

การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึม  
และเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์  
Comparative Study on Social Support of Caregivers of Children with  
Autism Spectrum Disorders and Caregivers of Typical  
Development Children in Songklanagarind Hospital

ชนิษฐา หะยีมะแซ  
Khanittha Hayeemasae

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Arts in Human and Social Development  
Prince of Songkla University

2556

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ชื่อวิทยานิพนธ์** การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึม และเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

**ผู้เขียน** นางสาวชนิษฐา หะยีมะแซ

**สาขาวิชา** พัฒนามนุษย์และสังคม

---

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

**คณะกรรมการสอบ**

.....  
(ดร.แพทย์หญิงภาสุรี แสงศุภวานิช)

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย ธรรมสักการ)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

.....  
(ดร.อุทัย ปริญญาสุทินันท์)

.....กรรมการ  
(ดร.แพทย์หญิงภาสุรี แสงศุภวานิช)

.....กรรมการ  
(ดร.อุทัย ปริญญาสุทินันท์)

.....กรรมการ  
(แพทย์หญิงจุฑามาส วิโรจน์อนันต์)

.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี จิวพัฒนกุล)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยชิ้นนี้เป็นผลมาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ดร.แพทย์หญิงภาสุรี แสงศุภวานิช)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวชนิษฐา หะยีมะแซ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวชนิษฐา หะยีมะแซ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ผู้เขียน	นางสาวณิชชฎา หะยิมะแซ
สาขาวิชา	พัฒนามนุษย์และสังคม
ปีการศึกษา	2555

### บทคัดย่อ

การศึกษาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่นำเด็กเข้ารับการทดสอบพัฒนาการจากคลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 102 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลเด็กออทิซึม 42 คน ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS 26 คน และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย 34 คน และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คน แบ่งเป็นผู้ดูแลเด็กออทิซึม 4 คน ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS 3 คน และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค พบว่า แบบสอบถามทั้งฉบับมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และการเปรียบเทียบรายคู่ โดยวิธีการของบอนเฟอโรนี โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด การวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า ประเภทผู้ดูแลเด็กแตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้รับการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มได้รับ พบว่า แหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากรได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุด ส่วนแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลเด็กออทิซึม และเด็ก PDD-NOS ได้รับจากบุคลากรสหวิชาชีพมากที่สุด ส่วนผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคมมากที่สุด

ผลการศึกษาคั้งนี้ บุคคลทั่วไปหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยให้สอดคล้องกับความต้องการ เพื่อให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่เหมาะสมต่อไป

<b>Thesis Title</b>	Comparative Study on Social Support of Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders and Caregivers of Typical Development Children in Songklanagarind Hospital
<b>Author</b>	Miss Khanittha Hayeemasae
<b>Major Program</b>	Human and Social Development
<b>Academic Year</b>	2012

### ABSTRACT

The objectives of this study were to compare social support and social sources of support for caregivers of children with autism spectrum disorders and those with typical development. The subjects of the study were 102 caregivers who brought children to have a child development test at the Pediatric Clinic of Songklanagarind Hospital. These subjects consisted of 42 caregivers of autism, 26 caregivers of children with pervasive developmental disorder not otherwise specified (PDD-NOS), and 34 caregivers of children with typical development. In-depth interviews were conducted with 10 caregivers consisting of 4 caregivers of children with autism, 3 caregivers of children with PDD-NOS, and 3 caregivers of children with typical development. The instruments for data collection were a questionnaire and a semi-structured interview form. The Cronbach's alpha coefficient for the questionnaire was 0.93. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, one-way ANOVA, and Bonferroni's method of pairwise comparison. The level of statistical significance was set at .05.

The results of the study revealed that the overall social support for the three groups of caregivers was at a moderate level. When considered by item, it was found that the mean score for emotional support was the highest while that for instrumental support was the lowest. The results of the one-way ANOVA revealed that caregivers in different categories received different overall level of social support and the difference was statistically significant at .01; they received significantly different overall levels of emotional support, and information support at the level .05, and received significantly different level of support in terms of appraisal and instrumental

at the level .01. Regarding sources of support that the three groups of caregivers received, it was found that they received the most sources for emotional support, appraisal support and instrumental support from people with whom they had close relationship. Concerning information support, the caregivers of children with autism and those of children with PDD-NOS received the most from multidisciplinary personnel while caregivers of children with typical development received most information support from people with whom they had social relationship.

The results of this study could be used by the general public or related organizations in providing help and support to caregivers of children with autism spectrum disorders and those with typical development to meet the needs of these groups of personnel and for them to receive social support at a suitable level in the future.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้แก่ผู้วิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร.แพทย์หญิงภาสุรี แสงศุภวานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ ดร.อุทัย ปริญาสุทธินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาสละเวลาให้แนวคิด และคำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการศึกษามาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย ธรรมสังการ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรี จี๊พัฒน์กุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษตรชัย และทีม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไข เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ อาจารย์แพทย์หญิง จุฑามาส วิโรจน์อนันต์ ผู้ให้ความรู้และเป็น แรงบันดาลใจในการทำงานช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมและการศึกษาวิจัยนี้

ขอขอบคุณ คุณอานัติ หวังกุลหล้า คุณอภัย จันทชูโต และครอบครัว ที่ให้ความ เอื้อเฟื้อช่วยเหลือทั้งร่างกายแรงใจ จนทำให้ผู้วิจัยสามารถฝ่าฟันอุปสรรคทางการศึกษาจนประสบ ความสำเร็จดังที่คาดหวัง

ขอขอบคุณ คุณวลัยลักษณ์ จิตพิบูลย์ และคุณนันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว ผู้ให้ คำแนะนำในเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณ คุณทิพวัลย์ ดั่งชู และคุณชัชญา สุวรรณมาลา ผู้ประสานข้อมูลของ กลุ่มตัวอย่าง รวมถึง บุคลากรจากคลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ดูแลเด็กทุกท่านที่กรุณาสละเวลาให้ข้อมูลแก่ ผู้วิจัยจนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตรฯ ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

เหนืออื่นใด กำลังใจอันยิ่งใหญ่ที่ทำให้ผู้วิจัยมุ่งมั่นเพื่อศึกษาเรียนรู้ และสร้างสรรค์ งานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี คือ “ครอบครัว” และ “มิตรสหาย” ที่มอบความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ เป็นกำลังใจและคอยปลอบโยนเวลาผู้วิจัยรู้สึกอ่อนล้าหรือท้อแท้ และอยู่เคียงข้าง สนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

ชนิษฐา หะยีมะแซ



## สารบัญ

		หน้า
	บทคัดย่อ.....	(5)
	ABSTRACT.....	(6)
	กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
	สารบัญ.....	(9)
	รายการตาราง.....	(11)
	รายการภาพประกอบ.....	(12)
<b>บทที่</b>		
1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
	คำถามวิจัย.....	4
	ประโยชน์ของการวิจัย.....	4
	ขอบเขตการวิจัย.....	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2	แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
	โรคอหิวาต์.....	8
	แนวคิดผู้ดูแล.....	15
	แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม.....	18
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26
	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	27
3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	29
	ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	29
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	30
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	32
	การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย.....	33
	วิธีเก็บข้อมูล.....	33
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิจัย.....	36
	ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา.....	36
	ตอนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมและรายด้านจำแนกตาม ประเภทของผู้ดูแลเด็ก.....	40
	ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก	50
	ตอนที่ 4 เปรียบเทียบแหล่งสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก	53
	ตอนที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก.....	60
5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
	สรุป .....	77
	อภิปรายผล .....	80
	ข้อเสนอแนะ .....	86
	บรรณานุกรม .....	87
	ภาคผนวก .....	92
	ก บันทึกข้อความขออนุญาตเก็บข้อมูลและใบรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.....	93
	ข การพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลเด็กที่ร่วมงานวิจัย .....	96
	ค รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	98
	ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	103
	ประวัติผู้เขียน .....	112

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการออทิซึม.....	9
2	เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก และข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติไคสแควร์ .....	37
3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลความหมายระดับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก.....	40
4	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จำแนกรายชื่อย่อยของผู้ดูแลเด็กออทิซึม PDD-NOS และพัฒนาการสมวัย.....	43
5	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจำแนกรายชื่อย่อยของผู้ดูแลเด็กออทิซึม PDD-NOS และพัฒนาการสมวัย.....	45
6	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจำแนกรายชื่อย่อยของผู้ดูแลเด็กออทิซึม PDD-NOS และพัฒนาการสมวัย.....	47
7	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรจำแนกรายชื่อย่อยของผู้ดูแลเด็กกลุ่มออทิซึม PDD-NOS และพัฒนาการสมวัย.....	49
8	เปรียบเทียบการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก.....	50
9	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม จำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก.....	51
10	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก.....	52
11	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก.....	52
12	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก.....	52
13	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก.....	53
14	จำนวน ร้อยละ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ที่ผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก.....	53
15	จำนวน ร้อยละ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่ผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก.....	54
16	จำนวน ร้อยละ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าที่ผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก.....	55
17	จำนวน ร้อยละ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านด้านทรัพยากรที่ผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือ หรือการสนับสนุนจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก.....	56

### รายการภาพประกอบ

ภาพที่		หน้า
1	คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก.....	41
2	ร้อยละของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม.....	57
3	ร้อยละของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS.....	58
4	ร้อยละของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย.....	59

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศที่มีความมั่นคงไม่ใช่มีความพร้อมเฉพาะทางการเมือง สังคม หรือ เศรษฐกิจเท่านั้น แต่ต้องประกอบด้วยประชากรที่มีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญที่ทำให้ประเทศชาติ มีการพัฒนา แต่ทว่าในสังคมนั้นยังมีประชากรอีกหลายกลุ่มที่มีความต้องการพิเศษ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากสังคม เช่น กลุ่มคนด้อยโอกาส คนพิการ หากคนกลุ่มนี้ไม่ได้รับการเหลียวแลจากสังคม ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต กลายเป็นคนด้อยคุณภาพ ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคม ในอนาคตได้

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของคนพิการว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยอาศัยแนวทางการฟื้นฟู การจัดสวัสดิการ การสนับสนุนส่งเสริมและอำนวยความสะดวก และจากประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดประเภทความพิการไว้ 6 ประเภท ได้แก่ (1) ความพิการทางการเห็น (2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย (3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย (4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม หรือออทิสติก (5) ความพิการทางสติปัญญา และ (6) ความพิการทางการเรียนรู้ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ 2550 ; ประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2552)

ออทิสซึมหรือเด็กออทิสติก จัดเป็นความพิการประเภท 4 ซึ่งเป็นภาวะบกพร่องของระบบประสาทตั้งแต่แรกเกิด มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการเกี่ยวกับสังคม อารมณ์และการสื่อสาร มีความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น สน ไม่อยู่นิ่ง กรีดร้อง หัวเราะ สนใจที่จะทำอะไรซ้ำๆ อย่างเห็นได้ชัด แสดงอาการเฉยเมย ไม่สนใจใคร และบางคนก็ทำร้ายตนเอง พบได้ในทุกเชื้อชาติ เศรษฐฐานะ ระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกา (The Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition, DSM-IV 1994) ออทิสซึมจัดอยู่ในกลุ่ม pervasive developmental disorders (PDD) ซึ่งแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ autistic disorder, Rett syndrom, childhood disintegrative disorder, Asperger disorder และ pervasive developmental

disorder not otherwise specified (PDD-NOS) โดย autistic disorder, Asperger disorder และ PDD-NOS มีลักษณะทางคลินิกเป็นสเปกตรัม (spectrum) ของโรคที่สัมพันธ์กันแต่มีความรุนแรงแตกต่างกัน จึงมีการเรียกรวมกันว่า autistic spectrum disorder (ASD) ปัจจุบันมีข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าจำนวนผู้ป่วยเป็นออทิซึมเพิ่มมากขึ้น การศึกษาความชุกของสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2001 พบความชุกของ ASD ประมาณ 67 : 10,000 (ชาญยุทธ์ ศุภคุณภิญโญ 2547) การศึกษาในปี ค.ศ. 2008 พบความชุกของ ASD เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 113 : 10,000 (Center for Disease Control and Prevention 2009) รวมถึงสถิติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยออทิซึมจากคลินิกเด็กโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ระหว่าง พ.ศ. 2551-2555 เพิ่มขึ้น (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 2556)

นอกจากการสูญเสียคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุด ยังปรากฏความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่มหาศาล การศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยออทิซึมอยู่ที่ 2.7 พันล้านปอนด์ต่อปี ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยออทิซึมตลอดช่วงชีวิตเฉลี่ยต่อคนสูงถึง 3.2 ล้านเหรียญ โดยมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงกว่าคนทั่วไปเฉลี่ย 4,110-6,200 เหรียญต่อปี (Center for Disease Control and Prevention 2009)

จากการมีผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมเพิ่มขึ้น ทำให้มีผู้ดูแลเด็กอีกจำนวนไม่น้อยที่ได้รับผลกระทบเช่นกัน ซึ่งหากกลุ่มคนดังกล่าวไม่ได้รับความช่วยเหลือรวมถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่เหมาะสมแล้ว อาจส่งผลต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ อันเป็นกำลังสำคัญต่อสังคมและประเทศชาติต่อไป ทั้งนี้ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยออทิซึมต้องการความช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวันตลอดชีวิต ผู้ป่วย 1 ใน 3 ที่ผ่านการรักษาสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนผู้ป่วยออทิซึมที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ สามารถประกอบอาชีพได้ มีเพียงร้อยละ 1-2 เท่านั้น (มูลนิธิศุภนิพนธ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ 2548) ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กจึงมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านความรับผิดชอบต่อการเลี้ยงดู การกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันออทิซึมนี้ ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้ความอดทน และต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา ครูฝึกพูด และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น ภาระหน้าที่ที่สำคัญและยิ่งใหญ่ของผู้ดูแลจึงส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือ ผู้ดูแลเด็กออทิซึมมีภาวะสุขภาพแย่กว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป มีสุขภาพจิตแย่ง เนื่องจากมีความท้อแท้ ผิดหวัง หดหู่ และมีความเครียด และพบว่าบิดามารดาของเด็กออทิซึมมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดมากที่ต้องรับภาระในการดูแลบุตรออทิซึมซึ่งต้องใช้เวลาที่ยาวนาน (รุ่งฤดี วงศ์ชุม 2539) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแย่งลง มีอัตราการหย่าร้างสูงกว่าครอบครัวทั่วไป รวมถึงปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนลดลง เนื่องจากบางรายรู้สึกอับอายที่มีบุตรเป็นออทิซึมจึงหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม สถานะทางการเงินมีปัญหาเพราะต้องลดปริมาณการทำงานหรือลาออกจากงานเพื่อดูแลบุตรออทิซึม จากผลกระทบดังกล่าวหากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือ สู้ตายกลุ่มคนเหล่านี้อาจกลายเป็นผู้ป่วยเองได้

เช่น โรคซึมเศร้า ปวดเมื่อยตามร่างกาย และแน่นหน้าอก เป็นต้น (พิชิต สุขสบาย และสายพิณ หัตถ์รัตน์ 2552) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม เพื่อช่วยสนับสนุนให้การดูแลเด็กออทิสซึมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิต ซึ่งหมายถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การตอบสนองด้านอารมณ์ การยอมรับและการมองเห็นค่าในตนเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงที่ทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม รายงานการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า ผู้ปกครองเด็กออทิสซึมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้อารมณ์ที่มีต่อเด็กดีขึ้น และพบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ต่ำยังเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ปกครองมากขึ้น (Boyd 2002) ซึ่งสอดคล้องกับ Gray และ Holden (1992) ที่พบว่า ผู้ปกครองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นจะมีภาวะซึมเศร้า ความกังวล และความโกรธลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้าของร่างกายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างมารดาเด็กออทิสซึม เด็กปกติ และเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อน โดยมีการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยในการทำนายเช่นกัน (Weiss 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมอย่างกว้างขวางและหลากหลายกลุ่ม ได้แก่ การศึกษาในมารดาเด็กปัญญาอ่อน (อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี 2536) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ศิริินภา นันทพงษ์ 2542) ในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา (ประไพ ทายุทธ 2545) แม้แต่การศึกษาในผู้ดูแลเด็กออทิสซึม เช่น นารัลักษณ์ มงคลศิริกุล (2546) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสซึม ประภาศรี ทุงมีผล (2548) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสซึม แต่ไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมในเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมที่มีภูมิลำเนาในภาคใต้ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็น autism และ PDD-NOS เพื่อหาความแตกต่างระหว่างประเภทอาการต่อการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากความรุนแรงของโรคมีผลต่อการดูแลเด็กออทิสซึม (ประภาศรี ทุงมีผล 2548) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกการศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีผู้เข้ารับบริการที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้มีภูมิลำเนาในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง เพื่อให้ทราบว่าผู้ดูแลเด็กแต่ละกลุ่มได้รับการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และเพิ่มเติมโดยการสัมภาษณ์เพื่อได้ทราบข้อมูลในเชิงลึก ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลและเด็กให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและพัฒนาคุณภาพของประชากรต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย
2. เพื่อเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย
3. เพื่อศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย

### คำถามวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับใด
2. ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัยเป็นอย่างไร

### ประโยชน์ของการวิจัย

เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ บุคลากรทางการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการจัดทำแผนและกิจกรรมให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยเหลือ พี่นฟู และให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม และเด็กพัฒนาการสมวัย ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม ซึ่งแบ่งเป็นประเภทออทิสซึม และ PDD-NOS โดยเปรียบเทียบกับเด็กพัฒนาการสมวัย ซึ่งผู้ดูแลต้องเลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิดไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และนำเด็กเข้ารับการทดสอบพัฒนาการ ณ คลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และได้รับการวินิจฉัย



จากกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็นออทิซึม PDD-NOS หรือ พัฒนาการสมวัย จำนวนทั้งสิ้น 102 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับผู้ดูแลเด็กในรายที่น่าสนใจจำนวน 10 ราย ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือนเมษายน 2555 ถึง เดือนตุลาคม 2555

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุน เกื้อกูลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ ทำให้รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นใจ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น คำแนะนำ ปรีกษา การให้ความรู้ เพื่อเป็นแนวทางนำไปใช้ให้เหมาะกับสถานการณ์ของตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า คือ การได้รับข้อมูลย้อนกลับ เพื่อสามารถประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้รู้สึกมั่นใจและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร คือ การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การเสียสละเวลา การช่วยเหลือในด้านวัสดุสิ่งของและบริการต่างๆ

**แหล่งสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูล แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
3. บุคลากรวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด ครู อาจารย์ และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น
4. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิซึมและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

**ผู้ดูแล** หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กออทิสซึม เด็ก PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย ซึ่งอาจเป็น บิดา มารดา ญาติพี่น้อง หรือบุคคลสำคัญในชีวิต ไม่นับรวมถึงพี่เลี้ยงเด็ก หรือลูกจ้างที่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งนำเด็กเข้ารับการรักษาหรือทดสอบพัฒนาการที่คลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

**เด็กกลุ่มอาการออทิสซึม** หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV จากกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็นออทิสซึม หรือ PDD-NOS

**เด็กออทิสซึม** คือ บุคคลที่มีความบกพร่องของพัฒนาการครบทั้ง 3 ด้าน คือด้านสังคม พฤติกรรมและการสื่อสาร ซึ่งเข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และมีอาการรุนแรง

**PDD-NOS** ย่อมาจาก pervasive developmental disorder – not otherwise specified คือ บุคคลที่มีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้านแต่อาการไม่ครบตามจำนวนข้อที่กำหนดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ความรุนแรงน้อย หรือมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไป

**เด็กพัฒนาการสมวัย** หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV จากกุมารแพทย์และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นว่าเป็น non-ASD (ไม่ใช่ออทิสซึม และ PDD-NOS) และไม่อยู่ในเกณฑ์ของเด็กพูดช้า (เด็กที่ไม่พูดเป็นคำมีความหมายเมื่ออายุ 16 เดือนหรือ เด็กที่ไม่พูด 2 คำติดกัน เมื่ออายุ 24 เดือน)

**DSM-IV** คือ หลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM หรือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders เป็นหลักเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์ประเทศสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ในปัจจุบันฉบับปรับปรุงล่าสุดคือฉบับที่ 4 เรียกว่า DSM-IV

**การเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์** หมายถึง ผู้ดูแลที่นำเด็กเข้ารับการทดสอบพัฒนาการเพื่อทดสอบภาวะออทิสซึม ณ คลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

## บทที่ 2

### แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัย การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา เพื่อเป็นกรอบในการวิจัย ดังนี้

#### โรคออทิสซึม ประกอบด้วย

1. ลักษณะของโรคออทิสซึม
2. สาเหตุของออทิสซึม
3. เกณฑ์ในการวินิจฉัยออทิสซึมตาม DSM-IV
4. การดูแลรักษาและช่วยเหลือเด็กออทิสซึม

#### แนวคิดผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. ความหมายของผู้ดูแล
2. ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม
3. บทบาทของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม
4. ผลกระทบของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม

#### แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
2. ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
3. แหล่งการสนับสนุนทางสังคม
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม
5. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมและการนำไปใช้

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

## โรคออทิซึม

### 1. ลักษณะของโรคออทิซึม

ออทิซึม เป็นความผิดปกติของสมอง ซึ่งเป็นภาวะที่บกพร่องของระบบประสาท ตั้งแต่แรกเกิด มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการเกี่ยวกับสังคม พฤติกรรม และการสื่อสาร มีรายงานการพบครั้งแรกในปี ค.ศ. 1943 โดย Leo Kanner จิตแพทย์ชาวอเมริกัน และเรียกเด็กในกลุ่มนี้ว่า เด็กออทิซึม ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จัดอยู่ในความพิการประเภทที่ 4 ตามประกาศกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2552 คือ “ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก” เป็นความบกพร่องที่มองไม่เห็นจากภายนอก ซึ่งระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดออทิซึมอยู่ในกลุ่ม PDD (pervasive developmental disorders) โดยมีการแบ่งเป็นความผิดปกติชนิดย่อยๆ ของ PDD ตามอาการหรือเจตสีที่เป็น คือ

1. autism or autistic disorder เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องครบทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านสังคม พฤติกรรม และการสื่อสาร
2. Asperger disorder บุคคลแอสเพอร์เกอร์ มีความบกพร่องทางด้านสังคมและพฤติกรรม แต่ไม่พบความบกพร่องด้านภาษา ด้านสติปัญญา และทักษะการดูแลตนเอง
3. Rett syndrome เป็นบุคคลที่มีพัฒนาการถดถอย พบเฉพาะในเด็กหญิง
4. childhood disintegrative disorder พบได้น้อยในอัตรา 1 : 100,000 โดยมีการเสื่อมของชาวปัญญา การใช้ภาษาและการเข้าสังคมหลังอายุ 3-4 ปี และมีโอกาสเกิดในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-8 เท่า
5. pervasive developmental disorder – not otherwise specified (PDD-NOS) ในกรณีที่มีอาการคล้ายออทิซึมแต่มีอาการน้อย (นิรมล พัฒนสุนทร 2547) ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคอื่นๆ ในกลุ่ม PDD ใน 4 โรคแรก

โดย autistic disorder, Asperger disorder และ PDD-NOS มีลักษณะทางคลินิกเป็นสเปกตรัม (spectrum) ของโรคที่สัมพันธ์กัน แต่มีความรุนแรงแตกต่างกัน จึงมีการเรียกรวมกันว่า autistic spectrum disorder (ASD) ปัจจุบันมีข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าจำนวนผู้ป่วยเป็นออทิซึมเพิ่มมากขึ้น การศึกษาความชุกของสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2001 พบความชุกของ ASD ประมาณ 67 : 10,000 (ชาญยุทธ ศุภคุณภิญโญ 2547) การศึกษาในปี ค.ศ. 2008 พบความชุกของ ASD เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 113 : 10,000 (Center for Disease Control and Prevention 2009) ทั้งนี้สามารถสรุปตารางเปรียบเทียบอาการของกลุ่มอาการออทิซึม ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการออทิซึม

อาการและอาการแสดง	autism	Asperger disorder	childhood disintegrative disorder	Rett syndrome	PDD-NOS
ความบกพร่องทางสังคม	✓	✓	✓	✓	✓
ความบกพร่องทางภาษา	✓	✓ (semantic & pragmatic disorders)	✓	✓	✓
สนใจหรือทำอะไรซ้ำๆ	✓	✓	✓	✓	✓
มีอาการชัดเจน	ก่อน 36 เดือน		2-10 ปี	ก่อน 4 ปี	
เขาว์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	✓		✓	✓	
ช่วงเวลาที่มีการพัฒนาการปกติ			✓ (0-2 ปี)	✓ (5 เดือน)	
ทักษะหลายด้านบกพร่อง			✓	✓	
เพศ	ชาย>หญิง	ชาย>หญิง	ชาย>หญิง	หญิง	

ที่มา : เบญจมาศ พระธานี (2554)

เด็กออทิสซึมมีความบกพร่องทางพัฒนาการอย่างรุนแรงใน 3 ด้านหลักๆ คือ ความบกพร่องทางสังคม ความบกพร่องทางภาษาและการสื่อสาร และด้านพฤติกรรม ดังนี้

1. ความบกพร่องทางสังคม เด็กกลุ่มนี้มีโลกส่วนตัว ชอบเล่นคนเดียว และมักเล่นกับคนอื่นไม่เป็น ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามวัย บางรายสนใจที่จะเล่นกับผู้อื่นแต่ไม่รู้จะเริ่มอย่างไร หรือบางรายจะเล่นเฉพาะสิ่งที่ตนเองอยากเล่นเท่านั้น ไม่สามารถเล่นได้ตามบทบาทหรือกติกาที่วางไว้ ไม่ชอบสบตาบุคคลอื่น สีหน้าเรียบเฉย

2. ความบกพร่องทางภาษาและการสื่อสาร เป็นความบกพร่องที่มีลักษณะเด่นของเด็กออทิสซึม กล่าวคือ ครึ่งหนึ่งของเด็กกลุ่มนี้มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านการพูด อาการสำคัญของเด็กที่มาโรงพยาบาล คือ อาการพูดช้าและไม่สมวัย (อรทัย ทองเพชร 2545) ไม่พูดบอกความต้องการ หากต้องการสิ่งใดจะใช้การดึงมือที่อยู่ใกล้เคียงทำให้ บางคนอาจพูดภาษาแปลกๆ ซึ่งผู้อื่นไม่เข้าใจ ความหมาย หรือพูดผิดหลักไวยากรณ์ ใช้โทนเสียงต่ำ หรือสูงเกินไป พูดตามคนอื่นซ้ำๆ ในบางรายที่สามารถพูดสื่อสารได้ ก็มักสื่อสารเฉพาะเรื่องที่ตนเองสนใจ โดยไม่สนใจที่จะรับฟังผู้อื่น นอกจากความบกพร่องในการใช้ภาษาสื่อความหมายแล้ว ยังรวมถึงการใช้ภาษากายและการแสดงออกทางสีหน้า เช่น ไม่แบมือขอ ส่ายหน้าปฏิเสธหรือพยักหน้าแสดงความต้องการ

3. ความบกพร่องทางด้านพฤติกรรม มีพฤติกรรมที่ทำซ้ำ หรือสนใจบางเรื่องมากเป็นพิเศษ เช่น ชอบเดินเขย่งเท้า สะบัด และหมุนตัว เป็นต้น มีการเคลื่อนไหวมือที่มีลักษณะแปลกๆ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง ไม่ยืดหยุ่น ชอบวางสิ่งของอยู่ในตำแหน่งเดิม หากมีการเปลี่ยนแปลงจะหงุดหงิดและไม่พอใจ ชอบจ้องมองสิ่งที่เคลื่อนไหว เช่น พัดลม ล้อรถหมุน และน้ำไหล เป็นต้น ในบางรายพบการทำร้ายตนเอง เช่น โขกศีรษะ และตบหน้า

ทั้งนี้ เด็กแต่ละรายมีระดับอาการหรือความรุนแรงแตกต่างกัน ตั้งแต่มีอาการเด่นชัดจนบุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ จนกระทั่งมีอาการน้อยมากจนบุคคลอื่นไม่ทราบว่าป่วยเป็นออทิสซึม อย่างไรก็ตาม เด็กเหล่านี้สามารถมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้โดยเปลี่ยนแปลงตามวัยของเด็ก ดังนั้น การพบแพทย์ในช่วงวัยที่ต่างกันอาจทำให้การวินิจฉัยของแพทย์แตกต่างกันได้

## 2. สาเหตุของออทิสซึม

ปัจจุบันความรู้เกี่ยวกับออทิสซึมมีการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง รวมทั้งการศึกษาถึงสาเหตุการเกิดออทิสซึมอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่สามารถระบุสาเหตุและการดำเนินโรคที่ชัดเจนได้ แต่มีความเชื่อว่าเกิดจาก 2 สาเหตุรวมกัน (นิรมล พัฒนสุนทร 2547) ได้แก่

1. สาเหตุจากภายใน เช่น พันธุกรรม เนื่องจากพบการเกิดออทิซึมในคู่แฝดใบเดียวกันถึงร้อยละ 60 ส่วนในแฝดไข่คนละใบพบได้ร้อยละ 0-10 และโอกาสเป็นออทิซึมในพื้นที่ที่มีคนใดคนหนึ่งเป็นออทิซึมเท่ากับร้อยละ 2-6 ซึ่งมีโอกาสสูงมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 50 เท่า (ชาญยุทธ ศุภคุณภิญโญ 2547) นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุจากความผิดปกติของสมองหรือความผิดปกติของระบบประสาท โดยพบว่า ร้อยละ 25-30 ของเด็กออทิซึมจะมีการชักในระยะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น (เพ็ญแข ลีเมศิลา 2541) และพบความผิดปกติของสมอง 2 แห่ง คือ บริเวณที่ควบคุมด้านความจำ อารมณ์ และแรงจูงใจ และบริเวณที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยลักษณะของเซลล์สมองดังกล่าวเป็นเซลล์ที่ไม่พัฒนา นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติของระดับสารเคมีในสมอง เช่น serotonin, dopamine, opioid และ gamma-aminobutyric acid เป็นต้น

2. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม เช่น มารดาที่ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์

โดยสรุปแม้จะพบความผิดปกติดังกล่าว แต่ยังไม่สามารถสรุปสาเหตุที่ชัดเจนได้ โดยเชื่อว่าอาจมีกรรมพันธุ์เป็นตัวกำหนด และสามารถแสดงอาการออทิซึมได้เมื่อมีสิ่งแวดล้อมบางอย่างมากระตุ้น และไม่ได้เกิดจากการเลี้ยงดูที่ผิดวิธี แต่การเลี้ยงดูที่ถูกต้องจะเป็นส่วนเสริมให้เด็กออทิซึมมีอาการดีขึ้นได้

### 3. การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคออทิซึม ทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยการสังเกตพฤติกรรมร่วมกับการซักประวัติการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ซึ่งแพทย์ไทยใช้เกณฑ์ตาม DSM-IV โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคออทิซึม ประกอบด้วย

ก. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ 1, 2 และ 3 โดยอย่างน้อยต้องมี 2 ข้อ จากหัวข้อ 1 และจากหัวข้อ 2 และ 3 อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

1. มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

1.1 บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง (เช่น การสบตาการแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม)

1.2 ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้

1.3 ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจหรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็นหรือไม่ชี้ว่าตนสนใจอะไร)

- 1.4 ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธภาพตอบสนองกับสังคม
2. มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้
  - 2.1 พัฒนาการในการพูดช้าหรือไม่มีเลยโดยไม่แสดงออกกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน เช่น แสดงท่าทาง
  - 2.2 ในรายที่มีการพูดได้ก็ไม่สามารถเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้
  - 2.3 ใช้คำพูดซ้ำหรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ
  - 2.4 ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือเล่นเลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ
3. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ทำซ้ำๆ และคงรูปแบบเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้
  - 3.1 หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆ มีจำกัดซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ
  - 3.2 ติดกับกิจวัตรหรือย่ำทำกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น
  - 3.3 ทำกิริยาซ้ำๆ (mannerism) (เช่น เล่นสะบัดมือ หมุนโยกตัว)
  - 3.4 สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ
- ข. มีความช้าหรือผิดปกติในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี
  1. ปฏิสัมพันธ์กับสังคม
  2. ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม หรือ
  3. เล่นสมมติ หรือเล่นตามจินตนาการ
- ค. ความผิดปกติไม่เข้ากับ Rett disorder หรือ childhood disintegrative disorder

#### 4. การดูแลรักษาและช่วยเหลือเด็กออทิสซึม

แม้ว่าออทิสซึมยังไม่สามารถรักษาได้หายขาดได้ แต่การได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วก็สามารถช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ ทั้งนี้ หากผู้ปกครองสงสัยว่าเด็กอาจเป็นออทิสซึมให้รีบพบกุมารแพทย์หรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยแพทย์จะมีการประเมินเด็กตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ประวัติทางด้านพัฒนาการ ระดับเชาว์ปัญญา ปัญหาพฤติกรรม การทดสอบ



การได้ยิน เพื่อวินิจฉัยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับ ASD และเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นออทิซึม แพทย์ควรให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง สิ่งที่ควรวางแผนต่อไปคือ จะมีแนวทางในการดูแลรักษา และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้ดีขึ้นได้อย่างไร รวมถึงการยอมรับความจริงว่าลูกมีปัญหา การปรับตัวเพื่อจัดการดำเนินชีวิตใหม่ และเข้ารับการช่วยเหลือรักษา เนื่องจากการรักษาต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลานาน ทั้งนี้มีแนวทางการดูแลรักษาและช่วยเหลือ ดังนี้

1. พฤติกรรมบำบัด เนื่องจากเด็กออทิซึมมีความบกพร่องทางด้านพฤติกรรม กล่าวคือ การมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง หรือทำร้ายตัวเอง ดังนั้น การทำพฤติกรรมบำบัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม หยุดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และสร้างพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมแบบประยุกต์ (applied behavior analysis) และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification procedure) (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา 2549) หลักในการปรับพฤติกรรมนั้น ผู้ปรับพฤติกรรมต้องทำอย่างสม่ำเสมอ โดยการบำบัดที่ได้ผลดีต้องใช้เวลามากกว่า 25 ชั่วโมง/สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ 2548) ด้วยทำที่ที่หนักแน่นจริงจัง โดยใช้วิธีลงมือปฏิบัติกับเด็กมากกว่าการใช้คำพูด รวมถึงผู้ดูแลเด็กต้องให้ความร่วมมือและมีความเห็นสอดคล้องกันในการเลือกใช้เทคนิค ในการปรับพฤติกรรม (มูลนิธิศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ 2548)

2. การฝึกพูด เนื่องจากอาการของเด็กที่มาพบแพทย์บ่อยที่สุด คือ การมีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ดังนั้น เด็กจึงควรได้รับการฝึกพูดจากผู้เชี่ยวชาญ คือ “นักแก้ไขการพูด” หรือ “นักอรรถบำบัด” โดยผู้ปกครองควรนำเทคนิคจากผู้เชี่ยวชาญมาฝึกเด็กต่อที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยเป้าหมายของการฝึกพูดเพื่อให้เด็กมีทักษะทางการสื่อสารได้สูงสุดตามวัย และสามารถสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวและคนอื่นๆ ได้

3. การใช้ยา ปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้รักษาโรคออทิซึม ดังนั้น การรักษาด้วยยา จะเป็นการใช้ยาตามอาการเพื่อลดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น พฤติกรรมชุนมาก อยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง และอารมณ์หงุดหงิดง่าย เป็นต้น โดยการใช้ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม SSRI และ clomipramine สำหรับลดพฤติกรรมซ้ำๆ พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้ยากกลุ่ม psychostimulant เพื่อรักษาอาการขาดสมาธิ ชน อยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมก้าวร้าว การใช้ยากกลุ่ม mood stabilizer เพื่อลดอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย และพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งนี้การตอบสนองต่อยาในเด็กแต่ละคน มีความแตกต่างกันจึงต้องมีการบริหารยาที่เหมาะสม โดยจิตแพทย์และกุมารแพทย์จะพิจารณาใช้ยา เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ หรือในช่วงเวลาที่มีความจำเป็นเท่านั้น ระยะเวลาในการให้ยาในเด็กแต่ละคน อาจแตกต่างกันโดยอาจพิจารณาปรับยาตามความเหมาะสมและอาการของเด็ก เมื่อเด็กหยุดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ การใช้ยาอาจไม่จำเป็น

4. การบำบัดทางเลือก นอกจากแนวทางหลักข้างต้น ปัจจุบันยังมีการบำบัดทางเลือกที่หลากหลาย ซึ่งสามารถเลือกให้เหมาะสมตามสภาพปัญหา เช่น การใช้ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด การฝังเข็ม หรือการบำบัดด้วยสัตว์ เช่น ม้า ช้าง และสุนัข เป็นต้น

5. การช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการทางสังคม ปัจจุบันผู้พิการจะได้รับสิทธิประโยชน์ในด้านบริการทางการแพทย์ บริการทางการศึกษา บริการทางอาชีพ บริการทางสังคม และบริการด้านสิ่งแวดล้อมและบริการด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งแวดล้อมสำหรับคนพิการ ภายใต้พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (สภุมณวิ 2551) โดยเด็กออทิสติกถือเป็นความพิการประเภทหนึ่ง ซึ่งกำหนดให้มีการยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสมุดคู่มือประจำตัวคนพิการ เพื่อขอรับสิทธิประโยชน์จากภาครัฐ โดยมีแนวปฏิบัติดังนี้

#### 5.1 เอกสารที่ใช้ในการจดทะเบียน ดังนี้

1. ใบประเมินความพิการ ซึ่งประเมินโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐ
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรต่างด้าว หรือเอกสารอื่นที่ทางราชการออกให้ ในกรณีเป็นผู้เยาว์ใช้สูติบัตร พร้อมต้นฉบับตัวจริง
3. สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมต้นฉบับตัวจริง
4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป

#### 5.2 สถานที่จดทะเบียน

1. คนพิการที่มีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานคร ขอจดทะเบียนได้ที่ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวสำหรับคนพิการ (one-stop-services center) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ถนนกรุงเกษม สะพานขาว เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100 ศูนย์บริการร่วม กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 1-8 และฝ่ายสังคมสงเคราะห์ งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช
2. คนพิการที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ขอจดทะเบียนได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัดที่ผู้พิการมีภูมิลำเนาอยู่ หรือที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่มีศูนย์บริการจดทะเบียนคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล

3. คนพิการที่ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาของตนเอง แต่มีถิ่นประกอบอาชีพอยู่ในจังหวัดนั้นๆ สามารถขอยื่นจดทะเบียนได้ ณ จังหวัดที่ตนอาศัยอยู่

## แนวคิดผู้ดูแล

ผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลทั้งด้านสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้ป่วย อันเนื่องมาจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สาเหตุดังกล่าวจึงเป็นข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้าง (วรารภรณ์ จิธานนท์ 2547)

### 1. ความหมายของผู้ดูแล

ได้มีการแบ่งความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะด้วยกัน (Horowitz 1985 อ้างถึงใน ตวงรัตน์ แซ่เตียว 2547) ได้แก่

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล ในการช่วยทำกิจกรรมบางอย่างแทนผู้ดูแลหลัก แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง หรือเป็นผู้ช่วยผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ สามารถแบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์ได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลจากทีมวิชาชีพ หรือเคยได้รับการอบรมในด้านการดูแล เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ดูแลที่รับจ้างจากศูนย์ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น ซึ่งกลุ่มนี้จะได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน
2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่ทำด้วยความรัก ความสำนึกหรือหน้าที่ และไม่เคยฝึกอบรมมาก่อน ความสัมพันธ์ในการดูแลผู้ป่วยมักเป็นแบบหนึ่งต่อหนึ่ง หรือใช้เวลาในการดูแลนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน บุคคลในกลุ่มนี้ เช่น คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง กลุ่มเพื่อน และเพื่อนบ้าน เป็นต้น (กรรณิกา คงหอม 2546)

## 2. ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม

ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม คือ ผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลเด็ก ทั้งการให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่หรือตอบสนองความต้องการของเด็ก ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา ญาติพี่น้อง โดยพบว่า ส่วนใหญ่แล้วมารดาคือผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสซึม (นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล 2546)

## 3. บทบาทของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม

ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเด็ก เพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงการเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการ ให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างปกติ ดังต่อไปนี้

1. บทบาทในการเลี้ยงดู การฝึกเด็กให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน การแต่งกาย รับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น เพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแลและคนรอบข้าง ที่สำคัญคือ การให้ความรัก ความเอาใจใส่

2. บทบาทในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้เหมือนอยู่ในโลกของตนเอง ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องหมั่นส่งเสริมและกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า (ตา หู จมูก กาย และลิ้น) เพื่อให้เด็กมีการตื่นตัวและตอบสนอง เช่น การเล่นที่มีการสัมผัสผิวกาย ได้แก่ การอุ้ม การนวดตัว การเล่นปุ๊ต หรือการให้ดมกลิ่นที่แตกต่างกัน ฝึกให้เด็กหันตามเสียงเรียก ให้เด็กสบตา การฝึกพูด พลัดกรรมบำบัด หรือการบำบัดทางเลือกที่มีความเหมาะสมกับเด็กซึ่งต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3. บทบาทในการประสานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากเด็กมีความบกพร่องในหลายด้าน ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องคอยดูแลในเรื่องการนัดพบบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด และจิตแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของแต่ละราย รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องของเด็กเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ และการขอคำแนะนำปรึกษา เพื่อสามารถดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

4. บทบาทในด้านการศึกษา การจัดหาสถานศึกษา ถือเป็นปัญหาหลักอันดับต้นของผู้ปกครองเด็กในวัยเรียน เนื่องจากสภาพปัญหาของเด็กมีความแตกต่างกัน กระบวนการศึกษาจึงมีความแตกต่างกัน ผู้ปกครองจึงต้องหาข้อมูล และทำความเข้าใจถึงความแตกต่างของระบบการศึกษาแต่ละประเภท เพื่อสามารถเลือกให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อการกระตุ้นพัฒนาการและการเรียนรู้ ทั้งนี้ สมจิตร์ ห่องบุตรศรี (2547) ได้สรุปเส้นทางการศึกษาของเด็กออทิสซึมเป็น 5 ประเภท ดังนี้

4.1 กลุ่มที่ต้องการเตรียมความพร้อม หรือการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในศูนย์การศึกษา

4.2 กลุ่มโรงเรียนเรียนร่วม คือ กลุ่มที่สามารถจัดให้เข้าเรียนร่วมกันกับนักเรียนปกติ โดยมีครูประจำชั้นเป็นผู้คอยช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิด

4.3 กลุ่มโรงเรียนเฉพาะ เนื่องจากบางรายมีข้อจำกัด เด็กจึงเหมาะกับโรงเรียนเฉพาะทาง

4.4 กลุ่มโรงเรียนการศึกษานอกระบบ เช่น การศึกษาตามหลักสูตรเบ็ดเสร็จขั้นพื้นฐานสำหรับบุคคลออทิสซึม

4.5 กลุ่มที่ต้องการการเตรียมพื้นฐานอาชีพ

#### 4. ผลกระทบของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม

การดูแลรักษาเด็กออทิสซึมต้องอาศัยความอดทน ตั้งใจ และทุ่มเทของผู้ดูแลอย่างสูง เนื่องจากการช่วยให้เด็กดีขึ้นได้นั้นไม่สามารถบอกได้ว่าต้องใช้ระยะเวลาานเท่าใด เพราะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแลเด็กจึงได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากการที่ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาดูแลเด็กที่ยาวนาน จึงส่งผลต่อสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแล การพยากรณ์โรคพบว่า 2 ใน 3 ของเด็กออทิสซึมต้องการการช่วยเหลือตลอดชีวิต มีการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้พักผ่อนน้อยลง เนื่องจากเด็กออทิสซึมมักมีปัญหาเรื่องการนอน ส่งผลให้ปริมาณและคุณภาพในการนอนหลับของผู้ดูแลเด็กออทิสซึมน้อยกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป (Ghanizadeh, Alishahi & Ashkani 2009) นอกจากนี้พบว่า ผู้ดูแลมีความเจ็บปวดเมื่อยล้าทางร่างกายสูงกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป รวมถึงภาวะสุขภาพโดยทั่วไปแย่กว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (Benjak, Mavrincac & Simetin 2009) โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้า (burden) ของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ในขณะที่ อายุโรคประจำตัว ก็มีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลเช่นกัน รวมถึงภาระหน้าที่ความรับผิดชอบอื่น ความรู้ความเข้าใจในโรคของผู้ป่วย ระยะเวลาในการเดินทาง หรือระยะเวลาในการดูแล (พิชิต สุขสบาย และสายพิน หัตถิรัตน์ 2552) โดยมีรายงานว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กออทิสซึมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1,000 ชั่วโมงต่อปี (Jarbrink 2007)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตแย่ลง เนื่องจากมีความวิตกกังวล หดหู่ ท้อแท้ผิดหวัง และมีความเครียด (Hutton 2005) ความตึงเครียดยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่าอัตราการหย่าร้างของครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิซึมสูงกว่าครอบครัวทั่วไป 2% (Ghanizadeh, Alishahi & Ashkani 2009)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการต้องทุ่มเทเวลาดูแลเด็ก ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ หรือคนในชุมชนลดน้อยลง บางครอบครัวรู้สึกอับอายที่มีบุตรเป็นออทิซึม จึงหลีกเลี่ยงการออกสู่สังคมภายนอก ในขณะที่ต้องมีความรับผิดชอบทางการเงินสูงขึ้น แต่มีรายได้น้อยลงเพราะต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา บางครอบครัวต้องทำงานน้อยลงหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลเด็ก จึงส่งผลให้เกิดปัญหาทางการเงิน จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยออทิซึมสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 2 เท่า (Ghanizadeh, Alishahi & Ashkani 2009) การศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการช่วยเหลือและสนับสนุนในส่วนของผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการออทิซึมอยู่ที่ 2.7 พันล้านปอนด์ต่อปี ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยออทิซึมตลอดช่วงชีวิตเฉลี่ยต่อคนสูงถึง 3.2 ล้านเหรียญ โดยมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงกว่าบุคคลทั่วไปเฉลี่ย 4,110 - 6,200 เหรียญต่อปี (Center for Disease Control and Prevention 2009)

### แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมมีการศึกษาอย่างแพร่หลายตั้งแต่ปี 1970 เป็นต้นมา โดยมีพื้นฐานแนวคิดการศึกษาด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งอธิบายว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้น จะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลที่มีความสำคัญและมีอำนาจเหนือตัวเรา ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อความเจ็บป่วย หรือการเกิดโรคทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Chronister, Johnson & Berven 2006)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นมิติหนึ่งของการสร้างความมั่นคงของมนุษย์ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการเกื้อกูลทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก การที่บุคคลมีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือหรือเป็นฝ่ายได้รับความคุ้มครอง รวมถึงความสามารถเข้าถึงบริการของสังคม ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมีความสุข การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะส่งเสริมให้บุคคลเผชิญกับภาวะความเครียด โดยกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีค่าในตนเอง ทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการและความสามารถในการเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น จากการได้รับข้อมูลต่างๆ เป็นผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดามารดา คู่สมรส บุตรหลาน เพื่อนฝูง

หรือได้รับจากผู้ช่วยเหลือทางสุขภาพหรือบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงจากคนแปลกหน้า (พรพิมล วรภูมิพุทธพงศ์ และสงคราม เชาวศิลป์ 2549) โดยพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลใกล้ชิดสามารถช่วยจุนเจือด้านร่างกายและด้านอารมณ์ได้มากกว่าที่ได้รับจาก บุคคลไม่ใกล้ชิด ทั้งนี้ การศึกษาการสนับสนุนทางสังคม เกิดขึ้นในบุคคลกลุ่มต่างๆ ทั้งจากผู้ป่วย โรคทางกาย เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือผู้ป่วย ที่เกี่ยวกับจิต เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรคเครียด ผู้ป่วยติดสารเสพติด รวมถึงบุคคลที่เกิดความตึงเครียด ในชีวิต เช่น ผู้ที่ต้องหย่าร้าง หรือผู้เลี้ยงดูผู้ป่วย (Langford et al 1997 อ้างถึงใน ประไพ ทยายุทธ 2545)

สำหรับความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ดูแลนั้น Pender (1996 อ้างถึงใน ศิริรักษา นันทพงษ์ 2542) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการส่งเสริมสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมซึ่งช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้น เป็นการช่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริม ภาวะสุขภาพ โดยช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ดี นอกจากนี้ ยังช่วยให้มีวิจารณญาณหรือวิธีในการปรับตัวต่อความเครียด ช่วยให้บุคคลปรับพฤติกรรมเพื่อบรรเทา ระดับของอันตรายหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้

## 1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีการศึกษาอย่างแพร่หลายทั้งในแวดวง นักจิตวิทยา แพทย์ พยาบาล นักมานุษยวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จึงทำให้มีการให้ความหมาย ที่แตกต่างกัน ดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการได้รับข้อมูล ที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง รวมถึง ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด

House (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การให้ความรัก ความไว้วางใจ การเห็นคุณค่า และรับฟังปัญหาด้วยความห่วงใย รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่างๆ การได้รับคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารและ การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า

Pender (1987) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคล รู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จาก กลุ่มคนในระบบของสังคมนั้นเองในการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ เป็นผลให้ บุคคลนั้นดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

Grasha (1995 อ้างถึงใน พรพิมล วรวิฑูฒิพุทธพงศ์ และสงคราม เขาวรรณศิลป์ 2549) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่นเมื่อมีสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้บุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยทางกายและมีปัญหาทางอารมณ์น้อยลงเมื่อเทียบกับคนที่แยกตัวจากบุคคลอื่น นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดี ยังช่วยให้บุคคลผ่านพ้นความเจ็บป่วย เหตุการณ์ฉุกเฉินเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมถึงปัญหาด้านอื่นๆ ด้วย

จากนิยามดังกล่าว สามารถสรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคมได้ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมที่มีความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมผ่อนคลายจากความเครียด ความเจ็บป่วยทั้งทางกายและอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ มีคนคอยรับฟัง ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมนั้นๆ

## 2. ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ได้มีการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันออกไป ดังนี้

House (1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) โดยส่วนใหญ่บุคคลจะได้รับมาจากครอบครัวและเพื่อนสนิท ซึ่งประกอบด้วย ความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความห่วงใย และความไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า (appraisal support) คือ การได้รับข้อมูลย้อนกลับเพื่อสามารถประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน หรือสมาชิกในชุมชน
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือการได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การได้รับคำแนะนำ ปรีกษา ข้อเสนอแนะ การให้ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมโดยตรงในรูปแบบของการช่วยเหลือทางการเงิน การเสียสละเวลา การช่วยในด้านวัสดุสิ่งของ รวมถึงการบริการต่างๆ

Cobb (1976) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ



1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าบุคคลนั้นได้รับความเอาใจใส่ และความรัก
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าบุคคลได้รับการยอมรับและรู้สึกว่ามีคุณค่า
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support network) เป็นข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยมีความสัมพันธ์ที่ดีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Grasha (1995 อ้างในพรพิมล วรวิฑูฒิพุทธพงศ์ และสงคราม เขาวนศิลป์ 2549) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการที่บุคคลอื่นได้รับฟังหรือพูดคุยร่วมกับบุคคลนั้น และช่วยให้บุคคลสามารถหาทางในการแก้ไขจัดการกับปัญหาได้ ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเองและส่งเสริมให้สามารถดำเนินผ่านลู่ทางไปได้
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การที่บุคคลได้รับคำปรึกษา แนะนำ เพื่อนำไปพิจารณาใช้ในการแก้ไขปัญหา
3. การสนับสนุนด้านวัตถุ คือ การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนวัตถุสิ่งของ ในรูปแบบของเงิน เครื่องมือ เครื่องใช้ หรือแรงงาน

พรพิมล วรวิฑูฒิพุทธพงศ์ และสงคราม เขาวนศิลป์ (2549) แบ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการที่ผู้อื่นรับฟังความรู้สึกของเรา การแสดงออกว่ารักหรือชอบ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ การให้ความไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการที่ผู้อื่นให้คำแนะนำ การเสนอแนะ การชี้แนะโดยตรง และการให้ข้อมูล การให้การสะท้อนกลับจากผู้อื่นว่าสิ่งที่เราดำเนินการเป็นอย่างไร
3. การสนับสนุนเพื่อประเมินคุณค่า เป็นการที่ผู้อื่นพูดหรือแสดงการยอมรับเคารพศักดิ์ศรี และมองเห็นคุณค่าของเรา
4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เป็นการที่บุคคลที่เราชื่นชมให้การสนับสนุนวัตถุสิ่งของ เช่น เครื่องมือ เครื่องใช้ สนับสนุนด้านการเงิน การลงแรงช่วยเหลือ การเสียสละเวลาช่วยเหลือ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร เนื่องจากผู้วิจัยสามารถนำแนวคิดมาใช้เป็นกรอบในประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยได้ เพราะสามารถตอบสนองความต้องการได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลเด็ก กล่าวคือ

ด้านอารมณ์ สามารถนำมาประเมินด้านอารมณ์ จิตใจของผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึม เนื่องจากการทราบว่าบุตรป่วยเป็นออทิซึม ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เสียใจ ประกอบกับภาวะของโรคเป็นอาการเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดจากการดูแลเด็กที่ต้องใช้ระยะเวลานาน รวมถึงภาวะกังวลต่ออนาคตของเด็ก ทั้งการช่วยเหลือตนเอง ด้านการศึกษา หรือการประกอบอาชีพ

ด้านข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากการเป็นผู้ดูแลเด็ก จำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการ หรือการรักษาอาการป่วยของเด็ก รวมถึงข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น เรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิทางการศึกษา สวัสดิการทางสังคม เป็นต้น การที่ผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารทำให้มีแนวทางในการปฏิบัติตนหรือนำไปแก้ไข ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และรับทราบช่องทางในการขอคำแนะนำ เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ดูแล

ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า การเปลี่ยนแปลงของเด็กจะดีขึ้นหรือไม่ หรือใช้ระยะเวลานานเท่าไร ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องจนเป็นเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเป็นความบกพร่องของตนเอง ไร้ความสามารถหรือมีคุณค่าลดลง การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ทำให้ผู้ดูแลสามารถเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกับตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีผู้คอยรับฟัง สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเป็นข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ทำให้เกิดความมั่นใจและรู้สึกมีคุณค่า

ด้านทรัพยากร การดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งการรักษาตามแนวทางของบุคลากรทางการแพทย์ ตามอาการของเด็กแต่ละราย ซึ่งมีทั้งการพบแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด เป็นต้น ด้วยภาระดังกล่าว อาจทำให้ต้องใช้เวลากับเด็กมากขึ้นกว่าปกติ ส่งผลให้ต้องลดเวลาในการทำกิจกรรมอื่นๆ รวมทั้งการประกอบอาชีพเพื่อช่วยเหลือครอบครัว ผู้ดูแลจึงต้องการได้รับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรจากบุคคลในสังคม เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวในด้านการงาน ภาระค่าใช้จ่าย หรือการมี

ผู้ที่คอยช่วยเหลือในการดูแลเด็ก เพื่อให้ตนเองมีโอกาสในการผ่อนคลาย หรือทำกิจกรรมทางสังคมได้ตามโอกาส

### 3. แหล่งสนับสนุนทางสังคม

นอกจากการกล่าวถึงมิติของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีหลากหลาย สิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการสนับสนุนทางสังคม คือ แหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการพิจารณาถึงแหล่งที่มาของการให้การสนับสนุนทางสังคมทำให้การตีความหมายของการสนับสนุนทางสังคมเป็นไปอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายที่นำไปใช้ โดยมีการแบ่งประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลายเช่นกัน

House (1981) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. แหล่งสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ (informal sources) ได้แก่ บุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และเพื่อนร่วมงาน

2. แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ (formal sources) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group)

จรรย์วัตร คมพยัคฆ์ (2535) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน หรือเรียกว่ากลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ

2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ หรือเรียกว่ากลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ

Pender (1996) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนทางสังคมตามธรรมชาติ (natural support) ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ วิถีปฏิบัติ

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (peer support) หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้มีประสบการณ์ มีความชำนาญ เพื่อช่วยเหลือให้สามารถปรับตัวจากสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตได้

3. การสนับสนุนจากบุคคลทางศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (religious organization) ได้แก่ ผู้นำศาสนา หรือบุคคลในองค์กรศาสนา โดยอาศัยความเชื่อ หลักคำสอนทางศาสนาเป็นเป้าหมาย

4. การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ (health professional system) ซึ่งเป็นแหล่งการสนับสนุนในการบริการรักษาผู้ป่วย ทำให้บุคคลสามารถดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของตนเองและผู้ใกล้ชิด

5. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (organized support system not direct by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจะเป็นกลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Brand & Weinert (1985 อ้างถึงใน นาริลักษณ์ มงคลศิริกุล 2546) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มบุคคล 11 แหล่งด้วยกัน คือ บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ มิตรสหาย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระหรือนักบวช บุคลากรด้านสุขภาพ หน่วยงานบริการที่จัดไว้ให้ในชุมชน บุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน และอื่นๆ

จากการทบทวนแนวคิดจากนักทฤษฎีที่อธิบายไว้ข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปแหล่งการสนับสนุนทางสังคม โดยพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องเพื่อให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัย เป็น 4 ประเภท คือ

1. บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
3. บุคลากรสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด ครู อาจารย์ และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น
4. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิซึม และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

#### 4. ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

จินตนา สมนึก (2540) ได้สรุปปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ที่มีผลต่อความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย
  - 1.1 อายุ มีอิทธิพลต่อปริมาณและรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมที่ต้องการและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดทุกช่วงอายุ
  - 1.2 เพศ พบว่าเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีกลุ่มสังคมใหญ่กว่าเพศชาย

1.3 สภาพสมรส พบว่า หญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับการสนับสนุน ทางสังคมมากกว่าหญิงที่สถานภาพสมรสหม้ายหรือหย่าร้าง

1.4 การศึกษา พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ พบว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการจัดการสนับสนุนทางสังคมได้ดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ กล่าวคือ การมีสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้บุคคลต้องการและได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ซึ่งมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงได้ เช่น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะวิกฤต ภาวะเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน บุคคลที่อยู่ในภาวะสูญเสีย ทำให้มีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่มากกว่าเดิม

## 5. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมและการนำไปใช้

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือที่มีความแตกต่างกัน รวมถึงมีการนำไปดัดแปลงเพื่อใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน เช่น

จินตนา สมนึก (2540) สร้างแบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอาศัยพื้นฐานแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าลิเคอร์ท 5 ระดับ ผู้วิจัยได้ทำการหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ นำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 15 คน และนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก ได้เท่ากับ .92

น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) สร้างแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยอาศัยพื้นฐานแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ผู้วิจัยได้ทำการหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 20 คน นำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากได้เท่ากับ .74

สุภาพ ปิ่นทอง (2549) สร้างแบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนทางสังคมใช้ในกลุ่มตัวอย่างของครอบครัวและผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยอาศัยพื้นฐานแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ โดยครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและด้านทรัพยากร ลักษณะคำถาม

เป็นมาตราส่วนประเมินค่าลิเคอร์ท์ 4 ระดับ ผู้วิจัยได้ทำการหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ นำไปทดสอบกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 10 คน นำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยง (reliability) ได้เท่ากับ .91 และทดสอบกับครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 10 คน นำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบรากได้เท่ากับ .96

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามจาก จินตนา สมนึก (2540) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งใช้กรอบแนวคิดของ House (1981) ซึ่งคำถามสามารถวัดได้ครอบคลุมทั้งมิติในด้าน กาย จิต สังคมและเศรษฐกิจ โดยนำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลเด็ก

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล (2546) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสซึม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดัดแปลงโดย ศิริริภา นันทพงษ์ (2542) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ปกครองเด็กออทิสซึมได้รับมากที่สุด ได้แก่ คู่สมรส รองลงมา คือ บิดามารดา ญาติและบุคลากรทางสุขภาพ ตามลำดับ

ศิริริภา นันทพงษ์ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 160 ราย ใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบมาก ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ บิดามารดา และพระหรือนักบวช ตามลำดับ

ประภาศรี ทุงมีผล (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสซึม กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาเด็กออทิสซึมที่พาบุตรเข้ารับบริการจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 200 ราย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีความพร้อมในการดูแลบุตรระดับปานกลาง และมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าหากมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสซึมความเครียดในมารดาเด็กออทิสซึมมีแนวโน้มที่จะลดลง

ศศิธร แก้วนพรัตน์ (2541) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสซึมของศูนย์สุขวิทยาจิต พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านบริการ มีผลเชิงบวกต่อความเครียดของบิดา มารดาเด็กออทิสซึม บิดามารดาเด็กออทิสซึมยังคงมีความเครียดปานกลางใน 4 เรื่อง คือ ท่าทีของคนรอบข้างต่อบุตร ความคาดหวังว่าบุตรจะมีอาการดีขึ้น ความวิตกกังวลว่าบุตรจะไม่ได้เรียนหนังสือ และความวิตกกังวลกับพฤติกรรมของบุตร

โกศลจิต หลวงบำรุง วันดี พุทธรังสี และอังศุมา อภิชาติ (2549) ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กออทิสซึมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาจากผู้ดูแลที่พาเด็กออทิสซึมมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 84 คน พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม

ศรันยา เมื่อก่อง (2541) ศึกษาการใช้เวลากับคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสซึม พบว่า มารดาที่มีบุตรเป็นออทิสซึมมีความพึงพอใจพอสมควรกับการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามสภาพแวดล้อมของชีวิตปัจจุบัน โดยการดูแลบุตรปกติและบุตรออทิสซึมจะมีผู้ช่วยเหลืออย่างดี โดยเฉพาะสามี

ปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข (2550) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดาและการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวของมารดาที่นำบุตรที่ป่วยด้วยภาวะสมองพิการที่มีอายุ 3 เดือน ถึง 6 ปี ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีและญาติอย่างเพียงพอในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ส่งผลให้มารดามีพลังความสามารถในการดูแลบุตรสมองพิการ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) คือ ความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความห่วงใย และความไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือ การได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การได้รับคำแนะนำ ปรีกษา ข้อเสนอแนะ การให้ความรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า (appraisal support) คือ การได้รับข้อมูลย้อนกลับเพื่อสามารถประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) คือ การช่วยเหลือทางการเงิน การเสียสละเวลา การช่วยในด้านวัตถุสิ่งของ และบริการต่างๆ

สำหรับแหล่งที่มาในการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
3. บุคลากรสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด ครู อาจารย์ และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น
4. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสซึม และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสซึม และ PDD-NOS (ออทิสซึม ใช้เรียกผู้ป่วยที่มีการอาการรุนแรง ซึ่งเข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ส่วน PDD-NOS คือ กลุ่มที่มีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้านแต่อาการไม่ครบตามจำนวนข้อกำหนดตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ความรุนแรงน้อย หรือมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไป) เปรียบเทียบกับผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย เพื่อให้ทราบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีอาการเจ็บป่วยต่างกัน มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกันหรือไม่ อย่างไร



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคม ในผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลที่นำเด็กเข้ารับการทดสอบพัฒนาการจากคลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอบางใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้รับการวินิจฉัยออทิสซึมตาม DSM-IV จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นหรือกุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก ผลการวินิจฉัยพบว่า มีเด็กอยู่ในเกณฑ์เป็นออทิสซึมจำนวน 57 คน PDD-NOS 35 คน และพัฒนาการสมวัย 46 คน รวมทั้งสิ้น 138 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสัดส่วน โดยใช้สูตรการคำนวณของ R.V. Krejcie และ D.W. Morgan โดยกำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% เมื่อขนาดประชากร 138 คน ต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 102 คนตามสูตร ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

เมื่อ	n	เป็นจำนวนของตัวอย่าง
	N	เป็นจำนวนของประชากร
	e	เป็นสัดส่วนของความคลาดเคลื่อนเทียบกับค่าพารามิเตอร์
	p	เป็นสัดส่วนตามลักษณะที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาจากกลุ่มประชากร
	$\chi^2$	เป็นค่าไคสแควร์ (chi square) ที่องศาของความอิสระ (degree of freedom) เท่ากับ 1 และระดับ $\square(1-\alpha)\square\square\square 100\%$

เมื่อเทียบสัดส่วนแล้วต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลเด็กออทิสซึม จำนวน 42 คน เด็ก PDD-NOS จำนวน 26 คน และเด็กพัฒนาการสมวัย จำนวน 34 คน รวมทั้งสิ้น 102 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา หรือสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลหลัก ไม่นับรวมถึงพี่เลี้ยงเด็กหรือลูกจ้างที่ได้รับค่าตอบแทน

2. เด็กมีระยะเวลาในการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

3. มีภูมิลำเนาในภาคใต้

4. สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างรายที่น่าสนใจสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลเด็กออทิสซึม 4 คน เด็ก PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย กลุ่มละ 3 คน รวมเป็น 10 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุของผู้ดูแล ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การรับรู้ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ (หมายถึง การประเมินฐานะทางเศรษฐกิจในครอบครัวว่าอยู่ในระดับใด) อายุเด็ก และความเกี่ยวข้องกับเด็ก และส่วนที่ 2 ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ของจินตนา สมนึก (2540) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ House (1981) วัดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าและด้านสิ่งของบริการ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ โดยได้ทำการหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ นำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 15 คน และนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคได้เท่ากับ .92 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ จำนวน 12 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 12 ข้อ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า จำนวน 12 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 12 ข้อ รวมเป็น 48 ข้อ

โดยเป็นคำถามเชิงบวก 31 ข้อ และคำถามเชิงลบ 17 ข้อ โดยการใช้แบบวัดเจตคติแบบลิเคอร์ท์ เนื่องจากสามารถใช้วัดเจตคติได้อย่างกว้างขวาง มักมีค่าความเที่ยงสูงกว่าแบบอื่น ซึ่งต้องมีข้อคำถาม ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ 2549)

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าลิเคอร์ท์ 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด      มาก      ปานกลาง      น้อย      น้อยที่สุด

คำถามเชิงบวก แต่ละข้อคำถามมีช่วงคะแนน ดังนี้

มากที่สุด      ให้ 5 คะแนน

มาก      ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง      ให้ 3 คะแนน

น้อย      ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด      ให้ 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ แต่ละข้อคำถามมีช่วงคะแนน ดังนี้

มากที่สุด      ให้ 1 คะแนน

มาก      ให้ 2 คะแนน

ปานกลาง      ให้ 3 คะแนน

น้อย      ให้ 4 คะแนน

น้อยที่สุด      ให้ 5 คะแนน

คะแนนสูง แสดงว่าผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

แบ่งคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก โดยนำค่าพิสัย (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)หารจำนวนอันตรภาคชั้น ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ย
3.67 - 5.00	ระดับมาก
2.34 - 3.66	ระดับปานกลาง
1.00 - 2.33	ระดับน้อย

เกณฑ์ดังกล่าวได้จากการนำคะแนนรวมของทุกข้อหารด้วยจำนวนข้อ แล้วนำมา กำหนดช่วงคะแนนมากที่สุด (5) – คะแนนที่น้อยที่สุด (1) หารด้วย 3 ได้เท่ากับ 1.33 แล้วนำ 1.33 มากำหนดช่วงคะแนน (ประคอง กรรณสูตร 2538)

แบบวัดแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยได้สรุปจากแนวคิดของ House (1981) และ Pender (1996) โดยเป็นการตอบแบบเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และแบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท ประกอบด้วย บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น) บุคลากรวิชาชีพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด ครู อาจารย์ และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น) และ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) (เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสซึม และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นต้น)

2. แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นโดยมีประเด็นหลักในการเจาะลึก ซึ่งเนื้อหาครอบคลุมประเด็นการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนปัญหา และข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ให้สัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกต และมีการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้ข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยการหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) หาค่าอำนาจจำแนก (discrimination) และความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ดังนี้

1. ความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ดัดแปลง ขึ้นมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิทยาการวิจัยทางสังคมศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพิเศษ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำมา

ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความชัดเจนของเนื้อหา ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหา

2. หาค่าอำนาจจำแนก (discrimination) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะเช่นเดียวกับที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อแล้วเลือกเฉพาะข้อที่มีสัมประสิทธิ์ระหว่าง .2 - .8

3. ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับที่ต้องการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 30 ราย หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยทดสอบความเที่ยงจำแนกตามรายด้านของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ ทดสอบแล้วพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านทรัพยากร และทั้งฉบับมีความเที่ยงเท่ากับ .84, .81, .75, .91 และ .93 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ หากระหว่างการวิจัยผู้ดูแลประสงค์จะหยุดการให้ข้อมูลก็สามารถทำได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของเด็กหรือผู้ดูแลเด็ก และข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม กรณีการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยขออนุญาตในการนำตัวอย่างบทสนทนาที่ได้จากการให้ข้อมูลของผู้ดูแลเด็กมาประกอบการสรุปผลการวิจัย โดยใช้เป็นนามสมมติทั้งชื่อผู้ดูแลและชื่อของเด็ก

### วิธีเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตใช้กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยจากคลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าคลินิกเด็ก แพทย์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การกำหนดกลุ่มตัวอย่างรวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนด

4. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยข้อมูลจากแบบสอบถามในส่วนที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยเป็นผู้ถามแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน ส่วนแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาทีต่อคน ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเก็บข้อมูล โดยแจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ในการยินยอม ปฏิเสธหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตามต้องการ

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแต่ละราย เมื่อรวบรวมครบถ้วนแล้วจึงนำแบบสอบถามมาประมวลและวิเคราะห์ผล

### สถานที่เก็บข้อมูล

คลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หรือที่พักอาศัยของผู้ดูแลเด็ก

### ระยะเวลา

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2555 ถึง เดือนตุลาคม 2555

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรม epidata และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์

2. ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

4. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประเภทของผู้ดูแลเด็กกับการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว หากพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของ Bonferroni

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่ได้จากการให้ข้อมูลพร้อมยกตัวอย่างคำพูด และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็ก กลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้วิจัย นำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ตอนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

ตอนที่ 4 แหล่งสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

ตอนที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้เป็นผู้ดูแลเด็กออทิสซึม 42 คน PDD-NOS 26 คน และพัฒนาการสมวัย 34 คน รวมทั้งสิ้น 102 คน ซึ่งดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดไม่ต่ำกว่า 6 เดือน เด็กมีอายุระหว่าง 4-11 ปี โดยเด็กออทิสซึมอายุเฉลี่ย 6.9 ปี เด็ก PDD-NOD อายุเฉลี่ย 6.7 ปี และเด็กพัฒนาการสมวัยอายุเฉลี่ย 5.9 ปี ซึ่งสามารถสรุปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กได้ดังนี้

1. ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม จำนวน 42 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.6 และมีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 47.6 อายุเฉลี่ย 38.26 ปี นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 90.5 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสร้อยละ 85.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 50 และต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.2 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 31 รองลงมาเป็นแม่บ้านร้อยละ 23.8 การรับรู้ระดับฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 83.3 และเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดามากที่สุดร้อยละ 78.57



2. ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.1 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 76.9 มีอายุเฉลี่ย 37.61 ปี นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 88.5 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสร้อยละ 84.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 53.8 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุดร้อยละ 38.5 การรับรู้ระดับฐานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.6 และเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดามากที่สุดร้อยละ 69.2

3. ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย จำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.3 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 67.6 มีอายุเฉลี่ย 38.26 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 73.5 สถานภาพสมรสร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 58.8 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุดร้อยละ 38.2 การรับรู้ระดับฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 94.1 และเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดามากที่สุด ร้อยละ 73.5 ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็กและข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติไคสแควร์

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแลเด็ก			$\chi^2$
	ออทิซึม (n=42)	PDD-NOS (n=26)	พัฒนาการสมวัย (n=34)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	9 (21.4)	7 (26.9)	5 (14.7)	0.503 <sup>ns</sup>
หญิง	33 (78.6)	19 (73.1)	29 (85.3)	
อายุ**	( $\bar{x}$ =38.26, S.D.=5.50, min=24, max=51)	( $\bar{x}$ =37.61, S.D.=6.45, min=27, max=60)	( $\bar{x}$ =38.26, S.D.=6.60, min=23, max=55)	0.092 <sup>ns</sup>
21-30 ปี	5 (11.9)	2 (7.7)	2 (5.9)	
31-40 ปี	20 (47.6)	20 (76.9)	23 (67.6)	
41-50 ปี	16 (38.1)	3 (11.5)	6 (17.7)	
51-60 ปี	1 (2.4)	1 (3.9)	3 (8.8)	

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแลเด็ก			$\chi^2$
	ออทิซึม (n=42)	PDD-NOS (n=26)	พัฒนาการสมวัย (n=34)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ศาสนา				0.104 <sup>ns</sup>
พุทธ	38 (90.5)	23 (88.5)	25 (73.5)	
อิสลาม	4 (9.5)	3 (11.5)	9 (26.5)	
สถานภาพสมรส**				0.045 <sup>*</sup>
โสด	2 (4.8)	0 (0)	0 (0)	
สมรส	36 (85.7)	22 (84.6)	34 (100)	
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	4 (9.5)	4 (15.4)	0 (0)	
ระดับการศึกษา**				0.611 <sup>ns</sup>
ต่ำกว่าปริญญาตรี	19 (45.2)	10 (38.5)	10 (29.4)	
ปริญญาตรี	21 (50)	14 (53.8)	20 (58.8)	
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (4.8)	2 (7.7)	4 (11.8)	
อาชีพ**				0.758 <sup>ns</sup>
แม่บ้าน	10 (23.8)	4 (15.3)	6 (17.6)	
เกษตรกรกรรม	2 (4.8)	0 (0)	0 (0)	
รับจ้าง	8 (19.0)	5 (19.3)	6 (17.6)	
ค้าขาย/ธุรกิจ	9 (21.4)	7 (26.9)	13 (38.2)	
ส่วนตัว				
รับราชการ หรือ รัฐวิสาหกิจ	13 (31.0)	10 (38.5)	9 (26.5)	

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ดูแลเด็ก			$\chi^2$
	ออทิซึม (n=42)	PDD-NOS (n=26)	พัฒนาการสมวัย (n=34)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การรับรู้ระดับฐานะทางเศรษฐกิจ**				0.432 <sup>ns</sup>
ไม่ดี	4 (9.5)	2 (7.7)	0 (0)	
ปานกลาง	35 (83.3)	22 (84.6)	32 (94.1)	
ดี	3 (7.2)	2 (7.7)	2 (5.9)	
เกี่ยวข้องกับเด็กเป็น**				0.158 <sup>ns</sup>
บิดา	9 (21.43)	7 (26.9)	5 (14.7)	
มารดา	33 (78.57)	18 (69.2)	25 (73.5)	
ญาติพี่น้อง	0 (0)	1 (3.9)	4 (11.8)	

ns = non significant,  $p > .05$

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\*\*กรณีไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ด้วย Fisher's Exact test

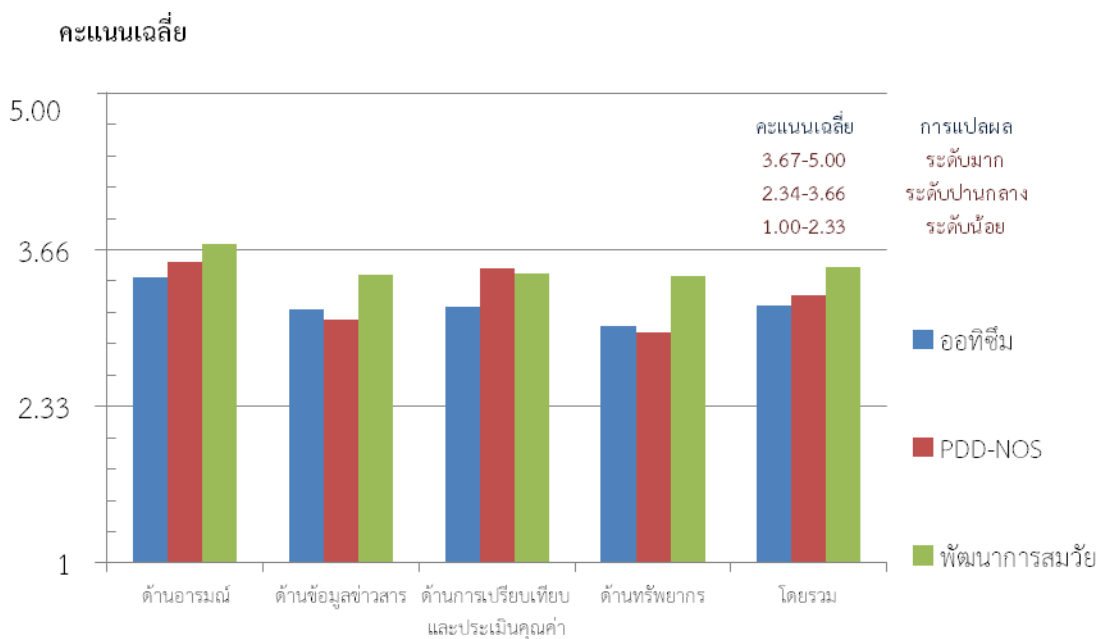
## ตอนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมและรายด้านจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กในแต่ละประเภท ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาโดยภาพรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร ดังนี้

**ตาราง 3** ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลความหมายระดับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก

การสนับสนุน ทางสังคม	ผู้ดูแลเด็ก					
	ออทิซึม		PDD-NOS		พัฒนาการสมวัย	
	$\bar{x}$ (S.D.)	การแปล ความหมาย	$\bar{x}$ (S.D.)	การแปล ความหมาย	$\bar{x}$ (S.D.)	การแปล ความหมาย
ด้านอารมณ์	3.43 (0.51)	ปานกลาง	3.56 (0.42)	ปานกลาง	3.71 (0.47)	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.15 (0.61)	ปานกลาง	3.07 (0.62)	ปานกลาง	3.45 (0.36)	ปานกลาง
ด้านการเปรียบเทียบ และประเมินคุณค่า	3.18 (0.44)	ปานกลาง	3.50 (0.41)	ปานกลาง	3.46 (0.37)	ปานกลาง
ด้านทรัพยากร	3.01 (0.55)	ปานกลาง	2.96 (0.69)	ปานกลาง	3.44 (0.52)	ปานกลาง
โดยรวม	3.19 (0.40)	ปานกลาง	3.27 (0.40)	ปานกลาง	3.51 (0.32)	ปานกลาง

ภาพที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก



จากตาราง 3 และภาพที่ 1 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ดูแลเด็ก ทั้งสามกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง (ผู้ดูแลเด็กออทิซึม  $\bar{x} = 3.19$ , S.D. = 0.40 ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS  $\bar{x} = 3.27$ , S.D. = 0.40 และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย  $\bar{x} = 3.51$ , S.D. = 0.32) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ในผู้ดูแลเด็กออทิซึม ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย อยู่ในระดับมาก ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร ของผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มได้รับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์สูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ตามลำดับ

ทั้งนี้ รายละเอียดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มจำแนกรายด้าน และรายข้อมีรายละเอียดดังตาราง 4-7

#### 1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ พบว่า

ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.43$ , S.D. = 0.5) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ (1) บุคคลรอบข้างไม่พูดหรือแสดงกิริยาดูหมิ่น ดูแคลน และ (2) ได้รับความห่วงใยจากคนรอบข้างในยามที่รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวล ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) มีคนคอยให้กำลังใจ (2) ได้รับความความเห็นอกเห็นใจจากคนรอบข้างมีเรื่องไม่สบายใจ และ (3) ได้รับการยกย่อง ชมเชย ที่ให้การดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.56$ , S.D. = 0.4) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) มีคนที่คอยให้กำลังใจ และไม่รู้สึกลำบากใจ (2) บุคคลรอบข้างไม่พูดหรือแสดงกิริยาดูหมิ่นดูแคลน และ (3) ได้รับความห่วงใยจากคนรอบข้างในยามที่รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวล และได้รับความความเห็นอกเห็นใจจากคนรอบข้าง เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) ตนเองดูแลเด็กได้ดีพอ (2) ได้รับการ ยกย่อง ชมเชย ที่ให้การดูแลเด็ก และมีบุคคลที่คอยรับฟังคำบอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ที่มี และ (3) ได้รับคำพูดที่แสดงถึงการให้กำลังใจ ต่อหน้าบุคคลอื่นๆ และตนเองจะไม่หงุดหงิด ฉุนเฉียว

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.71$ , S.D. = 0.5) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง (2) บุคคลรอบข้างไม่พูดหรือแสดงกิริยาดูหมิ่นดูแคลน และ (3) มีคนที่คอยให้กำลังใจ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) ตนเองจะไม่หงุดหงิด ฉุนเฉียว (2) ได้รับความห่วงใยจากคนรอบข้างในยามที่รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวล และมีบุคคลที่สามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ ทั่วไปที่เกิดขึ้นได้ และ (3) ได้รับการยกย่อง ชมเชย ที่ให้การดูแลเด็ก

รายละเอียดดังตาราง 4

**ตาราง 4** ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จำแนกรายช้อย่อยของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และพัฒนาการสมวัย

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	ผู้ดูแลเด็ก		
	ออทิสซึม (n=42)	PDD-NOS (n=26)	พัฒนาการ สมวัย (n=34)
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)
1. ได้รับการยกย่อง ชมเชย ที่ให้การดูแลเด็ก	3.52 (0.7)	3.50 (0.7)	3.59 (0.7)
2. ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากคนรอบข้างเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	3.60 (0.7)	3.69 (0.7)	3.56 (0.7)
3. ได้รับคำพูดที่แสดงถึงการให้กำลังใจต่อหน้าบุคคลอื่นๆ	3.50 (0.8)	3.42 (0.8)	3.50 (0.6)
4. ได้รับความห่วงใยจากคนรอบข้างในยามที่รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวล	3.69 (0.7)	3.69 (0.8)	3.62 (0.7)
5. มีคนที่คอยให้กำลังใจ	3.64 (0.9)	3.81 (0.7)	3.94 (0.6)
6. มีบุคคลที่สามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ ทั่วไปที่เกิดขึ้นได้	3.43 (1.0)	3.38 (0.8)	3.62 (0.6)
7. มีบุคคลที่คอยรับฟังคำบอกล่าเกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ที่มี เช่น กลัว กังวลในการดูแลเด็ก	3.33 (0.8)	3.50 (0.9)	3.56 (0.7)
8. ไม่รู้สึกสับสนและเป็นกังวลต่อการเลี้ยงดูเด็ก	2.67 (0.8)	3.15 (1.0)	3.56 (0.7)
9. บุคคลรอบข้างจะไม่พูดหรือการแสดงกิริยาดูหมิ่นดูแคลน	3.71 (0.8)	3.77 (1.1)	3.97 (1.1)
10. ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง	3.45 (1.0)	3.81 (0.8)	4.15 (0.9)
11. ตนเองดูแลเด็กได้ดีพอ	3.36 (1.1)	3.62 (1.0)	3.85 (1.1)
12. ตนเองจะไม่หงุดหงิด ฉุนเฉียว	3.24 (1.0)	3.42 (1.1)	3.65 (1.1)
<b>โดยรวม</b>	<b>3.43 (0.5)</b>	<b>3.56 (0.4)</b>	<b>3.71 (0.5)</b>

## 2. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า

ผู้ดูแลเด็กออทิสซึมได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.15$ , S.D. = 0.6) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) เมื่อเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพหรือพัฒนาการทราบว่าควรนำเด็กไปรับการรักษาที่ใด (2) ทราบว่าจะติดต่อบุคคลหรือหน่วยงานใดเพื่อปรึกษาปัญหาหรืออาการของเด็ก และ (3) ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไรต่อเด็กและคนรอบข้าง

ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.07$ , S.D. = 0.6) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) เมื่อเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพหรือพัฒนาการทราบว่าควรนำเด็กไปรับการรักษาที่ใด (2) ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไรต่อเด็กและคนรอบข้าง และ (3) ทราบว่าจะติดต่อบุคคลหรือหน่วยงานใดเพื่อปรึกษาปัญหาหรืออาการของเด็ก

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.45$ , S.D. = 0.4) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไรต่อเด็กและคนรอบข้าง (2) เมื่อเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพหรือพัฒนาการทราบว่าควรนำเด็กไปรับการรักษาที่ใด และ (3) ทราบว่าจะติดต่อบุคคลหรือหน่วยงานใดเพื่อปรึกษาปัญหาหรืออาการของเด็กได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกโรงเรียนของเด็ก (2) ทราบถึงสิทธิทางการศึกษาที่เด็กควรได้รับ และ (3) ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ได้รับการชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลเด็ก และรับทราบข่าวประชาสัมพันธ์กิจกรรม หรือความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลเด็ก

รายละเอียดดังตาราง 5



ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจำแนกรายย่อยของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และพัฒนาการสมวัย

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	ผู้ดูแลเด็ก		
	ออทิสซึม (n=42)	PDD-NOS (n=26)	พัฒนาการ สมวัย (n=34)
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)
1. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริมพัฒนาการ ของเด็ก	3.33 (0.8)	3.35 (0.9)	3.41 (0.6)
2. ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกโรงเรียนของเด็ก	2.69 (1.0)	2.77 (1.0)	3.50 (0.8)
3. ทราบถึงสิทธิทางการศึกษาที่เด็กควรได้รับ	2.71 (1.2)	2.58 (0.9)	3.44 (0.6)
4. ทราบถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลที่เด็กควรได้รับ	3.10 (1.0)	2.73 (0.9)	3.26 (0.5)
5. ได้รับการชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจ เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลเด็ก	3.14 (0.7)	3.15 (1.0)	3.41 (0.7)
6. รับทราบข่าวประชาสัมพันธ์กิจกรรม หรือความรู้ที่มี ประโยชน์ต่อการดูแลเด็ก	3.07 (0.9)	2.96 (0.8)	3.41 (0.7)
7. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อากาการ การรักษา เมื่อเด็กมี ปัญหาด้านสุขภาพ	3.31 (0.9)	3.15 (0.7)	3.35 (0.6)
8. รู้จักหรือทราบว่ามีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	3.14 (1.1)	2.62 (0.9)	1.88 (0.7)
9. เมื่อเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพหรือพัฒนาการทราบ ว่าควรนำเด็กไปรับการรักษาที่ใด	3.64 (0.7)	3.62 (0.9)	4.03 (0.8)
10. ไม่มีปัญหาการเลือกโรงเรียนที่เหมาะสมกับเด็ก	2.86 (1.2)	2.96 (1.1)	3.71 (0.9)
11. ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไรต่อเด็กและคนรอบข้าง	3.40 (0.8)	3.58 (1)	4.06 (0.6)
12. ทราบว่าจะติดต่อบุคคลหรือหน่วยงานใดเพื่อ ปรึกษาปัญหาหรืออาการของเด็ก	3.45 (0.8)	3.38 (1.2)	3.94 (0.8)
โดยรวม	3.15 (0.6)	3.07 (0.6)	3.45 (0.4)

### 3. การสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า พบว่า

ผู้ดูแลเด็กออทิสซึมได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.18$ , S.D. = 0.4) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คือ (1) รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) การที่เด็กมีอาการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากความบกพร่องของผู้ดูแลเด็ก (2) มีความมั่นใจในวิธีการที่ใช้ดูแลเด็กและสามารถให้คำแนะนำคนอื่นในสถานการณ์เดียวกันได้ และ (3) ตนเองสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ ดังที่คาดหวังไว้

ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.50$ , S.D. = 0.4) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) การที่เด็กมีอาการเจ็บป่วย ไม่ได้เกิดจากความบกพร่องของผู้ดูแลเด็ก (2) มั่นใจและไม่กังวลในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็ก และ (3) รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีความสามารถในการดูแลเด็ก (2) มั่นใจว่าจะดูแลเด็กได้ดีเทียบเท่าผู้ดูแลคนอื่นๆ และ (3) ได้รับคำชมเชยว่าดูแลเด็กได้ถูกต้องเหมาะสม

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.46$ , S.D. = 0.4) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) มั่นใจและไม่กังวลในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็ก (2) การที่เด็กมีอาการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากความบกพร่องของผู้ดูแลเด็ก และรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า และ (3) ตนเองสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ ดังที่คาดหวังไว้ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) มั่นใจว่าจะดูแลเด็กได้ดีเทียบเท่าผู้ดูแลคนอื่นๆ (2) ได้รับคำแนะนำที่ดีจากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ และมีความมั่นใจในวิธีการที่ใช้ดูแลเด็กและสามารถให้คำแนะนำคนอื่นในสถานการณ์เดียวกันได้ และ (3) ได้รับคำชมเชยว่าสามารถดูแลเด็กได้ดี เช่นเดียวกับผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ

รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า จำแนกรายข้อย่อยของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และพัฒนาการสมวัย

การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบ และประเมินคุณค่า	ผู้ดูแลเด็ก		
	ออทิสซึม (n=42)	PDD-NOS (n=26)	พัฒนาการ สมวัย (n=34)
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)
1. ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีความสามารถดูแลเด็ก	3.12 (0.8)	3.62 (0.6)	3.21 (0.5)
2. ได้รับคำชมเชยว่าดูแลเด็กได้ถูกต้องเหมาะสม	3.17 (0.7)	3.50 (0.6)	3.24 (0.5)
3. ได้รับคำชมเชยว่าสามารถดูแลเด็กได้ดีเช่นเดียวกับผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ	3.19 (0.7)	3.46 (0.6)	3.26 (0.6)
4. ได้ร่วมกันจัดกลุ่มพูดคุยร่วมกับผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะอาการใกล้เคียงกัน	2.43 (1.0)	2.62 (0.9)	2.82 (1.0)
5. รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า	3.79 (0.7)	3.73 (0.8)	3.76 (0.5)
6. มีความมั่นใจในวิธีการที่ใช้ดูแลเด็กและสามารถให้คำแนะนำคนอื่นในสถานการณ์เดียวกันได้	3.29 (0.7)	3.46 (0.9)	3.47 (0.6)
7. ได้รับข้อมูลย้อนกลับจากคนรอบข้างในด้านที่ดีเสมอ	3.12 (0.8)	3.35 (0.8)	3.15 (0.6)
8. ได้รับคำแนะนำที่ดีจากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ	3.05 (0.9)	3.42 (0.9)	3.47 (0.6)
9. ตนเองสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ดังที่คาดหวังไว้	3.24 (0.9)	3.35 (0.9)	3.71 (0.7)
10. มั่นใจว่าจะดูแลเด็กได้ดีเทียบเท่าผู้ดูแลคนอื่นๆ	3.10 (0.8)	3.58 (0.9)	3.65 (0.8)
11. มั่นใจและไม่กังวลในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็ก	3.14 (0.8)	3.77 (1.0)	4.00 (0.7)
12. การที่เด็กมีอาการเจ็บป่วย ไม่ได้เกิดจากความบกพร่องของผู้ดูแลเด็ก	3.52 (0.9)	4.19 (0.8)	3.76 (1.0)
<b>โดยรวม</b>	<b>3.18 (0.4)</b>	<b>3.50 (0.4)</b>	<b>3.46 (0.4)</b>

#### 4. การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรพบว่า

ผู้ดูแลเด็กออทิสซึมได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.01$ , S.D. = 0.6) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) ได้รับความช่วยเหลือเมื่อขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลเด็ก (2) ได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครอบครัว และ (3) มีคนช่วยดูแลเด็กร่วมกับท่าน

ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.96$ , S.D. = 0.7) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) ได้รับความช่วยเหลือเมื่อขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลเด็ก (2) มีคนช่วยไปเป็นเพื่อนเมื่อพาเด็กมาโรงพยาบาลและมีคนช่วยดูแลเด็กร่วมกับท่าน และ (3) มีบุคคลคอยช่วยเหลือดูแลเด็กแทนเมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือมีกิจวัตร

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.44$ , S.D. = 0.5) เมื่อพิจารณาในแต่ละคำถาม พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) ได้รับความช่วยเหลือเมื่อขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลเด็ก (2) มีคนช่วยดูแลเด็กร่วมกับท่าน และ (3) ได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครอบครัว ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 อันดับแรก คือ (1) มีบุคคลคอยช่วยเหลือดูแลเด็กแทนเมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือมีกิจวัตร (2) ได้รับความช่วยเหลือ หรืออำนวยความสะดวกในการพาเด็กไปพบแพทย์และ ได้รับความช่วยเหลือ หรือการอำนวยความสะดวกในการพาเด็กไปศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียน และ (3) มีคนช่วยดูแลรับผิดชอบแทนเพื่อมีโอกาสออกสังคมหรือคลายเครียดนอกบ้าน

รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรจำแนกรายช้อย่อยของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และพัฒนาการสมวัย

การสนับสนุนด้านทรัพยากร	ผู้ดูแลเด็ก		
	ออทิสซึม (n=42)	PDD-NOS (n=26)	พัฒนาการ สมวัย (n=34)
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)
1. มีบุคคลคอยช่วยเหลือดูแลเด็กแทน เมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือมีกิจวัตร	2.74 (0.8)	3.15 (1.2)	3.47 (0.8)
2. ได้รับความช่วยเหลือ หรืออำนวยความสะดวกในการพาเด็กไปพบแพทย์	2.98 (0.9)	3.12 (1.0)	3.35 (0.8)
3. ได้รับความช่วยเหลือ หรืออำนวยความสะดวกในการพาเด็กไปศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียน	2.98 (1.0)	3.0 (1.1)	3.35 (0.8)
4. มีคนช่วยดูแลรับผิดชอบแทนเพื่อมีโอกาสออกสังคมหรือคลายเครียดนอกบ้าน	2.52 (0.8)	3.12 (1.0)	3.32 (0.8)
5. ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล	3.14 (1.0)	2.54 (0.9)	3.06 (1.0)
6. ได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน	2.74 (0.7)	2.46 (0.9)	2.88 (0.9)
7. มีคนช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านและดูแลสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว	2.79 (0.7)	2.73 (1.0)	3.26 (0.7)
8. มีคนช่วยรับ-ส่งเด็ก หรือร่วมกิจกรรมของศูนย์เด็ก หรือโรงเรียนได้	2.64 (0.9)	2.92 (0.9)	3.26 (0.8)
9. ได้รับความช่วยเหลือเมื่อขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลเด็ก	3.52 (1.0)	3.27 (0.9)	3.97 (0.9)
10. ได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครอบครัว	3.45 (1.1)	2.77 (0.9)	3.74 (0.9)
11. มีคนไปเป็นเพื่อนเมื่อพาเด็กมาโรงพยาบาล	3.29 (1.0)	3.23 (0.8)	3.68 (0.9)
12. มีคนช่วยดูแลเด็กร่วมกับท่าน	3.38 (1.0)	3.23 (1.0)	3.88 (0.7)
<b>โดยรวม</b>	<b>3.01 (0.6)</b>	<b>2.96 (0.7)</b>	<b>3.44 (0.5)</b>

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

ตาราง 8 เปรียบเทียบการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก

การสนับสนุนทางสังคม	แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	p-value
ด้านอารมณ์	ระหว่างกลุ่ม	1.524	2	.762	3.392*	.038
	ภายในกลุ่ม	22.237	99	.225		
	รวม	23.761	101			
ด้านข้อมูลข่าวสารการ	ระหว่างกลุ่ม	2.559	2	1.279	4.357*	.015
	ภายในกลุ่ม	29.075	99	.294		
	รวม	31.634	101			
ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า	ระหว่างกลุ่ม	2.241	2	1.121	6.689**	.002
	ภายในกลุ่ม	16.588	99	.168		
	รวม	18.829	101			
ด้านทรัพยากร	ระหว่างกลุ่ม	4.480	2	2.240	6.669**	.002
	ภายในกลุ่ม	33.253	99	.336		
	รวม	37.733	101			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	2.009	2	1.005	7.155**	.001
	ภายในกลุ่ม	13.899	99	.140		
	รวม	15.908	101			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก พบว่า ประเภทผู้ดูแลเด็กแตกต่างกันได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อทำการเปรียบเทียบรายคู่ โดยวิธีการของ Bonferroni พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 9

เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายด้าน พบว่า

1. ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 10
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 11
3. ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยและผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตาราง 12
4. ด้านทรัพยากร ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรมากกว่าผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS และเด็กออทิสซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตาราง 13

**ตาราง 9** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็ก	n	ออทิสซึม	PDD-NOS	พัฒนาการสมวัย
ออทิสซึม ( $\bar{x}$ =3.19)	42	-	-.08	-.32**
PDD-NOS ( $\bar{x}$ =3.27)	26	-	-	-.24*
พัฒนาการสมวัย ( $\bar{x}$ =3.51)	34	-	-	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตาราง 10** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็ก	n	ออทิซึม	PDD-NOS	พัฒนาการสมวัย
ออทิซึม ( $\bar{x} = 3.43$ )	42	-	-.13	-.28*
PDD-NOS ( $\bar{x} = 3.56$ )	26	-	-	-.14
พัฒนาการสมวัย ( $\bar{x} = 3.71$ )	34			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตาราง 11** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็ก	n	ออทิซึม	PDD-NOS	พัฒนาการสมวัย
กลุ่มออทิซึม ( $\bar{x} = 3.15$ )	42	-	.08	-.29
กลุ่ม PDD-NOS ( $\bar{x} = 3.07$ )	26	-	-	-.38*
กลุ่มพัฒนาการสมวัย ( $\bar{x} = 3.45$ )	34	-	-	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตาราง 12** เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็ก	n	ออทิซึม	PDD-NOS	พัฒนาการสมวัย
ออทิซึม ( $\bar{x} = 3.18$ )	42	-	-.32**	-.28**
PDD-NOS ( $\bar{x} = 3.50$ )	26	-	-	.04
พัฒนาการสมวัย ( $\bar{x} = 3.46$ )	34	-	-	-

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ตาราง 13 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร  
จำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็ก	n	ออทิซึม	PDD-NOS	พัฒนาการสมวัย
ออทิซึม ( $\bar{x} = 3.01$ )	42	-	.05	-.42**
PDD-NOS ( $\bar{x} = 2.96$ )	26	-	-	-.47**
พัฒนาการสมวัย ( $\bar{x} = 3.44$ )	34	-	-	-

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

#### ตอนที่ 4 เปรียบเทียบแหล่งสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ที่ผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือ  
หรือการสนับสนุนจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

แหล่งสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์	ผู้ดูแลเด็ก					
	ออทิซึม		PDD-NOS		พัฒนาการสมวัย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด	39	41.5	24	53.3	34	47.9
บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม	27	28.8	14	31.1	24	33.8
บุคลากรสหวิชาชีพ	21	22.3	7	15.6	13	18.3
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	7	7.4	-	-	-	-
<b>รวม</b>	<b>94</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>

จากตาราง 14 การเปรียบเทียบแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จำแนกตาม  
ประเภทของผู้ดูแลเด็ก พบว่า

ผู้ดูแลเด็กออทิซึม ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์  
ใกล้ชิด (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 28.8) บุคลากรสหวิชาชีพ  
(ร้อยละ 22.3) และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ร้อยละ 7.4) ตามลำดับ

ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 53.3) รองลงมาคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 31.1) และบุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 15.6) ตามลำดับ

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 33.8) และบุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 18.3) ตามลำดับ

**ตาราง 15** จำนวน ร้อยละ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่ผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

แหล่งสนับสนุนทางสังคม	ผู้ดูแลเด็ก					
	ออทิซึม		PDD-NOS		พัฒนาการสมวัย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด	24	24.3	17	31.5	23	30.3
บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม	29	29.3	13	24.1	27	35.5
บุคลากรสหวิชาชีพ	34	34.3	21	38.9	26	34.2
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	12	12.1	3	5.5	-	-
<b>รวม</b>	<b>99</b>	<b>100.0</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>	<b>76</b>	<b>100.0</b>

จากตาราง 15 การเปรียบเทียบแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก พบว่า

ผู้ดูแลเด็กออทิซึม ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 34.3) รองลงมาคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 29.3) บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 24.3) และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ร้อยละ 12.1) ตามลำดับ

ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 38.9) รองลงมาคือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 31.5) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 24.1) และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 35.5) รองลงมา คือ บุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 34.2) บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 30.3) ตามลำดับ

**ตาราง 16** จำนวน ร้อยละ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าที่ผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

แหล่งสนับสนุนทางสังคม	ผู้ดูแลเด็ก					
	ออทิซึม		PDD-NOS		พัฒนาการสมวัย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคลากรที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด	37	44.6	20	52.6	31	48.4
บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม	22	26.5	12	31.6	20	31.3
บุคลากรสหวิชาชีพ	21	25.3	6	15.8	13	20.3
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	3	3.6	-	-	-	-
<b>รวม</b>	<b>83</b>	<b>100.0</b>	<b>38</b>	<b>100.0</b>	<b>64</b>	<b>100.0</b>

จากตาราง 16 การเปรียบเทียบแหล่งสนับสนุนทางสังคม ด้านเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก พบว่า

ผู้ดูแลเด็กออทิซึม ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 44.6) รองลงมา คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 26.5) บุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 25.3) และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ร้อยละ 3.6) ตามลำดับ

ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 52.6) รองลงมา คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 31.6) และบุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 15.8) ตามลำดับ

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 48.4) รองลงมา คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 31.3) และบุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 20.3) ตามลำดับ

ตาราง 17 จำนวน ร้อยละ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านด้านทรัพยากรที่ผู้ดูแลเด็กได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

แหล่งสนับสนุนทางสังคม ด้านทรัพยากร	ผู้ดูแลเด็ก					
	ออทิซึม		PDD-NOS		พัฒนาการสมวัย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด	42	68.9	25	64.1	34	60.7
บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม	11	18.0	10	25.6	18	32.1
บุคลากรสหวิชาชีพ	6	9.8	4	10.3	4	7.2
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง	2	3.3	-	-	-	-
<b>รวม</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>	<b>39</b>	<b>100.0</b>	<b>56</b>	<b>100.0</b>

จากตาราง 17 การเปรียบเทียบแหล่งสนับสนุนทางสังคม ด้านด้านทรัพยากรจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก พบว่า

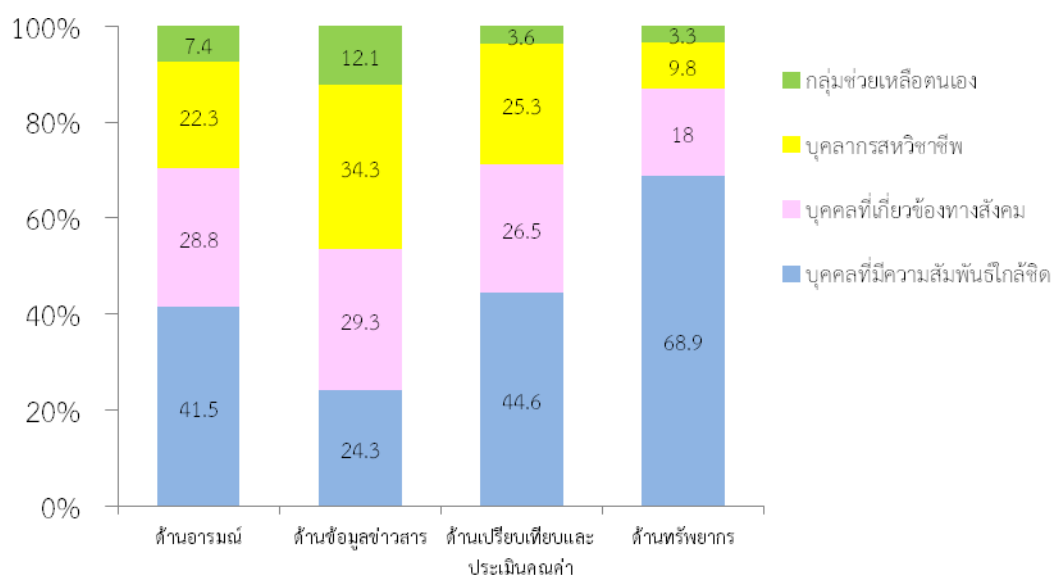
ผู้ดูแลเด็กออทิซึม ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 68.9) รองลงมา คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 18.0) บุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 9.8) และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ

ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 64.1) รองลงมาคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 25.6) และแหล่งบุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 10.3) ตามลำดับ

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (ร้อยละ 60.7) รองลงมา คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (ร้อยละ 32.1) และบุคลากรสหวิชาชีพ (ร้อยละ 7.2) ตามลำดับ

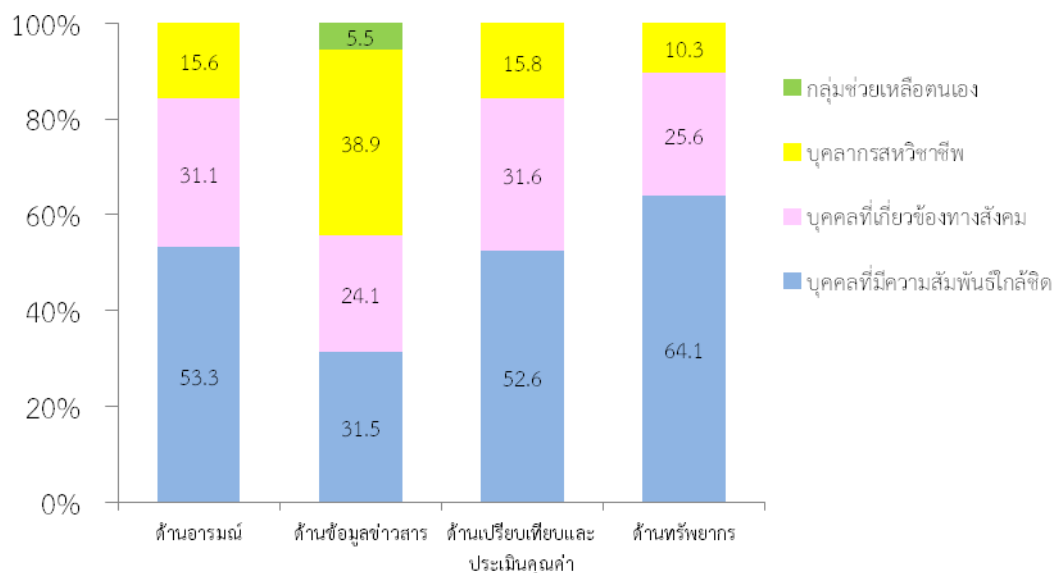
เมื่อจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก สามารถสรุปแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคมในรายด้าน ได้ดังภาพที่ 2-4

ภาพที่ 2 ร้อยละของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กออทิสซึม



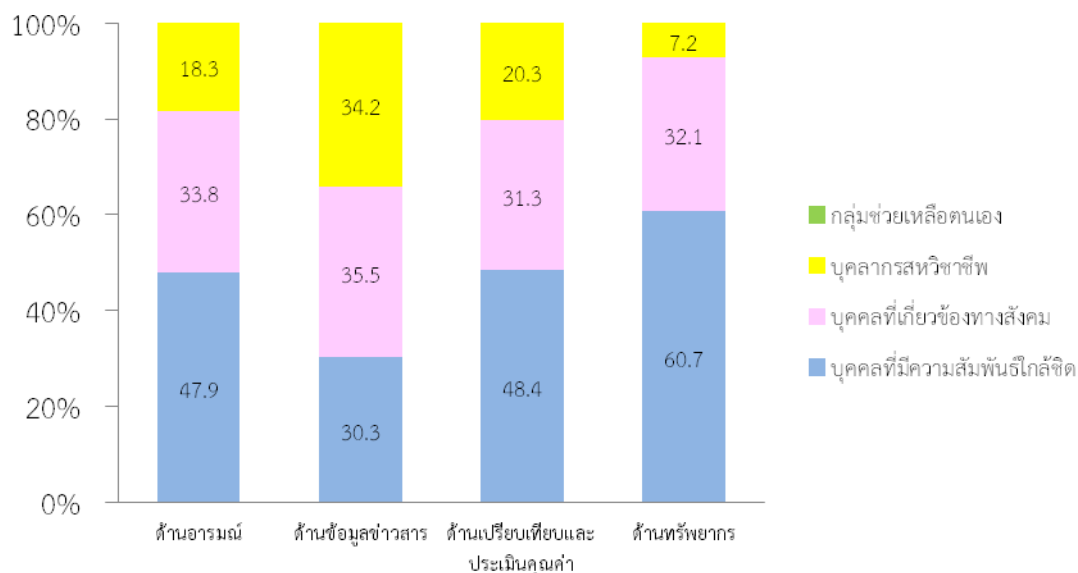
จากภาพที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุด รองลงมาคือได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม บุคลากรสาขาวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามลำดับ สำหรับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับจากบุคลากรสาขาวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามลำดับ

ภาพที่ 3 ร้อยละของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS



จากภาพ 3 พบว่า ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุด รองลงมาคือได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม และบุคลากรวิชาชีพ ตามลำดับ สำหรับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับจากบุคลากรวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ตามลำดับ

ภาพที่ 4 ร้อยละของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมรายด้านจำแนกตามแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย



จากภาพที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุด รองลงมาคือ ได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม และบุคลากรสหวิชาชีพ ตามลำดับ สำหรับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคมมากที่สุด รองลงมาคือได้รับจากบุคลากรสหวิชาชีพ และบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่มีบทบาทต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย

จากภาพที่ 2-4 สามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม PDD-NOS และพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุด ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS ได้รับจากบุคลากรสหวิชาชีพมากที่สุด ส่วนผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคมมากที่สุด

## ตอนที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กจำนวน 10 คน ประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม 4 คน ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS 3 คน และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย 3 คน โดยมีข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า และด้านทรัพยากร เพื่อประกอบผลการศึกษา ดังนี้

### ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม

**รายที่ 1** คุณวาด แม่น้องภู (นามสมมติ) ภูมีลำเนาอยู่อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน ประกอบด้วย คุณแม่น้องภู คุณพ่อน้องภู พี่ชาย และน้องภู ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 38 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการ คุณแม่ อายุ 41 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นนักวิจัยอิสระ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณเดือนละ 40,000 บาท ช่วงอายุแปดเดือนน้องภูป่วยบ่อยจึงนำไปหาหมอ รักษาจนถึง 11 เดือน จึงทราบว่าน้องมีหัวใจผิดปกติ ส่วนเรื่องพัฒนาการยังปกติแต่น้ำหนักน้อย เมื่ออาการดีขึ้นคุณแม่จึงมีเวลาทำสิ่งอื่น ๆ ของน้องภู จนกระทั่งมาสังเกตว่าน้องภูยังไม่พูด กลัวห้องสีเหลืองและไฟสว่าง จึงปรึกษาแพทย์ตอนมาฉีดวัคซีน หมอบอกว่าอาจเป็นการฝังใจจากตอนที่น้องมาโรงพยาบาลทำให้กลัว คุณแม่จึงไม่สนใจอะไร จนกระทั่งสองขวบยังไม่พูด จากเดิมตอนแปดเดือนน้องเคยพูดได้เป็นคำ “พ่อ แม่ หม่า” จึงเริ่มเป็นกังวล และเมื่อน้องอายุได้ 3 ขวบ ได้มาปรึกษาแพทย์ที่คลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และได้เข้าร่วมการทดสอบพัฒนาการและภาวะออทิสซึม และผลปรากฏว่าน้องเป็นออทิสซึม จึงทราบว่าน้องเป็นตอนอายุสามขวบกว่า ตอนนี้น้องอายุเจ็ดขวบ มีพัฒนาการดีขึ้น โดยสังเกตจากสิ่งที่น้องทำไม่ได้เป็นทำได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวอบอุ่นดี

**รายที่ 2** คุณเป้ย แม่น้องหนุ่ม (นามสมมติ) ภูมีลำเนาอยู่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา มีสมาชิกในครอบครัว 5 คน ประกอบด้วย คุณแม่น้องหนุ่ม คุณพ่อน้องหนุ่ม คุณตา พี่สาวน้องหนุ่ม และน้องหนุ่ม ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 44 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คุณแม่ อายุ 40 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพเกษตรกร รายได้ของครอบครัวประมาณเดือนละ 20,000 บาท น้องเคยป่วยเป็นภูมิแพ้ นอนโรงพยาบาลเป็นสัปดาห์ แพทย์ที่มาตรวจอาการแจ้งว่าน้องพัฒนาการช้า คือ อายุขวบกว่าแต่พัฒนาการด้านร่างกาย เช่น การนั่ง การเดิน ยังช้ากว่าเด็กอื่นๆ จึงแนะนำให้พื่อน้องไปตรวจกับคุณหมอที่คลินิกจิตเวชเด็ก ช่วงที่น้องเป็นภูมิแพ้น้องมีอาการหอบหืด จึงเน้นรักษาสุขภาพเป็นหลัก ไม่ได้เน้นเรื่องพัฒนาการ จนเมื่อน้องอายุได้ 2 ขวบ สังเกตว่ายังไม่สามารถสื่อสารเป็นความหมาย



ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสซึมเมื่อน้องอายุได้ 5 ขวบ ปัจจุบันน้องอายุ 10 ขวบ เรียนอยู่ชั้น ป.1 โรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี ตอนนี้น้องหม่อมอาการดีขึ้น มีสมาธิขึ้น บุคลิกท่าทาง

**รายที่ 3** คุณพิทักษ์ พ่อน้องพจน์ (นามสมมติ) ภูมิลำเนาอยู่อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน คือ คุณพ่อน้องพจน์ คุณแม่น้องพจน์ พี่สาวและน้องพจน์ ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 44 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีอาชีพเป็นตำรวจ ส่วนคุณแม่อายุ 30 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้ เนื่องจากต้องดูแลน้องพจน์อย่างใกล้ชิด รายได้ของครอบครัวประมาณ 15,000 บาท ปัจจุบันน้องพจน์อายุ 6 ขวบ กำลังเรียนชั้นอนุบาลในโรงเรียนใกล้บ้าน คุณพ่อนำน้องมาพบแพทย์ตอนอายุ 3 ขวบ ด้วยอาการไม่พูดเป็นคำที่มีความหมาย และมีอาการชก และทราบผลการวินิจฉัยว่าน้องพจน์เป็นออทิสซึมเมื่ออายุ 4 ขวบ อาการของน้องพจน์ตอนนี้ดีขึ้น สามารถสื่อสารได้มากขึ้น

**รายที่ 4** คุณวัตร พ่อน้องเร (นามสมมติ) ภูมิลำเนาอยู่อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา มีสมาชิกในครอบครัว 4 คน คือคุณพ่อน้องเร คุณแม่น้อง โดยน้องเรเป็นบุตรคนที่ 2 จากทั้งหมด 2 คน ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 34 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คุณแม่น้องเร อายุ 37 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ของครอบครัวประมาณ 6,000 บาท คุณพ่อเริ่มสงสัยในพฤติกรรมของลูกตอนอายุ 18 เดือน ด้วยสาเหตุไม่พูดเป็นคำที่สื่อความหมาย นำน้องมาพบแพทย์ตอนอายุ 3 ขวบ 6 เดือน มีอาการชก เจ้าอารมณ์ ช่วงแรกๆ ต้องทานยา และทราบผลการวินิจฉัยว่าน้องเรเป็นออทิสซึมเมื่ออายุ 4 ขวบ อาการของน้องเรเริ่มดีขึ้น สามารถสื่อสารได้มากขึ้น แต่ยังต้องมาพบแพทย์ประมาณ 3-4 เดือนต่อครั้ง

### ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS

**รายที่ 1** คุณชัย พ่อของน้องจี (นามสมมติ) ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน คือ คุณพ่อน้องจี คุณแม่น้องจี และน้องจี ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 60 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้จากการมีหุ้นส่วนสวนยางพาราที่จังหวัดยะลา คุณแม่อายุ 40 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เดิมทำงานเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์แต่เพิ่งออกจากงานเนื่องจากน้องกำลังขึ้นชั้น ป.2 ต้องการมีเวลามาฝึกพัฒนาการของลูกให้เต็มที่ พ่อกับแม่ดูแลน้องเป็นหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณเดือนละ 40,000 บาท คุณพ่อเริ่มสังเกตอาการน้องตั้งแต่ 2 ขวบ เนื่องจากพูดช้า ไม่สมวัย ชกและไม่มีสมาธิ และนำน้องมาปรึกษาแพทย์ด้วยอาการพูดช้า เมื่ออายุ 4 ขวบ คือ เพิ่งเรียก พ่อ แม่ ได้ แต่พูดเป็นวลีหรือประโยคไม่ได้ อายุประมาณ 5 ขวบ จึงทราบว่าน้องมีอาการออทิสซึมอ่อนๆ และรับผลการวินิจฉัยจากการนำน้องเข้าร่วมทดสอบพัฒนาการเมื่อตอน 6 ขวบ

ปัจจุบันน้องจื่ออายุย่างเข้า 9 ขวบ เรียนอยู่ชั้น ป.2 เมื่อเปรียบเทียบกับอาการก่อนหน้านี้ตอนนี้ดีขึ้นมาก พูดได้มากขึ้น เข้าใจความหมาย

**รายที่ 2** คุณยา คุณแม่น้องหมิง (นามสมมติ) ดั้งเดิมเป็นคนกรุงเทพมหานคร เมื่อมีสามี จึงมาอยู่ที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาได้ประมาณ 10 ปี มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน คือ คุณแม่น้องหมิง คุณพ่อน้องหมิง และน้องหมิง ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 37 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีอาชีพเป็นพนักงานขาย คุณแม่ อายุ 31 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นแม่บ้านรับหน้าที่ดูแลน้องหมิงเป็นหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณเดือนละ 15,000 บาท ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ค่อยราบรื่นนัก เนื่องจากคุณพ่อนานๆ จึงกลับมาหาลูก เวลาส่วนใหญ่คุณยายจึงอยู่กับลูกเพียงสองคน คุณแม่เริ่มสังเกตอาการน้องตั้งแต่ 2 ขวบครึ่ง เนื่องจากพูดช้า ไม่สมวัย จึงนำน้องมาปรึกษาแพทย์ด้วยอาการพูดช้าเมื่อ อายุ 3 ขวบ และทราบผลการวินิจฉัยว่าน้องอยู่ในกลุ่มอาการออทิซึมเมื่อน้องอายุ 4 ขวบ ปัจจุบันน้องหมิงอายุ 6 ขวบ อยู่ชั้นอนุบาล 3 ตอนนี้น้องดีขึ้น พูดได้เยอะขึ้น เดิมรักษาโดยการฝึกพูด ทำกิจกรรมบำบัด เมื่อน้องพูดได้คล่องก็หยุดฝึก ปัญหาตอนนี้คือ เรื่องของการเข้าสังคม ซึ่งคุณแม่ฝึกน้องเองเป็นหลัก

**รายที่ 3** คุณจิน คุณแม่น้องอาม (นามสมมติ) ภูมิลำเนาอยู่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน คือ คุณแม่น้องอาม คุณพ่อน้องอาม และน้องอาม ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 48 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพธุรกิจร้านซ่อมและจำหน่ายอะไหล่รถยนต์ คุณแม่อายุ 37 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา อาชีพธุรกิจร้านซัก อบ รีด รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณเดือนละ 50,000 บาท คุณแม่เริ่มสังเกตอาการน้องตั้งแต่ 2 ขวบ 8 เดือน เนื่องจากพูดช้า ไม่พูดสื่อความหมาย มีอารมณ์รุนแรง ฉุนเฉียว ซน และทราบว่าน้องอามป่วยเป็นกลุ่มอาการออทิซึมเมื่ออายุ 6 ขวบ ตอนนี้น้องอาการดีขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เช่น สามารถทำไข่ดาวทานเองได้ เดิมคุณหมอนัดทุกสามเดือน แต่ตอนนี้ไม่ได้ไปประมาณปี 1 แล้ว ปัจจุบันน้องอามอายุย่างเข้า 11 ขวบ เรียนอยู่ชั้น ป.4 เมื่อเปรียบเทียบกับอาการก่อนหน้านี้ตอนนี้ดีขึ้นมาก ไม่มีไวยวาย พูดเข้าใจบ้าง ไม่เข้าใจบ้าง เวลาอยู่นิ่งๆ จะดูไม่ออกกว่าป่วย ยกเว้นเวลาพูด

### ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย

**รายที่ 1** คุณฮီး แม่น้องฟาน (นามสมมติ) ภูมิลำเนาอยู่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีสมาชิกในครอบครัวรวม 3 คน คือ คุณพ่อน้องฟาน คุณแม่น้องฟาน และน้องฟาน ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 34 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างของเทศบาลแห่งหนึ่ง คุณแม่ อายุ 37 ปี จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกอบอาชีพขายข้าวเหนียวไก่ทอด ในตลาดหาดใหญ่ พ่อกับแม่ดูแลน้องเป็นหลัก และพักอาศัยใกล้กับครอบครัวของคุณตาคุณยาย

ของน้องฟาน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณเดือนละ 15,000 บาท มาเข้ารับการทดสอบพัฒนาการเนื่องจากต้องการทราบว่าพัฒนาการของน้องดีหรือไม่ ไม่มีความกังวลเรื่องใดเป็นพิเศษ ปัจจุบันน้องฟานอายุ 6 ขวบ เรียนอยู่ชั้นอนุบาล สุขภาพแข็งแรง

**รายที่ 2** คุณมา แม่น้องเด (นามสมมติ) ภูมิลำเนาอยู่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีสมาชิกในครอบครัว 6 คน คือ คุณพ่อน้องเด คุณแม่น้องเด น้องสาว ตา ยาย และน้ำสาว พักอาศัยเป็นครอบครัวใหญ่ ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 35 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คุณแม่ อายุ 25 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพขายอาหารประเภทลูกชิ้นทอด บริเวณใกล้ที่พักอาศัย พ่อกับแม่ดูแลน้องเป็นหลัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณเดือนละ 14,000 บาท มาเข้ารับการทดสอบพัฒนาการเนื่องจากอยากทราบว่าพัฒนาการดีหรือไม่ ไม่มีความกังวลเรื่องใดเป็นพิเศษ ปัจจุบันน้องเดอายุ 6 ขวบ เรียนอยู่ชั้นอนุบาลไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง

**รายที่ 3** คุณเยาะ ย่าน้องดิน (นามสมมติ) ภูมิลำเนาอยู่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา มีสมาชิกในครอบครัว 5 คน คือ คุณป้า น้องดิน คุณย่า น้องดิน ป้า และพี่สาวน้องดิน คุณย่าเลี้ยงน้องตั้งแต่อายุสามเดือน โดยคุณพ่อและคุณแม่ของน้องทำงานที่กรุงเทพฯ รายได้เฉลี่ยเดือนละ 40,000 บาท ปัจจุบันคุณพ่ออายุ 35 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพเป็นวิศวกร คุณแม่อายุ 30 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพลูกจ้างในบริษัท โดยแต่ละเดือนจะส่งเงินเพื่อเป็นค่าเลี้ยงดูน้องดินและพี่สาวเดือนละ 6,000 บาท คุณป้าและย่าดูแลน้องเป็นหลักประกอบอาชีพค้าขาย รายได้เดือนละ 30,000 บาท สาเหตุที่นำน้องมาเข้ารับการทดสอบพัฒนาการเนื่องจากน้องซนมาก เกรงว่า จะมีอาการสมาธิสั้น ผลการทดสอบพบว่าน้องมีอาการปกติ สุขภาพแข็งแรง

### การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์

จากการสัมภาษณ์ สามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS จะมีความกังวลใจต่อลักษณะอาการ พฤติกรรมของเด็ก โดยในแต่ละราย เด็กจะมีลักษณะอาการแตกต่างกัน ความรุนแรงแตกต่างกัน ผลกระทบทางด้านจิตใจจึงเกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนที่จะทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ และเมื่อทราบผลแล้วจะปรากฏความกังวลต่ออาการของเด็กว่าจะสามารถรักษาให้ดีขึ้นหรือไม่ เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ ตัวอย่างคำบอกเล่า

“มาสังเกตว่าน้องยังไม่พูด กลัวห้องสี่เหลี่ยม ไฟสว่าง จึงปรึกษาหมอตอนมาฉีดวัคซีน หมอบอกว่าอาจจะเป็นการกลัวฝังใจจากตอนที่น้องมาโรงพยาบาลทำให้กลัว คุณแม่จึงไม่สนใจอะไร จนกระทั่งสองขวบยังไม่พูด แต่ตอนแปดเดือนน้องเคยพูดได้เป็นคำ “พ่อ แม่ หม่า” จึงเริ่มเป็นกังวล”

“แรกๆ เราก็ตกใจ เอ๊ะพ่อผมมาจากจีน แต่พ้นจากพ่อผมไม่รู้ แต่ที่เคยไปเที่ยวเมืองจีน พ่อแม่พี่น้องเราก็โอเค ก็ไม่มีใครเคยเป็น ของอย่างนี้ ก็ในเมื่อเด็กมันเป็นมาแล้ว เราก็ต้องพยายามรับให้ได้ ตอนแรกเราคิดว่า เราทำไม่ได้”

“เครียดจนต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาล แล้วได้ยามากิน ยาเกี่ยวกับ ให้นอนหลับแล้วก็เข้าขึ้นมาให้สดชื่นให้ร่าเริงอะ แต่เอายามาคุณหมอให้มากิน หนึ่งเดือน กินได้แค่รู้สึกจะ 5 วัน คือไม่กินแล้ว คือ ร่างกายให้ยาช่วย เราช่วย ตัวเองดีกว่า แต่กว่าจะเป็นได้อย่างทุกวันนี้ต้องใช้เวลาถึง 3 ปี หนูใช้เวลา ปรับตัวเอง 3 ปี พ่อเด็กก็ไม่อยู่และถ้าขาดเราก็คงมีคนเด็กคนนี้คงจะแย่นะ”

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังสะท้อนถึงความกังวลถึงอนาคตทางการศึกษา และการประกอบอาชีพ ของเด็กในสภาพการณ์ว่าสามารถทำได้หรือไม่ รวมถึงการแสดงออกจากคนในสังคมที่ไม่ทราบ และไม่เข้าใจในอาการของผู้ป่วยออทิซึมซึ่งอาจแสดงพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ดูแลเด็ก ได้เช่นกัน ตัวอย่างคำบอกเล่า

“ทำอย่างไรจะสอนอาชีพเค้าได้ พี่ไม่รู้จะตายเมื่อไหร่”

“ตอนนี้เป็นห่วงอยู่อย่างเดียวว่าจะทำอย่างไรลูกจะได้ช่วยตัวเองได้ เพราะเราต้องคิดว่าเราไม่ได้อยู่กับลูก แต่ลูกตอนนี้ยังอ่อน ผมอายุ 60 ลูกผมเพิ่ง 8 ขวบ จะย่าง 9 ขวบ แม่อายุจะ 40 แล้วพอเขาโตขึ้นมาอายุ 20 ปี เราไม่อยู่แล้ว”

“บางครั้งเราก็ต้องทำใจ บางคนก็เข้าใจเราก็ผ่านไป นิดหน่อย ก็ผ่านไป แต่บางครั้งคนรอบข้างนะ เขาก็ไม่มีลูกหลานที่เป็นและก็ไม่เข้าใจ เรื่องนี้ เขาก็ดูเราเป็นครอบครัวประหลาด”

“เราก็บางทีว่าจะไม่แคร์ บางทีมันก็ต้องแคร์ หรือบางทีเราก็คนปกติ อะนะ เราก็ยังมีความนึกคิด อารมณ์อะไรตรงนี้ แต่เราก็ไม่ได้ไปแสดงอะไรกับเขา”

“พาลูกเดินห้าง เจอคนที่แสดงอาการรังเกียจลูกเรา เราก็รับไม่ได้  
คือเราต้องอธิบาย แต่เราไม่สามารถจะอธิบายกับทุกคนได้ เราต้องอธิบาย  
ตนเอง และรับให้ได้”

สำหรับผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย แม้ไม่ปรากฏความกังวลในเรื่องของผลกระทบ  
จากอาการป่วยเหมือนผู้ดูแลเด็กออทิสซึมและ PDD-NOS นั้น แต่ผู้ปกครองยังต้องดูแลในเรื่องสุขภาพ  
อนามัย พัฒนาการที่เหมาะสมของเด็ก การให้เด็กได้รับการศึกษาที่เหมาะสม เห็นได้จากการเหตุผล  
ที่ผู้ดูแลได้นำเด็กมาเข้าร่วมทดสอบพัฒนาการ ณ คลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เนื่องจาก  
ต้องการทราบว่าเด็กมีพัฒนาการที่เหมาะสมหรือไม่ ตัวอย่างคำบอกเล่า

“ไม่เคยมีความรู้สึกว่าน้องมีอาการแปลกๆ เป็นตามวัยไม่ได้กังวลอะไร”

“ลูกก็ปกติ ไม่ได้กังวลเท่าไร แค่อยากรู้ว่าเค้ามีพัฒนาการดีหรือไม่”

“น้องก็ชนไปตามวัย มีป่วยบ้างเป็นบางครั้งแต่ไม่รุนแรงมาก มาเข้ารับ  
การทดสอบพัฒนาการ เพราะจะได้คำแนะนำจากคุณหมอ”

“ดูอย่างนี้ เค้าสอบได้ที่หนึ่งนะ (ยิ้มภูมิใจ) เค้าบอกว่าทำมั่วๆ แต่ก็ให้  
รางวัลเค้าไปแล้ว”

#### การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคม  
ด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะจากสามี หรือ ภรรยา ซึ่งมีบทบาท  
สำคัญในการให้กำลังใจ ปลอบใจ ในยามที่ผู้ดูแลเด็กมีความเครียด ความกังวลใจ กล่าวคือ จะมีการ  
ช่วยเหลือและดูแลซึ่งกันและกัน รวมถึงบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวก็มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ  
และสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจเช่นกัน เนื่องจากจะทราบถึงอาการป่วยของเด็กจึงมีความเข้าใจ

และคอยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม มีผู้ดูแลเด็กหนึ่งรายสะท้อนว่าตนเองได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับน้อย ซึ่งพบว่าในรายดังกล่าวมีปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพภายในครอบครัว อยู่เพียงลำพังเฉพาะผู้ดูแลเด็กและบุตร ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง แต่ได้รับกำลังใจจากบุตรแทน สำหรับการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลอื่นจะมีความสำคัญน้อยลงไป ทั้งนี้ แม้ว่าออทิสซึมยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ ดังนั้น การที่ผู้ดูแลเด็กเห็นความเปลี่ยนแปลงของเด็กในทางที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายขึ้น ตัวอย่างคำบอกเล่า

“พ่อของเด็ก จะเป็นฝ่ายให้กำลังใจ เช่น วันนี้พาน้องไปฝึกแล้ว อาจจะไม่ค่อยดี บางครั้งเจอกับครูแยๆ ที่ไม่เข้าใจ มาเล่าให้พ่อฟัง คุณพ่อก็จะคอยให้กำลังใจ คือพูดให้คิดแง่บวก ทำให้เรารู้สึกดีขึ้น”

“อยู่กันสามคน (พ่อ แม่ ลูก) มีอะไรไม่สบายใจก็ปรึกษาปรึกษาสามคนนี่แหละนะ”

“ไม่ได้ปรึกษา หรือความช่วยเหลือจากคนอื่น ก็เขาไม่รู้เรื่องไปปรึกษาเขาก็ไม่รู้เรื่อง”

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในผู้ดูแลเด็กออทิสซึมและ PDD-NOS พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงผลกระทบในด้านอารมณ์ ความรู้สึก จากการได้ทราบว่าเด็กป่วยเป็นกลุ่มอาการออทิสซึม ทำให้มีความรู้สึกเสียใจ วิตกกังวล ในบางรายต้องอาศัยระยะเวลาเป็นปีถึงทำใจต่อสภาพที่เกิดขึ้นได้ และอาจมีประสบการณ์ที่บุคคลภายนอกแสดงออกในทางที่ส่งผลต่อความรู้สึก การจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวคือ ทำใจยอมรับว่าบุคคลเหล่านั้นไม่ทราบวาพฤติกรรมของเด็กมาจากอาการของโรค จึงไม่เข้าใจ หรือ นำเด็กและตนเองออกไปจากสถานการณ์นั้น ความคาดหวังของผู้ดูแล คือ ให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น แหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ที่สำคัญ ได้แก่ สามี ภรรยา บุคคลในครอบครัว หรือตัวเด็กเอง ที่คอยปลอบโยนและให้กำลังใจ เมื่อเห็นผู้ดูแลเด็กไม่สบายใจ ซึ่งเหล่านี้เป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับภาวะทางอารมณ์ที่ไม่ดี ให้มีพลังที่จะต่อสู้และดูแลให้เด็กมีอาการที่ดีขึ้นต่อไป สำหรับผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวเป็นหลักเช่นกัน

ข้อสังเกตที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า มีหนึ่งรายที่ให้ข้อมูลว่าไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นนอกจากเด็ก เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และอาศัยกับเด็กเพียงลำพัง ไม่มีญาติพี่น้องที่อยู่ใกล้เคียงจนทำให้เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า

### การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

ในบทบาทของผู้ดูแลเด็กที่ต้องดูแลสุขภาพเด็ก เลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการให้ถูกต้องเหมาะสม จำเป็นต้องประสานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อรับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็ก เมื่อถึงวัยที่ต้องเข้าศึกษาต้องมีข้อมูลในเรื่องสถานศึกษา การได้รับและเข้าถึงช่องทางข้อมูลข่าวสารดังกล่าว เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กสะท้อนถึงความสำคัญและความจำเป็น เพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็ว ประหยัดเวลา และโดยปกติแล้วผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กได้จากสื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หรือจากกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ ประสบการณ์ แต่ทว่าการเป็นผู้ดูแลเด็กออทิสซึม หรือ PDD-NOS ทำให้มีความจำเป็นที่ต้องรับทราบข้อมูลทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค การรักษา วิธีการปฏิบัติตน และต้องอาศัยบุคลากรสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากรสหวิชาชีพที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้ความถี่ในการนัดพบแพทย์เพื่อเข้ารับบริการในแต่ละครั้งต้องใช้ระยะเวลาในขณะที่ยังการกระตุ้นพัฒนาการเด็กต้องทำอย่างสม่ำเสมอ ผู้ปกครองจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดเนื่องจากอยู่ใกล้ชิดเด็กเป็นหลัก ดังนั้น การที่ผู้ปกครองได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับที่เพียงพอย่อมส่งผลต่อความมั่นใจในการดูแลเด็กได้เช่นกัน

นอกจากการสะท้อนถึงความต้องการเข้าถึงแหล่งข้อมูลของผู้ดูแลเด็กแล้ว ยังต้องการให้มีช่องทางประชาสัมพันธ์ให้บุคคลทั่วไปได้รู้จักและมีความเข้าใจในผู้ป่วยออทิสซึมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยออทิสซึมมีความบกพร่องในทักษะด้านการสื่อสาร สังคม อารมณ์และพฤติกรรม แต่ลักษณะทางกายภาพและหน้าตาปกติเหมือนเด็กทั่วไป บางครั้งเด็กอาจแสดงพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่เหมาะสม แลดูเป็นเด็กก้าวร้าว หากบุคคลอื่นรับทราบว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอาการของโรค จะส่งผลให้บุคคลอื่นแสดงออกต่อเด็กด้วยความเมตตา ให้อภัย หรือให้โอกาสเด็กมากขึ้น

การเลือกสถานศึกษาสำหรับเด็กออทิสซึมและ PDD-NOS เป็นเรื่องที่คุณปกครองหลายคนประสบปัญหาอย่างมาก ตั้งแต่ไม่ทราบว่าโรงเรียนใดบ้างที่เข้าร่วมโครงการเรียนร่วม หรือสามารถรับเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม ไม่ทราบว่าโรงเรียนใดมีบุคลากรเฉพาะสำหรับการดูแลเด็กกลุ่มนี้ เช่น ครูการศึกษาพิเศษ ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงเรียนปฏิเสธเนื่องจากไม่สามารถดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมได้ ผู้ปกครองบางรายต้องย้ายโรงเรียนให้ลูกหลายครั้งจึงเห็นลูกสามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อน และครูได้ด้วยอย่างค้ำบอกล่า

“ตั้งแต่ที่ทราบว่าน้องเป็นออทิสซึมคุณแม่หาหนังสือมาอ่าน คุยกับ ผู้รู้ คุยกับครูว่าเจอเด็กอย่างนี้ทำอย่างไร ไปฝึกพูดที่โรงพยาบาลก็จะปรึกษา ว่าควรทำอย่างไร แล้วนำมาใช้ฝึกลูก”

“ปัญหาที่เจอคือ ในหนึ่งเดือนได้คิวแค่หนึ่งชั่วโมง คิวผู้ป่วยเยอะ กว่าจะได้ฝึกก็รอนาน จนเด็กหงุดหงิด คิดว่าความถี่ไม่เพียงพอจึงแก้ปัญหา โดยอ่านหนังสือและนำมาฝึกเอง”

“ชุดความรู้ที่มี ควรมีหลายช่องทาง อ่าน เห็น รู้ คู่ ที่ได้รับอยู่คือ ทางอินเตอร์เน็ต อ่านหนังสือ คุยกับครู นักการศึกษา โรงเรียนที่น้องเรียน ครูที่ จบด้านการศึกษาพิเศษไม่มีเลย มีเพียงไปเรียนเป็นหัวข้อ บุคลากรมีน้อยก็ต้อง รอคิว เด็กลืบนกก็ลืบบน หากมีบุคลากรน้อย ช่องทางก็น้อยเวลาน้อย ค่าใช้จ่ายก็จะยิ่งสูง”

“ให้ประเมินถ้าเต็มลืบคือ ข้อมูลมีน้อยมาก แต่ที่เราได้ เพราะความจำเป็น ทำให้ต้องไปเสาะหา”

“พี่กังวล ตอนเรียนที่โรงเรียน... ไปเรียนหนึ่งปี รู้สึกว่าครูเขารับไม่ได้ ลูกก็รับไม่ได้ เขาจะร้อง เขาจะไม่ยอมไปโรงเรียน ครูเขาก็บ่น เขาก็รับไม่ได้ แต่รับในฐานะที่ว่าทางที่กฎหมายบังคับเขาต้องยอมรับแต่จริงๆ แล้วเขาก็บ่น เขามีความรู้สึกว่าไม่ยอมรับเด็กอย่างนี้รู้สึกเป็นภาระ พี่ก็เลยไปหาโรงเรียนใหม่”

“มีพ่อคนหนึ่ง คือเป็นเพื่อนของน้องนี้แหละ แต่เขาไม่รู้ที่น้องเป็นอะไร น้องก็พูดเหมือนกับต้องการให้ลูกชายเขาเล่นด้วย แล้วก็พ่อก็บอกว่าไม่ว่างนะ อะไรอย่างนี้ ทำไมๆ ทำไมไม่ว่าง ทำไมไม่ว่าง ทางโน้นไม่เข้าใจตะโกนใส่ น้อง ว่าทำไมพูดไม่รู้เรื่อง ไม่ให้มาเล่นอีกเลย คือ ถ้าคุณไม่รู้แล้วคุณไม่เปิดรับ ใจคุณ ก็ไม่ให้ เราก็ก่อนให้ แต่แม่เขาโอเคนะ แม่ของน้องผู้ชายนะ พอน้องเป็นแบบนี้ เขาก็ให้เล่นด้วยกันกลายเป็นลูกเขาพัฒนาขึ้นไปด้วย ได้โอปอ้อมอารีเด็กที่เป็น ออทิสซึม ได้ดูแลเด็กแบบนี้อะค่ะ แต่พ่อเขาไม่รับเลย เสียงดังมาก”



### การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

จากข้อมูลสะท้อนได้ว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS เป็นกลุ่มที่ต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย เนื่องจากมีความจำเป็นในการบริโภคข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลรักษาอาการของเด็ก ดังนั้น การได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หรือบุคลากรสหวิชาชีพจึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ ซึ่งเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเป็นหลัก แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาความรู้ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในสังคมที่มีความรู้ หรือการแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้ดูแลคนอื่นๆ การมาเข้ารับการอบรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการเพิ่มความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก ทั้งนี้ เด็กแต่ละคนมีอาการแตกต่างกันผู้ดูแลจึงต้องใช้วิธีการเรียนรู้และนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละราย หรือเพิ่มเติมความรู้จากการหาข้อมูลเพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ต หรือหนังสือ เป็นต้น นอกจากนี้ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสซึม ก็มีบทบาทในการให้ข้อมูลแก่เพื่อนสมาชิก เช่น ข้อมูลเรื่องโรงเรียน เรื่องการฝึกอบรม เรื่องสิทธิประโยชน์ต่างๆ เป็นต้น ตัวอย่างคำบอกเล่า

“ตอนนี้เป็นสมาชิกของชมรมที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และของโรงพยาบาลสงขลา โดยเฉลี่ยจะได้เข้าร่วมกิจกรรมประมาณปีละสามครั้ง แต่บางครั้งก็ไม่ใช้คำตอบของพี่ที่ต้องเลือกดูหัวข้อที่เหมาะสมกับคนของเรา”

“ครั้งหนึ่งไปโรงพยาบาล พี่เจอคุณแม่เด็กที่น้องเป็นหนักมาก ขนานน้ำลายไหล หัวโขกพื้น คุณแม่จบ ป.6 ทำอาชีพเลี้ยงปลาในนาทุ่งร้าง ก็รู้สึกสงสาร เรามีโอกาสดีกว่าเค้าเยอะ เพราะฉะนั้นช่องทางที่เค้าจะเข้าถึง คือน้อย เค้าคงไม่มีเวลาไปหาหนังสือ ไปทำโน่น ทำนี่ คือพี่ก็นึกไปถึงคนกลุ่มแบบนี้ ซึ่งก็มีอยู่เยอะ แล้วเค้าจะหาข้อมูลได้ยังไง”

“พี่โชคดีที่สายงานที่ทำคือจะรู้จักคนเยอะ ก็ถามๆ มีคนแนะนำก็ไปหา”

“บางครั้งข้อมูลที่มีก็ไม่อัปเดต เช่น อ่านจากหนังสือบอกว่า โรงเรียนนี้รับแต่เมื่อไปถามคือไม่รับแล้ว ไม่มีครูแล้ว ควรจะมีองค์กรที่รับผิดชอบ”

สำหรับผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคลากรทางการแพทย์ จากกลุ่มเพื่อนซึ่งจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องของเด็ก หรือจากบุคคล ในครอบครัวซึ่งจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กมาก่อน สำหรับแหล่งสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร จากกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีบทบาทน้อยลง เนื่องจากไม่ได้มีการรวมกลุ่ม เป็นลักษณะพิเศษ

“เคยเลี้ยงน้อง เลี้ยงหลานมาบ้าง มีอะไรก็ถามๆ จากคนแก่ๆ”

“ในกลุ่มเพื่อนๆ ก็จะคุยกันเรื่องลูกๆ โรงเรียนที่ไหนสอนดีบ้าง ก็จะ แนะนำกันไป”

“น้องสาวทำงานอยู่ในโรงพยาบาล เวลาเด็กทำอะไรแปลกๆ ก็ถามว่า ผิดปกติมั้ย ส่วนใหญ่แล้วก็ชนไปเรื่อย คือ พุดไม่ค่อยฟัง”

โดยสรุปแล้ว การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ในผู้ดูแลเด็กออทิสซึมและ PDD-NOS พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการที่จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลทั้งจากบุคคล และสื่อด้านอื่นๆ เช่น หนังสือ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต แต่อาจมีข้อจำกัด เช่น ความถี่ในการได้พบบุคลากร จากสาขาวิชาชีพ บางรายใช้อินเทอร์เน็ตไม่เป็น วิธีจัดการกับปัญหาดังกล่าว ได้แก่ สอบถามหรือ แลกเปลี่ยนข้อมูลจากกลุ่มเพื่อนผู้ปกครองที่ลูกมีลักษณะปัญหาใกล้เคียงกัน ปรึกษากับเพื่อน หรือญาติ ที่มีความรู้ เช่น เป็นพยาบาล เป็นนักจิตวิทยา นอกจากนี้ยังมีการมารับการอบรมเพื่อ เสริมความรู้ และนำความรู้ หรือคำแนะนำจากแพทย์หรือผู้เกี่ยวข้องมาฝึกใช้กับเด็กที่บ้าน ในเด็ก พัฒนาการสมวัยส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์ หนังสือ และผู้รู้

ปัญหาที่ผู้ดูแลเด็กสะท้อนส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเลือกโรงเรียน ได้แก่ ไม่ทราบว่า สามารถนำเด็กไปเรียนที่ใดได้บ้าง หรือโรงเรียนใดมีบุคลากร หรือครูการศึกษาพิเศษบ้าง บางครั้ง เด็กไปเรียนแล้วมีปัญหา ต้องย้ายโรงเรียน หรือมีผู้แนะนำโรงเรียนที่มีความพร้อม แต่โรงเรียน ดังกล่าวอาจอยู่ไกล ผู้ดูแลจึงต้องมีภาระค่าเดินทางเพิ่มขึ้น บางรายใช้วิธีขายบ้านแล้วไปซื้อบ้านใหม่ ที่ใกล้กับโรงเรียนมากขึ้น

### การสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า

ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับ หรือเพื่อประเมินตนเองเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นๆ การได้รับข้อมูลย้อนกลับ ในด้านที่ดีจะเป็นกำลังใจและเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ดูแลว่าตนเองสามารถเลี้ยงดูเด็กได้ดี เป็นที่ยอมรับ ของคนในครอบครัวและคนรอบข้าง ทำให้รู้สึกมั่นใจ สำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS จะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับกลุ่มผู้ปกครองที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน หรือผู้ปกครองเด็กที่อาการดีขึ้น ตัวอย่างคำบอกเล่า

“ที่ประเมินว่าน้องดีขึ้น คือ จากที่น้องทำไม่ได้ แล้วเป็นทำได้ โอกาสในการแลกเปลี่ยนกับคนอื่นก็ไปบ่อย คือไม่อายที่จะบอกว่าลูกเราเป็นอะไร”

“กลุ่มครูที่ไปเรียนก็จะมีการคุยอาทิตย์ละครั้งว่าน้องทำอะไรได้บ้าง มีการชมว่าคุณแม่เก่ง น้องเก่งที่ทำได้ มีการโทรมาถาม ปรึกษาวิธีการว่าคุณแม่ ทำอย่างไร บางคนก็อยากมาคุยที่บ้าน เวลาที่มีผู้ปกครองคนอื่นทราบว่าเราฝึก และทำให้พัฒนาการลูกดีขึ้น มาขอคำปรึกษาทำให้เรารู้สึกว่าอันนี้ส่งผลที่ดีต่อลูก”

“แม่บางคนรับไม่ได้ที่ลูกเป็นออทิสซึม ไม่บอกใครเลย จะเข้าโรงเรียน “ไปบอกเขาทำไมว่าลูกเป็นเด็กพิเศษ” อ้าว!! แล้วเดี๋ยวเข้าไปบ่นไปสร้างปัญหา ให้ครู ให้ผู้ดูแลรับด้วยใจดีกว่าอย่าไปปิดบังเขาเลย มันไม่ใช่สิ่งที่น่าอายนะ นั่นลูกเรา”

ในผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลของเด็ก ร่วมกับเพื่อน หรือญาติ ที่มีบุตรหลานอยู่ในวัยที่ใกล้เคียงกัน ตัวอย่างคำบอกเล่า

“น้องสอบได้ที่ 1 ทุกคนในบ้านแปลกใจและดีใจว่าได้มาอย่างไร ให้รางวัลกันใหญ่ น้าๆ พาไปเลี้ยง เราก็คือใจ”

“ว่างๆ ก็ไปคุยกับเพื่อนบ้าง ครูบ้าง ว่าเป็นแบบไหน ก็เล่าเรื่องลูกๆ  
ปรึกษากันบ้าง เรื่องเรียนเรื่องอะไรก็แล้วแต่”

### การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สำหรับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS จะได้รับทั้งจากคนในครอบครัว มิตรสหาย เพื่อนบ้าน ที่มีโอกาสเห็นความเปลี่ยนแปลงของเด็กในทางที่ดีขึ้น รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มผู้ปกครองในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง นอกจากได้ปรึกษาหารือแล้ว ยังช่วยเหลือกันในเรื่องการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สำหรับผู้ดูแลที่อาการของลูกดีขึ้นก็สามารถถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่น และได้รับการยอมรับทำให้มีกำลังใจ

“เวลามีคนเจอก็จะชมว่าน้องดีขึ้น มาชม เราก็รู้สึกดีใจ มั่นใจขึ้น มีผู้ปกครองท่านหนึ่งที่คุยกันตลอดโดยไม่เคยเห็นหน้า มีโทรมาปรึกษาตลอด บางครั้งเค้าก็โทรปรึกษามาร้องไห้ เราก็ช่วยกันให้กำลังใจ”

“ผมแค่หวังให้เค้าช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ได้กะว่าเรียนหรือเรียนอะไร อ่านออก เขียนได้ จบชั้นพื้นฐานแล้วก็เรียนวิชาชีพเลย”

“เขาเห็นนี้แอบอิจฉาลูกของเราหมดเลย เขามาพูดให้ฟังว่า ถ้าของเขานะได้เหมือนน้องนี้เขาจะดีใจมาก อย่างนั้นอย่างนี้ น้องนี้หล่อนะ ดูดีนะ ดูไม่ออกเลยนะ ถ้าของเขาได้อย่างนี้สักครั้งหนึ่งเขาก็ภูมิใจแล้ว”

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ในผู้ดูแลเด็กออทิสซึมและ PDD-NOS พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่าการที่เด็กมีอาการและพัฒนาการที่ดีขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีการเรียนรู้ ประสบการณ์และสามารถให้คำปรึกษาแก่เพื่อนผู้ปกครองที่มีปัญหาด้วยกัน ได้รู้สึกว่าคุณเองได้มีโอกาสช่วยเหลือคนอื่น ๆ การได้รับคำชมเชยทำให้รู้สึกดีใจและมั่นใจขึ้น แหล่งที่ให้การสนับสนุนจะเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมทั้ง จากกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

สำหรับผู้ดูแลเด็กกลุ่มพัฒนาการสมวัย มักจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องเด็ก ร่วมกับเพื่อนผู้ปกครองที่มีเด็กอยู่ในวัยเดียวกัน เพื่อให้คำปรึกษาและช่วยเหลือซึ่งกันละกัน แหล่งที่ให้การสนับสนุนจะเป็นบุคคลในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เป็นหลัก

### การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร

การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กต้องใช้ทรัพยากรทั้งด้านวัตถุ เงินทอง เวลา หรือความช่วยเหลือในด้านแรงงาน เนื่องจากผู้ดูแลเด็กหลายรายยังต้องมีภาระในเรื่องการประกอบอาชีพร่วมด้วย ควบคู่กับการดูแลเด็กตามแนวทางที่แพทย์แนะนำ เช่น การเข้ารับการตรวจประเมินอาการตามที่แพทย์นัด การฝึกพัฒนาการด้านอื่นๆ เช่น การฝึกพูด กิจกรรมบำบัด หรือกิจกรรมทางเลือกอื่นๆ ซึ่งเหล่านี้ ผู้ดูแลจึงต้องมีเวลาในการบริหารจัดการทั้งด้านเวลา ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น หรือการมีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมต่างๆ

จากกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS มีภาระต้องรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กสามารถรับผิดชอบเด็กได้อย่างเต็มประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตัวอย่างคำบอกเล่า

“ค่ารักษาพยาบาลใช้สิทธิของพ่อ บางครั้งเกินสิทธิ แต่ก็มีค่าน้ำมันรถ ค่ากิน ออกมาครั้งหนึ่งก็เกือบพัน ค่ารักษาสามร้อยเบิกได้ แต่ค่าน้ำมันเบิกไม่ได้ ค่าเสียเวลาบางครั้งรอนานมาก”

“ค่าเทอม 7,800 บาท ค่าครูพิเศษของห้องเรียนร่วมเดือนละ 5,000 บาท ทุกเดือนจ่ายกันเองไม่ได้มีคนอื่นช่วย”

“ก็หาโรงเรียนไปทุกโรงเรียน ไปหลายโรงเรียน ทุกโรงเรียนไปหมด เขาบอกว่าได้ ต้องสอบข้อเขียน ผมรู้ว่าไม่ได้แต่ก็ให้เขาพาไป ทุกโรงเรียนพาไปหมด อนุบาลทุกโรงเรียนเลยเอกชนทั้งนั้นอันไหนดีก็บอกเรา เราก็ยอมจ่าย เรื่องนั้นเราไม่สนใจ เราคิดว่าเออเราจ่ายให้เขาเอง”

สำหรับผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ให้ข้อมูลว่าการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรส่วนใหญ่แล้วเรื่องการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจะเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลเป็นหลัก แต่ได้รับความช่วยเหลือเป็นสิ่งของ เช่น เสื้อผ้า ของใช้ในบ้านเป็นบางครั้งคราว กรณีที่มีกิจกรรมจะมีญาติ พี่น้อง ช่วยดูแลให้ได้ ปกติเด็กก็ไปเล่นร่วมกับลูกของญาติอยู่เสมอ

### การได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนด้านทรัพยากรของผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่ม มีข้อมูลสอดคล้องกันว่าส่วนใหญ่ผู้ให้การสนับสนุนจะเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเป็นหลัก โดยเฉพาะคนในครอบครัว ซึ่งจะคอยรับผิดชอบในเรื่องวัตถุ เงินทอง สำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสซึมที่มีบัตรคนพิการจะได้รับสวัสดิการเบี้ยความพิการ สิทธิในด้านบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการและสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ แต่พบว่ามีผู้ดูแลที่สมัครใจไม่รับสวัสดิการดังกล่าว คือ ไม่ไปจดทะเบียนคนพิการ เนื่องจากเกรงว่าจะมีผลกระทบกับประวัติของบุตรในอนาคต

สำหรับการสนับสนุนในด้านของแรงงานนั้น ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัว หรือญาติ พี่น้องจะมีส่วนช่วยเหลือในการช่วยดูแลเด็กในกรณีที่ผู้ดูแลต้องไปทำกิจกรรมโดยที่ไม่สามารถนำเด็กไปได้ แต่มักเป็นลักษณะชั่วคราว หากมีความจำเป็นเช่นต้องไปค้างคืน ก็ต้องนำเด็กไปด้วย ตัวอย่างคำบอกเล่า

“หมอบอกว่าใช้สิทธิ์เอะ (สิทธิ์ผู้พิการ) เพราะน้องมารับสิทธิ์ได้อยู่แล้ว หมอก็ก้ออกไปรับรองความพิการ เสรีจก็ไปที่ ชั้น 2 หน้าลิฟท์ หน่วยสิทธิประโยชน์ บางอย่างเราก็อยากให้ลูกเราหายเนอะ เราก็ไม่ยอมรับกบฏรัฐบาล แต่ว่าเนี่ยมันหลายๆ อย่าง ค่าใช้จ่ายเราเยอะ ในเมื่อเขามีสิทธิ์ที่สมควรจะรับเราก็รับ แต่เราก็ไม่ได้ใช้เต็มที่ เพราะเราใช้ในสิทธิ์ที่จำเป็นจริงๆ”

“ของน้องนี้อาการน้อย ถ้าเป็นพ่อแม่คนอื่นที่อาการหนัก คือบางคนเขาไม่ได้มีตั้งคัง เรายังไม่ได้มีตั้งคัง ถามว่าถ้าเราพาลูกไปถ้าไม่มีบัตรทองอาจจะท้อไปแล้วก็ได้ เหนื่อยกับการพัฒนาลูกก็แล้ว ตั้งคังด้วย ค่ารถด้วย มันหลายอย่าง”

“สามคนนั้นแหละวันๆ คุยกัน มีแม่แพนก็อยู่หน้าบ้าน พี่สาวแกก็ อยู่ใกล้ๆ ถ้ามีธุระอะไรก็ฝากน้องกับคนอื่นได้ แต่สมมุติว่าถ้าไปไหนก็ไปหมดนะ”

“หากแม่ต้องมีกิจธุระ ก็จะเป็นคุณพ่อดูแลแทน ถัดมาคือพี่เลี้ยง มีหลายคนที่ช่วยดูแลได้ คุณย่า อยู่ระโนด คุณยายอยู่ทุ่งสง บ้านพี่อยู่ทุ่งหวัง มาซื้อบ้านอยู่แถวนี้ไม่มีญาติ กับเพื่อนบ้านก็ฝากได้ น้องอยู่กับทุกคนได้ ไม่มี ปัญหา”

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรในผู้ดูแลเด็กออทิสซึมและ PDD-NOS พบว่า ในด้านการเงินหรือภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวนั้น เป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลหรือ ครอบครัวเป็นหลัก ในรายที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล ค่าเล่าเรียนบุตรทำให้ลดภาระได้บ้าง แต่ยังมี ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง ค่าครูสอนพิเศษ ซึ่งหากเป็นเด็กพิเศษจะมีค่าเรียนมากกว่าเด็กปกติ นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กที่มากขึ้นกว่าเด็กทั่วไป จึงพบว่าผู้ดูแลมักจะประกอบ อาชีพอิสระ หรือออกจากงาน ซึ่งเป็นการปรับบทบาทเพื่อให้มีเวลาในการดูแลบุตรได้ใกล้ชิดขึ้น สำหรับผู้ดูแลเด็กกลุ่มพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรใกล้เคียงกับผู้ดูแลเด็กกลุ่ม อากาโรออทิสซึม แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและส่งเสริมพัฒนาการเด็กน้อยกว่า ทำให้ภาระด้านค่าใช้จ่ายน้อยลง

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กออทิซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย (2) เปรียบเทียบความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กออทิซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย (3) ศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กออทิซึม PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย กำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ ประเภทของผู้ดูแลเด็ก คือ ผู้ดูแลเด็กออทิซึม ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ตัวแปรตาม คือ การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า การสนับสนุนด้านทรัพยากร และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 แหล่ง คือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม บุคลากรจากสภวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ทำการเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลที่นำเด็กเข้ารับการทดสอบพัฒนาการ ณ คลินิกเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้รับการวินิจฉัยออทิซึมตาม DSM-IV จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น หรือกุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเด็กผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 102 คน และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในรายที่น่าสนใจ จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ตอนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าและด้านทรัพยากร จำนวน 48 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคอร์ท ทำการหาความตรง เชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน นำไปทดสอบใช้กับผู้ดูแลเด็กจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก (discrimination) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ แล้วเลือกเฉพาะข้อที่มีสัมประสิทธิ์ระดับ 0.2-0.8 และคำนวณหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค พบว่า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร มีความเที่ยงเท่ากับ 0.84, 0.81, 0.75 และ 0.91 และการสนับสนุนทางสังคมทั้งฉบับมีความเที่ยงเท่ากับ 0.93 และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก



ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way ANOVA) และหากพบว่ามีค่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธีของ Bonferroni

## สรุป

### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็ก จำนวนทั้งสิ้น 102 คน โดยแบ่งเป็น

1. ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม จำนวน 42 คน มากกว่า 3 ใน 4 ร้อยละ 78.6 เป็นเพศหญิง อายุของผู้ดูแลเด็กเฉลี่ย 38.26 ปี นับถือศาสนาพุทธสูงถึงร้อยละ 90.5 ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสร้อยละ 85.7 รองลงมา คือ หย่า หม้าย แยกกันอยู่ ร้อยละ 9.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 50 และต่ำกว่าระดับปริญญาตรีร้อยละ 45.2 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 31 รองลงมาเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 23.8 การรับรู้ระดับฐานะทางเศรษฐกิจว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 83.3 เกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดาร้อยละ 78.57

2. ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.1 อายุของผู้ดูแลเด็กเฉลี่ย 37.61 ปี นับถือศาสนาพุทธสูงถึงร้อยละ 88.5 ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสร้อยละ 84.6 รองลงมา คือ หย่า หม้าย แยกกันอยู่ ร้อยละ 15.4 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 53.8 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 38.5 การรับรู้ระดับฐานะทางเศรษฐกิจว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 84.6 เกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดาร้อยละ 69.2

3. ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย จำนวน 34 คน มากกว่า 3 ใน 4 เป็นเพศหญิงร้อยละ 85.3 อายุของผู้ดูแลเด็กเฉลี่ย 38.26 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 73.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 58.8 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 38.2 การรับรู้ระดับฐานะเศรษฐกิจว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 94.1 เกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดา ร้อยละ 73.5

## ตอนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมและรายด้านจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

การสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมของผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ในผู้ดูแลเด็กออทิสซึม ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS อยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยอยู่ในระดับมาก ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านทรัพยากรของผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มได้รับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรตามลำดับ

## ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

การวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทผู้ดูแลเด็ก พบว่า ประเภทผู้ดูแลเด็กแตกต่างกันได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ด้านข้อมูลข่าวสาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ด้านทรัพยากร และโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อทำการเปรียบเทียบรายคู่ โดยวิธีการของ Bonferroni พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายด้าน พบว่า

1. ด้านอารมณ์ ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากกว่าผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยและผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่ามากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ด้านทรัพยากร ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรมากกว่าผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS และเด็กออทิสซึม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

#### ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบแหล่งสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก

ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า และด้านทรัพยากร จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มากที่สุด รองลงมา คือ ได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม สำหรับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม ได้รับจากบุคลากรสหวิชาชีพมากที่สุด รองลงมา คือ บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับจากบุคลากรสหวิชาชีพมากที่สุด รองลงมาคือ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ส่วนผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคมมากที่สุด รองลงมาคือ บุคลากรจากสหวิชาชีพ

#### ตอนที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กทั้ง 3 กลุ่ม มีปัจจัยด้านสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้บุคคลต้องการและได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน กล่าวคือ การเป็นผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS ซึ่งเป็นความบกพร่องในด้านอารมณ์ การสื่อสาร และพฤติกรรม ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องที่ผู้ดูแลเด็กออทิสซึมมีคะแนนข้อความที่ว่า “ไม่รู้สึกสับสนและเป็นกังวลต่อการเลี้ยงดูเด็ก” น้อยที่สุดจากผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่ม และตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ที่กล่าวว่า “ตอนนี้เป็นห่วงอยู่อย่างเดียวว่าจะทำอย่างไร ลูกจะได้ช่วยตัวเองได้ เพราะเราต้องคิดว่าเราไม่ได้อยู่กับลูกไปตลอด” สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS นั้นจะมีความกังวล และต้องทำใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น บางรายเกิดเป็นความเครียดและนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ในครอบครัว เช่น สัมพันธภาพภายในครอบครัว ตัวอย่างคำบอกเล่าที่กล่าวว่า “เครียดจนต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาล ...กว่าจะเป็นได้อย่างทุกวันนี้ต้องใช้เวลา 3 ปี หนูใช้เวลาปรับตัวเอง 3 ปี พ่อเด็กก็ไม่อยู่และถ้าขาดเราอีกสักคนเด็กรคนนี้จะแย่แน่” เรื่องการจัดสรรเวลาเพื่อดูแลเด็กและการประกอบอาชีพ ส่งผลให้บางรายต้องออกจากงานเพื่อจะมีเวลาในการดูแลเด็กได้อย่างเต็มที่ ตัวอย่างคำบอกเล่าที่กล่าวว่า “นี่ก็คุยกับแม่เค้าแล้วว่าต้องให้แม่ออกจากงาน ลูกเริ่มโตถ้าไม่ฝึกตอนนี้เดี๋ยวคงไม่ทันแล้ว” หรือปัญหาด้านการเงินที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการบำบัดรักษา หรือการส่งเสริมการศึกษาของเด็ก ตัวอย่างคำบอกเล่าที่กล่าวว่า “ค่าเทอม 7,800 บาท ค่าครูพิเศษของห้องเรียนร่วมเดือนละ 5,000 บาททุกเดือน จ่ายกันเองไม่ได้มีคนอื่นช่วย” สำหรับปัญหาที่ผู้ดูแลเด็กกลุ่มออทิสซึม และ PDD-NOS มีการสะท้อนว่าเป็นปัญหาที่ต้องการรับการสนับสนุน

มากที่สุด ได้แก่ปัญหาในเรื่องการเข้าเรียน เนื่องจากโรงเรียนที่อยู่ใกล้บ้านไม่รับเด็กเพราะข้อจำกัดของโรงเรียน หรือ ไม่ได้เป็นโรงเรียนเรียนร่วม เช่น ขาดบุคลากร และถึงแม้ว่าโรงเรียนให้โอกาสแก่เด็กได้เข้าเรียนแล้ว ยังพบว่าไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับครู หรือเพื่อนได้ ผู้ปกครองจึงต้องแสวงหาโรงเรียนที่จะเหมาะสมกับเด็กแม้ว่าจะทำให้ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นก็ตาม

ดังนั้น เมื่อมีปัจจัยด้านสถานการณ์เป็นตัวกระตุ้น ทำให้วิเคราะห์ได้ว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS มีการสะท้อนถึงความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าการสะท้อนจากผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย

สำหรับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลเด็กจะได้รับจากบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก โดยเฉพาะด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร เนื่องจากเป็นบุคคลใกล้ชิดที่รับทราบถึงอาการป่วยของเด็กและคอยให้ความช่วยเหลือ สำหรับบุคลากรสหวิชาชีพจะมีบทบาทหลักในการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้พบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีส่วนในการให้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กออทิสซึม รองลงมาคือผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS แต่ไม่ปรากฏว่าเป็นแหล่งสนับสนุนในผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย

## อภิปรายผล

ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม เด็ก PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยมากที่สุด ( $\bar{x} = 3.51$ ) รองลงมา คือผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ( $\bar{x} = 3.27$ ) และผู้ดูแลเด็กออทิสซึม ( $\bar{x} = 3.19$ ) อธิบายได้ว่า ภาวะของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลเด็กถือเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีผลกระทบให้ผู้ดูแลเด็กต้องปรับตัว หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดูแลมาก เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ทั้งสามกลุ่มได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์สูงสุด รองลงมา คือ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิสซึมของ Meral (2012) ว่าได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์สูงที่สุด

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง เกี่ยวข้องโดยเป็นมารดาของเด็กมากที่สุด ถือว่าเป็นผู้มีความใกล้ชิดระดับปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด เมื่อพิจารณาจากสถานภาพสมรส พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) กล่าวคือ ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 100 ทำให้ผู้ดูแลมีคู่คิด คู่ชีวิตที่คอยให้ความรัก คำปรึกษา ให้กำลังใจ และช่วยเหลือในการดูแลเด็ก ในขณะที่ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม

มีสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ ร้อยละ 9.5 และผู้ดูแลเด็ก PDD-NOD มีสถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ ร้อยละ 15.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghanizadeh, Alishahi และ Ashkani (2009) พบว่า อัตราการหย่าร้างของครอบครัวที่มีบุตรเป็นออทิซึมสูงกว่าครอบครัวทั่วไป ทำให้บุคคลดังกล่าวขาดคู่มือที่คอยให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ อาจเป็นผลให้ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิซึม และ PDD-NOS เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญ สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันหรือคอยให้คำปรึกษาได้ ผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่ม มีอายุระหว่าง 31-40 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ถือเป็นวัยแรงงานที่กำลังสร้างเนื้อสร้างตัว ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบอาชีพที่มีรายได้น้อยกว่าหนึ่งในสี่ แสดงว่ากว่าสามในสี่ต้องมีความรับผิดชอบทางด้านหน้าที่การงาน ซึ่งต้องทำควบคู่กับการดูแลเด็กไปด้วย ทั้งนี้เมื่อให้ประเมินการรับรู้ระดับฐานะทางเศรษฐกิจพบว่า ผู้ดูแลทั้งสามกลุ่ม ประเมินว่าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด โดยผู้ดูแลเด็กออทิซึมประเมินว่าระดับฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 9.5 ส่วนผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ประเมินว่าระดับฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 7.7 ประกอบกับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรเป็นด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดจากทั้ง 4 ด้าน อาจเนื่องมาจากการที่ต้องพึ่งพาตนเองเป็นหลักทำให้ต้องมีการปรับตัว จัดสรรเวลา และทรัพยากรของครอบครัวให้เหมาะสม อาจเป็นผลให้ผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS และผู้ดูแลเด็กออทิซึม ตามลำดับ

เมื่อทำการเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามประเภทของผู้ดูแลเด็ก พบว่าประเภทผู้ดูแลเด็กต่างกัน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์พบว่า ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิซึม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อธิบายได้ว่า โรคออทิซึมยังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กออทิซึมเกิดความกังวล ผิดหวัง เหนื่อยล้ากับการดูแล เยียวยา เพื่อลดความรุนแรงของโรค มีรายงานว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรออทิซึมมากกว่าเด็กปกติ ผู้ดูแลเด็กออทิซึมจึงได้พักผ่อนน้อยลง มีสุขภาพจิตแย่ลง และมีความเครียด ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยคำถามการสนับสนุนด้านอารมณ์ พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิซึมมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดจากทั้งสามกลุ่ม เช่น ไม่รู้สึกสับสนและเป็นกังวลต่อการเลี้ยงดูเด็ก ( $\bar{x} = 2.67$ ) ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ( $\bar{x} = 3.45$ ) ตนเองดูแลเด็กได้ดีพอ ( $\bar{x} = 3.36$ ) และตนเองจะไม่หงุดหงิด ฉุนเฉียว ( $\bar{x} = 3.24$ ) เป็นต้น ข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิซึมยังมีความสับสนและกังวลต่อการเลี้ยงดูเด็ก เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง มีความรู้สึกว่าตนเองควรจะดูแลเด็กได้ดีกว่าเดิม รวมถึงส่งผลต่ออารมณ์ ทำให้หงุดหงิด ฉุนเฉียว มากกว่าผู้ดูแลเด็ก

กลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า “บางครั้งเราก็ต้องทำใจ บางคนก็เข้าใจเราก็ผ่านไป นิดหน่อยก็ผ่านไป แต่บางครั้งคนรอบข้างนะ เขาก็ไม่มีลูกหลานที่เป็นและไม่เข้าใจเรื่องนี้ เขาก็ดูเรา เป็นครอบครัวพลาด” และสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า “พาลูกเดินห่าง เจอคนที่ แสดงอาการรังเกียจดูเราเราก็รับไม่ได้ คือเราต้องอธิบาย แต่เราไม่สามารถจะอธิบายกับทุกคนได้ เราต้องอธิบายตนเอง และรับให้ได้” และ “เครียดจนต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาลแล้วได้ยามากิน ... หนูใช้เวลาปรับตัวเอง 3 ปี พ่อเด็กก็ไม่อยู่และถ้าเขาคนอื่นอีกสักคนเด็กคนนี้จะแย่แน่” จากข้อมูล ดังกล่าวอาจเป็นผลให้ผู้ดูแลเด็กออทิสซึมได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์น้อยที่สุดจากทั้งสามกลุ่ม

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มากกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ ทำให้ผู้ดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยนั้น จำเป็นต้องได้รับความรู้และคำแนะนำเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยคำถามการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดจากทั้งสามกลุ่ม เช่น ทราบถึงสิทธิทางการศึกษาที่เด็กควรได้รับ ( $\bar{x} = 2.58$ ) ทราบถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลที่เด็กควรได้รับ ( $\bar{x} = 2.73$ ) รับทราบข่าว ประชาสัมพันธ์กิจกรรม หรือความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลเด็ก ( $\bar{x} = 2.96$ ) รู้จักหรือทราบว่ามีการ จัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ( $\bar{x} = 2.62$ ) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา เมื่อเด็กมีปัญหา ด้านสุขภาพ ( $\bar{x} = 3.15$ ) เป็นต้น และสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า “ให้ประเมินถ้าเต็มสิบ คือ ข้อมูลมีน้อยมาก แต่ที่เราได้เพราะความจำเป็น ทำให้ต้องไปเสาะหา” และสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ ที่กล่าวว่า “พี่กังวล ตอนเรียนที่โรงเรียน.... ไปเรียนป็นิ่งรู้สึกว่าคุณครูรับไม่ได้ ลูกก็รับไม่ได้ เขาจะร้อง เขาจะไม่ยอมไปโรงเรียน คุณครูก็บ่น เขาก็รับไม่ได้ แต่รับในฐานะที่ว่าทางที่กฎหมายบังคับ เขาต้อง ยอมรับแต่จริงๆ แล้วเขาก็บ่นเขามีความรู้สึกว่าไม่อยากรับเด็กอย่างนี้รู้สึกเป็นภาระก็เลยไปหา โรงเรียนใหม่” และ “บางครั้งข้อมูลที่มีก็ไม่อัปเดต เช่น อ่านจากหนังสือบอกว่าโรงเรียนนี้รับแต่เมื่อ ไปถามคือไม่รับแล้ว ไม่มีครูแล้ว ควรจะมีองค์กรที่รับผิดชอบ” การสะท้อนของข้อมูลดังกล่าว อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลเด็กมีบทบาทในการเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการของบุตร เมื่อบุตรมีความบกพร่อง ด้านพัฒนาการ จึงต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ หรือการรักษา รวมถึงช่องทางในการ ติดต่อบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สิทธิในการรักษาพยาบาล ข่าวสารหรือการจัดกิจกรรมเผยแพร่ ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ ข้อมูลในการด้านศึกษาเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความ ต้องการอย่างมาก จากที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS และผู้ดูแลเด็กออทิสซึม จำนวน 7 ราย พบว่าผู้ดูแลเด็กทุกรายมีการสะท้อนปัญหาในด้านการศึกษาของเด็ก เช่น ไม่ทราบข้อมูล เรื่องโรงเรียนที่รับเด็กพิเศษ โรงเรียนที่เด็กเรียนไม่มีบุคลากรครูการศึกษาพิเศษทำให้ขาดความรู้ ความชำนาญในการดูแลเด็ก หรือเด็กบางรายไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนนักเรียนหรือครูได้

จากสาเหตุดังกล่าว จึงทำให้ผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร น้อยที่สุด อาจเนื่องจากเด็กกลุ่ม PDD-NOS มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าออทิสซึม ดังนั้นหากผู้ดูแล เด็กไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค เป็นผลให้เด็กเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้าขึ้น นอกจากนี้ PDD-NOS จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับออทิสซึม การศึกษาและความรู้ในเรื่องออทิสซึมมีความแพร่หลาย มากกว่า ผู้ดูแลอาจต้องเรียนรู้แนวทางการดูแลรักษาจากเรื่องออทิสซึม และนำมาปรับให้เหมาะสมกับ อาการของเด็ก จะทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า พบว่า ผู้ดูแลเด็ก พัฒนาการสมวัย และผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบ และประเมินคุณค่า มากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าการที่เด็กมีอาการของโรคที่รุนแรงย่อมต้องอาศัยการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และใช้ระยะเวลา ที่ยาวนานขึ้น ทั้งนี้ เด็กออทิสซึมจะมีความบกพร่องทางพัฒนาการครบทั้ง 3 ด้าน จึงมีความรุนแรง มากกว่า PDD-NOS ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภา รุจิโรไพบุลย์ (2553) ศึกษาเปรียบเทียบ ทักษะการปรับตัวของเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมกับเด็กพัฒนาการสมวัย โดยแบบประเมินทักษะ การปรับตัวไวน์แลนด์จากประชากรเด็กอายุ 2-6 ปี จากคลินิกพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า เด็กออทิสซึม เด็ก PDD-NOS และเด็กพัฒนาการสมวัย มีคะแนนมาตรฐานระดับพฤติกรรม การปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มพัฒนาการสมวัยมีคะแนนสูงสุดในทุกด้าน ในขณะที่กลุ่มเด็กออทิสซึมมีคะแนนต่ำที่สุดในทุกด้าน และ เอื้ออารี พร้อมเพรียง (2554) ศึกษารูปแบบ และปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการด้านทักษะการปรับตัวในเด็กกลุ่มอาการออทิสซึม พบว่า ค่าคะแนนมาตรฐานระดับพฤติกรรมปรับตัว ด้านการสื่อสาร ทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าสังคม ทักษะการใช้กล้ามเนื้อ และพฤติกรรมปรับตัวโดยรวม คะแนนของกลุ่มออทิสซึมต่ำกว่ากลุ่ม PDD-NOS ในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากออทิสซึมมีอาการรุนแรงมากกว่า PDD-NOS จึงทำให้ผลคะแนนในการประเมินต่ำกว่า ปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม นำไปเปรียบเทียบกับผู้ดูแลเด็กกลุ่มอื่นที่มีอาการน้อยกว่าหรือเด็กมีผลการรักษาที่ดีกว่า เป็นผลให้ ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความกังวล และเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยคำถามการสนับสนุนด้านการ เปรียบเทียบและประเมินคุณค่า พบว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึม มีคะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุดจากทั้งสามกลุ่ม ตัวอย่าง เช่น ได้รับข้อมูลย้อนกลับจากคนรอบข้างในด้านที่ดีเสมอ ( $\bar{x} = 3.12$ ) มั่นใจว่าจะดูแลเด็กได้ดี เทียบเท่าผู้ดูแลคนอื่น ๆ ( $\bar{x} = 3.10$ ) มั่นใจและไม่กังวลในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็ก ( $\bar{x} = 3.14$ ) ได้รับคำแนะนำที่ดีจากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ดูแลเด็กคนอื่น ๆ ( $\bar{x} = 3.05$ ) เป็นต้น และจากผลการสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า “ผมแค่หวังให้เค้าช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ได้กะว่าเรียนหรือเรียนอะไร อ่านออก เขียนได้ จบขั้นพื้นฐานแล้วก็เรียนวิชาชีพเลย” ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสซึมยังมีความ กังวล ความไม่มั่นใจต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็ก การได้รับข้อมูลย้อนกลับในทางที่ดี อยู่ระดับปานกลาง

อาจเป็นผลให้การสนับสนุนทางสังคมด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าในผู้ดูแลเด็กออทิสซึมน้อยที่สุดจากผู้ดูแลทั้งสามกลุ่ม

การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร พบว่า ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร มากกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS และผู้ดูแลเด็กออทิสซึม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า การรักษาโรคกลุ่มอาการออทิสซึมยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถพัฒนาให้เด็กดีขึ้นได้ จึงต้องอาศัยการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลจึงมีภาระเพิ่มในเรื่องการรักษาพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พัก เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็ก คือ ผู้มีบทบาทสำคัญสุดในการรักษาดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็กเนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิด ซึ่งต้องนำเด็กเข้ารับการรักษาดูแลจากบุคลากร สหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ทรัพยากรด้านเวลา เพื่อเด็กออทิสซึมมากขึ้นกว่าการดูแลเด็กทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนยา เผือกม่วง (2541) พบว่า ผู้ดูแลต้องใช้เวลาเพื่อบุตรออทิสซึมเฉลี่ยวันละ 4 ชั่วโมง 55 นาที ในขณะที่ใช้เวลาเพื่อบุตรเด็กปกติเพียงวันละ 1 ชั่วโมง 15 นาทีต่อวัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการต้องการเห็นบุตรออทิสซึมสามารถเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จึงยอมทุ่มเทเวลาเพื่อเป็นหนทางในการสนองความคาดหวังของมารดา ที่มีบุตรเป็นออทิสซึม เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยคำถามการสนับสนุนด้านทรัพยากร พบว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดจากทั้งสามกลุ่ม ตัวอย่างเช่น มีบุคคลคอยช่วยเหลือดูแลเด็กแทน เมื่อรู้สึกไม่สบาย หรือมีกิจธุระ ( $\bar{x} = 2.74$ ) ได้รับความช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกในการพาเด็กไปพบแพทย์หรือโรงเรียน ( $\bar{x} = 2.98$ ) ได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาทางการเงิน ( $\bar{x} = 2.74$ ) เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ที่ กล่าวว่า “ค่าเทอม 7,800 ค่าครูพิเศษของห้องเรียนรวมเดือนละ 5,000 บาท ทุกเดือน จ่ายกันเองไม่ได้มีคนอื่นช่วย” และ “สามคนนั้นแหละ วันๆ คุยกัน มีแม่แฟนก็อยู่หน้าบ้าน พี่สาวแกก็อยู่ใกล้ๆ ถ้ามีธุระอะไรก็ฝากน้อง กับคนอื่นได้ แต่สมมุติว่าถ้าไปไหนก็ไปหมดนะ” จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS จะมีความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นกว่าผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ทั้งนี้เพื่อต้องการให้เด็กมีพัฒนาที่ดีขึ้น ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวผู้ดูแลจะเป็นผู้รับผิดชอบหลัก นอกจากนี้ การได้รับความช่วยเหลือในด้านแรงงาน เช่น การมีคนช่วยดูแลเด็ก แม้พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีญาติ พี่น้อง ที่สามารถช่วยดูแลเด็กได้ แต่จะเป็นในลักษณะชั่วคราว หากมีกิจธุระที่ต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน ผู้ดูแลต้องนำเด็กไปด้วย จากภาระดังกล่าว ผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การจัดสรรทรัพยากรทั้งด้านเวลา แรงงาน ค่าใช้จ่าย ให้เพียงพอ เหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการรับผิดชอบในด้านอื่นของครอบครัว ด้วยเหตุดังกล่าวจึงอาจเป็นผลให้ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรน้อยกว่าผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย

แหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กทั้งสามกลุ่มในด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากรมากที่สุด คือ การสนับสนุนจาก



บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล (2546) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ปกครองเด็กออทิสซึมได้รับมากที่สุด ได้แก่ คู่สมรส รองลงมา คือ บิดามารดา เนื่องจากบุคคลดังกล่าว เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่รับทราบและเข้าใจถึงอาการของเด็ก จึงคอยให้ความช่วยเหลือ ให้ความรักและกำลังใจ คำปลอบโยนแก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ที่ เป็นสามี เนื่องจากผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะเป็นมารดา ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า “พ่อของเด็ก จะเป็นฝ่ายให้กำลังใจ เช่น วันนี้พาน้องไปฝึกแล้วอาจจะแยมมาก บางครั้งเจอกับครูแยมๆ ที่ไม่เข้าใจ มาเล่าให้พ่อฟังคุณพ่อก็จะคอยให้กำลังใจ คือพูดให้คิดแง่บวก ทำให้เรารู้สึกดีขึ้น” และสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “อยู่กันสามคน (พ่อ แม่ ลูก) มีอะไรไม่สบายใจก็ปลอบใจกันสามคนนี่แหละนะ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีศนา ยิ่งราษฎร์สุข (2550) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก มารดาที่นำบุตรที่ป่วยด้วยภาวะสมองพิการที่มีอายุ 3 เดือน ถึง 6 ปี ที่มารับบริการที่สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ พบว่า มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี และญาติอย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับ ศรีนยา เผือกผ่อง (2541) พบว่างานดูแลทั้งในบุตรปกติและบุตรออทิสซึมจะมีผู้ช่วยเหลืออย่างดี โดยเฉพาะสามี สำหรับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และ PDD-NOS จะได้รับจากบุคลากรสหวิชาชีพมากที่สุด สอดคล้องกับ ศศิธร แก้วนพรัตน์ (2541) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสซึมของศูนย์สุขวิทยาจิต พบว่า บิดามารดาของเด็กออทิสซึมได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรในศูนย์สุขวิทยาจิตเป็นอันดับแรก ซึ่งถือเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ ส่วนผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องทางสังคมมากที่สุด เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น เนื่องจากในผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยจะมีการปรึกษา แลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลเด็กกับกลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์ที่กล่าวว่า “ในกลุ่มเพื่อนๆ ก็จะช่วยกันเรื่องลูก โรงเรียนที่ไหนสอนดีบ้างก็จะแนะนำกันไป” สำหรับกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นแหล่งสนับสนุนที่ผู้ดูแลเด็ก กลุ่มอาการออทิสซึมได้รับน้อยที่สุด อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มเฉพาะซึ่งมีไม่มากนัก

โดยสรุป พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสซึม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อันเนื่องจากการเป็นผู้ดูแลเด็กในกลุ่มอาการออทิสซึม เป็นผลให้ผู้ดูแลต้องมีภาระและอุปสรรคในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านกาย ใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลเด็กพัฒนาการสมวัย จึงสะท้อนว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า ในขณะที่ผู้ดูแลเด็กออทิสซึม และผู้ดูแลเด็ก PDD-NOS ถือได้ว่าเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (child with special needs) ที่ควรจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมมากกว่าบุคคลทั่วไป ดังนั้น แหล่งสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่ช่วยให้กำลังใจ ความมั่นใจและช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กกลุ่มดังกล่าวให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีขึ้น และควรมีการประชาสัมพันธ์และ

ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคออทิซึมแก่บุคคลทั่วไป เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยรวมถึง ผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

## ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากข้อมูล ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงความต้องการในด้านข้อมูลข่าวสารว่ามีความจำเป็นต่อการนำมาใช้เพื่อดูแลเด็ก ดังนั้นควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ มาร่วมบูรณาการด้านข้อมูล และจัดทำเป็นฐานข้อมูลเพื่อช่วยสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ดูแลเด็ก กลุ่มอาการออทิซึม เช่น รายชื่อโรงเรียน สถานพยาบาล และแหล่งฝึกอาชีพ เป็นต้น เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้ผู้ดูแลมีช่องทางในการสืบค้นข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และประหยัด และเป็นข้อมูลที่มีความทันสมัยเพื่อสามารถนำไปใช้ได้จริง

2. เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิซึมไม่ได้ปรากฏความพิการทางกายภาพ ดังนั้นควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยออทิซึม หรือจัดทำสื่อสาธารณะเพื่อเผยแพร่แก่บุคคลทั่วไป ให้เข้าใจ เพื่อสามารถปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ดูแลได้เช่นกัน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อสามารถนำไปอ้างอิงกลุ่มประชากรได้ดีขึ้น

2. ควรศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐกิจในครอบครัวผู้ป่วยออทิซึม เพื่อหาแนวทางการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านทรัพยากร

## บรรณานุกรม

- กรณีศึกษา คงหอม. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแลสัมพันธ์ภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยความต้องการการดูแลการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โกศลจิต หลวงบำรุง, วันดี พุทธรังสี และอังศุมา อภิชาติ. 2549. พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กออทิสติกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 26(2): 9-27.
- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. 2556. จำนวนผู้ป่วยนอก-ในเวลาราชการจำแนกตามคลินิก. <http://medinfo2.psu.ac.th/medrec/status.htm> (สืบค้นเมื่อ 19 เมษายน 2556).
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2535. แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 6(2): 96-105.
- จินตนา สมนึก. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชาญยุทธ ศุภคุณภิญโญ. 2547. อุบัติการณ์สาเหตุและการดำเนินโรคออทิสติก. ใน *ความรู้เรื่องออทิสติกสำหรับผู้ปกครองครูและบุคลากรทางสาธารณสุข*, นิรมล พัจนสุนทร, บรรณาธิการ. หน้า 11-20. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- ณัฐภา รุจิรีไพบูลย์. 2553. การศึกษาเปรียบเทียบทักษะการปรับตัวของเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมกับเด็กพัฒนาการสมวัยโดยแบบประเมินทักษะการปรับตัวไวแลนด์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, สาขากุมารเวชศาสตร์ของแพทยสภา คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการเผชิญความเครียดการสนับสนุนทางสังคมการดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. 2549. แนวทางการดูแลออทิสติกแบบบูรณาการ. แสปป์โฮมคลินิก. <http://www.happyhomeclinic.com/au22-autisticcare.htm> (สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2554).

- นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล. 2546. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติก. การค้นคว้าอิสระ  
พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. 2543. การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรค  
หลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิรมล พัจจนสุนทร. 2547. ความรู้เรื่องออทิสติกสำหรับผู้ปกครอง. ใน *ความรู้เรื่องออทิสติกสำหรับ  
ผู้ปกครองครูและบุคลากรทางสาธารณสุข*, นิรมล พัจจนสุนทร, บรรณาธิการ. หน้า 1-10.  
ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- บุญธรรมกิจ ปรีดาบริสุทธิ. 2549. *ระเบียบการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์.
- เบญจมาศ พระธานี. 2554. *ออทิสซึม : การสอนพูดและการรักษาบำบัดแบบสหสาขาวิทยาการ*.  
พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ.  
2552. ราชกิจจานุเบกษา. 126 (ตอนพิเศษ 77 ง) : 2-5.
- ประคอง กรรณสุด. 2538. *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประไพ ทายุทธ. 2545. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์,  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาศรี ทุ่งมีผล. 2548. การสนับสนุนทางสังคมความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดา  
เด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีศนา ยิ่งราษฎร์สุข. 2550. พฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดาและการสนับสนุนทาง  
สังคมของครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว  
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรพิมล วรวิฑูมิพุทธพงศ์ และสงคราม เขาว์ศิลป์. 2549. การสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม.  
*มนุษยศาสตร์สาร* 7(2): 33-47.

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. 2550. ราชกิจจานุเบกษา. 124 (ตอนที่ 61 ก) : 8-24.

พิชิต สุขสบาย และสายพิณ หัตถ์รัตน์. 2552. “ผู้ดูแล”...ผู้ป่วยที่ถูกกีดกันในเวชปฏิบัติ. *คลินิก* 25(1). <http://www.doctor.or.th/node/9167> (สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2555).

เพ็ญแข ลิ้มศิลา. 2541. *รวมเรื่องน่ารู้เกี่ยวกับออทิสซึม*. สมุทรปราการ : ช แสงงามการพิมพ์.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. 2548. *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ. 2548. *คู่มือการดูแลเด็กออทิสติกแบบบูรณาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : สมพรการพิมพ์.

วงศ์ชุม. 2539. ภาวะเครียดของบิดามารดาที่นำบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วราภรณ์ จิธานนท์. 2547. สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรันยา เผือกผ่อง. 2541. การใช้เวลากับคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีบุตรเป็นเด็กออทิสติก: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาคหกรรมศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ศิริภา นันทพงษ์. 2542. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศศิธร แก้วนพรัตน์. 2541. การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขวิทยาจิต. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมจิตร ห่องบุตรศรี. 2547. แนวทางการช่วยเหลือบุคคลออทิสติก. ใน *ความรู้เรื่องออทิสติกสำหรับผู้ปกครองครูและบุคลากรทางสาธารณสุข*, นิรมล พัจจนสุนทร, บรรณาธิการ. หน้า 43-54. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

สุกัญญา ปฐมระวี. 2551. *สิทธิคนพิการ*. งานสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.

- สุภาพ ปั่นทอง. 2549. การสนับสนุนทางสังคม : ความต้องการและการได้รับของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียมตามการรับรู้ของผู้ป่วยและของครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรทัย ทองเพชร. 2545. ภาวะการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อริสา พงษ์ศักดิ์ศรี. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของมารดาและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปรับความเครียดของมารดาเด็กปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาโรงเรียน คณะมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอื้ออารี พร้อมเพรียง. 2554. การศึกษารูปแบบและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการด้านทักษะการปรับตัวในกลุ่มเด็กอาการออทิสซึม. สารนิพนธ์หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> Ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Brandt, P.A., and Weinert, C. 1985. PRQ: A social support measure. *Nursing Research*. อ้างถึงใน นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล, *การสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติก*. (เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546), 18
- Benjak, T., Mavrinac, G.V. and Simetin, I.P. 2009. Comparative study on self perceived health of parents of children with autism spectrum disorders and parents of nondisabled children in Croatia. *Croatian Medical Journal* 50(4):403-409.
- Boyd, B. A. 2002. Examining the relationship Between Stress and Lack of Social Support in mother of Children with Autism. *Autism and other Developmental Disabilities* 17(4): 208-215.
- Chronister, J.A, Johnson, E.K. and Berven, N.L. 2006. Measuring social support in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 28(2): 75-84.
- Centers for Diseases Control and Prevention. 2009. Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. (accessed August 29, 2012).

- Cobb, S. 1976. Social Support as a Moderator of life Stress. *Psychomatic Medicine* (38)5: 300-314.
- Ghanizadeh, A., Alishahi, A. and Ashkani, M-J. 2009. Helping Families for Caring Children with Autistic Spectrum Disorders. *Archives of Iranian Medicine* 12(5): 478-482.
- Grasha, A.F. 1995. Practical application of psychology. New York: Harper Collins. อ้างถึงใน พรพิมล วรวิฑูมิพุทธพงศ์ และสงคราม เขาวรรณศิลป์, การสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม. *มนุษยศาสตร์สาร* 7(2). 2549, 34-35
- Gray, D.E. Holden, W.J. 1992. Psycho-Social well-being among the parents of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disabilities* 18(2): 83-89.
- House, J.S. 1981. *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Hutton, A.M. 2005. Eperiences of Families With Children With Autistic in Rural New Englang. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 20(3): 180-189.
- Jarbrink, K. 2007. The economic consequences of autistic spectrum disorder among children in Swedish municipality. *Autism* 11(5):453-463.
- Langfford, P.H., Bowsher, J., Maloney, J.P., & lillis, P.P. 1997. Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, อ้างถึงใน ประไพ ทายุทธ, การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา. (เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545), 16-17
- Meral, F. B. 2012 .A study on social support perception of parent who have children with autism. *International Journal on New Trends in Education and Their Implications* 3: 124-133
- Pender, J. N. 1987. Social Support and Social Structure. *Sociological Forum* 2(1): 135-146.
- Pender, J. N. 1996. Health promotion in nursing practice. 2<sup>nd</sup> Ed. California : Appleton & Lange, อ้างถึงใน ศิริินภา นันทพงษ์. 2542. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. (เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542), 17.
- Weiss, M. J. 2002. Hardness and Social Support as Predictors of stress in mothers of Typical Children, Children with Autism and Children with Mental Retardation. *Autism* 6(1): 115-130.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

บันทึกข้อความขออนุญาตเก็บข้อมูล

และใบรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายบริการพยาบาล โทร. ๑๖๖๒ ต่อ ๑๐๖  
 ที่ มอ ๓๙๕/ ๑๔๑๓ วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๕  
 เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน คณบดี

ตามหนังสือ ที่ มอ 895.1/159 ลงวันที่ 6 มีนาคม ๒๕๕๕ ขออนุญาตให้ นางสาวณิชฐา หะยิมะแซ นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์ และสังคม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์” เข้าเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัย จากคลินิกเด็ก ความแจ้งแล้วนั้น

ฝ่ายบริการพยาบาล พิจารณาแล้วอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยดังกล่าว โดยผู้เก็บข้อมูลวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางโกสุมภ์ หมู่ขจรพันธ์)

รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล



EC: 55-172-19-6-4

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่  
จังหวัดสงขลา 90110

### หนังสือรับรองนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

- โครงการวิจัยเรื่อง : การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึม และเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Comparative Study on Social Support of Caregiver of Children with Autistic spectrum disorder and Caregiver of Typical development in Songklanagarind Hospital)
- หัวหน้าโครงการ : นางสาวชนิษฐา หะยีมะแซ
- ภาควิชา/คณะ : หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาควิชา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการอนุกรรมการจริยธรรมด้านวิจัยเกี่ยวกับ ibrilalผู้ป่วย สิ่งส่งตรวจ และสังคมศาสตร์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ 29 มีนาคม 2555

.....ประธานอนุกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีระพล จันทร์ดียิ่ง)  
รองคณบดีฝ่ายวิจัย

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลที่เข้าร่วมงานวิจัย

## การพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลเด็กที่ร่วมงานวิจัย

เรียนผู้ปกครองที่นับถือ

โครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์” จัดทำเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ของนางสาวชนิษฐา หะยีมะแซ หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่างของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งหมายถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ประกอบด้วยการตอบสนองด้านอารมณ์ การยอมรับและการมองเห็นค่าในตนเอง การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเหล่านี้มีผลโดยตรงที่ทำให้เกิดกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยสนับสนุนให้การดูแลเด็กเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ (กรณีแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15 นาที กรณีแบบสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลาประมาณ 40 นาที)

ทั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยของผู้ดูแลเด็กเป็นภาพรวม

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาวชนิษฐา หะยีมะแซ

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	สถานที่ทำงาน	สาขาเชี่ยวชาญ
1.	ศ.พญ.สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กุมารเวชศาสตร์
2.	ผศ.ดร.เกษตรชัย และหิม	ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ระเบียบวิธีวิทยาการ วิจัยทางสังคมศาสตร์
3.	ผศ.ดร.พัชรี จิวพัฒน์กุล	สถาบันพัฒนาการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา	การศึกษาพิเศษ



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หลักสูตร ศศ.ม.สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาคพิเศษ ภาควิชาสวัสดิศึกษา โทร.6659

ที่ มอ 895.1/ว15๙

วันที่ 6 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ตรวจเครื่องมือการวิจัย/แบบสอบถาม

เรียน ศ.พญ.สมจิตร์ จารุรัตน์ศิริกุล

ด้วย นางสาวชนิษฐา หะยิมะแซ รหัสนักศึกษา 5111121003 ซึ่งเป็นนักศึกษาในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาคพิเศษ ได้รับอนุญาตทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์" โดยมี พญ.ดร.ภาสุรี แสงศุภวานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการนี้ นักศึกษากำลังดำเนินการวิจัยอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ทางหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาคพิเศษ พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับงานวิจัยข้างต้นเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความเหมาะสมของเครื่องมือการวิจัย/แบบสอบถาม ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะขอบพระคุณยิ่ง

(ดร.สุรพงษ์ ยิ้มละมัย)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาคพิเศษ





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หลักสูตรศ.ม.สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาคพิเศษ ภาควิชาสารัตถศึกษา โทร.6659

ที่ มอ 895.1/ว158

วันที่ 6 มีนาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจเครื่องมือการวิจัย/แบบสอบถาม

เรียน ดร.เกษตรชัย และทีม

ด้วย นางสาวชนิษฐา หะยิมะแซ รหัสนักศึกษา 5111121003 ซึ่งเป็นนักศึกษาในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาคพิเศษ ได้รับอนุญาตให้วิทยานิพนธ์เรื่อง "การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์" โดยมี พญ.ดร.ภาสุรี แสงศุภวานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการนี้ศึกษากำลังดำเนินการวิจัยอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ทางหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาคพิเศษ พิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการวิจัยข้างต้นเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความเหมาะสมของเครื่องมือการวิจัย/แบบสอบถาม ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะขอบพระคุณยิ่ง

(ดร.สุรพงษ์ ยิ้มละมัย)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาคพิเศษ



ที่ ศธ.0521.1.11/ ๕1๖

คณะศิลปศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
15 ถ.กาญจนวนิช ต.คอหงส์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

๑ มีนาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดตรวจสอบเครื่องมือเพื่อการวิจัย/แบบสอบถาม

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ด้วย นางสาวชนิษฐา หนะยี่มะแซ รหัสนักศึกษา 5111121003 เป็นนักศึกษาในหลักสูตรศิลปศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม ภาคพิเศษ ได้รับอนุญาตให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์" โดยมี พญ.ดร.ภาสุรี แสงสุภาวานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการนี้ นักศึกษากำลังดำเนินการวิจัยอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ทางคณะศิลปศาสตร์ พิจารณาเห็นว่า ผศ.ดร.พัชรี จีวัตพัฒนกุล อาจารย์ประจำโปรแกรมการศึกษาพิเศษ คณะครุศาสตร์ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับงานวิจัยข้างต้นเป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญ ผศ.ดร.พัชรี จีวัตพัฒนกุล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความเหมาะสมของเครื่องมือการวิจัย/แบบสอบถาม ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อดิศา แซ่เตียว)

คณบดีคณะศิลปศาสตร์

สำเนาเรียน ผศ.ดร.พัชรี จีวัตพัฒนกุล

หลักสูตร ศศ.ม. พมส. ภาคพิเศษ ภาควิชาสารัตถศึกษา  
โทรศัพท์ 074-289506 โทรสาร 074-286659

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

### เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึม และเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

#### คำชี้แจง

1. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนามนุษย์และสังคม คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

#### 2. แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ สถานะทางสุขภาพ การศึกษา การรับรู้ระดับสถานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ อายุของเด็ก ความสัมพันธ์กับเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็ก

#### 3. คำอธิบายแบบสอบถาม

3.1 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนเกื้อกูลจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแบ่งเป็น 4 ด้านคือ

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) ซึ่งประกอบด้วย ความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความห่วงใย และความไว้วางใจ

(2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) คือการได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การได้รับคำแนะนำปรึกษาข้อเสนอแนะการให้ความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง

(3) การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า (appraisal support) คือการได้รับข้อมูลย้อนกลับเพื่อสามารถประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม

(4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมโดยตรงในรูปแบบของการช่วยเหลือทางการเงินการ เสียสละเวลาการช่วยในด้านวัสดุสิ่งของ รวมถึงการบริการต่างๆ

3.2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ  
เกื้อกูลผู้วิจัยได้สรุปแหล่งการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กไว้เป็น 4 ประเภท คือ

- (1) บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น
- (2) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
- (3) บุคลากรสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด ครูอาจารย์  
และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น
- (4) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสซึม  
และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจงกรุณาเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย✓ลงใน  หน้าข้อความที่เป็นจริง  
กับตัวท่าน

1. เพศ (ของผู้ดูแลเด็ก)  1) ชาย  2) หญิง
2. อายุของผู้ดูแล ..... ปี
3. ศาสนา  1) พุทธ  2) คริสต์  3) อิสลาม  4) อื่นๆ (โปรดระบุ).....
4. สถานภาพสมรส  
 1) โสด  2) สมรส  3) หย่า หม้าย แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา  
 1) ต่ำกว่าปริญญาตรี  2) ปริญญาตรี  3) สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ  
 1) แม่บ้าน  2) เกษตรกรรม  
 3) รับจ้าง  4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 5) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  6)ว่างงาน  
 7) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
7. การรับรู้ระดับฐานะทางเศรษฐกิจของคุณอยู่ในระดับใด  
 1) ระดับไม่ดี  2) ระดับปานกลาง  3) ระดับดี
8. อายุของเด็กในปัจจุบัน ..... ปี
9. คุณมีความเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็น.....

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กได้รับ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ตรงกับระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ท่านได้รับ

ข้อ	เนื้อหา	ระดับ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>						
1.	ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชย ที่ให้การดูแลเด็ก					
2.	ท่านได้รับความเห็นอกเห็นใจจากคนรอบข้างเมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ					
3.	ท่านได้รับคำพูดที่แสดงถึงการให้กำลังใจต่อหน้าบุคคลอื่น					
4.	ท่านได้รับความห่วงใยจากคนรอบข้างในยามที่รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวล					
5.	ท่านมีคนที่คอยให้กำลังใจ					
6.	ท่านมีบุคคลที่สามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ ทั่วไปที่เกิดขึ้นได้					
7.	ท่านมีบุคคลที่คอยรับฟังคำบอกล่าเกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ที่มี เช่น กลัว กังวล ในการดูแลเด็ก					
8.	ท่านรู้สึกสับสนและเป็นกังวลต่อการเลี้ยงดูเด็ก					
9.	ท่านได้ยินคำพูด หรือการแสดงกิริยาดูหมิ่นดูแคลนจากคนรอบข้าง					
10.	ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง					
11.	ท่านคิดว่าตนเองดูแลเด็กได้ไม่ดีพอ					
12.	ท่านคิดว่าตนเองมักหงุดหงิด ฉุนเฉียวบ่อยขึ้น					
จากข้อความตั้งแต่ข้อ 1-12 ข้างต้น ท่านได้รับความช่วยเหลือ หรือ การสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลใด (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ท่านเลือก สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ)						
<input type="checkbox"/> 1) บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 2) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 3) บุคลากรวิชาชีพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด ครู อาจารย์ และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 4) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสซึม และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)						

ข้อ	เนื้อหา	ระดับ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>						
13.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก					
14.	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกโรงเรียนของเด็ก					
15.	ท่านรับทราบถึงสิทธิการศึกษาที่เด็กควรได้รับ					
16.	ท่านรับทราบสิทธิด้านการรักษาพยาบาลที่เด็กควรได้รับ					
17.	ท่านได้รับการชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลเด็ก					
18.	ท่านรับทราบข่าวประชาสัมพันธ์กิจกรรม หรือความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลเด็ก					
19.	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อากาการ การรักษา เมื่อเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพ					
20.	ท่านรู้จักหรือทราบว่ามีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสซึม กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน					
21.	เมื่อเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพหรือพัฒนาการ ท่านไม่ทราบว่าควรนำเด็กไปรับการรักษาที่ใด					
22.	ท่านมีปัญหาในการเลือกโรงเรียนที่เหมาะสมกับเด็ก					
23.	ท่านไม่ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไรต่อเด็กและบุคคลรอบข้าง					
24.	ท่านไม่ทราบว่า จะติดต่อบุคคลหรือหน่วยงานใดเพื่อปรึกษาปัญหาหรืออาการของเด็ก					
จากข้อความตั้งแต่ข้อ 13-24 ข้างต้น ท่านได้รับความช่วยเหลือ หรือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคคลใด (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ท่านเลือก สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ)						
<input type="checkbox"/> 1) บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 2) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 3) บุคลากรสหวิชาชีพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด ครู อาจารย์ และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 4) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสซึม และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)						



ข้อ	เนื้อหา	ระดับ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า</b>						
25.	ท่านได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีความสามารถในการดูแลเด็ก					
26.	ท่านได้รับคำชมเชยว่าดูแลเด็กได้ถูกต้องเหมาะสม					
27.	ท่านได้รับคำชมเชยว่าสามารถดูแลเด็กได้ดีเช่นเดียวกับผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ					
28.	ท่านได้ร่วมกันจัดกลุ่มพูดคุยร่วมกับผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะอาการใกล้เคียงกัน					
29.	ท่านรู้สึกว่าคุณค่า					
30.	ท่านมีความมั่นใจในวิธีการที่ท่านใช้ดูแลเด็กและสามารถให้คำแนะนำคนอื่นในสถานการณ์เดียวกับท่านได้					
31.	ท่านมักได้รับข้อมูลย้อนกลับจากคนรอบข้างในด้านดีเสมอ					
32.	ท่านคิดว่าได้รับคำแนะนำที่ดีจากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ					
33.	ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ตามที่คาดหวังไว้					
34.	ท่านไม่มั่นใจว่าจะดูแลเด็กได้ดีเทียบเท่ากับผู้ดูแลคนอื่น ๆ					
35.	ท่านรู้สึกกังวล และไม่มั่นใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็ก					
36.	ท่านรู้สึกว่าเด็กมีอาการเจ็บป่วยเกิดจากความบกพร่องของท่าน					
จากข้อความตั้งแต่ข้อ 25-36 ข้างต้น ท่านได้รับความช่วยเหลือ หรือ การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าจากบุคคลใด (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ท่านเลือก สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ)						
<input type="checkbox"/> 1) บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 2) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 3) บุคลากรสหวิชาชีพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด ครู อาจารย์ และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 4) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กออทิสซึม และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)						

ข้อ	เนื้อหา	ระดับ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านทรัพยากร</b>						
37.	ท่านมีบุคคลคอยช่วยเหลือดูแลท่าน เมื่อท่านรู้สึกไม่สบาย หรือมีกิจธุระ					
38.	ท่านได้รับความช่วยเหลือ หรืออำนวยความสะดวกในการพาเด็กไปพบแพทย์					
39.	ท่านได้รับความช่วยเหลือ หรืออำนวยความสะดวกในการพาเด็กไปศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียน					
40.	มีคนช่วยดูแลรับผิดชอบแทนเพื่อมีโอกาสออกสังคมหรือคลายเครียดนอกบ้าน					
41.	ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล					
42.	ท่านได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านการเงิน					
43.	มีคนช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านและดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว					
44.	มีคนช่วยรับ-ส่ง เด็ก หรือร่วมกิจกรรมของศูนย์เด็กหรือโรงเรียนได้					
45.	ท่านไม่ได้รับความช่วยเหลือเมื่อขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการดูแลเด็ก					
46.	ท่านไม่ได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครอบครัว					
47.	ไม่มีคนช่วยไปเป็นเพื่อนท่านเมื่อพาเด็กมาโรงพยาบาล					
48.	ไม่มีคนช่วยดูแลเด็กพร้อมกับท่าน					
จากข้อความตั้งแต่ข้อ 37-48 ข้างต้น ท่านได้รับความช่วยเหลือ หรือ การสนับสนุนด้านทรัพยากรจากบุคคลใด (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ท่านเลือก สามารถเลือกตอบได้หลายข้อ)						
<input type="checkbox"/> 1) บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 2) บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 3) บุคลากรสหวิชาชีพ (เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักอรรถบำบัด ครู อาจารย์ และครูการศึกษาพิเศษ เป็นต้น)						
<input type="checkbox"/> 4) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (เช่น ชมรมผู้ปกครองเอทีซีเอ็ม และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)						

**แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัย**

---

1. ท่านคิดว่าท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับใด เพียงพอหรือไม่ การสนับสนุนที่ได้รับนั้นเป็นอย่างไรและมีบุคคลใดเกี่ยวข้องต่อการสนับสนุนด้านนี้บ้าง

2. ท่านคิดว่าท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารในระดับใด เพียงพอหรือไม่ การสนับสนุนที่ได้รับนั้นเป็นอย่างไร และมีบุคคลใดเกี่ยวข้องต่อการสนับสนุนด้านนี้บ้าง

3. ท่านคิดว่าท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่าในระดับใด เพียงพอหรือไม่ การสนับสนุนที่ได้รับนั้นเป็นอย่างไร และมีบุคคลใดเกี่ยวข้องต่อการสนับสนุนด้านนี้บ้าง

4. ท่านคิดว่าท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางทรัพยากรในระดับใด เพียงพอหรือไม่ การสนับสนุนที่ได้รับนั้นเป็นอย่างไร และมีบุคคลใดเกี่ยวข้องต่อการสนับสนุนด้านนี้บ้าง

5. ท่านคิดว่าท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมในระดับใด และคิดว่ามีความต้องการรับความช่วยเหลือด้านอื่นๆ นอกจากที่กล่าวมาข้างต้นอีกหรือไม่อย่างไรและจากบุคคลหรือหน่วยงานใด

6. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

---

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล น.ส.ชนิษฐา หะยีมะแซ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5111121003

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
รัฐประศาสนศาสตรศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2547

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง นักวิชาการแรงงานปฏิบัติการ

สถานที่ทำงาน สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดนราธิวาส

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ชนิษฐา หะยีมะแซ, ภาสุรี แสงศุภวานิช และอุทัย ปริญาสุทธินันท์. 2556. การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. การประชุมหาตใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556 ณ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.