from <http://nces.ed.gov/fastfacts/display.asp?id=64>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Michigan: Lippincott.
- Sandy, P. T., Kgole, J. C., & Mavundla, T. R. (2013). Support needs of caregivers: Case studies in South Africa. *International Nursing Review*, 60(3), 344-350. doi:10.1111/inr.12022
- Simon, A., & Easvaradoss, V. (2015). Caregiver Burden in Learning Disability. *The International Journal of Indian Psychology*, 2(3), 86-90.
- Smith, M., & Kemp, G. (2016). *Caregiving support and help*. Retrieved Feb 20, 2016, from <http://www.helpguide.org/articles/caregiving>