วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.3 Sep - Dec 2022

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DELAY

Received: June 23, 2022
Revised: September 23, 2022
Accepted: September 25, 2022

เบ็ญจมาศ สลิลปราโมทย์[1*]
Benchamat Salinpramote[1*]

บทคัดย่อ

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจำเป็นต้องได้รับการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยทุกรายที่มีพัฒนาการล่าช้า ที่รักษา ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 74 ราย เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน แบบบันทึกข้อมูลผู้ดูแลเด็กและเด็ก แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai HADS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Chi-square test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.40 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลเด็กต่อวัน

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า การดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทุกด้าน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตนั้นเป็นปัจจัยของผู้ดูแลทั้งสิ้น ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กจัดเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กดีขึ้น ทำให้เด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสมและดีขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลเด็ก, เด็กปฐมวัย, พัฒนาการล่าช้า

[1] กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพัทลุง
Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Phatthalung Hospital
*Corresponding author E-mail: b.salinpramote@gmail.com

Abstract

Children with developmental delay may burden to their family members, especially their caregivers. The caregivers need to spend most of their time in taking care of their child as compared to caregivers of normal children. So, such caregivers are disturbed in other activities and diminish social life which leading to poor physical and emotional stress. This descriptive study aimed to identify the quality of life of caregivers of children with developmental delay and associated factors. The sample consisted of 74 caregivers of children attending at Rehabilitation Unit, Phatthalung Hospital. The World Health Organization Quality of Life Measure Abbreviated version (WHOQOL -BREF-THAI was used to measure the quality of life, Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) was used to evaluated anxiety and depressive status, and other demographic data were derived from medical recorded and questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics, and Chi-square test.

The result showed that the overall QoL among caregivers of children with developmental delay were at high level, accounting for 55.40% of the sample. And factors associated with QoL were income sufficiency and work-hours per day.

This study showed that, taking care of children with developmental delayed affects all domain of their QoL, especially social relationships and environment aspects. And associated factors caused by care givers. So, holistic care is important to caregivers. If their QoL improves, they would provide more suitable care to their child. After all, the children could improve their well-being.

Keywords : quality of life, caregivers, early childhood, developmental delay

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.3 Sep - Dec 2022

บทนำ

คุณภาพชีวิตตามนิยามขององค์กรอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นิยมใช้เป็นตัวชี้วัดการบริการสุขภาพ[1]

เด็กปฐมวัย คือ เด็กที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 0-5 ปี การอบรมเลี้ยงดูเด็กในวัยนี้มีความสำคัญมาก เนื่องจากวัยนี้มีธรรมชาติอยากรู้อยากเห็นในสิ่งแวดล้อมรอบตัว ส่งผลให้เกิดพัฒนาการที่เป็นรากฐานของการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงบุคลิกภาพในอนาคต[2] พัฒนาการเด็กปฐมวัย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของมนุษย์อย่างเป็นลำดับต่อเนื่องสอดคล้องตามอายุของเด็กและต้องมีปัจจัยการเลี้ยงดูที่ดีจะส่งผลให้มีพัฒนาการสมวัย[3] การประเมินพัฒนาการของเด็กมี 5 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross motor) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine motor) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive language) ด้านการใช้ภาษา (Expressive language) และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and social)[4,5] เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีความล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกันที่สามารถทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ ซึ่งอาจพบความผิดปกติของพัฒนาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหลายด้าน หรือทุกด้าน (Global developmental delay) ซึ่งการมีพัฒนาการล่าช้าในด้านหนึ่งมีส่วนทำให้พัฒนาการในด้านอื่นล่าช้าด้วย ส่งผลต่อการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เด็กจะต้องได้รับการดูแลพัฒนาการทุกด้านตั้งแต่แรกเกิด[6]

จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการที่ผิดปกติ[4] และมากกว่า ร้อยละ 25 ของเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ระดับปานกลางถึงรุนแรง[5,6] สำหรับประเทศไทย มีการสำรวจพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยได้เริ่มประเมินพัฒนาการเด็กจากปี 2542 พบว่า มีแนวโน้มพัฒนาการไม่สมวัยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 28.30 เป็นร้อยละ 32.50 ในปี 2560[7, 8] ส่งผลให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้ที่สำคัญของเด็กไทย[9] จากการทบทวนวรรณกรรม ผลการดำเนินงานการคัดกรองความชุกของพัฒนาการล่าช้าในเด็กช่วงอายุ 5 ขวบปีแรก พ.ศ. 2558 จังหวัดพัทลุง[10] พบว่า มีเด็กที่ได้รับการคัดกรองว่ามีพัฒนาการล่าช้าสูงถึงร้อยละ 10.74 และในปี 2562 พบว่า เขตสุขภาพที่ 12 มีเด็กพัฒนาการล่าช้ามากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ[11]

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีความจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง และปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมจำเป็นต้องได้รับการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องเหมาะสม การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า เวลาส่วนตัวลดลง และค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กในทุกด้าน[17-25]

จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป[12-16] หากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแล อาจส่งผลให้เด็กยิ่งมีพัฒนาการล่าช้ามากขึ้น จนไม่อาจมีพัฒนาการที่สมวัยเพื่อเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและปัญหาแนวโน้มพัฒนาการล่าช้าที่เพิ่มขึ้นในเด็กปฐมวัย และยังไม่มีงานวิจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในเขตสุขภาพที่ 12 จึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลในผู้ดูแลเด็ก ที่รับการรักษา ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพัทลุง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก ให้สามารถดูแลเด็กให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) การศึกษา ณ จุดเวลาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่รับการรักษา ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพัทลุง ในช่วงระยะเวลาทำการศึกษาตั้งแต่ วันที่ 16 มิถุนายน 2563 ถึง 15 มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีอายุ 0-5 ปี ทุกราย ที่รับการรักษา ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 74 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย ดังนี้

1) เป็นผู้ดูแลหลักโดยมีเวลาอยู่กับเด็กต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน (ไม่รวมเวลานอนหลับของเด็ก) เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2) เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือการเฝ้าระวังระวังและพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)[5] โดยพยาบาลวิชาชีพ คลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง และวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้าน

3) ผู้ดูแลเด็กไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงลายมือชื่อหรือประทับรอยนิ้วมือในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลา และจำนวนชั่วโมงต่อวันที่ดูแลเด็ก และแบบบันทึกข้อมูลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ อายุที่เริ่มวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการช้า ชนิดพัฒนาการล่าช้า การได้รับการศึกษา และสิทธิการรักษา

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI)[26] ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 26 ข้อ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งจะประเมินองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน แปลผลระดับคุณภาพชีวิตตามระดับช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี (96-130 คะแนน) ปานกลาง (61-95 คะแนน) และไม่ดี (26-60 คะแนน) แบบประเมินนี้มีระดับความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.651

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เพื่อประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าด้วยตนเอง[27] ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งชุดคำถามเป็น 2 กลุ่ม คัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน ถ้าคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่า อาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น มีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86 สำหรับอาการวิตกกังวล และมีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 85.71 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 91.3 สำหรับอาการซึมเศร้า มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ0.86 สำหรับanxiety sub-scale และ0.83 สำหรับ depression sub-scale

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็ก ด้วยสถิติพรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตัวแปรที่คาดว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตใช้สถิติ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพัทลุง ตามหนังสือรับรองเลขที่ 17/2563 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธได้ โดยไม่มีผลต่อบริการพยาบาลและการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ นำไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 74 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.50 มีความสัมพันธ์เป็นมารดา ร้อยละ 73 มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 45.95 อายุเฉลี่ย 35.47 ± 10.31 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 44.60 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 39.20 รายได้พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 59.50 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.80 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมานาน เฉลี่ย 27.26±17.72 เดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน เฉลี่ย 16.46±6.63 ชั่วโมง และจากการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai HADs) พบว่า มีอาการวิตกกังวล แต่ยังไม่มีอาการผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 16.22 และอาการซึมเศร้า แต่ยังไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 12.16

เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 74 คน พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 74.30 อายุเฉลี่ย 2.49±1.52 ปี มีช่วงอายุระหว่าง 2-4 ปี ร้อยละ 43.24 เด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า มากกว่า 1 ด้าน ร้อยละ 48.65 เด็กไม่เคยได้รับการศึกษา ร้อยละ 54.05 ใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 70.27 ครอบครัวมีบุตรมากกว่า 1 คน ร้อยละ 51.35

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 51.40 และ 68.90 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.10 และ 56.76 ตามลำดับ และคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.40 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า (*n* = 74)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระดับคุณภาพชีวิต, จำนวนคน(ร้อยละ)		
		ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านร่างกาย	26.08 (2.98)	1 (1.40)	35 (47.30)	38 (51.40)
ด้านจิตใจ	23.42 (3.28)	2 (2.70)	21 (28.40)	51 (68.90)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.91 (1.71)	2 (2.70)	43 (58.10)	29 (39.20)
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.18 (4.29)	2 (2.70)	42 (56.76)	30 (40.54)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	95.92 (10.38)	0	33 (44.6)	41 (55.4)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลเด็กต่อวัน (p= 0.038) และความเพียงพอของรายได้ (p = 0.018)

พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีรายได้เพียงพอและมีเงินเก็บ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.29 และ ผู้ดูแลเด็กที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเด็กต่อวัน 6-12 ชั่วโมง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 59.26 13-18 ชั่วโมง ร้อยละ 64.71 และ 19-24 ชั่วโมง ร้อยละ 46.67 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตโดยรวมจำนวน (ร้อยละ)		ค่านัยสำคัญทางสถิติ *p-value*
	ไม่ดี/ปานกลาง (n = 33)	ดี (n = 41)	
ข้อมูลผู้ดูแล			
เพศ			0.712
ชาย	5 (15.15)	5 (12.20)	
หญิง	28 (84.85)	36 (87.80)	
อายุ			0.129
น้อยกว่า 30 ปี	9 (27.27)	14 (34.15)	
31-45	17 (51.52)	21 (51.22)	
มากกว่า 45 ปี	7 (21.21)	6 (14.63)	
สถานภาพสมรส			0.290
โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	10 (30.30)	10 (24.39)	
คู่อยู่ด้วยกัน	23 (69.70)	31 (75.61)	
ความสัมพันธ์กับเด็ก			0.087
มารดา	21 (63.64)	33 (80.49)	
อื่นๆ (บิดา/ญาติ/คนดูแล)	12 (36.36)	8 (19.51)	
ระดับการศึกษา			0.596
ประถมศึกษา	6 (18.19)	7 (17.07)	
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	14 (42.42)	15 (36.59)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13 (39.39)	19 (46.34)	
อาชีพ			0.195
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (30.30)	5 (12.20)	
รับจ้างทั่วไป	8 (18.18)	11 (26.83)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (15.15)	10 (24.39)	

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตโดยรวมจำนวน (ร้อยละ)		ค่านัยสำคัญทางสถิติ
	ไม่ดี/ปานกลาง	ดี	
	(n = 33)	(n = 41)	*p-value*
เกษตรกร	7 (21.22)	6 (14.63)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (15.15)	9 (21.95)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.118
< 5,000	12 (36.37)	8 (19.52)	
5,000 – 10,000	11 (33.33)	18 (43.90)	
10,001 – 20,000	5 (15.15)	8 (19.52)	
> 20,000	5 (15.15)	7 (17.04)	
ความเพียงพอของรายได้			0.018
มีเงินเก็บ	10 (30.30)	18 (43.90)	
พอใช้ ไม่มีเงินเก็บ/ไม่พอใช้	23 (69.70)	23 (56.10)	
โรคประจำตัว			0.296
ไม่มี	26 (78.79)	36 (87.80)	
มี	7 (21.21)	5 (12.20)	
ความวิตกกังวล			0.119
ไม่มี	25 (75.76)	37 (90.24)	
มี	8 (24.24)	4 (9.76)	
ซึมเศร้า			0.639
ไม่มี	29 (87.88)	36 (87.88)	
มี	4 (12.12)	5 (12.20)	
ระยะเวลาในการดูแลเด็ก (เดือน)			0.431
6-18	14 (42.42)	15 (36.59)	
19-42	11 (33.33)	15 (36.59)	
≥43	8 (24.25)	11 (26.82)	
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลเด็กต่อวัน (ชั่วโมง)			0.038
6-12	11 (33.33)	16 (39.02)	
13-18	6 (18.19)	11 (26.83)	
19-24	16 (48.48)	14 (34.15)	

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตโดยรวมจำนวน (ร้อยละ)		ค่านัยสำคัญทางสถิติ *p-value*
	ไม่ดี/ปานกลาง (n = 33)	ดี (n = 41)	
ข้อมูลเด็ก			
อายุ(ปี)			0.517
< 2	13 (39.39)	17 (41.46)	
2 – 4	15 (45.45)	15 (36.59)	
4 – 5	5 (15.16)	9 (21.95)	
ชนิดพัฒนาการช้า			0.388
พัฒนาการช้า 1 ด้าน	22 (66.67)	18 (43.90)	
พัฒนาการช้ามากกว่า 1 ด้าน	11 (33.33)	23 (56.10)	
พี่น้อง			0.690
ไม่มีพี่น้อง	14 (42.42)	22 (53.66)	
มีพี่น้อง	19 (57.58)	19 (46.34)	
ระดับการศึกษา			0.256
ไม่เคยได้รับการศึกษา	21 (63.64)	20 (48.78)	
กำลังศึกษา	12 (36.36)	21 (51.22)	
สิทธิการรักษา			0.219
ชำระเงินเอง/เบิกได้	9 (27.27)	7 (17.07)	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า/บัตรผู้พิการ	24 (72.73)	34 (82.93)	

หมายเหตุ : คำนวณโดยสถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.05)

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลเด็กต่อวัน

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า พบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 77.03 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 74.32 มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 81.08 มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 97.30 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 83.78 ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า นอกจากนี้ เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ดูแล ร้อยละ 51.35 มีพัฒนาการล่าช้า 1 ด้าน และร้อยละ 91.89 มีสิทธิการรักษาโดยไม่ต้องชำระเงินเอง ด้วยปัจจัยดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้ดูแลเด็กมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wanicharoen[14] ที่ศึกษาในเด็กที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านภาษา ซึ่งเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในการวิจัยนี้มีพัฒนาการช้า 1 ด้าน เป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่เด็กพัฒนาการล่าช้ารอบด้านหรือมากกว่า 1 ด้าน อาจมีความรุนแรงของความล่าช้ามากกว่า ส่งผลต่อการเลี้ยงดูมากกว่า ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางหรือไม่ดี เช่น การศึกษาของ Khoonrungsrisomboon[15] และ Charatcharungkiat และคณะ[16] อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้ระบุระดับความรุนแรงของระดับของพัฒนาการล่าช้า ดังนั้น ในอนาคตจึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อ

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลหลักที่ไม่มีโรคประจำตัว ภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลเด็กในแต่ละวันน้อยมีคุณภาพชีวิตในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wanicharoen[14] และ Khoonrungsrisomboon[15] ที่ผู้ดูแลเด็กมีอายุน้อย ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตดีมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kumaric และคณะ[17] ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีกว่ากลุ่มอายุช่วงอื่น อาจเนื่องมาจากการมีอายุเยอะ หรือมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาต่อเนื่อง จะเกี่ยวข้องกับสุขภาพกายของผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Charatcharungkiat และคณะ[16] พบว่า ผู้ดูแลเด็กโดยที่ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชจะมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่า จึงอาจสรุปได้ว่าเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าต้องอาศัยการพึ่งพาจากผู้ดูแลมากกว่าเด็กปกติ ทำให้ผู้ดูแลจะต้องทุ่มเทแรงกายและใจในการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการ นอกจากนี้ผู้ดูแลมักมีความวิตกกังวลในเรื่องการรักษา การเจริญเติบโตหรือความเป็นอยู่ของเด็กในอนาคต[18] ดังนั้น ปัจจัยเรื่องอายุ การมีสุขภาพกายและจิตที่ดีมีผลต่อการจัดการความล้า หรือความเครียดจากการเลี้ยงดูเด็กได้ ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าผู้ดูแลที่มีอาชีพ มีรายได้สูง มีรายได้เพียงพอ และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลเด็กในแต่ละวันน้อยจะมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Juntratip และคณะ[19], Wakimizu และคณะ[20], และ Nishii และคณะ[21] ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือการบริการ และด้านข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัย

หนึ่งในการลดภาระในการเลี้ยงดูเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีคุณภาพชีวิตดี และการศึกษาของ Leung และคณะ[22] และ Singh และคณะ[23] ที่พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย อาจเนื่องมาจากการเลี้ยงดูเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้ดูแลต้องทุ่มเทเวลาให้เด็ก รวมทั้งมีค่าใช้ในการดูแลเด็กมากขึ้น ซึ่งอาจต้องหยุดหรือไม่ได้ทำงาน มีรายได้ไม่เพียงพอ โอกาสที่จะใช้เงินเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านอื่น จึงเป็นไปได้ยาก ทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวลดลง นอกจากนี้ อาจมีเวลาส่วนตัวน้อยลง จากการที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลเด็ก ทำให้ลดปฏิสัมพันธ์จากสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือจากสังคมและสิ่งแวดล้อมมีผลให้เกิดกำลังใจและความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านนี้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผล คือ ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลเด็กต่อวัน โดยผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้ และมีเงินเก็บมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีเงินเก็บหรือรายได้ไม่พอใช้ สอดคล้องการศึกษาของ Isaranurug และคณะ[24] ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวที่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี โดยเด็กที่มีบิดามารดามีรายได้พอเพียงมีสัดส่วนของพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่า อาจเนื่องมาจากรายได้เป็นปัจจัยหลักในการสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ในครอบครัวเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลเด็ก และต้องทุ่มเทเวลาในการดูแลเด็ก ทำให้ขาดรายได้

นอกจากนี้ ผู้ดูแลเด็กที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเด็กต่อวันน้อย มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่า อาจอธิบายได้ว่าการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หากไม่มีผู้ช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า และเป็นภาระมากขึ้น การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าต้องมีการดูแลมากกว่าเด็กวัยเดียวกันที่พัฒนาการสมวัย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nishii และคณะ[21] ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีบุตรพัฒนาการช้าเป็นเวลา 18 เดือน พบว่ากลุ่มมารดาที่ทำงานนอกบ้านหรือมีคนเลี้ยงบุตรให้ช่วงเวลาทำงาน มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่ากลุ่มมารดาที่เลี้ยงบุตรเต็มเวลาอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Chantarathip และคณะ[26] ที่พบว่าจำนวนชั่วโมงต่อวันในการดูแลเด็กเป็นปัจจัยที่เพิ่มภาระในการเลี้ยงดูเด็กที่มีพัฒนาการช้า จากการวิจัยอื่นที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า พบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ โรคประจำตัว อาชีพ สถานภาพสมรส และจำนวนพี่น้องของเด็ก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบว่า มีความสัมพันธ์ อาจเนื่องมาจากบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ระดับความรุนแรงของพัฒนาการล่าช้า และแนวทางการรักษาโรคของเด็กก็มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กเช่นกัน แต่ไม่ได้นำมาเป็นข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ในการรักษาเด็กที่มีพัฒนาการช้า เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยหรือช่วยเหลือตนเองได้ ควรพิจารณาองค์รวมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของเด็กด้วย ซึ่งผู้ดูแลหลักถือเป็นปัจจัยสำคัญ จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า สุขภาพกาย จิต สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม และรายได้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหากผู้ดูแลไม่มีปัญหาดังกล่าวข้างต้นก็เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทุ่มเทแรงกายและใจในการดูแลเด็กให้บรรลุเป้าหมายได้

2. สามารถนำผลจากการวิจัยไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยอาจให้คำแนะนำในการดูแลเด็กต่อเนื่องที่บ้าน ออกเยี่ยมบ้าน เพื่อลดภาระและค่าใช้จ่ายในการนำเด็กมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล หรือแนะนำหน่วยงานอื่นในสังคมที่สามารถช่วยเหลือด้านอื่นๆ แก่ผู้ดูแลเด็ก

3. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ที่มีพัฒนาการสมวัยว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ หรือมีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตต่างกันหรือไม่ รวมทั้งตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ระดับความรุนแรงของพัฒนาการล่าช้า และแนวทางการรักษาโรคของเด็กก็ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้น การศึกษาในอนาคตควรแบ่งกลุ่มการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย และพัฒนาการล่าช้า รวมทั้งศึกษาตัวแปรที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กด้านอื่นร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลพัทลุง ที่ช่วยคัดกรองผู้ป่วยเด็ก และผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Orley J, Kuyken W. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument(the WHOQOL). In: WHOQoL Group, editor. Quality of life assessment: International perspectives. Heidelberg: Springer; 1994. P.41-57.
2. Nanthamongkolchai S. Family, Child rearing and Development of Preschoolers in Thailand. Journal of Public Health 2016; 46(3): 205-10. [In Thai]
3. Jintana P, Wanwisa K. The 6th study of factors affecting the development of early childhood in Thailnad, 2017. Health promotion Bureau, Ministry of Public Health; 2018. [In Thai]

4. Department of Health, Ministry of Public Health. Growth and development of preschool children 2007. Nonthaburi: Bureau of Health Promotion, Ministry of Public Health, 2009. [In Thai]
5. Sirithongthaworn S. Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM. J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(1): 3-12. [In Thai]
6. Choomai T. Development of Early Childhood. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal 2016; 2: 18-33. [In Thai]
7. Health Promotion Bureau. Surveying Early Child Development Report 2010. Bangkok: Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health, 2011.
8. Bureau of Inspection and Evaluation Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Situation Thai Child Development Fiscal Year 2014. Bangkok: TS Interprint Co, Ltd. 2015.
9. Mother and Child health Board, Health Promotion Bureau. Surveying Early Child Development Report 2010. Bangkok: Bureau of Health Promotion, Ministry of Public Health, 2015.
10. Keuaid N, Sangthong J, Chaimay P, et al. Prevalence of child development delay among children aged under 5 years old in Phatthalung province. Journal of Health Science 2019; 28(2): 215-23. [In Thai]
11. Department of Health, Ministry of Public Health. Thai Child Development(Region 12) [Internet] 2019 [cited 2020 April 17]. Available from: http//healthkpi.moph.go.th?kpiyear=2562.
12. Leung CY, Li-Tsang CW. Quality of life of parents who have children with disabilities. Hong Kong J Occup Ther. 2003;13(1):19-24.
13. Singh K, Kumar P, Kumar R, Chakarborti S. Quality of Life Among Parents of Childrend with Intellectual Disability. Journal of Disability Management and Rehabilitation 2017;2(1):13-7.
14. Isaranurug S, Nanthamongkolchai S, Kaewsiri D. Factors Influencing development of children aged one to under six years old. J Med Assoc Thai 2005; 88: 86-90.
15. Hayeemasae K, Sangsupawanitch P, Parinyasutinun U. Comparative study on social support of caregivers of children with autism spectrum disorder and caregivers of typical development children in Songklanagarind hospital. Research for the development of Thai society 2013; 4: 113-7. [In Thai]

16. Chantarathip P. Factors predicting stress in caring for mothers with autistic children. The Journal of Faculty of Nursing Chiang Mai University 2014; 13(2), 15-23. [In Thai]
17. Breslau N. Psychological distress in mothers of disabled children. American Journal of Disabled Child.1982;136:682-6.
18. Wanicharoen N. Quality of Life among Caregivers of Children with Language Impairment at the Division of Developmental and Behavioral. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine 2021; 65(4): 320-31. [In Thai]
19. Khoonrungsrisomboon K. Quality of Life of Parents of Children with Delayed Development. Bullentin of Suanprung 2012; 28(1): 5-16. [In Thai]
20. Charatcharungkiat N, Wacharasindhu A. Quality of Life among Caregivers of Children with Autistic Spectrum Disorders and Associated Factors. J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(3): 233-44. [In Thai]
21. Kumari R, Luitel I, Regmi K. Evaluating Quality of Life of Parents Having a Child with Disability. Journal of Karnali Academy of Health Sciences 2020; 3(1): 25-34.
22. Orapiriyakul R, Benjakul W, Kwunkaew S. Predictor of burden of care in primary family caregivers of children with autism in the west-coast southern Thailand. Journal of Faculty of Nursing, Prince of Songkla University 2014; 34(3), 39-55. [In Thai]
23. Juntratip P, Pongjaturawit Y, Chaimongkol N. Factors Influencing Burden of Child Caregivers of Children with Delayed Development. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2020; 28(2), 52-63. [In Thai]
24. Wakimizu R, Yamaguchi K, Fujioka H. Family empowerment and quality of life of parents raising children with Developmental Disabilities in 78 Japanese families. International Journal of Nursing Sciences 2017;4(1):38-45.
25. Nishii M, Yamada K, Morioka I. Factors affecting Quality of Life of mothers rearing the infant commuting to a developmental support center. J Child Health 2015;74(6):948-58.
26. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, P u m p i s a n c h a i W, et al. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 times). Jornal of Mental Health of Thailand 1998; 5:4-15. [In Thai]
27. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand 1996; 41(1): 18-30. [In Thai]