



สถาบันราชานุกูลมีความยินดีเผยแพร่ข้อมูล องค์ความรู้ นี้แก่ผู้สนใจ
การนำข้อมูลจากเว็บไซต์นี้ไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย
หรือเผยแพร่ต่อเพียงบางส่วน หรือทั้งหมด
กรุณาอ้างอิง “ชื่อเจ้าของผลงาน” เป็นแหล่งที่มาของข้อมูล



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลการใช้โปรแกรมครอบครัวต่อการรับรู้สมรรถนะ

พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว

และพัฒนาการของผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

EFFECT OF FAMILY PROGRAM ON THE PARENT PERCEIVED

SELF-EFFICACY , FAMILY CARING BEHAVIORS AND DEVELOPMENT

OF INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES PERSONS

โดย

นางจรรุวรรณ	ประดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางฉวีวรรณ	กุลวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวปรารถนา	พรมวัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวเบญจวรรณ	ภูซัน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถาบันราชภัฏสกลนคร

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2) เพื่อศึกษาพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ประชากรคือ ครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ที่มารับบริการที่สถาบันราชานุกูล กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยครอบครัว ระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2551 จำนวน 20 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ 1) โปรแกรมครอบครัว 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัว 4) แบบติดตามพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาทางพัฒนาการ เก็บรวบรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมครอบครัว โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องพัฒนาการและสติปัญญา หลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว และผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญามีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : โปรแกรมครอบครัว การรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแล
ผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา

**EFFECT OF FAMILY PROGRAM ON THE PARENT PERCEIVED SELF-EFFICACY,
FAMILY CARING BEHAVIORS AND DEVELOPMENT OF INTELLECTUAL AND
DEVELOPMENTAL DISABILITIES PERSONS**

Abstract

The purposes of this study were to examine the effect of family program on the parent Perceive self-efficacy, family caring behaviors and development of intellectual and developmental disability persons. A two group, pre-post quasi-experimental design. The research subjects consisted of 20 family of intellectual and developmental persons who were customers of family ward from August – October 2008. The research instruments were family program, progress of developmental, parent perceive self-efficacy and family caring behaviors assessment. The data were to collect before and after using family program 1 year and were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon Signed-Rank test.

The result of this study revealed that the family of intellectual and developmental persons who received family program had higher perceive self-efficacy and family caring behaviors. The intellectual and developmental disability persons had higher progress of developmental at the .05 level.

KEYWORD : Family Program, intellectual disability, self-efficacy, family caring behaviors

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากคณะกรรมการส่งเสริมการวิจัย สถาบันราชานุกูล ที่ได้กรุณาเป็นผู้ตรวจโครงร่างวิจัย แนะนำและติดตามการทำวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณสถาบันราชานุกูล ที่ให้งบประมาณสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรในหอผู้ป่วย ครอบครัวทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนในการเก็บข้อมูลและจัดทำวิจัย สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ปกครอง และผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยครอบครัวทุกท่าน และผู้เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่คณะผู้วิจัย งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2553



สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมุติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
การรับรู้สมรรถนะในการดูแล.....	9
ภาวะปัญญาอ่อน.....	16
พฤติกรรมการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของผู้ดูแล.....	19
การพยาบาลระบบพยาบาลเจ้าของไข้.....	40
การพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การรวบรวมข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59

สารบัญ

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	62
ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแล ก่อนและ หลังสิ้นสุดโปรแกรมกรม 1 ปี.....	64
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวก่อนและ หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี.....	68
ตอนที่ 4 เปรียบเทียบพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี.....	76
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
เอกสารอ้างอิง.....	86
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	89
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	90
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง.....	111
ประวัติผู้วิจัย.....	113

ตารางที่

หน้า

1 จำนวน ร้อยละของเพศ อายุ การศึกษา อาชีพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก.....	62
2 จำนวน ร้อยละ ของระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ระยะเวลาที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเภทของการเข้าฝึก จำนวนครั้งที่รับเด็กเข้าเป็นผู้ป่วยใน และผู้ช่วยในการดูแลเด็ก.....	63
3 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการรับรู้สมรรถนะการ ดูแลของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา จำแนกเป็น รายด้านและโดยรวม.....	64
4 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแล ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ด้านมิติความเข้มแข็ง จำแนกเป็นรายข้อ.....	65
5 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแล ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาด้านมิติความยากง่าย จำแนกเป็นรายข้อ.....	66
6 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแล ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ด้านมิติความเป็นสากล จำแนกเป็นรายข้อ.....	67
7 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมการดูแลผู้ปกครอง ทางพัฒนาการและสติปัญญาจำแนกเป็นรายด้านและ โดยรวม.....	68
8 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมการดูแลผู้ปกครอง ทางพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแล ด้านการดูแลโดยทั่วไป จำแนกเป็นรายข้อ.....	69
9 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมการดูแลผู้ปกครอง ทางพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแล ด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกเป็นรายข้อ.....	70
10 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมการดูแลผู้ปกครอง ทางพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแล ด้านการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ จำแนกเป็นรายข้อ.....	72
11 ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง คะแนนการรับรู้สมรรถนะ และพฤติกรรมการดูแลของของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง.....	73
12 ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง คะแนนการรับรู้สมรรถนะ การดูแลของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญารายด้านก่อนการ ทดลองกับหลังการทดลอง.....	74

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

- 13 ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง คะแนนพฤติกรรมดูแล
ของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญารายด้าน ก่อนการทดลอง
กับหลังการทดลอง.....75
- 14 เปรียบเทียบค่าความถี่ ร้อยละ ของพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและ
สติปัญญา ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง.....76
- 15 ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง จำนวนพัฒนาการที่ทำได้ของ
ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาหรือที่เรียกว่าภาวะปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มอาการของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความผิดปกติในความสามารถด้านสติปัญญาและพฤติกรรมปรับตัว จึงมีลักษณะเฉพาะ คือ ความจำกัดในการปฏิบัติตน ภาวะปัญญาอ่อนจะปรากฏขึ้นเมื่อความจำกัดทางสติปัญญา และการปรับตัวมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับความต้องการในชีวิตประจำวันตามสภาพแวดล้อมของสังคมปกติ ซึ่งความบกพร่องของการปรับตัวบ่งชี้ถึงการให้ความช่วยเหลือและความจำเป็นของแต่ละบุคคล การช่วยเหลือที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาได้ ทั้งนี้การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการปรับตัวและการเรียนรู้ของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา รวมทั้งการฝึกเด็กให้พัฒนาตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญามีศักยภาพที่ดีขึ้น

ครอบครัวนับเป็นสังคมหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ซึ่งผลสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาจะขึ้นอยู่กับความร่วมมือและความตั้งใจจริงของบุคคลในครอบครัวของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญามากกว่าผู้ฝึกที่เป็นวิชาชีพ ความร่วมมือของครอบครัวผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาจึงมีความสำคัญต่อบุคคลปัญญาอ่อนมากที่สุดตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต(ชวลา เขียรธนู, 2534) ดังนั้นการเตรียมครอบครัวให้เข้าใจความพิการของผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา ข้อจำกัดของความสามารถ ความต้องการพิเศษ ความคาดหวัง รวมทั้งวิธีการอบรมเลี้ยงดูและการฝึกสอนในทิศทางที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ (กัลยา สุตะบุตร, 2534)

สถาบันราชานุกูล เป็นสถาบันที่ให้บริการเฉพาะทางด้านปัญญาอ่อนและด้านพัฒนาการแก่ ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาตั้งแต่อายุแรกเกิด ถึง 15 ปี ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้ป่วยในรับทั้งประเภทประจำ และประเภทไป-กลับ การบริการเน้นการพัฒนาความสามารถของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา โดยบุคลากรวิชาชีพและรับไว้เป็นระยะเวลานาน ต่อมาสถาบันได้เล็งเห็นความสำคัญของครอบครัวต่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา จึงเริ่มให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และสามารถดูแลบุคคลเหล่านี้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาสถาบัน ลดปัญหาการติดสถาบัน และเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาได้เข้าสู่สังคมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาและครอบครัว

หอผู้ป่วยครอบครัว สถาบันราชานุกูล เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการสำหรับครอบครัว เกี่ยวกับการให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา เพื่อให้ครอบครัวสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ปฏิบัติได้จริง สามารถดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา ดังกล่าวได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ.2545 จนถึงปัจจุบัน รวม 5 ปี มีครอบครัวมารับบริการทั้งสิ้น 312 ครอบครัว จัดบริการ โดยการรับผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาพร้อมครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ โปรแกรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ปกครอง ได้แก่ กลุ่มปฐมนิเทศ กลุ่มความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อนและหลักการฝึกเด็ก กลุ่มให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ปกครอง กลุ่มสิทธิประโยชน์ กลุ่มฝึกปฏิบัติการคลายเครียด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มทบทวนเป้าหมายประจำวัน กลุ่มปัจฉิมนิเทศ 2) กิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา ได้แก่ กลุ่มกระตุ้นประสาทสัมผัส กลุ่มตัดปะ กลุ่มวาดภาพ กลุ่มหุ่นน้อยช่างปั้น กลุ่มนันทนาการ กลุ่มเสียงธรรมชาติ 3) กิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาร่วมกับผู้ปกครอง ได้แก่ กลุ่มสมาธิ กลุ่มประดิษฐ์อุปกรณ์จากเศษวัสดุเหลือใช้ 4) การสอนผู้ปกครองแบบรายบุคคลในการฝึกทักษะดำรงชีวิตประจำวัน/ส่งเสริมพัฒนาการให้ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา รวมถึงการจัดการแก้ไขตามปัญหา เช่น ปัญหาพฤติกรรม ลักษณะการบริการ คือ ครอบครัวต้องพักค้างคืนภายในหอผู้ป่วย แล้วติดตามหลังจบโปรแกรม 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และในปี พ.ศ. 2547 มัจฉริ โอสถานนท์, พนิดา รัตนไพโรจน์ และ สุทธิญา อภัยยานุกร ได้ทำการวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาบริการด้วยรูปแบบหอผู้ป่วยครอบครัว โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบซิป(CIPP Model) ประเมินปัจจัย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต รวมทั้งการสอบถามความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการรับภาระเป็นผู้ดูแล เป็นการประเมินโปรแกรมในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ครอบครัวอยู่ที่หอผู้ป่วย ยังไม่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมหลังจากที่ครอบครัวจำหน่ายไปจากหอผู้ป่วยครอบครัวแล้ว

ปี พ.ศ. 2550 หอผู้ป่วยครอบครัวได้ทำการรวบรวมการติดตามประเมินผลครอบครัวหลังจบโปรแกรม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 - 2550 ของหอผู้ป่วยครอบครัว พบว่า มีครอบครัวมาติดตามประเมินผลตามนัดหลังจบโปรแกรม 1 เดือน ร้อยละ 64.3 หลังจบโปรแกรม 3 เดือน ร้อยละ 46 หลังจบโปรแกรม 6 เดือน ร้อยละ 31.5 และ หลังจบโปรแกรม 1 ปี ร้อยละ 17.9 และไม่ได้มาติดตามประเมินเลยร้อยละ 18.7 ทั้งนี้ครอบครัวที่มาติดตามประเมินผลตามนัดหลังจำหน่าย 1 ปี พบว่า ครอบครัวที่ยังมีความคงอยู่ของการฝึกทักษะเด็กอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 30 ครอบครัวที่มีการฝึกทักษะเด็กไม่สม่ำเสมอแต่สามารถบอกวิธีการฝึกได้ถูกต้อง ร้อยละ 35 และร้อยละ 35 ไม่ได้ฝึกทักษะเด็กเลยหลังจบโปรแกรม ด้วยเหตุผลปัญหาทางเศรษฐกิจที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว โดยให้ผู้อื่นดูแล หรือให้เด็กอยู่ในบ้านและแม่ทำงานที่บ้าน เช่น ค้าขาย ตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น (หอผู้ป่วยครอบครัว, 2550) ทั้งนี้จากการติดตามประเมินผลหลังจำหน่ายดังกล่าวพบว่าการขาดแรงจูงใจ

และการขาดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลของครอบครัวเป็นสาเหตุที่ทำให้ครอบครัวไม่สามารถดูแลและฝึกผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาได้อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย

จากการศึกษาของ Bandura (1988) พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของพ่อแม่ต่อการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาซึ่งเป็นการเพิ่มความมั่นใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองนี้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆและความพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพราะการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ บุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น แต่ถ้ามีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอ ก็จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) มิติตามระดับความยากง่ายของงานที่ปฏิบัติ (Level of dimension) คือ ความเชื่อของครอบครัวผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งจะแปรผันตามความยากง่ายของกิจกรรมที่ปฏิบัติ 2) มิติความเข้มแข็ง (Strength of dimension) คือ การที่ครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา พิจารณาความเป็นไปได้ของความสามารถในตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรม ทำให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วงตามที่ได้กำหนดไว้ 3) มิติความเป็นสากล (Generality of dimension) คือ การที่ครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน และสามารถที่จะนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงได้ ทั้งนี้ถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถ จะมีความอดทนอดสาหัส ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ซึ่งในการฝึกและดูแลผู้ บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญานั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ความอดทนในการฝึกและดูแล เนื่องจากผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเรียนรู้ได้ช้า ต้องสอนซ้ำๆ ย้ำบ่อยๆ

นอกจากนี้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1985) ได้กล่าวว่า บุคคลต้องมีวุฒิภาวะในการรับผิดชอบตนเอง บุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้สมบูรณ์จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการดูแลตนเองตามความเหมาะสม ซึ่งผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเป็นผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองดังนั้นจำเป็นต้องได้รับการให้ความช่วยเหลือจากครอบครัว การให้ความช่วยเหลือของครอบครัวหรือพฤติกรรมดูแลของครอบครัว คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่ครอบครัวลงมือกระทำต่อผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเพื่อตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวันและประโยชน์ในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพ และสวัสดิภาพ ทั้งนี้การที่ครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลบุตรอย่างต่อเนื่องจะต้องมีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเอง

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมครอบครัวโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura (1988) และพฤติกรรมดูแลตนเองของ Orem (1985) เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมโดยมีกิจกรรมกลุ่มพัฒนาทักษะครอบครัวที่เพิ่มขึ้นได้แก่ กลุ่มสร้างแรงจูงใจ กลุ่มให้ความรู้

เรื่องหลักการฝึกพูดเบื้องต้น กลุ่มให้ความรู้เรื่องการดูแลเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะการดูแลขณะที่อยู่ที่หอผู้ป่วย กลุ่มพลังใจ การติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี โดยมุ่งหวังว่าการส่งเสริมครอบครัวให้เกิดแรงจูงใจ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา จะส่งผลให้ครอบครัวมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ทำให้ครอบครัวเกิดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้ผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เต็มตามศักยภาพ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมครอบครัว 1 ปี
- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมครอบครัว 1 ปี
- 2.3 เพื่อศึกษาพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมครอบครัว 1 ปี

3. สมมติฐานการวิจัย

- 3.1 การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา หลังได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมครอบครัว และสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัว 1 ปี จะเพิ่มขึ้น
- 3.2 พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา หลังได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมครอบครัว และสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัว 1 ปี จะเพิ่มขึ้น
- 3.3 พัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา หลังได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมครอบครัว และสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัว 1 ปี จะเพิ่มขึ้น

4. ขอบเขตการวิจัย

- 4.1 ประชากร ได้แก่ ครอบครัวผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยครอบครัว สถาบันราชานุกูล
- 4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาครอบครัวซึ่งมาใช้บริการที่หอผู้ป่วยครอบครัว สถาบันราชานุกูล จำนวน 20 ครอบครัว
- 4.3 ตัวแปรที่ศึกษา คือ
 - 4.3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมครอบครัว
 - 4.3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว และพัฒนาการของผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา

5. นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมครอบครัว หมายถึง โปรแกรมให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญาสำหรับครอบครัว โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. ปฐมนิเทศครอบครัวรับใหม่
2. กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญา ได้แก่ ภาวะปัญญาอ่อน หลักการฝึกผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญา การให้ความรู้ตามความต้องการ การดูแลผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญาเมื่อเจ็บป่วย หลักการฝึกพูดเบื้องต้น สิทธิประโยชน์
3. กิจกรรมกลุ่มพัฒนาทักษะครอบครัว ได้แก่ กลุ่มพลังใจ กลุ่มสร้างแรงจูงใจ กลุ่มเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะการดูแล กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มปฏิบัติการคลายเครียด กลุ่มประดิษฐ์อุปกรณ์จากเศษวัสดุเหลือใช้ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มกระตุ้นประสาทสัมผัส
4. การฝึกปฏิบัติการฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน แบบรายบุคคล
5. ปัจฉนิเทศครอบครัวก่อนการจำหน่าย

ครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญาที่เข้าร่วมโปรแกรม ครอบครัวตลอด 2 สัปดาห์ เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา และพี่เลี้ยง (ที่ดูแลผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป)

การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัว หมายถึง ความมั่นใจของครอบครัวเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะวางแผน กำหนดวิธีการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมเพื่อการดูแลผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญา ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้และยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มิติตามระดับความยากง่ายของงานที่ปฏิบัติ (Level of dimension) หมายถึง ความเชื่อของครอบครัวผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญา ในการปฏิบัติกิจกรรมที่จะแปรผันตามความยากง่ายของกิจกรรมที่ปฏิบัติ ครอบครัวที่มีความเชื่อในสมรรถนะของตนเองต่ำ มีความสามารถในตนเองอย่างจำกัดจะปฏิบัติกิจกรรมได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน
2. มิติความเข้มแข็ง (Strength of dimension) หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญา พิจารณาความเป็นไปได้ของความสามารถในตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรม ทำให้เกิดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วงตามที่ได้กำหนดไว้
3. มิติความเป็นสากล (Generality of dimension) หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ที่มีปัญหา พัฒนาการและสติปัญญา เชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน และสามารถที่จะนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงได้

พฤติกรรมกรรมการดูแลของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ครอบครัวลงมือกระทำต่อผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาเพื่อตอบสนองความต้องการในกิจวัตรประจำวัน และประโยชน์ในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพ และสวัสดิภาพ แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. การดูแลโดยทั่วไป หมายถึง การที่ครอบครัว ปฏิบัติต่อผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาในการช่วยเหลือให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหารและน้ำ การดูแลสุขภาพอนามัย ดูแลจัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ จัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาดปลอดภัย และวางแผนด้านค่าใช้จ่ายและการดูแล

2. การดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ หมายถึง การที่ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา เกี่ยวกับการสังเกตและเรียนรู้พฤติกรรม/ ความต้องการของผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาและตอบสนองได้ตรงตามความต้องการ สนใจและศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาเป็น การฝึกทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน สามารถใช้เทคนิคในการฝึก ประยุกต์การฝึกให้เข้ากับชีวิตประจำวัน ปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลกับผู้ดูแลคนอื่นๆ และหาแหล่งสนับสนุนต่างๆในสังคม

3. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ หมายถึง การที่ครอบครัวผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาปฏิบัติต่อบุคคลปัญญาอ่อน โดย ให้ความรักและเอาใจใส่ ยอมรับ พากอดผู้สังคม อุดหนุนใจเย็น ให้ความเวลาผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาในการทำกิจกรรม สนับสนุนให้ผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ

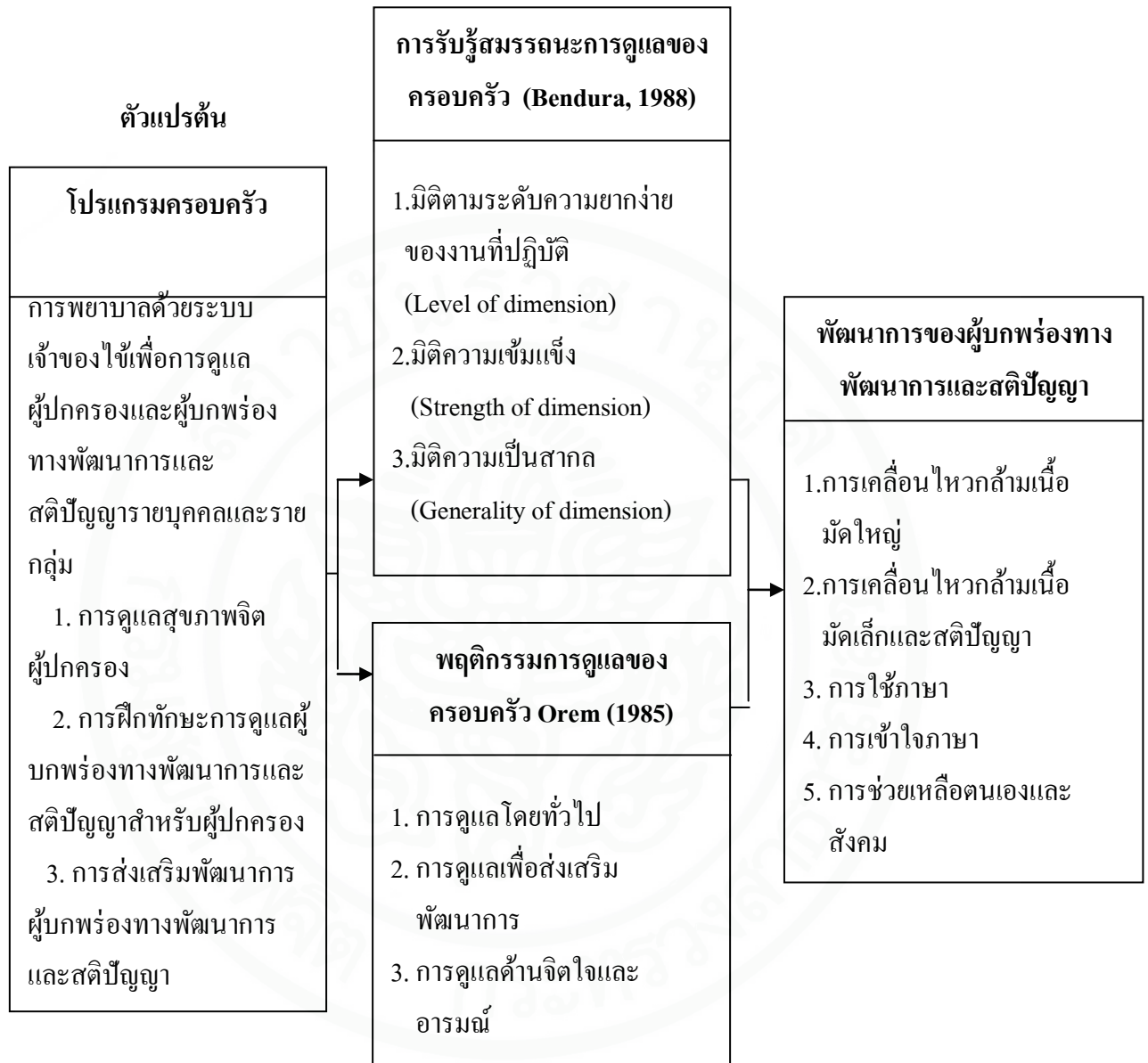
พัฒนาการของผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา หมายถึง การที่ผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา สามารถปฏิบัติกิจวัตรการดำรงชีวิตประจำวันได้ในทักษะการเคลื่อนไหว ทักษะการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ ทักษะการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ทักษะการใช้ภาษา ทักษะความเข้าใจภาษา และทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ครอบครัวสามารถรับรู้สมรรถนะของตนเอง และมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลบุตรที่ถูกต้องเหมาะสม
2. ครอบครัวมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง
3. ได้ต้นแบบโปรแกรมครอบครัว สำหรับบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นคู่มือในการจัดบริการเพื่อพัฒนาสมรรถนะครอบครัว

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรตาม



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมครอบครัวต่อการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรม การดูแลของครอบครัวและพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะในการดูแล

- 1.1 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
- 1.2 แหล่งที่มาของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 1.3 วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเอง
- 1.4 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล
- 1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. ภาวะปัญญาอ่อน

3. พฤติกรรมการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของผู้ดูแล

- 3.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและพฤติกรรมการดูแล
- 3.2 พฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแลตาม

แนวคิดของ โอเร็ม

4. การพยาบาลระบบพยาบาลเจ้าของใจ
5. การพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การรับรู้สมรรถนะในการดูแล

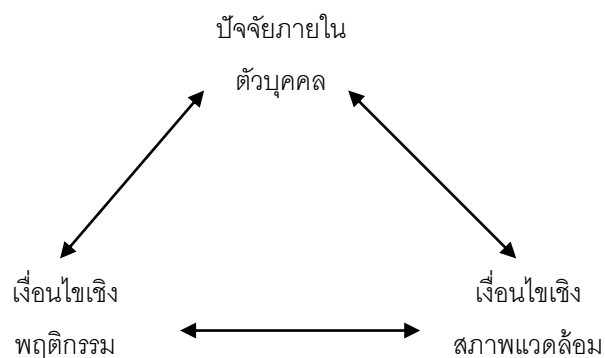
Bandura (1986) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำ

พฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

1.1 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (self – efficacy theory) เป็นทฤษฎีที่อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) นักจิตวิทยา ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1962 โดยมีข้อสมมุติฐานว่ากระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive Process) เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น แต่กระบวนการทางปัญญานั้นจะถูกชี้นำ หรือถือแปรเปลี่ยนได้อย่างรวดเร็วมาก โดยประสบการณ์แห่งความสำเร็จในการแสดงการกระทำของบุคคล ในระยะแรกได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของตนเองในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม(Bandura,1977) ต่อมาแบนดูรา(1986)ให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

กรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura,1977) เสนอว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ควรมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) ความสัมพันธ์แบบการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environmental condition) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกันไว้ (Interlocking system) โดยแต่ละองค์ประกอบต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งอิทธิพลของแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

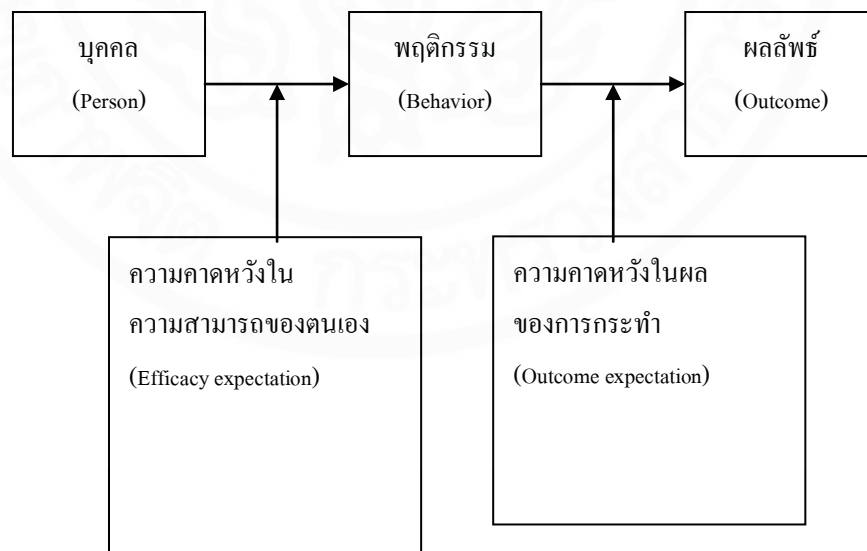


แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และเงื่อนไข

เชิงสภาพแวดล้อม

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะทำการตอบสนองบางอย่าง โดยเฉพาะบุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองแตกต่างกัน ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้ารับรู้สมรรถนะในตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน แบบดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง คือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ ก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุทิศหา ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans, 1989 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

นอกจากนี้แบบดูรายังอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) และความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) ไว้ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในผลของการกระทำ

1. ความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) หมายถึงความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่า ตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคล ประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้เป็นการ คาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ ขึ้นกับความคาดหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นจะ ได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวังว่าตนมี ความสามารถไม่พอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก็มีความโน้มแน่ว่าบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อ หลีกเลี่ยงความผิดหวัง

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceive self - efficacy) ยังมีผลต่อการกระทำกิจกรรมที่อยู่ยาก ซ้ำซ้อนว่าจะกระทำสำเร็จหรือไม่ เนื่องจากความมั่นใจว่าตนมีความสามารถเพียงใดจะเป็นตัวชี้ ว่าบุคคลจะมีความพยายามทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะกระทำ กิจกรรมให้สำเร็จได้ ก็จะเกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้นๆ แต่ถ้าบุคคลมี ความมั่นใจว่าสามารถจะกระทำกิจกรรมนั้นๆได้ จะไม่เกิดความกลัวหรือหวาดหวั่นล่วงหน้าก่อนที่ จะแสดงพฤติกรรม และยังทำให้บุคคลเกิดความเพียรพยายามไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ยังมีความคาดหวัง เกี่ยวกับความสามารถของตนมาก จะยังมีความพยายามและกระตือรือร้นในการกระทำกิจกรรมนั้น มากขึ้น การที่บุคคลพยายามลดการกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่อยู่ยากซ้ำซ้อนได้สำเร็จ และได้รับ ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทำให้ความกลัวและวิตก กังวลลดน้อยลง แต่ถ้าบุคคลเลิกการทำงานโดยง่าย หรือกระทำกิจกรรมไม่สำเร็จ จะทำให้ความ คาดหวังในความสามารถของตนต่ำลง และทำให้เกิดความกลัวต่อการทำกิจกรรมนั้นๆมากขึ้น

1.2 แหล่งที่มาของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แบนดูรา (1986) เสนอแนะว่า บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับแหล่งที่มา 4 ประการ ดังนี้

1) การบรรลุผลจากการกระทำของตนเอง (enactive attainment) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพล ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ภายหลังจากกระทำ นั้นถ้าประสบความสำเร็จจะทำให้เขารู้ถึงความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ประสบการณ์ที่ยากลำบากหรือที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ (enactive mastery experience) ในทางตรงข้ามถ้าล้มเหลวจะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง

2) การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) ความคาดหวังเกี่ยวกับ ความสามารถของบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบ ความสำเร็จจากการกระทำพฤติกรรม การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึง กันแล้วประสบความสำเร็จก็จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้

3) การได้รับคำพูดชักจูง (Verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคล เพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การพูดเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจและมีความสำคัญต่อตัวเขา และเพื่อให้ได้ผลดีควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจต้องค่อยๆ สร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการพูดชักจูงร่วมกัน

4) ภาวะทางสรีระ (Physiological state) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลจะสูงหรือต่ำส่วนหนึ่งขึ้นกับสภาวะทางสรีระวิทยาของเขาเอง อาทิเช่น ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น วิตกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรือเมื่อถูกปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional arousal) เช่น ถูกดูถูกว่ากล่าวตักเตือน หรือในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควรหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่ไม่เหมาะสม อันจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำลง (Evans, 1989 อ้างในสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

นอกจากนี้แบนดูรายังกล่าวถึงสภาวะทางจิตใจว่าเป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลด้วย เช่น ในขณะที่บุคคลมีความเครียด ซึมเศร้า หดหู่ จะรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Bandura, 1977)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีที่มาจากแหล่งต่างๆ หลายประการข้างต้น ซึ่งอาจเกิดจากแหล่งที่มาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆอย่างประกอบกันก็ได้ โดยที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลครอบคลุมใน 4 เรื่องคือ (Bandura, 1986)

1) พฤติกรรมการเลือก (Choice behavior) ในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องคิดตัดสินใจ อยู่ตลอดเวลาว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยบุคคลจะเลือกทำสิ่งนั้นถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำสิ่งนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำสิ่งนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะเลี่ยงการกระทำสิ่งนั้นๆ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมักจะเลือกทำพฤติกรรมหรืองานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนให้สูงยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมักจะหลีกเลี่ยงงาน ที่ออดอวย ขาดความมั่นใจในตนเอง เป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาตนเอง

2) การใช้พลังและการยืนหยัด (Effort expenditure and persistence) ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความมานะพยายามทำเท่าใด และจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงเท่าใดบุคคลนั้นก็ยิ่งมีความพยายามอดทนในการทำสิ่งต่างๆ มากเท่านั้น และมักจะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ

ความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมักจะสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรค หรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายากทำให้ขาดความพยายาม และเลิกกระทำไปนที่สุด

3) แบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ (Thought patterns and emotional reactions) การตัดสินใจในความสามารถของตนเองของบุคคล หรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของเขาระหว่างการกระทำพฤติกรรมและการคาดการณ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะต่ำมักจะรู้สึกว่าคุณมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา ซึ่งเขามีโอกาสสร้างขึ้นมาได้จากการเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลว นั้น ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีสมรรถนะสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆสูง การพบกับอุปสรรคจะเป็นการกระตุ้นตนเองให้มีความพยายามมากยิ่งขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นตัวกำหนดแบบแผนความคิดของบุคคล ในการแก้ปัญหาที่ยากนั้น บุคคลที่มี การรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะสูงจะอนุมานถึงสาเหตุของความล้มเหลวของตนว่าจะเกิดจากการขาดความพยายาม ขณะที่ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะต่ำอธิบายว่า เกิดจากการขาดความสามารถของเขาเองและเขาก็จะไม่มี ความพยายามในการแก้ปัญหา รู้สึกหมดหนทาง ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา เช่น เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น (Colins, 1982 cited in Bundura, 1986)

4) เป็นผู้เลือกกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม (Human as producers rather than simply foretellers of behavior) บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะคิด รู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ โดยเขาจะสนใจและเลือกทำสิ่งที่ท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ และกระทำการต่างๆอย่างไม่วิตกกังวล ตรงกันข้ามผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตนเอง แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถของตนโดยหลีกเลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบอุปสรรคก็เลิกล้มการกระทำทำให้มีความปรารถนา ทะเยอทะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียด ความวิตกกังวลอย่างมาก

1.3 วิธีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเอง

แบนดูรา (Bandura) ได้เสนอแนะไว้ 4 วิธี คือ

1.3.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้น ในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับ การฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณ

ตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

1.3.2 การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974)

1.3.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำ ชักชวน หรือได้รับคำชื่นชมจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาสมรรถนะของตนเองทำให้มีความเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะทำให้สำเร็จได้ ซึ่งเป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans, 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็ง ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

1.3.4 การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์และทางสรีระ (emotional physiological arousal) หมายถึง สภาวะทางร่างกายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความปวดจะทำให้บุคคลขาดการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองและมักตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสถานการณ์นั้น การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง การแก้ไขความรู้สึกหวาดหวั่นวิตกกังวลอาจแก้ไขโดยการสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์อื่น ๆ มากขึ้นทีละน้อย

นอกจากนี้ แบนดูรา สรุปว่า การประสบผลสำเร็จของการกระทำ หรือการปฏิบัติที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลมากที่สุด ต่อการเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ในขณะที่การสังเกตแบบอย่างจากพฤติกรรมของบุคคลอื่น ส่วนแรงกระตุ้นจากภาวะอารมณ์หรือสภาวะของร่างกายน่าจะมีอิทธิพลน้อยกว่าการเคยกระทำกิจกรรมที่เคยประสบผลสำเร็จมาก่อนเช่นกัน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญ ระหว่างความรู้กับการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนและจะมีอิทธิพลต่อการเลือกการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง (Bandura, 1977) รวมทั้งเกิดความพยายามและความมุ่งมั่นของตนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะเริ่มมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และจะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งแสวงหาการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะประเมินสุขภาพของตนว่าดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ และบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง พบว่าจะมีการฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บดีกว่า และเร็วกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

Bandura (1977) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว อย่างเช่นที่นักกีฬาที่มีความเชื่อว่าเขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึงผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ ซึ่งการจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่นั้น มิใช่เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากภาพความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นดังกล่าวแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะไม่แสดงพฤติกรรม

1.4 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล

แบนดูรา (1977) ได้กล่าวถึงการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่ามี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรกประเมินความเชื่อมั่นว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จหรือไม่ ขั้นที่สอง ให้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เครื่องมือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีหลายรูปแบบ สามารถวัดได้จาก ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่มีความแตกต่างกันใน 3 มิติ คือ (Bandura, 1977)

- 1) มิตินัยภาพ (magnitude) หมายถึงระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำ

กิจกรรมซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ ความคาดหวังในความสามารถของบุคคล แต่ละคนอาจถูกจำกัดอยู่ในภารกิจที่ง่ายกว่า แล้วค่อยๆ ขยับสู่ภารกิจที่ยากกว่า

2) มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการ นำมาปฏิบัติในสถานการณ์นั้นซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั่วไป ในสถานการณ์ต่างๆ หลายๆ สถานการณ์ ประสบการณ์บางอย่างสามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันได้

3) มิติความเข้มแข็ง (strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นในกำลังความสามารถของตนเองของ บุคคล กล่าวคือ เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินการกระทำของตน ในสถานการณ์หนึ่งๆ อาจมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะต้องปฏิบัติตามระดับความยากง่ายแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือมีความมั่นใจ ก็จะมี ความพยายามและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมหรือ พฤติกรรมนั้นๆ หรือการเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้เป็นอย่างดี

1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน มีดังนี้

1.5.1 อายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลหรือเป็นความสามารถในการ จัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ ของตนเอง และบุคคลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสมากกว่าที่ จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง และการได้สังเกตเห็นแบบอย่างการกระทำจากบุคคลอื่น ดังนั้นอายุที่ แตกต่างกันไปจึงจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โฟรแมนและโอเวน (Froman & Owen, 1990) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลทารก และทักษะการดูแลทารกของมารดา จำนวน 200 ราย พบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์และมี อำนาจทำนายกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลทารกในระดับสูง

1.5.2 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจหรือพิจารณา เรื่องราวต่างๆ พร้อมทั้งมีการเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาแหล่งความรู้ และได้รับ ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้หลายประเภท อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลสามารถนำเอาความรู้และ ประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

1.5.3 รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผล ต่อระดับการรับรู้สมรรถนะของบุคคล จะเห็นได้จากการศึกษาทั้งในประเทศ และนอกประเทศที่ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ หรือระดับรายได้ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าระดับฐานะ ทางเศรษฐกิจสังคมมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของ บุคคล และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ เกรมโบวสกีและคณะ (Grembowski et al, 1993) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ (ชญาณิษฐ์, 2542)

2. ภาวะปัญญาอ่อน

ปัญญาอ่อน คือ ภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติตน เนื่องจากลักษณะที่สำคัญรวมกัน 3 ประการ คือ

1. ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คือ มีเชาวน์ปัญญาต่ำกว่า 70
2. ความสามารถในการปรับตัวบกพร่องอย่างน้อย 10 ด้านต่อไปนี้ คือ
 - 2.1 การสื่อความหมาย
 - 2.2 การดูแลตนเอง
 - 2.3 การดำรงชีวิตภายในบ้าน
 - 2.4 ทักษะทางสังคม/การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นการรู้จักควบคุมตนเอง
 - 2.5 การรู้จักควบคุมตนเอง
 - 2.6 การรู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน
 - 2.7 การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน
 - 2.8 การทำงาน
 - 2.9 การใช้เวลาว่าง
 - 2.10 ด้านสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย
3. อาการปรากฏอายุ 18 ปี

การแบ่งกลุ่มปัญญาอ่อน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. **ปัญญาอ่อนระดับน้อย** ลักษณะทั่วไปเหมือนคนปกติ ไม่ปรากฏอาการทางร่างกาย บุคลิกภาพ หรือพฤติกรรมใดๆ โดยเฉพาะที่บ่งบอกให้ทราบว่าเป็นปัญญาอ่อน วัยเด็กหากหากพ่อแม่สังเกตอย่างใกล้ชิดจะพบว่าพัฒนาการด้านการสื่อความหมายล่าช้ามักมีปัญหาการเรียน สามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับคนปกติในสังคมได้

2. **ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง** กลุ่มนี้จะสังเกตเห็นความบกพร่องตั้งแต่อายุน้อยๆ พัฒนาการการเคลื่อนไหว และการสื่อความหมายล่าช้า มีขีดจำกัดในการเรียนหนังสือ แต่สามารถส่งเสริมให้เรียนรู้ทักษะการปรับตัวในสังคมได้

การแบ่งระดับภาวะปัญญาอ่อน

- ระดับน้อย (IQ 50-70)
- ระดับปานกลาง (IQ 35-49)
- ระดับรุนแรง (IQ 20-34)
- ระดับรุนแรงมาก (IQ น้อยกว่า 20)

สาเหตุของการเกิดปัญญาอ่อน

1. สาเหตุทางพันธุกรรม มี 2 ประเภท คือ

1.1 ความผิดปกติของโครโมโซม ที่พบบ่อย คือ กลุ่มอาการดาวน์ เป็นกลุ่มอาการที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับความพิการทางร่างกายหลายอย่าง หน้าตามีลักษณะคล้ายคลึงกันทุกเชื้อชาติ คือ หน้าแบน สันจมูกแบน ตาเล็กเฉียงขึ้น ลิ้นจุกปาก

1.2 ความผิดปกติของยีน คือ มีการเผาผลาญของสารประเภทต่างๆ ผิดปกติ ทำให้มีของเสียบางอย่างเกิดขึ้นและไม่สามารถกำจัดออกจากร่างกายได้จึงเกิดเป็นพิษต่อสมอง เช่น โรค PKU มีลักษณะผมและตาสีอ่อนคล้ายเด็กฝรั่ง ซึ่งมีสีอ่อนต่างจากลูกคนอื่น เด็กจะไม่มีภาวะปัญญาอ่อนถ้าสามารถวินิจฉัยได้ก่อนอายุ 6 สัปดาห์

2. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม

2.1 สารพิษ เช่น สุรา บุหรี่ สารเสพติด ตะกั่ว ฟอสเฟตหรือแม่ที่ดื่มสุรามาก พบว่า ลูกที่เกิดมาจะมีความผิดปกติบางอย่าง และเป็นปัญญาอ่อน

2.2 การติดเชื้อ หากมีการติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เช่น แม่เป็นหัดเยอรมันในระยะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก ลูกที่เกิดมาจะเป็นปัญญาอ่อน และอาจมีความพิการทางการได้ยิน ทางตา และหัวใจร่วมด้วย การติดเชื้อหลังคลอด เช่น การติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลาง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือสมองอักเสบ เป็นต้น

2.3 ภาวะที่สมองของเด็กขาดเลือดหรือออกซิเจน เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ หรือขณะคลอด หลังคลอดแล้ว เช่น เด็กชกนานจากไขว้สูง หรือลมชัก

2.4 การขาดสารอาหาร เช่น ขาดสารไอโอดีน ขณะอยู่ในครรภ์ ทำให้ทารกไม่สามารถสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สำคัญมากต่อการทำงานของสมอง จะทำให้เด็กเป็นปัญญาอ่อนได้

2.5 อุบัติเหตุต่างๆ ที่ทำให้สมองได้รับการกระทบกระเทือนจนเกิดผลเสียต่อการเรียนรู้

2.6 ความยากจน ทำให้ขาดแคลนสิ่งที่จำเป็นในการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง เช่น ขาดสารอาหาร ขาดการได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ ขาดการดูแลของพ่อแม่ ผู้ปกครองซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้สมองกระทบกระเทือน

2.7 ครอบครัวแตกแยก มีปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อลูกทำให้สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ไม่มีความสุข ขาดความกระตือรือร้น ไม่มีแรงจูงใจที่ดี ถ้ามีความรุนแรงมาก จะทำให้เกิดการชะงักในด้านการเรียนรู้ของเด็กได้

การป้องกัน

ก่อนตั้งครรภ์

ควรได้รับความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อน คู่สมรสควรขอคำแนะนำเรื่องโรคทางพันธุกรรม หากมีญาติพี่น้องมีประวัติโรคทางพันธุกรรม หรือมีลูกปัญญาอ่อนมาแล้ว การวางแผนครอบครัว และอายุที่เหมาะสมสำหรับการมีบุตรของผู้หญิง คือ อายุระหว่าง 19 – 35 ปี ควรหลีกเลี่ยง

กันอย่างน้อย 3 ปี เพื่อให้มีผลลูกสมบูรณ์แข็งแรง และไม่ควรถ่ายหากไม่ต้องการมีลูก เพราะอาจกระทบกระเทือนต่อพัฒนาการทางสมองของเด็ก

ระหว่างตั้งครรภ์

พ่อแม่ควรได้รับความรู้เรื่อง สุขภาพของแม่และเด็ก การส่งเสริมสุขภาพจิต ครอบครัว มารดาควรฝากครรภ์และตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอ

3. ระหว่างคลอด

ควรคลอดในสถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด

4. หลังคลอด

ควรเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ควรได้รับความรู้เรื่องการสังเกตพัฒนาการในเด็ก และมันสังเกตพัฒนาการของเด็กว่าเป็นไปตามวัยหรือไม่ ควรพาเด็กไปตรวจสุขภาพที่คลินิกสุขภาพเด็กเด็กดีตามระยะเวลาที่โรงพยาบาลนัด เพื่อติดตามพัฒนาการภาวะโภชนาการของเด็ก การเจริญเติบโต และรับวัคซีน

แนวทางการช่วยเหลือบุคคลปัญญาอ่อน

1. วัยแรกเกิด – 6 ปี ควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ ผลดีของการส่งเสริมพัฒนาการ คือ
 - ป้องกันปัญหาแทรกซ้อน
 - ลดผลของความพิการ
 - ทำให้เด็กพัฒนาได้มั่นคงและเร็วขึ้น
 - สามารถปรับตัวและดูแลตนเองได้มากขึ้น
 - มีทักษะด้านการอ่าน คณิตศาสตร์และภาษาดีขึ้น
 - สังคมยอมรับมากขึ้น
 - คุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาและทำงานได้ดีขึ้น
 2. วัย 7 – 15 ปี ควรได้รับการฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หากสามารถเรียนหนังสือได้ ควรได้เรียนในสถานศึกษา
 3. วัย 15 ปี ขึ้นไป ฝึกอาชีพและการทำงาน ได้แก่ ฝึกด้านวิชาชีพ ฝึกลักษณะนิสัยในการทำงาน
 4. วัยทำงาน ควรได้ทำงานในสถานประกอบการ หรืองานภายในครอบครัว
- บทบาทสำคัญของพ่อแม่ต่อการอบรมบุคคลปัญญาอ่อนให้มีนิสัยที่พึงประสงค์**
- ต้องอบรมให้เด็กเคยชินกับกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ
 - สอนเด็กแต่สิ่งที่เขาสามารถจดจำและทำตามได้ในภายหลังสอนให้รู้จักเชื่อฟังคำสั่ง และรู้จักขอร้องอย่างสุภาพอ่อนโยน
 - สอนให้รู้จักเชื่อฟังคำสั่ง และรู้จักขอร้องอย่างสุภาพอ่อนโยน

3. พฤติกรรมการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของผู้ดูแล

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

Roy (1984) กล่าวถึงการปรับตัวของบุคคลเพื่อรักษาสมดุลการทำงานว่าการปรับตัวนั้นต้องอาศัยกลไก ที่ทำงานประสานกัน 2 กลไก ได้แก่

1) กลไกการควบคุม (Regulator mechanism)

รอยมองว่าเป็นกลไกการปรับตัวเพื่อตอบสนองโดยอัตโนมัติเพื่อรักษาสมดุลการทำงาน ของร่างกายในระบบต่างๆโดยอาศัยระบบประสาทของร่างกาย (Neural) สารเคมี (Chemical) และระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) กระบวนการเผชิญปัญหาทำงาน จากการที่สิ่งเร้าทั้งจาก ภายนอกและภายใน ผ่านการรับรู้ความรู้สึก (Sense) เข้าสู่ระบบประสาท ระบบไหลเวียน และ ระบบต่อมไร้ท่อผ่านวิถีประสาท(Channel)โดยอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดย อัตโนมัติ

แนวคิดของ Brust , Leonard & Sielaff (1992) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลของเด็กป่วย เรือรั้งที่บิดามารดาต้องรับผิดชอบ ประกอบด้วย

1. การดูแลเด็กโดยตรง (Child care) ประกอบด้วย
 - 1.1 กิจกรรมประจำวันส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย
 - 1.2 การบำบัดรักษา
 - 1.3 อยู่กับเด็กป่วยขณะบำบัดรักษา
 - 1.4 อยู่กับเด็กโดยไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา
 - 1.5 รอพบแพทย์
2. การเฝ้าระวัง (Vigilant) ได้แก่
 - 2.1 เฝ้าระวังอันตรายต่างๆให้กับเด็ก
 - 2.2 เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้เด็ก
3. งานบ้าน (Household) ซึ่งเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก ได้แก่
 - 3.1 จัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค
 - 3.2 เดินทางไปสถานที่ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
 - 3.3 งานบ้านที่เพิ่มจากเดิม
 - 3.4 จัดการเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่าย
 - 3.5 ดูแลการทำงานของเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้บำบัดรักษา
 - 3.6 จัดการเกี่ยวกับปัญหาด้านการบำบัดรักษา

แนวคิดของ Oberst (1990) กล่าวว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของผู้ดูแล ประกอบด้วย

1. การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct care) ได้แก่
 - 1.1 การบำบัดรักษา
 - 1.2 การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน
 - 1.3 การช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรมต่างๆ
2. การดูแลระหว่างบุคคล (Interpersonal care) ได้แก่
 - 2.1 เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้กับผู้ป่วย
 - 2.2 การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ
 - 2.3 การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม
3. การกระทำกิจกรรมต่างๆ ไป (Instrumental care) ได้แก่
 - 3.1 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - 3.2 จัดการเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่าย
 - 3.3 งานบ้านที่เพิ่มมากขึ้น
 - 3.4 การเดินทางไปสถานที่ต่างๆ
 - 3.5 การวางแผนเพื่อกระทำกิจกรรมต่างๆ

แนวคิดของ วัตสัน (Watson) ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสัน (Watson) เน้นความเป็นมนุษย์โดยชี้ให้เห็น องค์รวมของมนุษย์ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ การดูแลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าความเต็มใจ และความมุ่งมั่นในการดูแล ความรู้และการกระทำที่สอดคล้องกันเป็นการตอบสนองความต้องการภายในของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของคนต่อสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ในกระบวนการดูแลของผู้ดูแล การรู้จักตนเอง รู้จักผู้อื่นและขอบเขตของการกระทำต่างๆ รูปแบบการปฏิบัติการที่แสดงถึงการดูแลประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การดูแลความสบายทางกาย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสบาย รวมถึงการสอน การให้คำแนะนำ การแก้ปัญหา และการปฏิบัติอีกประการหนึ่ง คือ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกที่มุ่งเน้นถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการดูแล โดยผู้ให้การดูแลต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความไว้วางใจ ความหวัง การเสนอให้ความช่วยเหลือซึ่งจะรวมถึงพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความสมบูรณ์พูนสุข ความอยู่รอด ความสุขสบายและการปกป้องคุ้มครองเป้าหมายของการดูแลคือให้บุคคลมีภาวะสมดุลสภาพทางจิต และจิตวิญญาณ การดูแลเป็นอุดมคติหรือคุณธรรมที่มุ่งปกป้อง และดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรี และสิทธิในความเป็นมนุษย์ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ซึ่งต่างก็เป็นองค์รวมของกาย – จิต – จิตวิญญาณ ที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นสนามปรากฏการณ์ของแต่ละบุคคล วัตสัน (Watson, 1985) ได้เสนอกระบวนการดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตใจกันได้ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ คือ

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์เป็นปัจจัยแรกที่สำคัญที่สุด เน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกัน มีความรัก ความเมตตา แสดงการเข้าใจและการยอมรับ คอยดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจ
2. สร้างความศรัทธาและความหวัง เป็นสิ่งที่สร้างกำลังใจและความเข้มแข็งในการเผชิญกับความทุกข์ทรมานของบุคคล ความหวังที่สร้างขึ้นควรเป็นความหวังที่เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนตามความเหมาะสมและมีท่าทางที่เชื่อมั่น สามารถให้คำปรึกษาและเป็นที่ยึดของผู้รับการดูแลได้
3. วัตถุประสงค์รู้ต่อตนเองและผู้อื่น เป็นการพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีต่อกัน และสร้างพฤติกรรมดูแลที่ดีได้
4. สร้างสัมพันธภาพ การช่วยเหลือไว้วางใจกันเป็นปัจจัยที่ต่อเนื่องจากปัจจัยที่ 3 ประกอบด้วย
 - ความเข้าใจกันได้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดการปรับตัวเข้าหากันระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกต่อกัน
 - การร่วมรู้สึก เป็นการรู้จักเอาใจผู้รับการดูแลมาใส่ใจตนเอง เพื่อรับความรู้สึก จะได้เข้าใจและตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม
 - ความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นจากการแสดงออกทางวาจาและกิริยาท่าทาง
 - การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ โดยผู้ดูแลต้องทำให้ผู้รับการดูแลเกิดความไว้วางใจ ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเป็นระยะๆ อย่างเหมาะสมอันจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
5. การส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกที่ดี และไม่ดี ผู้ดูแลควรมีการแสดงออกของความรู้สึกที่ดีและไม่ดี และแสดงออกอย่างจริงใจ เปิดใจกว้าง ยอมรับตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับความรู้สึกที่ดีและไม่ดี และแสดงออกอย่างจริงใจ เปิดใจกว้าง ยอมรับตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลยอมรับความรู้สึกที่ดีและไม่ดีของผู้รับการดูแลได้ด้วยเช่นกัน
6. การใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นการที่ผู้ดูแลจะต้องแสดงความรอบรู้ปัญหาอย่างกว้างขวางทั้งด้านสาเหตุและผล ค้นหาข้อมูลที่ครอบคลุมมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหามาตรการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งต้องใช้การตัดสินใจและกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
7. สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอนผู้ดูแลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอนการเรียนผู้รับการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลทราบปัญหาของผู้รับการดูแล การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันของผู้ดูแลและผู้รับการดูแลทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน

8. ประคับประคองสนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้รับการดูแลรู้สึกสบาย สะอาด ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีความสุข รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากการเอาใจใส่ของผู้ดูแล
9. ให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล สิ่งที่คุณดูแลควรปฏิบัติได้แก่
- ตอบสนองความต้องการด้านชีวภาพ เพื่อให้ผู้รับการดูแลสามารถดำรงชีพอยู่ได้ เช่น การดูแลเรื่องน้ำ อาหาร เป็นต้น
 - ตอบสนองความต้องการด้านจิตสรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น
 - ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้รับการดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
 - ตอบสนองความต้องการภายในระหว่างบุคคล เป็นการช่วยให้มีพลังภายในตน ได้แก่การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ การผูกพันทางใจกับโลก กับบุคคลอื่นและกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ
10. เสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ ช่วยให้ผู้รับการดูแลค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญา และสิ่งที่ดีงาม โน้มนำให้ผู้รับการดูแลค้นหาแก่นของชีวิต เข้าใจชีวิต แนะนำและให้โอกาสแก่ผู้รับบริการแสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนา นำผู้รับบริการค้นแหล่งพลังจิตวิญญาณของตนและค้นพบสัจธรรมของชีวิต

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย รอยได้ให้ความหมายของมนุษย์ว่า เป็นบุคคลเดี่ยว ครอบคลุมกลุ่ม องค์กร และชุมชนเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic adaptation system) ระบบของมนุษย์เป็นทั้งหมดใน หนึ่งเดียวแสดงถึงพฤติกรรมที่มีความหมายของมนุษย์ มีความสามารถในการคิด มีสติ และมีความหมายซึ่งจะมีการพิจารณาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อที่จะทำการเปลี่ยนแปลงคน และสิ่งแวดล้อมจะมีรูปแบบและมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก

ระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด ภายในมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา (Roy, 1999) รอยมองว่า บุคคลประกอบด้วยกาย จิต และสังคม (Biopsychosocial being) มีความเป็นองค์รวม (Roy, 1984) ไม่สามารถแยกจากกันได้เพื่อความปกติสุข หรือภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับระดับ การปรับตัว (Adaptation level) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการปรับตัวของบุคคลอีกตัวหนึ่ง ระดับการปรับตัว ก็คือระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่ง หรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นเอง ทั้งนี้ รอย ได้แบ่งระดับการปรับตัวออกเป็น 3 ลักษณะ (Roy, 1999) ได้แก่

1.ระดับการปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี (Integrated level of adaptation)

หมายถึง ระดับของการปรับตัวที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย สามารถ ทำงาน ประสานกัน ได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ เช่น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกายได้ เมื่อมีเหตุการณ์ใด เข้ามาสามารถ ยอมรับได้ บุคคลมีความมั่นคงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นตามความ เหมาะสมเช่นกัน

2.ระดับการปรับตัวที่อยู่ในระยะของการชดเชย (Compensatory level of adaptation)

หมายถึง ระดับที่กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ถูกกระตุ้นการทำงานเพื่อ ที่จะ ให้เกิดกระบวนการปรับตัวอย่างผสมผสาน(Integrated)

3.ระดับการปรับตัวที่อยู่ภาวะอันตราย/ไม่ดี (Compromised level of adaptation)

หมายถึง ระดับการปรับตัวที่ยังไม่เพียงพอที่จะไปถึงระดับของการปรับตัวที่ ผสมผสานกัน ได้ดีและระดับการปรับตัวในระยะของการชดเชยทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวในระยะ การปรับตัวที่ไม่ดีนี้ เมื่อสิ่งเร้าที่มากกระทบนั้นอยู่ในขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นอกความสามารถของบุคคลจะ เกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล จะมี ลักษณะเฉพาะตัว และมีขอบเขตจำกัด แต่ถ้าหากบุคคลเคยประสบความสำเร็จในสถานการณ์เช่นนี้มา ก่อนแล้ว ขอบเขตระดับความสามารถในการปรับตัวจะกว้างขึ้นในสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นคล้ายกัน หากระดับการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลสะท้อนกลับสู่ระดับการปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคล นั้นอยู่ในสมดุลได้ต่อไปเมื่อสิ่งเร้าเข้ามากระทบทำให้ระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวให้เข้าสู่ สมดุลของระบบโดยใช้กลไกการเผชิญปัญหา (Coping mechanism) เป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น โดย Automatic and unconcious responses) (Roy, 1984) และจะมีผลต่อกลไกการคิดรู้ด้วย

2) กลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism)

รอย มองว่าเป็นกลไกการปรับตัวที่ทำงานผ่านทางกระบวนการการคิดรู้และอารมณ์ (Cognitive-emotive) มี 4 วิธีทาง ได้แก่ กระบวนการรับรู้หรือรับข้อมูล (perceptual and information processing) คือ กิจกรรมการเลือกรับข้อมูล เก็บรหัส (Coding) และจดจำข้อมูล (Memory) นั่นเอง

ผ่านกระบวนการการเรียนรู้ (Learning) จะเกี่ยวข้องกับการเลียนแบบ การได้รับรางวัลผ่านกระบวนการตัดสินใจ (Judgement) และการแสดงอารมณ์ (Emotion) (Roy, 1984) ตลอดจนกลไกการป้องกันทางจิต (Defense mechanism) (Roy, 1999) แล้วเกิดเป็นพฤติกรรมตอบสนองออกมาการทำงานของกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้มีการทำงานร่วมกันอย่างแยกจากกันไม่ได้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่

2.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode)

รอย (Roy, 1999) กล่าวว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายและสารเคมีที่เกี่ยวข้องกันในเรื่องการทำหน้าที่และกิจกรรมของระบบอวัยวะ โดยจะเป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายของบุคคลเป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiologic integrity) ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย ยังรวมถึงการทำหน้าที่ของกลไกการควบคุม คือ การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ เป้าหมายสูงสุดเป็นการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สมดุลของร่างกาย การประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านร่างกายเป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายสามารถประเมินได้จากการสังเกต การวัด การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การสัมภาษณ์ และการรายงานด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ออกซิเจน (Oxygenation)
2. โภชนาการ (Nutrition)
3. การขับถ่าย (Elimination)
4. การมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest)
5. การป้องกันอันตรายของร่างกาย (Protection)
6. การรับรู้ความรู้สึก (Sense)
7. สารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ (Fluid and Electrolyte)
8. การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurological function)
9. การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine function)

2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode)

ประกอบขึ้นจากความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเองในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเองและจากปฏิกริยาของบุคคลรอบข้าง (Roy, 1999) ซึ่งรอยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ

2.2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self)

รอย (Roy, 1999) อธิบายว่า เป็นการประเมินตนเองด้านร่างกายของบุคคลอันประกอบด้วยคุณลักษณะทางด้านร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และลักษณะที่ปรากฏ รอย (Roy, 1999) แบ่งเป็นด้านการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation) และด้านภาพลักษณ์ (Body image)

2.2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self)

รอย (Roy, 1999) กล่าวว่า เป็นการประเมินของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ความคาดหวัง ความรู้สึกมีค่า การให้คุณค่า อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลนี้ประกอบด้วย ด้านความมั่นคงในตนเอง (Self consistency) ด้านอุดมคติของตนเอง (Self ideal) ด้านศีลธรรมจรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน (Moral ethical spiritual self)

2.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองทางด้านความมั่นคงหรือได้รับการยอมรับในสังคม (Social integrity) เป็นการกระทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม เน้นบทบาทตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสม หากไม่สามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ได้จะเกิดปัญหาคือการไม่สามารถแสดงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective role transition) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role distance) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) และความล้มเหลวในบทบาท (Role failure) การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตามที่รอยได้แบ่งบทบาทของบุคคล ออกเป็น 3 ประเภท คือ

2.3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary role)

บทบาทนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น บทบาทนี้เป็นไปตามการเจริญเติบโตของบุคคลหรือขั้นพัฒนาการแต่ละวัย เช่น บทบาทการเป็นเด็กวัยเรียน บทบาทในการเป็นผู้สูงอายุ

2.3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary role)

เป็นบทบาทที่สัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิ บุคคลหนึ่งอาจมีบทบาททุติยภูมิได้หลายบทบาท ทั้งบทบาทในครอบครัว เช่น บทบาท การเป็นบุตรของบิดามารดา บทบาทการเป็นพี่หรือเป็นน้อง และบทบาทตามอาชีพ เช่น บทบาทการเป็นพยาบาล บทบาทการเป็นครู บทบาทการเป็นนักศึกษาพยาบาล

2.3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role)

เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้น ได้รับบทบาทนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและระยะพัฒนาการของบุคคล เช่น บทบาทการเป็นผู้ป่วย บทบาทการเป็นประธานการประชุม เป็นต้น ทั้งนี้ บทบาทจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมของบุคคล 2 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกระทำ (Instrumental behavior) และพฤติกรรมความรู้สึก (Expressive behavior)

2.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน (Interdependence mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเช่นกันเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทำให้ได้รับความรัก ความห่วงใย ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย หากปฏิบัติตัวหรือปรับตัวไม่เหมาะสมจะเกิดการพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (Dysfunction dependence) และการพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (Dysfunction independence) แต่โดยปกติแล้วบุคคลจะพยายามพึ่งพาตนเองและผู้อื่นภายในขอบเขตที่เหมาะสมและสังคมยอมรับ มีการรับและให้ความเอาใจใส่ดูแล พึ่งพาอย่างสม่ำเสมอ มีปฏิสัมพันธ์และการอยู่คนเดียวอย่างเหมาะสม ซึ่งถือว่าการปรับตัวด้านนี้ที่มีความเหมาะสม ซึ่งรอย (Roy, 1999) แบ่งการประเมินออกได้ดังนี้

2.4.1 บุคคลสำคัญ (Significant other)

เป็นการประเมินความรู้สึก ความผูกพัน สัมพันธภาพ และการช่วยเหลือกันระหว่างผู้รับบริการกับบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิต

2.4.2 ระบบสนับสนุน (Supporting system)

ประเมินความรู้สึก ความผูกพัน การช่วยเหลือระหว่างผู้รับบริการกับครอบครัว เครือญาติ เพื่อนร่วมงาน

รอยให้คำจำกัดความของสิ่งแวดล้อม โดยยึดตามทฤษฎีของเฮลสัน ที่กล่าวว่า “การปรับตัวเป็นการทำงานของระดับการเปลี่ยนแปลงระดับและระบบการปรับตัวของมนุษย์” รอยมองว่าสิ่งแวดล้อม เป็นทุกสิ่งทุกอย่าง ทุกสภาพการณ์ ที่ล้อมรอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอกบุคคล มีผลกระทบต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล (Roy, 1999) สิ่งแวดล้อมถือเป็นปัจจัยนำเข้ามาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นจะกลายเป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัว โดยจำแนกสิ่งเร้าออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1). สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายในที่บุคคลกำลัง

เผชิญอยู่ในขณะนั้นมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุดทำให้ต้องมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น สิ่งเร้าเปรียบเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การเจ็บป่วยขณะนั้น

2). สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้นนอกเหนือจากสิ่งเร้ามีผลมากระทบบุคคลเช่นกัน เป็นได้ทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งถ้ามีผลในทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงหรือช่วยลดความรุนแรงได้ แต่ถ้ามีผลในทางลบจะทำให้อิทธิพลของสิ่งเร้าตรงมีอิทธิพลมากยิ่งขึ้นจะทำให้บุคคลปรับตัวได้ยากเพิ่มขึ้น โดยอาจจะมีผลเป็นตัวเสริมต่อสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมเหล่านี้ เช่น เพศ การศึกษา สัมพันธภาพ รายได้ของครอบครัว เป็นต้น

3). สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในระบบบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะตัวของมนุษย์ หรืออาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เช่น นิสัย ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ เป็นต้น

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นหรือค้นพบจากความเป็นจริง เกี่ยวข้องกับการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือ กำหนดวิธีการพยาบาล เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นพื้นฐานของการสร้างหลักสูตรในโรงพยาบาลบางแห่ง และเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยทางการพยาบาล โอเร็ม อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ อันดี” การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎี ได้แก่

1. บุคคล เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง

2.บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง

3.การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่ดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการพัฒนาการ และความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well being)

4. การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ซ้ำกันและกัน

5. การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล

6.การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีความควรแก่การ ยกย่องส่งเสริม

7. ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น

8.การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำ โดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลของโอริ้ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่

1. ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit)
3. ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system)

1. ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพอก กล่าวคือบุคคลที่มีวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดได้ทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, 2001 : 47-49) ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ และคอยปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของ โครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขั้บถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและ
สิ่งแวดล้้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขั้บถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษา
โครงสร้าง และหน้าท้ี่ให้เป็นไปตามปกติและการระยยสิ่งปฏิภูจจาการขั้บถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขภาพวิยทยส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้้อมให้สะอาดถูกสุขลัษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการตอบสนอง
ทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของ
ตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จาก
ขนบธรรมเนียม ประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของ
ตนเอง

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับ
ผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่ง
ของตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพ กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้ อย่างมี
ประสิทธิภาพรู้จักติดต่อของความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง
เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าท้ี่ และสวัสดิภาพ

- 1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น
- 1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย
- 1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
- 1.5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

ภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

- 1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
- 1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- 1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion & preventions)
- 1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของ โครงสร้าง และหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็น การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่

- 2.1.1 อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอด
- 2.1.2 ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในระยะตั้งครรภ์

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบาง
 อารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

2.2.1 การขาดการศึกษา

2.2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร

2.2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ

2.2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

2.2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 คัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคู่คนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของ การวินิจฉัย และการรักษาใน

รูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นนี้ จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อ จัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกัน อุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

พฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแลตามแนวคิดของโอเร็ม

พฤติกรรมเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) การดูแลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือ (assistive) สนับสนุน (supportive) และอำนวยความสะดวกสบาย (facilitative) แก่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลตามความต้องการที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า (Leininger, 1998) ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลจึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนอำนวยความสะดวก ตามความต้องการของผู้ป่วย สำหรับผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความพิการด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีความต้องการพฤติกรรมการดูแลจากผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง (Testani-Dufour, Chappel-Alken, & Gueldner, 1992)

ภาวะปัญญาอ่อนทำให้เด็กเกิดความจำกัดทางสติปัญญา มีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และทำให้การเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ตามพัฒนาการบกพร่อง ได้แก่ การเข้าใจ และการใช้ภาษา การเคลื่อนไหว และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลต่อเนื่องให้มีข้อจำกัดในการปรับตัว (กรมสุขภาพจิต, 2542:12) จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นได้แก่บิดา มารดา หรือสมาชิกในครอบครัวคือผู้ดูแล การดูแลเด็กเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องริเริ่มกระทำด้วยตนเองและกระทำอย่างจริงจัง มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายหรือสิ่งที่คาดว่าจะดีกับเด็ก เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งจะช่วยเหลือและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของเด็ก พฤติกรรมของผู้ดูแลการดูแลเด็กตามกรอบโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1) พฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites)

1.1) การดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วนทั้งปริมาณอย่างถูกต้องเหมาะสมเพียงพอ โดย ควร ได้อาหาร 3 มื้อต่อวัน และมีสารอาหารครบ 5 หมู่ ควรฝึกให้เด็กใช้ช้อนกลางและภาชนะส่วนตัว ให้ เด็กช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร (นิตยา คชภักดี, 2537: 95-97)

1.2) การดูแลให้มีการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ป้องกันภาวะท้องผูก โดย จัดหาอาหารที่มีกากมากให้รับประทานเช่น ผัก ผลไม้และดื่มน้ำมาก ๆ รวมทั้งดูแลให้มีการฝึกการ ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะอย่างเหมาะสม และเป็นไปตามวัย

1.3) ดูแลให้เด็กได้เล่น การเล่นนับเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของพัฒนาการ แสดงให้เห็น ความเข้าใจที่เด็กมีต่อโลกภายนอก ทักษะคิดต่อสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบตัว (วรรณ บัญญา, 2541: 12) ออกกำลังกายและพักผ่อนให้เพียงพอ ในที่อากาศถ่ายเทดี (นิตยา คชภักดี, 2537: 97-99)

1.4) การดูแลให้เด็กอยู่คนเดียวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม สอนให้เด็กมี กิจกรรมเมื่ออยู่คนเดียวอย่างเหมาะสมเช่น อ่านหนังสือ วาดภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อเรียนรู้ การอยู่ร่วมกันในสังคม เช่น การรอคอยเป็นต้น ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กต่อไป

1.5) การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี ให้ความสนใจ และ

แก้ไขสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็ก เช่น เก็บของมีคมไว้ห่างมือเด็ก การจัดห้องน้ำ เป็น ต้น

1.6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงระดับสูงสุด ตรวจพัฒนาการ พาไปรับ วัคซีน การตรวจฟัน รวมถึงการตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น

2) พฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) ภาวะปัญญาอ่อนมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทำให้เด็กเรียนรู้ช้าและมีปัญหา การปรับตัว ดังนั้นควรป้องกันไม่ให้เด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ โดยสนองตอบ ความต้องการตามพัฒนาการ และส่งเสริมพัฒนาการให้เป็นไปตามวัย ดังต่อไปนี้

2.1 พัฒนาการด้านร่างกาย เด็กจะมีรูปร่างไม่สมประกอบ เช่น มือและเท้าใหญ่ยาวกว่า ปกติ มักจะมีโรคเกี่ยวกับตา หู กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ทำให้ร่างกายผิดปกติ เช่น เดินช้า กล้ามเนื้อที่ ใช้ในการรับประทานอาหารไม่ดี ทำให้มีเศษอาหารตกค้างในกระพุ้งแก้มมาก เกิดฟันผุได้ง่าย ผิวหนังหยาบกร้าน เป็นแผลง่าย และมักเป็นโรคผิวหนัง(วาริ ธีระจิตร, 2531:69; ศรียา นิยม ธรรม, 2534:35) ควรดูแลเรื่องความสะอาดเป็นพิเศษ ควรฝึกกล้ามเนื้อ เช่น ถีบจักรยาน ปั่นดินน้ำมัน เป็นต้น ควรให้เด็กทำกิจกรรมด้วยตนเอง เช่น รับประทานอาหาร การแต่งตัว และเปิดโอกาสให้ เด็กได้ทดลองทำสิ่งต่างๆอย่างอิสระ โดยให้ความช่วยเหลือและแนะนำอยู่ห่างๆ

2.2 พัฒนาการทางภาษา เด็กปัญญาอ่อนเกินร้อยละ 70 มีปัญหาการพูดและการสื่อความหมาย กระบวนการฝึกจะเริ่มจากฝึกใช้กล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อเปล่งเสียง ออกเสียงให้ถูกต้อง ซึ่งการฝึกพูดต้องทำตั้งแต่เด็กอายุต่ำกว่า 4 ขวบ (กรมประชาสงเคราะห์, 2538:75-76)

2.3 พัฒนาทางอารมณ์และสังคม เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ บิดามารดาหรือผู้ดูแลไม่ควรให้ความสนใจมากนัก (ยกเว้นพฤติกรรมก้าวร้าวที่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น ทำลายของ ทำร้ายตนเอง) เพราะถ้าให้ความสนใจ เด็กจะเรียนรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นสามารถเรียกร้องความสนใจได้หรือทำให้ได้ในสิ่งที่ต้องการ เด็กจะแสดงพฤติกรรมทุกครั้งเมื่อเด็กต้องการสิ่งใด ควรให้ความสนใจเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเท่านั้น (พรณี ชูทัยเจนจิต, 2530 : 151)

2.4 พัฒนาทางสติปัญญา ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง จะเรียนรู้ได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย ความจำเป็นความจำระยะสั้นๆ และสิ่งง่าย ขาดสมาธิ ส่วนในปัญญาอ่อนระดับน้อยจะเรียนรู้ได้ช้า และการตัดสินใจโดยการให้เหตุผลได้ไม่ดีเท่ากับเด็กวัยเดียวกัน (ศรียา นิยมธรรม, 2534:38)

3) พฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาตามภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ(Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพ ผู้ดูแลควรให้การดูแลเด็กปัญญาอ่อนดังนี้

3.1) การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลควรขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เชื่อถือได้ แต่หากเด็กไม่ดีขึ้นควรปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.2) การรับรู้ สนใจ และผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ควรดูแลเด็กปัญญาอ่อนเรื่องความสะอาดเป็นพิเศษ และเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วย เด็กไม่สามารถบอกความเจ็บป่วย ทำให้เด็กติดเชื้อโรคได้ง่ายกว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน เมื่อเด็กป่วยควรเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด

3.3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิด

3.4) รับรู้และสนใจสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิตและความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยา

3.5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของเด็ก โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตน ปรับบทบาทให้เหมาะสมในการดูแลเด็กปัญญาอ่อน

3.6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น โดยเสริมให้มีพัฒนาการ ได้ดีที่สุดตามสภาพที่เหลืออยู่ ตลอดจนแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ เช่น สถานที่ศึกษา

สรุป พฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดของ โอเร็ม ทั้ง 3 ด้าน เป็นการกระทำที่ผู้ดูแลช่วยให้เด็กปัญญาอ่อนเจริญเติบโตพัฒนาได้ตามปกติมากที่สุด ป้องกันการเกิด

ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่ต้องคิด

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพดังกล่าวจะสร้าง หรือพัฒนาการดูแลตนเองได้ โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (Orem, 2001 : 258-265)1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components:enabling capabilities for self-care)3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) (Orem, 2001 : 258-260)เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความ ต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควร และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components:enabling capabilities for self-care) (Orem, 2001 : 264-265) โอเร็ม มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

(Orem, 2001 : 264-265) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

3.1 ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น)

3.2 คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

3.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียนนับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.2.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.2.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2.5 นิสัยประจำตัว

3.2.6 ความตั้งใจ

3.2.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.2.8 ความหวังในตนเอง

3.2.9 การยอมรับตนเอง

3.2.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.2.11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้นจะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้รู้สึกตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป และไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละข้อที่ใช้แจกแจงไว้ นอกจากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลเด็กป่วยอ่อน เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการและการปรับตัวของเด็กในแต่ละช่วงวัย (ชวลา เขียรธนู, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม ที่กำหนดการดูแลตนเองของเด็กพึ่งตนเองไม่ได้ให้เป็นความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ ซึ่งมีความรู้เรื่องการเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็ก เพื่อส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ปรึกษา ประคับประคอง ชี้แนะ สอนและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมให้กับเด็ก

(Orem,1991) ซึ่งผู้ใหญ่ที่ดูแลเด็กในที่นี้ก็คือครอบครัวหรือผู้ดูแลนั่นเอง ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก

พฤติกรรมในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของมารดา

จากการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เรื่องประสบการณ์การดูแลเด็กปัญญาอ่อนของมารดา ของอุบล วรรณกิจ (2548)ซึ่งสัมภาษณ์เชิงลึกมารดาที่สามารถดูแลลูกปัญญาอ่อนได้อย่างต่อเนื่องและลูกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ได้ข้อสรุป วิธีการดูแลลูกปัญญาอ่อนดังนี้

1. การดูแลโดยทั่วไป เป็นการดูแลเรื่องต่างๆในกิจวัตรประจำวัน แบ่งเป็น

1.1 การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องดูแลอย่างครอบคลุมตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า จนกระทั่งเข้านอน ซึ่งได้แก่ ดูแลเรื่องการกินอยู่ หลับนอน พาลูกไปส่งที่สถานที่เรียน/ที่ฝึก ดูแลเรื่องการเล่น พาลูกเล่นตามโอกาสในแต่ละวัน

1.2 การดูแลเรื่องสุขภาพ อนามัย ผู้ดูแลต้องรู้เรื่องสุขภาพของเด็ก การเฝ้าระวังด้านสุขภาพ อนามัยของเด็ก การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด การพาพบแพทย์ตรวจตามนัด เป็นต้น

1.3 การจัดการเกี่ยวกับการดูแล ผู้ดูแลต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้การดูแลเด็กเป็นไปอย่างราบรื่น ซึ่งต้องจัดการหลายอย่าง ได้แก่เรื่องงานบ้าน มีการจัดบ้านและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับลูก เสื้อผ้าที่สวมใส่ต้องสะอาด อาหารและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบอาหารให้ลูก รับประทานต้องสะอาดปลอดภัย นอกจากนี้ต้องวางแผนด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายต่างๆในการรักษาและกระตุ้นพัฒนาการสำหรับเด็ก เป็นต้น

2. การดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ เป็นการดูแลเพื่อให้ลูกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น การฝึกทักษะและกระตุ้นพัฒนาการแก่ลูก แบ่งเป็น

2.1 การแสวงหาความรู้และแหล่งสนับสนุน ผู้ดูแลต้องรู้จักแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เด็กเป็นว่ามี การรักษาและดูแลอย่างไร มีระยะดำเนินโรคอย่างไร นอกจากนี้ต้องถามหรือหาความรู้เกี่ยวกับการฝึกทักษะหรือกระตุ้นพัฒนาการสำหรับลูก แสวงหาการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติจากบุคลากรผู้ชำนาญ เช่นเข้ารับการฝึกอบรมจากสถาบันที่ดูแลเฉพาะด้าน ฝึกภาคปฏิบัติในการกระตุ้นพัฒนาการ หาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน การพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ที่มีลูกพัฒนาการล่าช้าเหมือนกัน จัดตั้งเป็นชมรม เพื่อเรียกร้องและพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ลูก

2.2 รู้จักความสามารถของลูก ผู้ดูแลต้องรู้จักสังเกต รู้ความต้องการ และรู้จักความสามารถของลูก ทั้งนี้เพื่อให้การสนับสนุนและพัฒนาลูกได้อย่างถูกต้อง

2.3 ฝึกทักษะตามปัญหา ผู้ดูแลต้องลงมือฝึกทักษะตามปัญหาหรือความบกพร่องที่ลูกมี เช่น หากลูกเดินไม่ได้ ฝึกการทรงตัวและฝึกกายภาพบำบัดกับนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

2.4 จัดหาอุปกรณ์การฝึกที่เฉพาะ ผู้ดูแลต้องรู้จักจัดเตรียมอุปกรณ์ในการฝึกที่เฉพาะเจาะจง เช่น หากลูกกลัมนิ้วมือยังไม่ดี หยิบจับช้อนไม่ถนัด ต้องปรับใช้ด้ามช้อนให้เป็นทรงกลมและใหญ่ขึ้น เป็นต้น

2.5 ฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องฝึกทักษะและกระตุ้นพัฒนาการทุกเรื่องที่เป็นจำเป็นสำหรับลูกตามปัญหาที่ลูกมีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการฝึกทุกวันไปเรื่อยๆ หากตนเองไม่สามารถฝึกให้ลูกได้ทุกวัน จะมีการจัดการให้มีการฝึกต่อเนื่องโดยอาจเป็นบุคคลในครอบครัวคนอื่นมาเรียนรู้วิธีการฝึกในแนวทางเดียวกันและฝึกทักษะให้แก่เด็กแทน กรณีที่ผู้ดูแลไม่อยู่ เป็นต้น

2.6 จับมือทำ ลดการช่วยเหลือแล้วให้แรงเสริม ผู้ดูแลต้องรู้จักเทคนิคในการฝึกลูก หากฝึกแล้วลูกยังทำไม่ได้ ต้องให้การช่วยเหลือ โดยการจับมือทำ จากนั้นค่อยๆลดการช่วยเหลือลงไปเรื่อยๆจากจับมือทั้งมือทำ เป็นจับข้อมือ แตะข้อศอก เป็นต้น แล้วกล่าวคำชมเชยทันทีเมื่อเด็กทำกิจกรรมได้

2.7 ฝึกตามสถานการณ์จริง ผู้ดูแลฝึกทักษะแก่ลูกตามสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากเหตุการณ์จริง เด็กจะจดจำได้ง่าย และสะดวกแก่การฝึก เมื่อต้องการฝึกรับประทานอาหารก็ฝึกในช่วงเวลาที่เด็กต้องรับประทานอาหารทั้งเช้า กลางวัน เย็น เป็นต้น วิธีนี้แม้จะทำให้ผู้ดูแลเสียเวลาเพิ่มขึ้นแต่คุ้มค่าเพราะเด็กจะค่อยๆเรียนรู้และทำได้เองในที่สุด ส่วนการรีบทำกิจกรรมให้หรือช่วยเหลือเด็กทุกอย่างแม้จะเสร็จกิจกรรมในชีวิตประจำวันเร็วขึ้น แต่เด็กไม่เรียนรู้และจะพึ่งพาผู้ดูแลตลอดไป

2.8 จัดการกับปัญหาพฤติกรรม ผู้ดูแลต้องรู้วิธีการปรับพฤติกรรม หากเด็กมีปัญหาพฤติกรรม ซึ่งต้องใจเย็น อดทน ในการปรับพฤติกรรมแก่เด็ก ไม่ควรตามใจหรือบังคับเด็กมากเกินไป

2.9 การเล่นผสมผสานการฝึก พลิกแพลงการฝึก ผู้ดูแลต้องรู้จักวิธีการฝึกทักษะให้ลูกสนุกสนานและอยากร่วมกิจกรรม โดยใช้การเล่นผสมผสานกับการฝึก ฝึกเด็กโดยที่让孩子รู้สึกว่าเขากำลังเล่นอยู่ รู้จักพลิกแพลงการฝึกตามสถานการณ์

2.10 ใจเย็น ไม่เข้มงวดจนเกินไป ผู้ดูแลมีการฝึกทักษะต่างๆอย่างใจเย็น ให้ความสำคัญในการทำกิจกรรมตามสมควร กระตุ้นให้เด็กมีกำลังใจทำกิจกรรมให้สำเร็จเป็นระยะ ไม่เข้มงวดหรือคุมมากจนเกินไป

2.11 เอาจริง ใจแข็ง ผู้ดูแลต้องฝึกทักษะและกระตุ้นพัฒนาการทุกครั้งที่มีโอกาสตามสถานการณ์จริง ฝึกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ฝึกเด็กอย่างเอาจริง และไม่ใจอ่อนหากเด็กอ่อนไม่

ยอมทำกิจกรรมรอให้ผู้อื่นช่วยเหลือ ผู้ดูแลต้องทำให้เด็กได้เรียนรู้ว่ากิจกรรมทุกอย่างเขามีความสามารถทำเองได้

2.12 พาออกสู่สังคม ผู้ดูแลฝึกให้เด็กได้รู้จักคนอื่นๆในสังคม พาเที่ยว หรือไปเล่นกับครอบครัวหรือคนอื่นๆในสังคมตามโอกาส การได้พาเด็กออกสู่สังคม สังคมช่วยสอนให้เด็กมีพัฒนาการด้านสังคมที่ดีขึ้นตามลำดับ

3. การดูแลจิตใจและอารมณ์ เป็นการที่ผู้ดูแลเอาใจใส่ สนใจ ความรู้สึกด้านจิตใจ และอารมณ์ของลูก แบ่งเป็น

3.1 ยอมรับ ผู้ดูแลต้องให้การยอมรับเด็ก ยอมรับความบกพร่องและพฤติกรรมของเด็ก ไม่ตำหนิหรือทำโทษด้วยวิธีรุนแรง

3.2 ให้ความรัก ผู้ดูแลต้องแสดงความรัก ความใส่ใจต่อเด็ก การสัมผัส การโอบกอด การพูดคุย ถามไถ่ ทำให้เด็กรู้สึกว่าเขาเป็นที่รักของพ่อแม่ ให้เด็กเกิดความมั่นใจมากขึ้น

3.3 สนับสนุน ผู้ดูแลให้การสนับสนุนเด็กในการทำกิจกรรมต่างๆ คอยเป็นกำลังใจ ให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเอง

4.ระบบพยาบาลเจ้าของไข้

การดูแลผู้ป่วยแบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการมอบหมายงานรูปแบบหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย โดย Manthey(1970) ได้ให้แนวคิดที่สำคัญของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ my patient –my nurse ซึ่งเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้พยาบาลผู้ป่วย ตั้งแต่รับใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง Marram, Barrett & Bevis (1979) ได้นำเสนอแนวคิดสรุปได้ ดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้มอบหมายงานให้แก่ พยาบาลแต่ละคนในการทำหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาลแต่ละคน ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบต่อผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายทั้งหมดเกี่ยวกับความต้องการทางการพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เรียกลักษณะการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่า A Triple A nurse ซึ่งประกอบด้วย ความเป็นอิสระในตนเอง (autonomy) ความมีอำนาจในการดูแล (authority) และความสำนึกในหน้าที่รับผิดชอบ (accountability)

2. พยาบาลเจ้าของไข้ ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย ทำบันทึกแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล คำแนะนำที่ให้ รวมทั้งรายละเอียดในการจำหน่าย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เตรียมจะปฏิบัติหรือที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว

3. พยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ และทีมสุขภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม มีการติดตามปัญหาของผู้ป่วยและปรับปรุงแผนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน ถ้าพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ช่วยจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแทน โดยปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้เขียนไว้

4. การติดต่อสื่อสารของพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เป็นการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้การสื่อสารด้วยวาจา การใช้แผนการพยาบาล และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นผู้ประสานกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์มากที่สุด

ผลจากการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ (พิมพ์ประพรรณ สถาพรพัฒน์, 2550)

1. ด้านผู้ป่วยและครอบครัว

- 1.1 ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและครอบครัว
- 1.2 ตอบสนองความต้องการการพยาบาลอย่างครอบคลุมมากขึ้น
- 1.3 ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ กล้าซักถามข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้

2. ด้านพยาบาลเจ้าของไข้

- 2.1 มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น
- 2.2 ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงานมากขึ้น
- 2.3 มีความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว
- 2.4 มีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

3. ด้านหน่วยงาน

3.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถประเมินศักยภาพและความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้แต่ละคนได้ และสามารถนำไปจัดทำแนวทางการพัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมต่อไป

3.2 การติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล (Family -centered care)

แนวคิดการพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล เริ่มจากความเชื่อที่ว่าครอบครัวคือสิ่งคงที่ของชีวิตเด็ก (Family is the constant of child's life)

แนวคิดพื้นฐานของการพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ การช่วยให้ครอบครัวมีความสามารถ(enable) และการเสริมพลังอำนาจ (empower) ให้ครอบครัวในการดูแลเด็ก

การช่วยให้ครอบครัวมีความสามารถ (enable)ในการดูแลเด็กกระทำได้โดย ประเมินความรู้ และ ความสามารถของครอบครัวในการดูแลเด็ก เปิดโอกาสให้และ/หรือ หาช่องทางให้ครอบครัวทุกคนได้แสดงความสามารถ ของตนเองที่มีอยู่ในการดูแลเด็ก สอนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็ก เมื่อประเมินได้ว่าครอบครัวไม่รู้ เพื่อให้สามารถดูแลเด็กให้บรรลุตามความต้องการของเด็กและครอบครัว

การเสริมพลังอำนาจ (empower) ในการดูแลเด็ก โดยรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกรับรู้ของครอบครัว ที่สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของครอบครัวได้ หรือช่วยเหลือให้ครอบครัวมีความรู้สึกรับรู้ สามารถควบคุมการดำเนินชีวิตได้ และให้ความช่วยเหลือโดยเริ่มจากจุดแข็ง (strength) และ ความสามารถที่มีอยู่ของครอบครัว

หลักการพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

1 ยอมรับแนวคิดที่ว่า ครอบครัวคือส่วนหนึ่งในชีวิตเด็ก ในขณะที่ระบบบริการและเจ้าหน้าที่ให้บริการมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้น “ครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อชีวิตเด็ก” การปฏิบัติของพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจึงต้อง

- ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวและช่วยเหลือครอบครัวในการตัดสินใจการดูแลเด็ก
- ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ครอบครัวกังวลและเห็นว่าสำคัญ
- สนับสนุนครอบครัวให้ทำหน้าที่ผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยในโรงพยาบาล และร่วมกับครอบครัว ค้นหาทางเลือกในการดูแลต่างๆ

2. สร้างความร่วมมือกันระหว่างพ่อแม่กับทีมสุขภาพ การทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรและครอบครัว

- ต้องกำหนดแนวคิดและเป้าหมายร่วมกัน
- ให้ความสนใจและให้การเคารพ ซึ่งกันและกัน โดย ทำความเข้าใจบทบาทและความคาดหวังของกันและกัน ยอมรับค่านิยม(value)และจุดแข็ง (strength) ของครอบครัว
- มีการสื่อสารกันในทางที่เปิดเผย ต่อเนื่องและให้เกียรติซึ่งกันและกัน
- แก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นอย่างสร้างสรรค์ และวางแผนการดูแลรักษาและตัดสินใจร่วมกัน พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจะต้องสร้าง/เปลี่ยนทัศนคติว่าพ่อแม่คือหุ้นส่วนและเป็นหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกันในระบบสุขภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่แล้วพ่อแม่จะมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาน้อยพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลให้พ่อแม่เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะ เพื่อ

ครอบครัวจะได้มีข้อมูล/ความรู้เพียงพอที่จะวางแผนหรือตัดสินใจร่วมกับเจ้าหน้าที่ ให้โอกาสพ่อแม่และครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแล และประเมินผลการดูแล

3. แลกเปลี่ยนข้อมูลทุกอย่างกับพ่อแม่อย่างต่อเนื่องและไม่ลำเอียงด้วยท่าทีที่เหมาะสมในลักษณะช่วยเหลือ

- ไม่ตัดสินความสามารถในการเรียนรู้ของครอบครัวโดยไม่ได้ประเมิน
- แลกเปลี่ยนข้อมูลกับพ่อแม่ถึงสิ่งที่ตรวจพบและทางเลือกของการรักษา และให้ความรู้เกี่ยวกับทางเลือกนั้นๆ อธิบายให้ครอบครัวรู้เป้าหมายและเหตุผลของ การพยาบาลที่ให้กับเด็ก และตอบข้อสงสัยที่ครอบครัวถาม อธิบายคำศัพท์ทางการแพทย์ให้ครอบครัวเข้าใจ
- การให้ข้อมูลควรให้ข้อมูลพ่อแม่ทั้งทางวาจาและการเขียน/ลายลักษณ์อักษร จัดหาแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเด็กให้กับครอบครัว ให้ความมั่นใจแก่ครอบครัวว่าเขาสามารถอ่านข้อมูลในเวชระเบียน / Chart ผู้ป่วยได้ มีความซื่อสัตย์ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องถ้าคือรู้ก็บอกว่ารู้ ไม่รู้ก็บอกว่าไม่รู้
- แสดงให้ครอบครัวเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคคลที่พึ่งพาได้เมื่อต้องการหรือมีปัญหา/ความลำบากในการดูแล และมั่นใจว่าจะให้ร่วมมือในการร่วมแก้ไขปัญหาย่างสุดความสามารถ

4. สนับสนุนและช่วยเหลือครอบครัวทั้งปัญหาทางด้านอารมณ์และการเศรษฐกิจ เช่น ส่งปรึกษาแผนกสังคมสงเคราะห์เมื่อมีปัญหาด้านการเงิน ส่งหน่วยให้คำปรึกษาเมื่อเด็กและครอบครัวมีปัญหาด้านการปรับตัว หรือปัญหาซับซ้อนใจ เป็นต้น ดังนี้

- พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบริการต่างๆที่จัดให้และ ช่วงเวลาการให้บริการ
- ประเมินความต้องการของครอบครัวที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองและ
- ส่งต่อครอบครัวไปรับบริการที่เหมาะสม

5. ยอมรับ ว่าครอบครัวมีจุดแข็ง และมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน การให้การพยาบาลพยาบาลจะต้องยอมรับว่าแต่ละ ครอบครัวมีวิธีแก้ปัญหาก็แตกต่างกัน

- ประเมินจุดแข็ง และวิธีการเผชิญปัญหา ของครอบครัว เปิดใจ รับฟัง รับ ความคิดเห็นของครอบครัว ค่านิยม ความเชื่อและการตัดสินใจ ของ ครอบครัว
- ช่วยเหลือครอบครัว ในการค้นหาจุดแข็งที่ครอบครัวมีอยู่ และให้ความสำคัญกับครอบครัว
- สร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของครอบครัว โดย เริ่มจากจุดแข็งที่ครอบครัวมีอยู่ เคารพและส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองของครอบครัว

6. เคารพยอมรับในความหลากหลายของเชื้อชาติ วัฒนธรรม และสังคม เศรษฐกิจของครอบครัว

- พยาบาลจะต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ โครงสร้างของครอบครัว และชีวิตความเป็นอยู่ภายในชุมชน

- เคารพและเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล และ หลีกเลี่ยงการตัดสินครอบครัวโดยไม่มีข้อมูลที่เชื่อถือได้

7. สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายผู้ปกครอง โดยการ

- ให้คุณค่า ความสำคัญของการช่วยเหลือกันระหว่างพ่อแม่กับพ่อแม่
- สนับสนุนความร่วมมือกันของเครือข่ายระหว่างกลุ่มแพทย์และเครือข่ายผู้ปกครอง
- ส่งต่อครอบครัวไปยังเครือข่ายผู้ปกครอง

8. จัดบริการให้มีความยืดหยุ่น เข้าถึงได้และ ตอบสนองความต้องการของครอบครัว โดย

การ

- จัดหาวิธีการและทางเลือกการรักษาให้กับพ่อแม่
- สนับสนุน/กระตุ้นให้เกิดการดูแลแบบสหสาขาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลเด็กกับวิชาชีพอื่น
- ช่วยเหลือครอบครัวในการเข้าถึงบริการ เพื่อพัฒนาแผนการดูแลทั้งที่เป็นแผนเดี่ยวหรือบูรณาการจากหลายแหล่งบริการ

กระบวนการพยาบาลที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล

การทำงานของพยาบาลที่ใช้กรอบแนวคิดของการพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลนั้น ในการประเมินสภาพ พยาบาลต้องประเมิน จุดแข็ง วิธีเผชิญปัญหาของครอบครัว ความศักยภาพของครอบครัวในการดูแลเด็กและพลังอำนาจ (empowerment) ที่ครอบครัวมีอยู่ ความต้องการของครอบครัว ความต้องการการเรียนรู้ของครอบครัว เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรมของครอบครัว ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ครอบครัวขาดศักยภาพในการดูแลเด็กและขาดพลังอำนาจในการดูแลเด็ก เพื่อวินิจฉัยว่าครอบครัวมีความสามารถและมีพลังอำนาจในการดูแลเด็กมากน้อยเพียงใด เนื่องจากสาเหตุใดเช่นความไม่รู้ ความกลัว ความไม่มั่นใจในตนเอง ความวิตกกังวลเป็นต้น เพื่อวางแผนการพยาบาลเพื่อลดหรือขจัดปัจจัยที่เป็นสาเหตุและช่วยเหลือให้ครอบครัวมีความสามารถและสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วย

บทบาทของครอบครัวต่อการพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก

พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ (2551) กล่าวว่า ครอบครัวมีบทบาทหลักและหน้าที่ต่อเด็ก ๆ 3 อย่าง ดังนี้

1. ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของเด็กๆ ไม่ว่าจะเป็นปกป้องดูแลให้เขาได้รับความปลอดภัย จัดหาอาหารการกินให้เหมาะสม มีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสมกับบริบท และให้การดูแลในเรื่องความเจ็บป่วย

2. ส่งเสริมให้เด็กๆ ได้มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและอารมณ์อย่างเหมาะสม ด้วยการให้ความรัก ความอบอุ่น และให้เด็กๆ ได้มีโอกาสเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม

3. ส่งเสริมทักษะของการใช้ชีวิตในสังคม โดยให้เด็กเรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคมจากครอบครัวซึ่งได้จำลองความเป็นไปในสังคมใหญ่เข้าไปในครอบครัวเล็กๆเพื่อให้เขาสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและเป็นพลเมืองดีของสังคม

ทั้งนี้หน้าที่ของครอบครัวทั้ง 3 อย่างนี้จะต้องมีความสมดุล หากมากเกินไปเช่น กินคืออยู่ดีเกินความต้องการของร่างกาย ก็อาจเกิดโรคอ้วนทำให้มีภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมา กินไม่เพียงพอก็จะเป็นโรคขาดอาหาร กระตุ้นพัฒนาการให้กับลูกมากเกินไปก็จะเป็นการเร่งเด็กๆให้เกิดความเครียดโดยไม่จำเป็นแถมยังรบกวนต่อพัฒนาการที่เหมาะสม หากส่งเสริมพัฒนาการน้อยเกินไปก็จะทำให้เด็กไม่ได้พัฒนาตัวเองอย่างเต็มศักยภาพของเขา

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอส และ โรซิชซาโน (Gross & Rocissano, 1988) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองของบิดามารดาในเลี้ยงดูบุตรวัยหัดเดิน โดยกล่าวว่าบิดามารดาที่ประเมินว่าบุตรของตนนั้นคือ เลี้ยงยาก มีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม จะทำให้บิดามารดาเกิดความกระทบต่อความสามารถในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของบุตร ไม่สามารถให้การดูแลสมรรถนะของตนเองต่ำลง ไม่สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้ การเผชิญกับปัญหาและความล้มเหลวหลายๆครั้ง ร่วมกับการรับรู้สมรรถนะต่ำ ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดและภาวะเศร้าซึมตามมา (Gross, et al, 1994)

และจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง แบนดูรายังกล่าวอีกว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการกระทำของบุคคล เนื่องจากเป็นการประเมินตัดสินของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ นั่นคือพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนต้องการ (Bandura, a:1977 b:1986) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง พฤติกรรม และผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในการอธิบายการกระทำพฤติกรรมของบุคคล ด้วยแนวคิดดังกล่าว จึงได้มีการนำแนวคิดของการรับรู้สมรรถนะของตนเองนี้ มาอธิบายถึงการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วยความเชื่อที่ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพใดๆ ก็ต่อเมื่อความคาดหวังว่าตนสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา โดยการรับรู้สมรรถนะของตนเองนี้มีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆ ความพยายามในการกระทำนั้นอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาในการกระทำและปฏิบัติการทางอารมณ์ขณะเผชิญการณ์ต่างๆ การรับรู้สมรรถนะของตนนั้นจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ เนื่องจากความรู้ไม่สามารถประกันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ (Bandura,1986:Moore,1990; Damrosch, 1991) บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะสูงจะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม และยังเป็นตัวทำนายเกี่ยวกับการดูแลและพฤติกรรมสุขภาพได้

อย่างมีประสิทธิภาพ (Holden,1991) ในทางกลับกัน ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะต่ำมีผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ไม่ดี (Redland & Stuijbergen,1993)

กิติมา สำราญไชยธรรม (2541) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา
พฤติกรรมและการดูแลของมารดาและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ
มารดาเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี จำนวน 80 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของ
มารดา แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมและการดูแลบุตรของมารดา และแบบประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของ
เด็ก ผลการวิจัย พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของ
มารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี มีคะแนนโดยรวมสูง แต่การรับรู้
สมรรถนะในการดูแลบุตรและพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาในด้านการสังเกตและหลีกเลี่ยงสิ่ง
กระตุ้นให้บุตรเกิดอาการหอบบางข้อ มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ และพบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแล
บุตรของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาและผลลัพธ์ทางสุขภาพ
ของเด็กโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุบล อสัมภินทรพิย์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปังจัยบาง
ประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดา
ของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งบุตรมีอายุ 3-6 ปี จำนวน 120 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบ
สัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และแบบสอบถามการ
รับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการวิจัยพบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่
กำเนิดส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยถูกต้อง และการรับรู้เกี่ยวกับ
โรค ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว และอายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน
อาชีพของมารดาและระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาใน
การดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

บุญญภักดิ์ แห่งนาเลน (2550) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ในการดูแลเท้าผู้เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็นเบาหวาน
และอยู่ในระยะไตร่ตรอง จำนวน 48 ราย และสุ่มให้เข้ากลุ่มควบคุม 24 ราย ที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติ และกลุ่มทดลอง 24 ราย ได้รับโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษา พบว่า ผู้
เป็นเบาหวานกลุ่มที่ปฏิบัติตามโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความรู้ในการดูแลเท้าและ
พฤติกรรมในการดูแลเท้าเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุทัยวรรณ สกลวสันต์และคณะ (2550) ศึกษาความรู้ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมใน
การส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของทารกเกิด
ก่อนกำหนดโดยทารกมีอายุที่ปรับแล้ว 1-2 เดือน และมาใช้บริการที่คลินิกเด็กดีหรือคลินิกเด็กเสี่ยง
สูงของโรงพยาบาลแพร์ น่าน พะเยา ลำปาง และโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ จำนวน 100

ราย เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก 3) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลหลักมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 82-96 ด้านภาษาร้อยละ 84-100 ด้านสังคมและบุคลิกภาพร้อยละ 99-100 และด้านการปรับตัวร้อยละ 75-99 ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดในระดับต่ำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $< .001$ ($r = .384$) และสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดในระดับปานกลางที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $< .001$ ($r = .519$)

สายฝน กันธมาลีและคณะ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 40 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน เครื่องมือการวิจัยคือ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รัตนา ตาบัง (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชายที่กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ วิทยาลัยเทคนิคแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 39 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าว และ 3) โปรแกรมการกำกับตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเด็กวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2. เด็กวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อัจฉรา รัตนวงศ์ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ที่เข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ ซึ่งเป็นบุตรคนแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กเป็นครั้งแรก จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของมารดา ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมดูแลบุตรดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของมารดาในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อังคณา หมอนทอง (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 จำนวน 200 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามความหวัง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวัง และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.151$), $p < .05$) การรับรู้สมรรถนะใน

ตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .331, p < .00$) และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .232, p < .001$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงพหุคูณพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเชื่อด้านสุขภาพและความหวังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 17 ($R^2 = .17$)

ชญัญชิตา โปธิประสาทและคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ระหว่างเดือนธันวาคม จำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมดูแล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีพฤติกรรมดูแลโดยรวมในระดับมาก โดยมีพฤติกรรมดูแลด้านร่างกายและพฤติกรรมดูแลด้านประคับประคองจิตใจอยู่ในระดับมากตามลำดับ ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก และพฤติกรรมดูแลทั้ง โดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม

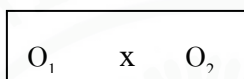
บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลการใช้โปรแกรมครอบครัวต่อการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว และพัฒนาการของผู้ที่มีบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้ 1) รูปแบบการวิจัย 2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 4) การรวบรวมข้อมูล 5) การวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One-Group Pretest –Posttest) ดังภาพต่อไปนี้



O_1 หมายถึง การประเมินการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว และพัฒนาการของผู้ที่มีบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนการใช้โปรแกรมครอบครัว

x หมายถึง โปรแกรมครอบครัว

O_2 หมายถึง การประเมินการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวและพัฒนาการของผู้ที่มีบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา หลังการใช้โปรแกรมครอบครัว

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร เป็นครอบครัวของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยครอบครัว สถาบันราชานุกูล

2.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นครอบครัวของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยครอบครัว สถาบันราชานุกูล ระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2551 และติดตามประเมินผลหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยครอบครัว 1 ปี (ถึงเดือนตุลาคม 2552) จำนวน 20 คน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้อินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ตามแบบฟอร์มใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมครอบครัวโดยใช้การพยาบาลด้วยระบบเจ้าของไข้เพื่อการดูแลผู้ปกครองและผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญารายบุคคลและรายกลุ่ม (Primary Nurse) ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 2: การฝึกทักษะการดูแลผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาสำหรับผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 3: การส่งเสริมพัฒนาการผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

กระบวนการสร้างโปรแกรมครอบครัว มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการดูแลระบบเจ้าของไข้
2. ประชุมผู้วิจัยเพื่อวิเคราะห์ และเลือกกิจกรรมที่ดีและเหมาะสม มาใช้พัฒนาโปรแกรมครอบครัว เพื่อใช้ในการวิจัย
3. ศึกษารายละเอียดโครงสร้างสำคัญของโปรแกรมครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ประเด็นเนื้อหา วิธีดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา โดยโครงสร้างโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครอง ดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อการดูแลสุขภาพจิตครอบครัว ได้แก่ กลุ่มเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มพลังใจ กลุ่มนันทนาการ

ส่วนที่ 2 การฝึกทักษะการดูแลผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วย

- กิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ ได้แก่ โรคที่เด็กเป็น (ภาวะปัญญาอ่อน ออทิสติก สมอง

พิการ) การดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย สิทธิประโยชน์ การพิทักษ์สิทธิ์

- กิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลสำหรับผู้ปกครอง ได้แก่ หลักการฝึกผู้มี

ปัญหาพัฒนาการ และสติปัญญา กลุ่มเตรียมพร้อมทักษะด้านภาษา กลุ่มครอบครัวช่วยหนูสบายตัว กลุ่มทบทวนเป้าหมาย และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ส่วนที่ 3 การส่งเสริมพัฒนาการผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญารายบุคคลตามสภาพปัญหาด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้

4. คุณภาพของเครื่องมือ นำโปรแกรมครอบครัวไปตรวจสอบและวิเคราะห์ค่าความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมี จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้มีประสบการณ์การ

ทำงานเกี่ยวกับผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา จำนวน 2 ท่าน และเป็นอาจารย์พยาบาลสาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน เพื่อหาค่า IOC (Index of item Objective Congruence) โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถามดังนี้

- ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

$$\text{สูตรการคำนวณหาค่า IOC} = \frac{\text{ผลรวมคะแนน}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}}$$

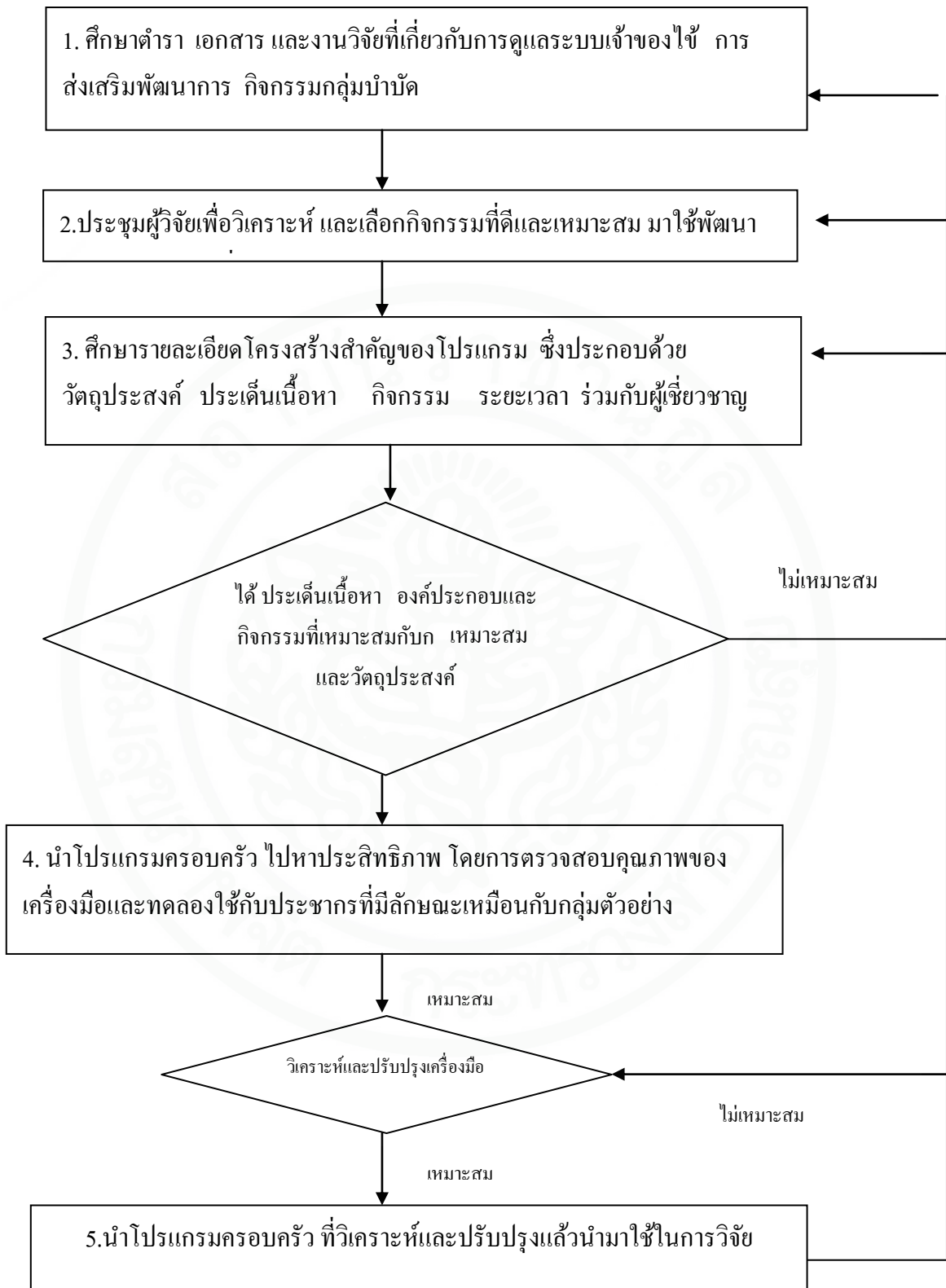
เกณฑ์การให้คะแนน

- ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้
- ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

การหาค่า IOC โปรแกรมครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบเนื้อหาตาม กิจกรรมโปรแกรม 16 กิจกรรม

$$\begin{aligned} \text{ค่า IOC} &= \frac{16}{3} \\ &= 5.33 \quad \text{คะแนน} \end{aligned}$$

5. นำโปรแกรมครอบครัว ที่ตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับ ประชากรที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงหรือค่าความเชื่อมั่น
6. นำโปรแกรมครอบครัวที่วิเคราะห์และปรับปรุงแล้วมาใช้ในการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการพัฒนาเครื่องมือที่เป็นโปรแกรมครอบครัว

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
- แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัว
- แบบติดตามพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

กระบวนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 17 ข้อ แบ่งเป็นมาตรวัด 5 ระดับ และมีค่าคะแนน ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่าน <u>มีความเชื่อมั่นมากที่สุด</u> ว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
มาก	หมายถึง	ท่าน <u>มีความเชื่อมั่นมาก</u> ว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
ปานกลาง	หมายถึง	ท่าน <u>มีความเชื่อมั่นปานกลาง</u> ว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
น้อย	หมายถึง	ท่าน <u>มีความเชื่อมั่นน้อย</u> ว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่าน <u>มีความเชื่อมั่นน้อยที่สุด</u> ว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้

ค่าคะแนนที่ให้ มีดังนี้

มากที่สุด	= 5	คะแนน
มาก	= 4	คะแนน
ปานกลาง	= 3	คะแนน
น้อย	= 2	คะแนน
น้อยที่สุด	= 1	คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	3.67-5.00	=	มีรับรู้สมรรถนะระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	2.34-3.66	=	มีรับรู้สมรรถนะระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.00-2.33	=	มีรับรู้สมรรถนะระดับน้อย

โดยมีกระบวนการพัฒนา ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ
2. ประชุมผู้วิจัยและสร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

3. วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือด้วยค่าความตรงและความเที่ยง

3.1 ค่าความตรง ตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมี จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้มีความรู้ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จำนวน 2 ท่าน และเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา เพื่อหาค่า IOC (Index of item Objective Congruence) โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถามดังนี้

- ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

$$\text{สูตรการคำนวณหาค่า IOC} = \frac{\text{ผลรวมคะแนน}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

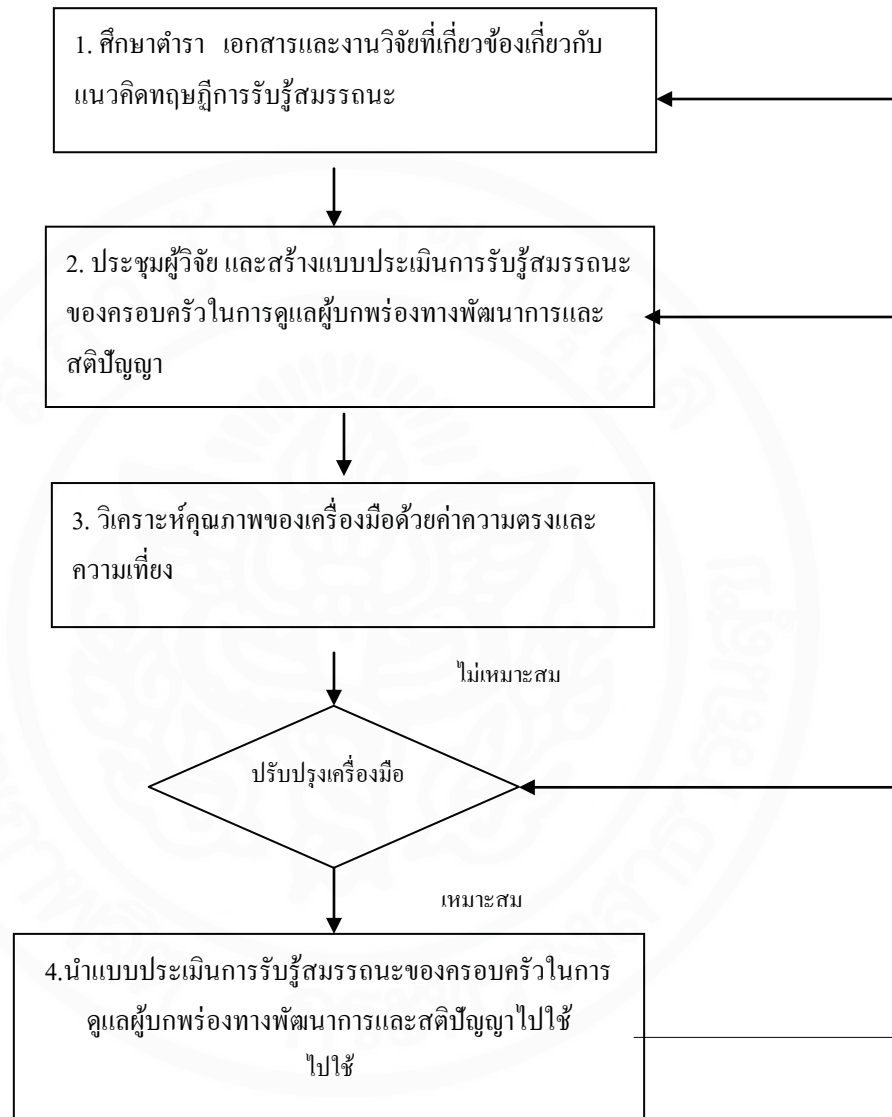
- ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้
- ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

การหาค่า IOC ของ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ มีผลการตรวจสอบเนื้อหา ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ค่า IOC} &= \frac{17}{3} \\ &= 5.6 \quad \text{คะแนน} \end{aligned}$$

3.2 ค่าความเที่ยง นำไปทดสอบโดยให้ครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาทำแบบประเมิน และปรับปรุงแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาหาคุณภาพของแบบวัดที่ได้โดยใช้สถิติหาค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha)

4. นำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาไปใช้ในการประเมินสมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา



ภาพที่ 2 แสดงกระบวนการพัฒนาแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

3.2.2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของ ครอบครัว

ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็นมาตรวัด 4 ระดับ และมีค่าคะแนน ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเช่นนั้น <u>ตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์</u>
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเช่นนั้น <u>4-6 ครั้งต่อสัปดาห์</u>
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเช่นนั้น <u>1-3 ครั้งต่อสัปดาห์</u>
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่าน <u>ไม่เคยปฏิบัติเช่นนั้นเลย</u>

ค่าคะแนนที่ให้ มีดังนี้

เป็นประจำ	= 3	คะแนน
บ่อยครั้ง	= 2	คะแนน
บางครั้ง	= 1	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	= 0	คะแนน

แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.00 - 3.00	=	มีพฤติกรรมดูแลระดับมาก
ค่าเฉลี่ย	1.00 - 1.99	=	มีพฤติกรรมดูแลระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	0.00 - 0.99	=	มีพฤติกรรมดูแลระดับน้อย

มีกระบวนการพัฒนา ดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมดูแล
2. ประชุมผู้วิจัย และสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

ของครอบครัว

3. วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือด้วยค่าความตรงและความเที่ยง

3.1 ค่าความตรง ตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity)

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมี จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จำนวน 2 ท่าน และเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัวเพื่อหาค่า IOC (Index of item objective congruence) โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถามดังนี้

- ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

$$\text{สูตรการคำนวณหาค่า IOC} = \frac{\text{ผลรวมคะแนน}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญ}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

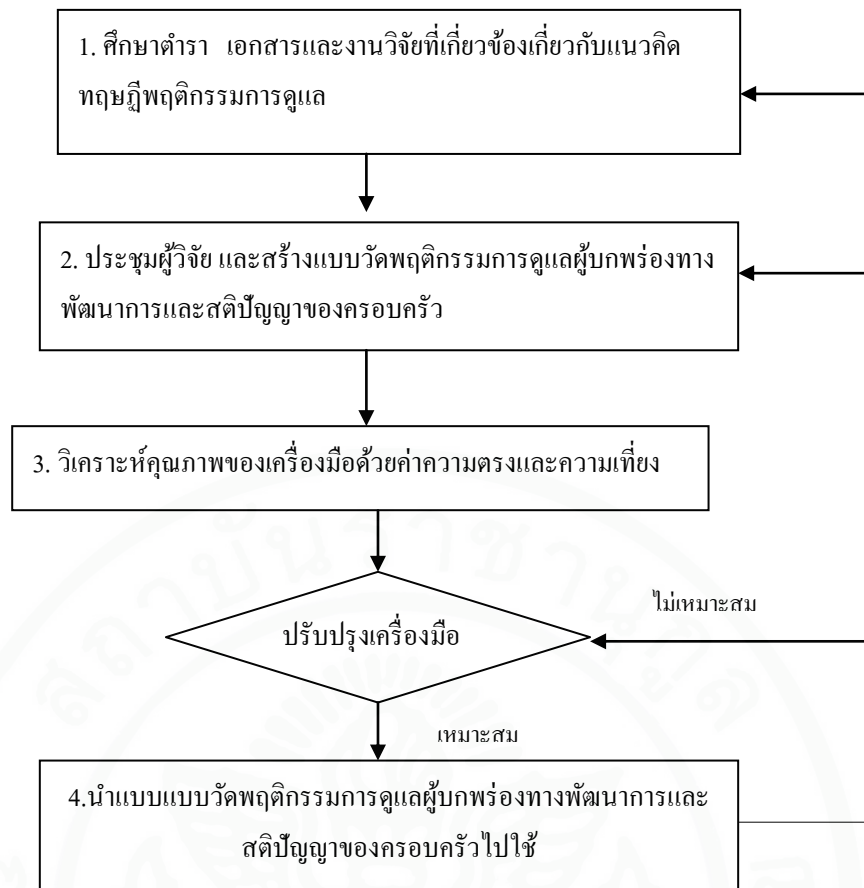
- ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้
- ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

การหาค่า IOC แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัว มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีผลการตรวจสอบเนื้อหา ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ค่า IOC} &= \frac{26}{3} \\ &= 8.6 \text{ คะแนน} \end{aligned}$$

3.2 ค่าความเที่ยง นำไปให้ครอบครัวของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัว หากคุณภาพของแบบวัดที่ได้โดยใช้สถิติหาค่าความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha)

4. นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัวไปใช้ประเมินครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา



ภาพที่ 3 แสดงกระบวนการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ปกครองทางพัฒนาการและ สติปัญญาของครอบครัว

3.2.3. แบบติดตามพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

การติดตามพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา เครื่องมือที่ใช้ในการ ติดตามพัฒนาการ คือ คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิด – 5 ปี และคู่มือฝึกทักษะการดำรงชีวิต ประจำวัน ของสถาบันราชานุกูล โดยติดตามประเมินพัฒนาการตามแบบประเมินของคู่มือ ก่อนและ หลังสิ้นสุดโปรแกรม ครอบครัว 2 สัปดาห์ และติดตามประเมินหลังสิ้นสุด โปรแกรม 1 ปี

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบ ก่อนและหลัง (One-Group Pretest –Posttest)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ดังนี้

1.1 ให้ผู้ปกครองทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว

1.2 พยายามประเมินพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาโดยใช้แบบติดตามพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมครอบครัว

2. ดำเนินการทดลอง โดยให้ครอบครัวและผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว โดยรับไว้ที่หอผู้ป่วยครอบครัว 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้ครอบครัวนำ Home program ไปใช้ในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาที่บ้าน นัดประเมินและให้คำแนะนำหลังจำหน่าย 1 , 3 ,6 เดือน และ 1 ปี

3. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ดังนี้

3.1 ให้ผู้ปกครองทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และทำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว 1 ปี

3.2 พยายามเป็นผู้ประเมินพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา โดยใช้แบบติดตามพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา หลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)

2. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัว โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)

3. วิเคราะห์ข้อมูลพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)

4. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว ด้วยสถิติ Non-Parametric แบบ

Wilcoxon Signed-Rank test

5.เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัว อนุญาตระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว ด้วยสถิติ Non-Parametric แบบ Wilcoxon Signed-Rank test

6.เปรียบเทียบพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว ด้วยสถิติ Non-Parametric แบบ Wilcoxon Signed-Rank test



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว และพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม ครอบครัว จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแล ก่อนและหลังสิ้นสุด โปรแกรมครอบครัว และจบโปรแกรม 1 ปี

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวก่อนและหลังสิ้นสุด โปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลัง สิ้นสุดโปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ประเภทการรับไว้ ผู้ช่วยในการดูแล

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของเพศ อายุ การศึกษา อาชีพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก (n = 20)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1	5.0
หญิง	19	95.0
อายุ		
20-30 ปี	7	35.0
31-40 ปี	8	40.0
41-50 ปี	4	20.0
51 ปีขึ้นไป	1	5.0
การศึกษา		
ประถมศึกษา	8	40.0
มัธยมศึกษา	7	35.0
อนุปริญญา	1	5.0
ปริญญาตรี	3	15.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.0
อาชีพ		
รับราชการ	1	5.0
รัฐวิสาหกิจ	1	5.0
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	1	5.0
รับจ้าง	3	15.0
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	14	70.0
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา	2	10.0
มารดา	17	85.0
อื่นๆ	1	5.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.0 มีอายุ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ อายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 การศึกษาระดับประถม

ศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.0 ประกอบ
อาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 15.0 มี
ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.0 รองลง คือ บิดา คิดเป็นร้อยละ 10.0



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ระยะเวลาที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเภทของการเข้าฝึก จำนวนครั้งที่รับเด็กเข้าเป็นผู้ป่วยใน และผู้ช่วยในการดูแลเด็ก (n = 20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก		
ดูแล 0-2 ปี	2	10.0
ดูแล 3-5 ปี	16	80.0
ดูแล 6-8 ปี	1	5.0
ดูแลมากกว่า 9 ปี ขึ้นไป	1	5.0
ระยะเวลาที่รับการรักษาจากสถาบันราชานุกูล		
1เดือน – 3 ปี	18	90
4 – 6 ปี	1	5
7 – 9 ปี	0	0
10 ปี ขึ้นไป	1	5
ประเภทของการเข้าฝึกในหอผู้ป่วยครอบครัว		
ประเภทไป-กลับ	4	20.0
ประเภทประจำ	16	80.0
จำนวนครั้งที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน		
รับครั้งแรก	16	80.0
รับครั้งที่ 2 ขึ้นไป	4	20.0
ผู้ช่วยในการดูแลเด็กขณะอยู่บ้าน		
ไม่มี	9	45.0
มี	11	55.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะเวลาที่ดูแลเด็กของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ดูแล 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ดูแล 0-2 ปี ระยะเวลาที่ผู้ปกครองพำนักทางพัฒนาการและสติปัญญาได้รับการรักษาจากสถาบันราชานุกูลมากที่สุด คือ 1 เดือน – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมาคือ 4 – 6 ปี และ 10 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 5.0 ส่วนใหญ่เข้าฝึกประเภทประจำ คิดเป็นร้อยละ 80.0 รับไว้รักษาที่หอครอบครัวครั้งแรกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.0 และมีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 55.0 ไม่มีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 45.0

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัว ก่อนและหลังสิ้นสุด โปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

การรับรู้สมรรถนะการดูแล ของครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
มิติความเข้มแข็ง	3.27	.886	ปานกลาง	4.12	.576	มาก
มิติความยากง่าย	3.23	.822	ปานกลาง	4.09	.608	มาก
มิติความเป็นสากล	2.89	.817	ปานกลาง	3.98	.612	มาก
การรับรู้สมรรถนะโดยรวม	3.13	.807	ปานกลาง	4.06	.568	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวโดยรวมพบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=3.13$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=4.06$) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความเข้มแข็ง ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=3.27$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความยากง่าย ($\bar{x}=3.23$) อยู่ในระดับปานกลางและการรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความเป็นสากล ($\bar{x}=2.89$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความเข้มแข็ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=4.12$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความยากง่าย ($\bar{x}=4.09$) อยู่ในระดับมากและการรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความเป็นสากล ($\bar{x}=3.98$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการรับรู้สมรรถนะของของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ด้านมิติความเข้มแข็ง จำแนกเป็นรายชื่อ

การรับรู้สมรรถนะการดูแล ของครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.ฉันสามารถดูแลเด็กได้ถึงแม้ว่าจะมี ปัญหาอุปสรรค	3.65	.988	ปานกลาง	4.26	.733	มาก
2.ฉันพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆที่ อาจเกิดจากความบกพร่องด้านพัฒนาการ ของลูก	3.65	1.182	ปานกลาง	4.35	.745	มาก
3.ฉันยอมรับว่าการกระทำต่างๆของเด็ก เป็นผลมาจากภาวะของโรค	3.60	1.046	ปานกลาง	4.25	.851	มาก
4.ฉันมีความรู้และทราบถึงปัญหา พฤติกรรมและอาการของเด็ก	3.05	1.146	ปานกลาง	4.00	.649	มาก
5.ฉันสามารถจัดการกับปัญหาหรือ พฤติกรรมของเด็กได้	2.90	1.071	ปานกลาง	4.00	.725	มาก
6.ฉันมีความรู้ความสามารถและทักษะ เพียงพอในการฝึกเด็ก	2.80	.768	ปานกลาง	3.85	.745	มาก
การรับรู้สมรรถนะ ด้านมิติความเข้มแข็งโดยรวม	3.27	.886	ปานกลาง	4.12	.576	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวด้านมิติความเข้มแข็ง โดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=3.98$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=4.12$) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวก่อนการทดลองเป็นรายชื่อ พบว่า ครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรคและพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆที่อาจเกิดจากความบกพร่องด้านพัฒนาการของลูก มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและเท่ากัน ($\bar{x}=3.65$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ การยอมรับว่าการกระทำต่างๆของเด็กเป็นผลมาจากภาวะของโรค ($\bar{x}=3.60$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองเป็นรายชื่อ พบว่า ครอบครัวมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆที่อาจเกิดจากความบกพร่องด้านพัฒนาการของลูก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=4.35$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ สามารถดูแลเด็กได้ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรค ($\bar{x}=4.26$) อยู่ในระดับมาก และสามารถยอมรับว่าการกระทำต่างๆของเด็กเป็นผลมาจากภาวะของโรค ($\bar{x}=4.25$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการรับรู้สมรรถนะของของครอบครัว ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาด้านมิติความยากง่าย จำแนกเป็นรายชื่อ

การรับรู้สมรรถนะการดูแล ของครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ฉันสามารถดูแลเด็กตามสภาพการ เจ็บป่วยในแต่ละวันได้	3.45	1.050	ปานกลาง	4.30	.801	มาก
2. ฉันสามารถดูแลกิจวัตรประจำวัน ของเด็กได้	3.53	1.172	ปานกลาง	4.20	.834	มาก
3. ฉันสามารถเลือกใช้อุปกรณ์ในการ ฝึกเด็กได้อย่างถูกวิธีและตามสภาพ ของเด็ก	2.85	.875	ปานกลาง	3.80	.696	มาก
4. ฉันสามารถถามคำถามเพิ่มเติมจาก แพทย์/พยาบาลและทีมผู้ให้การดูแล ได้ เมื่อสงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลเด็ก	3.15	1.040	ปานกลาง	4.15	.813	มาก
5. ฉันสามารถบอกความต้องการหรือ ปัญหาของฉันให้แพทย์หรือพยาบาล และทีมให้การดูแลเข้าใจได้	3.20	1.056	ปานกลาง	4.10	.641	มาก
6. ฉันสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการฝึกเด็กได้	3.25	.910	ปานกลาง	4.00	.649	มาก
การรับรู้สมรรถนะการดูแล ด้านมิติความยากง่ายโดยรวม	3.23	.822	ปานกลาง	4.09	.608	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวด้านมิติความยากง่ายโดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย (\bar{x} = 3.23) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (\bar{x} = 4.09) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวก่อนการทดลองเป็นรายชื่อ พบว่าสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (\bar{x} = 3.53) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ สามารถดูแลเด็กตามสภาพการเจ็บป่วยในแต่ละวันได้ (\bar{x} = 3.45) อยู่ในระดับปานกลาง และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการฝึกเด็กได้ (\bar{x} = 3.25) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองเป็นรายชื่อ พบว่า ครอบครัวสามารถดูแลเด็กตามสภาพการเจ็บป่วยในแต่ละวันได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (\bar{x} = 4.30) อยู่ในระดับมาก

รองลงมา คือ สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กได้ ($\bar{x}=4.20$) อยู่ในระดับมาก และสามารถบอกความต้องการหรือปัญหาของตนให้แพทย์หรือพยาบาลและทีมให้การดูแลเข้าใจได้ ($\bar{x}=4.10$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ



ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการรับรู้สมรรถนะของของครอบครัว ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ด้านมิติความเป็นสากล จำแนกเป็นรายชื่อ

การรับรู้สมรรถนะการดูแล ของครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.ฉันสามารถวางแผนล่วงหน้าในการดูแล เด็กขณะกลับไปอยู่บ้านได้	2.80	1.005	ปานกลาง	3.80	.696	มาก
2.ฉันฝึกให้เด็กมีความสามารถเข้าร่วม กิจกรรมต่างๆในครอบครัวได้	2.75	1.020	ปานกลาง	4.00	.795	มาก
3.ฉันมีความมั่นใจในขณะพาเด็กออกไป ร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน	3.05	1.146	ปานกลาง	4.20	.834	มาก
4.ฉันสนใจที่จะเข้าร่วมชมรมหรือกิจกรรม ต่างๆที่เกี่ยวกับเด็ก	3.10	1.021	ปานกลาง	4.05	.605	มาก
5.ฉันสามารถให้คำแนะนำในการดูแลเด็ก แก่ผู้ปกครองคนอื่นๆได้	2.75	.786	ปานกลาง	3.85	.745	มาก
การรับรู้สมรรถนะการดูแล ด้านมิติความเป็นสากลโดยรวม	2.89	.817	ปานกลาง	3.98	.612	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวด้านมิติความเป็นสากลโดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=2.89$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=3.98$) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวก่อนการทดลองเป็นรายชื่อ พบว่า ครอบครัวสนใจที่จะเข้าร่วมชมรมหรือกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับเด็ก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=3.10$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ มีความมั่นใจในขณะพาเด็กออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน ($\bar{x}=3.05$) อยู่ในระดับปานกลาง และสามารถวางแผนล่วงหน้าในการดูแลเด็กขณะกลับไปอยู่บ้านได้ ($\bar{x}=2.80$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวหลังการทดลองเป็นรายชื่อ พบว่า ครอบครัวมีความมั่นใจในขณะพาเด็กออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=4.20$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ สนใจที่จะเข้าร่วมชมรมหรือกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับเด็ก ($\bar{x}=4.05$) อยู่ในระดับมาก และสามารถฝึกให้เด็กมีความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในครอบครัวได้ ($\bar{x}=4.00$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมการดูแล ของครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการดูแลโดยทั่วไป	2.13	.594	ปานกลาง	2.89	.573	ปานกลาง
ด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ	1.68	.547	น้อย	2.51	.627	ปานกลาง
ด้านการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์	2.02	.751	น้อย	2.80	.545	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแล ของครอบครัวโดยรวม	1.95	.544	น้อย	2.73	.545	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา โดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=1.95$) อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=2.73$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวรายด้านก่อนทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=2.13$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ด้านการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ($\bar{x}=2.02$) อยู่ในระดับน้อย และด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ($\bar{x}=1.68$) อยู่ในระดับน้อยตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวรายด้านหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=2.89$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ด้านการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ($\bar{x}=2.80$) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ($\bar{x}=2.51$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับก่อนการทดลองแต่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการ และสติปัญญาของของครอบครัว ด้านการดูแลโดยทั่วไป จำแนกเป็นรายข้อ

พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว ด้านการดูแลโดยทั่วไป	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านดูแลให้เด็กได้รับอาหารที่มีคุณค่าและ น้ำเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	2.00	.795	ปานกลาง	2.85	.875	ปานกลาง
2. ท่านดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก ได้แก่ อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว กินอาหาร ขับถ่ายและนอนหลับพักผ่อน	2.15	.875	ปานกลาง	2.95	.605	ปานกลาง
3. ท่านช่วยเหลือเด็กเกี่ยวกับการเรียน /การฝึก เช่น ช่วยแนะนำขณะทำการบ้าน ดูแลขณะไปโรงเรียน/ไปฝึกที่หอผู้ป่วย	1.65	.813	น้อย	2.80	.696	ปานกลาง
4. ท่านดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเด็กเจ็บป่วย หรือดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา	2.60	.754	ปานกลาง	3.00	.459	ปานกลาง
5. ท่านจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด ปราศจากอันตรายสำหรับเด็ก	2.40	.821	ปานกลาง	3.00	.649	ปานกลาง
6. ท่านวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายใน การดูแลรักษาเด็ก	2.00	.882	ปานกลาง	2.75	.639	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว ด้านการดูแลโดยทั่วไปโดยรวม	2.13	.594	ปานกลาง	2.89	.573	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไปโดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย (\bar{x} =2.13) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (\bar{x} =2.89) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแล โดยทั่วไปรายข้อก่อนทดลอง พบว่า ครอบครัวมีการดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเด็กเจ็บป่วยหรือดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (\bar{x} =2.60) อยู่ในระดับปานกลางรองลงมา คือจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด (\bar{x} =2.40) อยู่ในระดับปานกลาง และดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก ได้แก่ อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว กินอาหาร ขับถ่ายและนอนหลับพักผ่อน (\bar{x} =2.15) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไปรายข้อหลังทดลอง พบว่า ครอบครัวมีการดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเด็กเจ็บป่วย/ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษาที่มี จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ

รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและเท่ากัน ($\bar{x}=3.00$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ คุณเลกจิวัตรประจำวันของเด็ก ได้แก่ อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว กินอาหาร ขับถ่ายและนอนหลับพักผ่อน ($\bar{x}=2.95$) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการ และสติปัญญาของครอบครัว ด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกเป็นรายชื่อ

พฤติกรรมดูแลของครอบครัว ด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เด็กเป็น เช่น สอบถามจากแพทย์ พยาบาล หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น	1.45	.826	น้อย	2.40	.883	ปานกลาง
2. ท่านสนใจเรียนรู้วิธีการฝึกเด็กจากบุคลากรที่มีความรู้	1.89	.875	น้อย	2.65	.875	ปานกลาง
3. ท่านสังเกต/เรียนรู้พฤติกรรมของเด็กเสมอ จนบอกความต้องการของเด็กได้ตรง	2.05	.826	น้อย	2.95	.686	ปานกลาง
4. ท่านจัดหาอุปกรณ์/สื่อที่เด็กสนใจและเหมาะสมในการฝึก	1.53	.772	น้อย	2.55	.759	ปานกลาง
5. ท่านฝึกทักษะต่างๆให้เด็กอย่างต่อเนื่อง เช่น ฝึกการช่วยเหลือตนเอง ฝึกด้านภาษา	1.80	.894	น้อย	2.70	.657	ปานกลาง
6. ท่านประเมินสภาพปัญหาของเด็ก แล้วฝึกให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็ก เช่น เด็กกินข้าวเองไม่ได้ ท่านฝึกจับช้อนกินข้าว	1.95	.945	น้อย	2.75	.716	ปานกลาง
7. เมื่อลูกไม่สามารถทำตามที่ท่านสอน ท่านให้การช่วยเหลือโดยจับมือทำ แล้วค่อยๆลดการช่วยเหลือลง	1.65	.745	น้อย	2.50	.946	ปานกลาง
8. ท่านแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก ตามวิธีการที่ได้เรียนรู้มา	1.85	.813	น้อย	2.50	.688	ปานกลาง
9. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กกับผู้ดูแลคนอื่นๆ	1.60	.883	น้อย	2.20	.951	น้อย
10. ท่านพาเด็กออกสังสรรค์หรือพบญาติพี่น้องนอกบ้าน	2.05	.887	น้อย	2.50	.761	ปานกลาง

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการ และสติปัญญาของผู้ปกครอง ด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกเป็นรายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแล ด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
11. ท่านใช้เทคนิคต่างๆในการฝึกเพื่อให้เด็กสนใจ เช่น เรียนปนเล่น การใช้สิ่งต่างๆ กระตุ้นให้เด็กทำกิจกรรม	1.70	.733	น้อย	2.35	.745	ปานกลาง
12. ท่านจัดเวลาในการฝึกเด็ก ให้เหมาะสมกับกิจกรรมประจำวัน	1.30	.801	น้อย	2.35	.813	ปานกลาง
13. ท่านอดทนและให้เวลาในการทำกิจกรรม การฝึกทักษะต่างๆของเด็กอย่างใจเย็น	1.70	.865	น้อย	2.60	.754	ปานกลาง
14. ท่านสังเกตและ เอาใจใส่ในการฝึกเด็ก เสมอจนรู้ความก้าวหน้าในพัฒนาการของเด็ก	1.65	.933	น้อย	2.60	.754	ปานกลาง
15. ท่านแสวงหาแหล่งสนับสนุนในการดูแลจากที่ต่างๆ เช่น มูลนิธิฯ, ศูนย์เด็กพิเศษ, ชมรมผู้ปกครอง	1.25	.851	น้อย	2.25	1.118	น้อย
16. ท่านเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ตนเอง คิดค้นบวกในการดูแลเด็ก เช่น มองเห็นข้อดีของการมีลูกพัฒนาการช้า	1.60	1.046	น้อย	2.35	.933	ปานกลาง
รวม	1.68	.547	น้อย	2.51	.627	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ โดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=1.68$) อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=2.15$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไปรายข้อก่อนการทดลอง พบว่า ครอบครัวสังเกต/เรียนรู้พฤติกรรมของเด็กเสมอจนบอกความต้องการของเด็กได้ตรง และพาเด็กออกสังคมหรือพบญาติพี่น้องนอกบ้าน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน ($\bar{x}=2.05$) อยู่ในระดับน้อย รองลงมา คือ การประเมินสภาพปัญหาของเด็กแล้วฝึกให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็ก ($\bar{x}=1.95$) อยู่ในระดับน้อย และสนใจเรียนรู้วิธีการฝึกเด็กจากบุคลากรที่มีความรู้ ($\bar{x}=1.89$) อยู่ในระดับน้อย

ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไปรายข้อหลังการทดลอง พบว่า ครอบครัวสังเกต/เรียนรู้พฤติกรรมของเด็กเสมอจนบอกความต้องการของเด็กได้ตรงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=2.95$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ประเมินสภาพ ปัญหาของเด็ก แล้วฝึกให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็ก ($\bar{x}=2.75$) อยู่ในระดับปานกลาง และฝึกทักษะต่างๆให้เด็กอย่างต่อเนื่อง($\bar{x}=2.70$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ



ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมการดูแลผู้ปกครองทาง พัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัว ด้านการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ จำแนกเป็นรายชื่อ

พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว ด้านจิตใจและอารมณ์	ก่อนทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.ท่านโอบกอด สัมผัส แสดงความรักต่อเด็ก	2.45	.759	ปานกลาง	3.05	.394	ปานกลาง
2.ท่านเอาใจใส่เด็ก ไม่แสดงความเบื่อหน่าย หุงคหังคที่ต้องดูแลเด็ก	1.95	.887	น้อย	2.75	.851	ปานกลาง
3.ท่านไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษเด็กโดย ไม่สมควรกับเหตุผล	2.00	.858	น้อย	2.70	.733	ปานกลาง
4.ท่านให้กำลังใจชมเชย เมื่อเด็กทำสิ่งต่างๆ ได้แม้เรื่องเล็กๆน้อยๆ	1.90	1.071	น้อย	2.80	.523	ปานกลาง
5.ท่านสนับสนุน เปิดโอกาสให้เด็กแสดง ความสามารถต่างๆอย่างเต็มที่	2.00	.795	น้อย	2.70	.571	ปานกลาง
6.ท่านส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆใน ชีวิตประจำวันด้วยตนเองเสมอ	1.80	.894	น้อย	2.80	.696	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว ด้านจิตใจและอารมณ์โดยรวม	2.13	.594	น้อย	2.89	.573	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์โดยรวม โดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=2.13$) อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=2.89$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์รายชื่อก่อนการทดลอง พบว่า ครอบครัวมีการ โอบกอด สัมผัส แสดงความรักต่อเด็ก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=2.45$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษเด็กโดยไม่สมควรกับเหตุผล และสนับสนุน เปิดโอกาสให้เด็กแสดงความสามารถต่างๆอย่างเต็มที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{x}=2.00$) อยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์รายชื่อหลังการทดลอง พบว่า ครอบครัวมีการ โอบกอด สัมผัส แสดงความรักต่อเด็ก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=3.05$) อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง รองลงมา คือ การให้กำลังใจชมเชย เมื่อเด็กทำสิ่งต่างๆได้แม้เรื่องเล็กๆน้อยๆ และส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยตนเองเสมอ ($\bar{x}=2.80$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากันตามลำดับ

ตารางที่ 11 ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง คะแนนการรับรู้สมรรถนะ และพฤติกรรม การดูแลของของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ผลต่างของคะแนน	N	Mean Rank	P-Value
การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัว			
- หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง	1	12.00	.001
- หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง	19	10.42	
- ก่อนการทดลองเท่ากับหลังการทดลอง	0		
รวม	20		
พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว			
- หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง	1	12.00	.001
- หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง	19	10.42	
- ก่อนการทดลองเท่ากับหลังการทดลอง	0		
รวม	20		

$P < .05$

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง คะแนนการรับรู้สมรรถนะ และพฤติกรรมการดูแลของของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 12 ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง คะแนนการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาในด้านก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ผลต่างของคะแนน	N	Mean Rank	P-Value
การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวรายด้าน			
มิติความเข้มแข็ง			
- หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง	1	9.50	.001
- หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง	17	9.50	
- ก่อนการทดลองเท่ากับหลังการทดลอง	2		
รวม	20		
มิติความยากง่าย			
- หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง	1	12.50	.002
- หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง	16	8.78	
- ก่อนการทดลองเท่ากับหลังการทดลอง	3		
รวม	20		
มิติความเป็นสากล			
- หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง	1	9.00	.001
- หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง	18	10.06	
- ก่อนการทดลองเท่ากับหลังการทดลอง	1		
รวม	20		

$P < .05$

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง คะแนนการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา แต่ละด้าน ได้แก่ มิติความเข้มแข็ง มิติความยากง่าย และมิติความเป็นสากล หลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 13 ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง คะแนนพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญารายด้าน ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ผลต่างของคะแนน	N	Mean Rank	P-Value
การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวรายด้าน			
ด้านการดูแลโดยทั่วไป			
- หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง	1	2.00	.000
- หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง	18	10.44	
- ก่อนการทดลองเท่ากับหลังการทดลอง	1		
รวม	20		
ด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ			
- หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง	2	3.00	.000
- หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง	18	11.33	
- ก่อนการทดลองเท่ากับหลังการทดลอง	0		
รวม	20		
การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์			
- หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง	0	.00	.001
- หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง	15	8.00	
- ก่อนการทดลองเท่ากับหลังการทดลอง	5		
รวม	20		

$P < .05$

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง คะแนนพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลโดยทั่วไป ด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ และการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ หลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 4 การศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลัง
สิ้นสุดโปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าความถี่ ร้อยละ ของพัฒนาการผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา
ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ลำดับที่	จำนวนพัฒนาการที่เด็กทำได้ (เรื่อง)			เพิ่มขึ้นจากเกณฑ์ ร้อยละ
	ก่อนเข้าโปรแกรม ครอบครัว	หลังจบโปรแกรม 2 สัปดาห์	หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี	
1	402	407	429	66.71
2	340	345	367	57.07
3	480	484	510	94.62
4	422	428	451	83.67
5	245	249	284	97.94
6	371	375	392	72.73
7	274	278	303	72.49
8	454	461	492	91.28
9	308	313	336	62.34
10	275	279	311	74.40
11	312	319	347	64.38
12	284	288	302	72.25
13	346	357	388	71.99
14	252	258	277	66.27
15	314	321	338	62.71
16	234	239	263	62.92
17	195	199	211	50.48
18	374	383	410	76.07
19	159	167	205	69.97
20	227	232	250	59.81

ตารางที่ 14 พบว่า หลังการทดลอง จำนวนพัฒนาการที่ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาทำได้
เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองเมื่อเทียบกับเกณฑ์พัฒนาการ มากที่สุด คือ ร้อยละ 97.94 รองลงมา คือ
ร้อยละ 94.62 และร้อยละ 91.28 ตามลำดับ

ตารางที่ 15 ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง จำนวนพัฒนาการที่ทำได้ของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง

ผลต่างของจำนวนพัฒนาการที่ทำได้	N	Mean Rank	P-Value
- หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง	0	.00	.000
- หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง	20	10.50	
- ก่อนการทดลองเท่ากับหลังการทดลอง	0		
รวม	20		

$P < .05$

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าผลบวกและค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของผลต่าง จำนวนพัฒนาการที่ทำได้ของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา หลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องผลการใช้โปรแกรมครอบครัวต่อการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวและพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (The One Group Pre-test Post-test Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแล พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว และพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมและจบโปรแกรม 1 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา อายุ 2 ปี – 12 ปี พร้อมครอบครัว ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยครอบครัว สถาบันราชานุกูล ครอบครัว ตั้งแต่เดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2551 จำนวน 20 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมครอบครัว ประกอบด้วย กิจกรรมให้ความรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวรายกลุ่มและรายบุคคล กิจกรรมกลุ่มพัฒนาทักษะเด็ก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

- 2.1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
- 2.2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัว
- 2.3 แบบติดตามพัฒนาการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัว 1 ปี โดยการเก็บคะแนนการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัว โดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา เก็บคะแนนพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว ในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และติดตาม

พัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา โดยใช้แบบติดตามพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ คำนวณหาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations) และประเมินระดับจากค่าเฉลี่ย (Mean) เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

สรุปผลการวิจัย

1. การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยใน ประเภทการรับไว้ ผู้ช่วยในการดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.0 มีอายุ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ อายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.0 ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 15.0 มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.0 รองลงมา คือ บิดา คิดเป็นร้อยละ 10.0 ระยะเวลาที่ดูแลเด็กของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ดูแล 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ดูแล 0-2 ปี ระยะเวลาที่ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาได้รับการรักษาจากสถาบันราชานุกูลมากที่สุด คือ 1 เดือน – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 90.0 รองลงมาคือ 4 – 6 ปี และ 10 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 5.0 ส่วนใหญ่เข้าฝึกประเภทประจำ คิดเป็นร้อยละ 80.0 รับไว้รักษาที่หอครอบครัวครั้งแรกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.0 และมีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 55.0 ไม่มีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 45.0

2. การศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแล ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวโดยรวมพบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=3.13$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=4.06$) อยู่ในระดับมาก ซึ่งหลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลของครอบครัวก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี พบว่า พฤติกรรมดูแลของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาโดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=1.95$) อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=2.73$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี ผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา มีพัฒนาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาผลการใช้โปรแกรมครอบครัวต่อการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวและพัฒนาการของผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะการดูแล ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวโดยรวมพบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=3.13$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=4.06$) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความเข้มแข็ง ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=3.27$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความยากง่าย ($\bar{x}=3.23$) อยู่ในระดับปานกลางและการรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความเป็นสากล ($\bar{x}=2.89$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับหลังการทดลอง พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความเข้มแข็ง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=4.12$) อยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความยากง่าย ($\bar{x}=4.09$) อยู่ในระดับมากและการรับรู้สมรรถนะการดูแลด้านมิติความเป็นสากล ($\bar{x}=3.98$) อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ สอดคล้องกับกิติมา สำราญไชยธรรม (2541) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลของมารดาและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-5 ปี พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-5 ปี มีคะแนนโดยรวมสูง

เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวด้านมิติความเข้มแข็งโดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=3.98$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=4.12$) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวด้านมิติความเข้มแข็งเป็นรายข้อ อธิบายได้ว่า ก่อนการทดลอง ครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรคและพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆที่อาจเกิดจากความบกพร่องด้านพัฒนาการของลูก มีการยอมรับว่าการกระทำต่างๆของเด็กเป็นผลมาจากภาวะของโรค เช่นเดียวกับหลังการทดลอง ที่ครอบครัวมีความ

พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆที่อาจเกิดจากความบกพร่องด้านพัฒนาการของลูก สามารถดูแลเด็กได้ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาอุปสรรค รวมทั้งยอมรับว่าการกระทำต่างๆของเด็กเป็นผลมาจากภาวะของโรค

เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวด้านมิติความยากง่ายโดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=3.23$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=4.09$) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวด้านมิติความยากง่ายเป็นรายข้อ อธิบายได้ว่า ก่อนการทดลอง ครอบครัวสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กและดูแลเด็กตามสภาพการเจ็บป่วยในแต่ละวันได้ รวมทั้งสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการฝึกเด็กได้ หลังการทดลองครอบครัวสามารถดูแลเด็กตามสภาพการเจ็บป่วยในแต่ละวันได้ สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กได้ และสามารถบอกความต้องการหรือปัญหาของตนให้แพทย์หรือพยาบาลและทีมให้การดูแลเข้าใจได้

เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวด้านมิติความเป็นสากลโดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=2.89$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=3.98$) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัวด้านมิติความเป็นสากลเป็นรายข้อ อธิบายได้ว่า ก่อนการทดลอง ครอบครัวสนใจที่จะเข้าร่วมชมรมหรือกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับเด็ก มีความมั่นใจในขณะพาเด็กออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน และสามารถวางแผนล่วงหน้าในการดูแลเด็กขณะกลับไปอยู่บ้านได้ เช่นเดียวกับหลังการทดลอง คือ ครอบครัวมีความมั่นใจในขณะพาเด็กออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน สนใจที่จะเข้าร่วมชมรมหรือกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับเด็ก และสามารถฝึกให้เด็กมีความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในครอบครัวได้

จากผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะการดูแลของครอบครัว ทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและรองลงมามีค่าเหมือนกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง นั่นคือ มิติด้านความเข้มแข็งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือมิติความยากง่ายและมิติความเป็นสากลตามลำดับ อธิบายได้ว่า ครอบครัวมีความเชื่อมั่นในกำลังความสามารถของตนเองซึ่งเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินการกระทำของตน ในสถานการณ์หนึ่งๆ อาจมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะต้องปฏิบัติตามระดับความยากง่ายแตกต่างกัน ซึ่งครอบครัวที่มีความเข้มแข็งหรือมีความมั่นใจ ก็จะมีความพยายามและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ หรือการเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้เป็นอย่างดี (Bandura, 1977) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมครอบครัว ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมครอบครัว ที่ประกอบด้วยกิจกรรมโปรแกรมให้ความรู้ ที่ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการสอนทักษะครอบครัวแบบรายบุคคลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งจากหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม

มากขึ้น และมีสัมพันธที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว เป็นผลให้ได้รับการยอมรับและความไว้วางใจจากผู้ป่วยและครอบครัว (พิมประพรรณ สถาพรพัฒน์, 2550) นอกจากนี้จากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโปรแกรมครอบครัวเป็นผลให้ ผู้เรียนได้ค้นพบตนเอง เข้าใจความต้องการและทราบถึงระดับความสามารถของตนเอง ได้รับประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง ได้รับการฝึกฝนทักษะการแสวงหาความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ได้ลงมือปฏิบัติ ทำกิจกรรมกลุ่ม ฝึกฝนทักษะการเรียนรู้ (สุมนพา พรหมบุญ และอรพรรณ พรสีมา, 2549) และในการฝึกทักษะแก่ครอบครัวนั้นพยาบาลเจ้าของไข้จะเป็นตัวแบบในการปฏิบัติกิจกรรมหรือทักษะต่างร่วมกับการสอนสาธิต ทั้งนี้การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin, 1974)

จากกระบวนการดังกล่าวพิจารณาได้จากหลังการทดลอง พบว่า ครอบครัวมีการรับรู้สมรรถนะการดูแลเพิ่มขึ้น คือ มีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆที่อาจเกิดจากความบกพร่องด้านพัฒนาการของลูก สามารถดูแลเด็กตามสภาพการเจ็บป่วยในแต่ละวันได้ รวมทั้งมีความมั่นใจในขณะพาเด็กออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะการดูแลมิติด้านความเข้มแข็งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อธิบายได้ว่าส่วนหนึ่งอาจมาจากปัจจัยพื้นฐานของครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0 และร้อยละ 70 ประกอบอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน รวมทั้งมีผู้ช่วยดูแล ร้อยละ 55 ซึ่งอายุ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงวุฒิภาวะของบุคคลหรือเป็นความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆของตนเอง และบุคคลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสมากกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆด้วยตนเอง และการได้สังเกตเห็นแบบอย่างการกระทำจากบุคคลอื่น ดังนั้นอายุที่แตกต่างกันจึงน่าจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามด้วยเช่นกัน (Bandura,1986) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้าน ทำให้มีเวลาในการดูแลบุตรอย่างเต็มที่ การที่เข้าร่วมโปรแกรมทำให้ครอบครัวได้รับรู้ถึงกิจกรรมหรือชมรมต่างๆที่จัดให้แก่ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ทำให้มีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือชมรมต่างๆมากขึ้น เป็นผลให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆที่อาจเกิดจากความบกพร่องด้านพัฒนาการของลูก สามารถดูแลเด็กตามสภาพการเจ็บป่วยในแต่ละวันได้ รวมทั้งมีความมั่นใจในขณะพาเด็กออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน ตามผลการทดลองดังกล่าว

2. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมครอบครัวและจบโปรแกรม 1 ปี

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา โดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=1.95$) อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=2.73$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวรายด้านก่อนทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=2.13$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ด้านการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ($\bar{x}=2.02$) อยู่ในระดับน้อย และด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ($\bar{x}=1.68$) อยู่ในระดับน้อยตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวรายด้านหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}=2.89$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ด้านการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ($\bar{x}=2.80$) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ($\bar{x}=2.51$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับก่อนการทดลองแต่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการศึกษา พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวรายด้านนี้ สอดคล้องกับชนัญชิตา โภธิประสาทและคณะ (2548) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ และพบว่า ผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมีพฤติกรรมการดูแลโดยรวมในระดับมาก โดยมีพฤติกรรมการดูแลด้านร่างกายและพฤติกรรมการดูแลด้านประคับประคองจิตใจอยู่ในระดับมากตามลำดับ และสอดคล้องกับอุทัยวรรณ สกลวัฒน์และคณะ (2550) ที่ศึกษาความรู้ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก พบว่า สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดในระดับปานกลางที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $< .001$ ($r = .519$)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไปโดยรวม พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=2.13$) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=2.89$) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไปรายข้อ อธิบายได้ว่าก่อนการทดลอง ครอบครัวมีการดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเด็กเจ็บป่วยหรือดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด และดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก ได้แก่ อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว กินอาหาร ขับถ่ายและนอนหลับพักผ่อน เช่นเดียวกับหลังทดลองที่ครอบครัวมีการดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเด็กเจ็บป่วย/ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา จัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด และดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็ก ได้แก่ อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว กินอาหาร ขับถ่ายและนอนหลับพักผ่อน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ โดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=1.68$) อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=2.15$) อยู่ในระดับ

ปานกลาง และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไปรายข้อ อธิบายได้ว่าก่อนการทดลอง ครอบครัวสังเกตหรือเรียนรู้พฤติกรรมของเด็กเสมอจนบอกความต้องการของเด็กได้ตรง และพาเด็กออกสังคมหรือพบญาติพี่น้องนอกบ้าน มีการประเมินสภาพปัญหาของเด็กแล้วฝึกให้สอดคล้องกับปัญหานั้น และสนใจเรียนรู้วิธีการฝึกเด็กจากบุคลากรที่มีความรู้ เช่นเดียวกับหลังการทดลองที่ครอบครัวสังเกตหรือเรียนรู้พฤติกรรมของเด็กเสมอจนบอกความต้องการของเด็กได้ตรง ประเมินสภาพ ปัญหาของเด็ก แล้วฝึกให้สอดคล้องกับปัญหานั้น และฝึกทักษะต่างๆให้เด็กอย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์โดยรวม โดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=2.13$) อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($\bar{x}=2.89$) อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านจิตใจและอารมณ์รายข้อ อธิบายได้ว่า

ก่อนการทดลอง ครอบครัวมีการโอบกอด สัมผัส แสดงความรักต่อเด็ก ไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษเด็กโดยไม่สมควรกับเหตุผล และสนับสนุน เปิดโอกาสให้เด็กแสดงความสามารถต่างๆ อย่างเต็มที่ หลังการทดลอง ครอบครัวมีการโอบกอด สัมผัส แสดงความรักต่อเด็ก ให้กำลังใจชมเชย เมื่อเด็กทำสิ่งต่างๆได้แม้เรื่องเล็กๆน้อยๆ และส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยตนเองเสมอ

จากผลการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาโดยรวม ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวรายด้าน พบว่า ก่อนทดลองและหลังทดลอง มีลำดับค่าเฉลี่ยสูงสุด และรองลงมา มีลำดับเหมือนกัน คือ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวด้านการดูแลโดยทั่วไป มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านการดูแลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ อธิบายได้ว่า ครอบครัวมีพฤติกรรมดูแล อย่างใกล้ชิดเมื่อเด็กเจ็บป่วย หรือดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา สังเกตหรือเรียนรู้พฤติกรรมของเด็กเสมอจนบอกความต้องการของเด็กได้ตรง และมีการโอบกอด สัมผัส แสดงความรักต่อเด็ก การที่ครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลดังกล่าว อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมครอบครัวซึ่งเป็นโปรแกรมที่กำหนดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพครอบครัวตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งพฤติกรรมดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดของโอเร็มทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วนทั้งปริมาณอย่างถูกต้องเหมาะสมเพียงพอ มีการจับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ป้องกันภาวะท้องผูก ดูแลให้เด็กได้เล่น อยู่คนเดียวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่าง

เหมาะสม ป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงระดับสูงสุด พฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการป้องกันไม่ให้เด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ โดยสนองตอบความต้องการตามพัฒนาการ และส่งเสริมพัฒนาการให้เป็นไปตามวัย และพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนตามภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลเป็นการกระทำที่ผู้ดูแลช่วยให้ผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเจริญเติบโตพัฒนาได้ตามปกติมากที่สุด ป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา Orem (1985) นอกจากนี้ครอบครัวได้เรียนรู้ทักษะการดูแลต่างๆ ตามกิจกรรมของโปรแกรมครอบครัว ซึ่งใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการที่ถูกต้อง จากแนวคิดพื้นฐานของหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการเรียนรู้ 5 ประการ คือ การเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่องและท้าทาย เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน และผู้เรียนกับผู้สอน อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ ที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างความรู้ความเข้าใจ การวิเคราะห์สังเคราะห์ที่นำไปสู่ข้อสรุปหรือองค์ความรู้ (www.fai-dee.com, 2553) โดยกิจกรรมการเรียนการสอนของโปรแกรมครอบครัว ใช้การสื่อสารในรูปของกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มพลังใจ กลุ่มทบทวนเป้าหมาย กิจกรรมเหล่านี้ยึดผู้ปกครองเป็นศูนย์กลางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นขั้นการสร้างความรู้สึกลึกที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้ปกครอง และเป็นผลให้พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองก่อนการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองซึ่งเห็นได้ในผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาตามโปรแกรมครอบครัวด้วยระบบเจ้าของไข้ จะทำให้ผลลัพธ์การดูแลมีคุณภาพเพิ่มขึ้น
2. ควรปรับเปลี่ยนการดูแลและการส่งเสริมพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการดูแล และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคทางพัฒนาการและสติปัญญา สมรรถนะการดูแล และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา



เอกสารอ้างอิง

- กิติมา ส้าราญไชยธรรม. (2541). การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลของมารดาและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวาลา เขียรธนู, กัลยา สุตะบุตร.(2534). ความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อน. เอกสารโรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนัญชิตา โพธิประสาทและคณะ.(2548). พฤติกรรมการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ[Online]. เคอร์มาพอนด์. แหล่งที่มา:
http://www.nurse.cmu.ac.th/webthai/ns_new/2548-1/480108.pdf [16 ตุลาคม 2553]
- บุญญภักดิ์ ห่งนาเลน. (2550) ผลของการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง.มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์. (2551) บทบาทของครอบครัวต่อพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. แหล่งที่มา:
<http://www.babydermapon.com/webboard/2> [Online]16 ตุลาคม 2553.
- พิมพ์ประพรรณ สถาพรพัฒน์. (2550). การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้: Primary Nurse for Holistic Care. วารสารพยาบาลสวนดอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 13 (มค.-มิย.): 56-58.
- รุ่งโรจน์ ตรีนิติ.(2550). บำบัดความเครียดแบบง่ายด้วย Music Therapy [online]. ห้องสมุด E-LIB., แหล่งที่มา: http://www.elib-online.com/doctors50/mental_music001.html [20 มิถุนายน 2553]
- รัตนา ตาบัง. (2547). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายฝน กันธมาลี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาร 34 (ตุลาคม – ธันวาคม): 93-103.

อัจฉรา รัตนวงศ์ (2551) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี สาขาการพยาบาลเด็ก. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 145 หน้า.

อังคณา หมอนทอง (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุทัยวรรณ สกลวสันต์และคณะ. (2551). ศึกษาสมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก. วารสารพยาบาลสาร 35 (ตุลาคม – ธันวาคม): 86-97.

อุบล วรรณกิจ. (2548). ผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กเป็นปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ, หน้า 113. 6-8 กรกฎาคม ณ โรงแรมปรินซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร.

อุบล อสัมภินทรัพย์. (2540). ศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปังจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bundura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.

Psychological Review. **84(2), 191-215.**

Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control.** New York: W. H. Freeman.

Bendura, A. (1988). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.

Psychological Review. **84(2), 191-215.**

Child and family study, University of South Florida.(2001). **Element of family – centered care.**

(www.document) URL: http://fwwww.fmhi.usf.edu/cfs/dares/famteach/family_centered_care.html

Cincinnati Children’s Hospital Medical Center.(2005). **Family centered care philosophy and**

core concepts. (www.document) URL: <http://www.cincinnatichildrens.org/about/fcc/>.

- Leininger, M. (1988). **The phenomenon of caring: Importance, research questions and theoretical considerations.** In M. M. Leininger (Ed.), *Caring, an essential human need: Proceedings of these National Caring Conference* (pp. 3-15). Detroit: Wayne State University.
- Manthey, M.(1970). Primary nursing. **Nursing Forum** 4(1): 65-83.
- Marram, G. D., Barrett, M. W. and Bevis, E. O. (1979) **Primary nursing: A model for individualized Care.** Saint Louis: Mosby.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & McLaughil, R. K.(1995). **Nursing concepts of practice** (5th ed.). St. Louis: C.V. Mosby.
- Orem, D.E. (1985) **Nursing Concept of Practice.** 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Testani, D. L., Chappel-Aiken, L., & Gueldner, S. (1992). Traumatic brain injury: a family experience. **Journal of Neuroscience Nursing** 24: 317-323.
- Watson, J. (1988). **Nursing: human science and human care a theory of nursing.** New York: National league for Nursing.
- Wolf, Z.R. (1986). "The caring concept. And nurse identified caring behaviors."** Topics in Clinical Nursing. **8(July), 84-93.**
- Wong, D. L. (2000). **Whaley & Wong's : Nursing care of infant and children.** (6th ed.). St. Louis : Mosby.



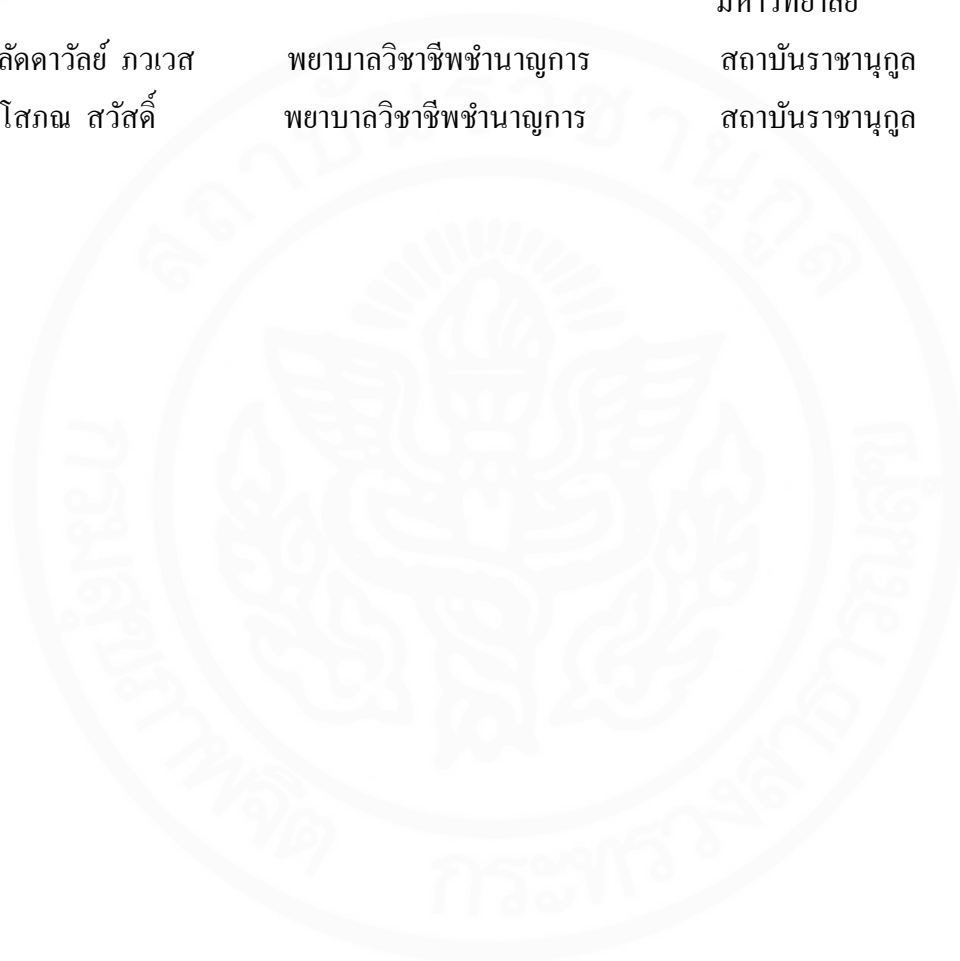
ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน
เพ็ญนภา แดงค้อม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางลัดดาวัลย์ ภูเวศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันราชานุกูล
นายโสภณ สวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สถาบันราชานุกูล



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- โปรแกรมครอบครัว
- แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา
- แบบวัดพฤติกรรมดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาของครอบครัว

โปรแกรมครอบครัว

คณะผู้วิจัย

นางจรรุวรรณ	ประดา
นางณิราวรรณ	กุลวงศ์
นางสาวปรารถนา	พรมวัง
นางสาวเบญจวรรณ	ภูชั้น

หอผู้ป่วยครอบครัว สถาบันราชานุกูล

โปรแกรมครอบครัวประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการดูแลผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญาสำหรับผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมพัฒนาการผู้ปกครองทางพัฒนาการและสติปัญญา

ตารางกิจกรรม โปรแกรมครอบครัว หอผู้ป่วยครอบครัว สถาบันราชานุกูล
ระยะเวลา 2 สัปดาห์

โปรแกรมครอบครัว สัปดาห์ที่ 1

วัน เดือน ปี	เวลา	กิจกรรมกลุ่ม	
		กลุ่มผู้ปกครอง	กลุ่มเด็ก
วันที่ 1	10.00-11.00 น.	☉ ปฐมนิเทศครอบครัวรับใหม่	☉ ประเมินแรกรับ
วันที่ 2	8.30-10.00 น.	☉ กลุ่มครอบครัวเรียนรู้เรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ และประเมินความพร้อมของผู้ปกครองก่อนเข้าโปรแกรม	☉ กลุ่มพลังลมปาก
..	10.00-11.00 น.	☉ กลุ่มครอบครัวเรียนรู้ เรื่องภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา, หลักการฝึกผู้มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา	☉ กลุ่มเสียงธรรมชาติ
วันที่ 3	10.00-11.00 น.	☉ กลุ่มเตรียมพร้อมทักษะด้านภาษา	☉ หนูน้อยช่างปั้น
วันที่ 4	10.00-11.00 น.	☉ กลุ่มครอบครัวเรียนรู้ เรื่อง การดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย	☉ กลุ่มหนูน้อยหัดเดิน
วันที่ 5	09.00-10.00 น.	☉ กลุ่มเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ	☉ กลุ่มเกมส์พาเพลิน

โปรแกรมครอบครัว สัปดาห์ที่ 2

วัน เดือน ปี	เวลา	กิจกรรมกลุ่ม	
		กลุ่มผู้ปกครอง	กลุ่มเด็ก
วันที่ 6	10.00-11.00 น.	☉ กลุ่มประดิษฐ์อุปกรณ์จากเศษวัสดุเหลือใช้ (ผู้ปกครองและเด็ก)	
“	14.00-15.00 น.	☉ กลุ่มทบทวนเป้าหมาย	☉ กลุ่มทักษะทางภาษา
วันที่ 7	10.00-11.00 น.	☉ กลุ่มพลังใจ	☉ กลุ่มทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็ก
“	14.00-15.00 น.	☉ กลุ่มครอบครัวช่วยหนูสบายตัว(ผู้ปกครองและเด็ก)	
วันที่ 8	10.00-11.00 น.	☉ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน	☉ กลุ่มเล่านิทาน
วันที่ 9	10.00-11.00 น.	กิจกรรมดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ	
วันที่ 10	8.30-10.00 น.	☉ กลุ่มเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย	☉ กลุ่มนันทนาการ
“	13.20-14.30 น.	☉ ปักฉิมนิเทศครอบครัวก่อนการจำหน่าย	☉ กลุ่ม Free Play

หมายเหตุ - เวลา 09.00-10.00 น. กลุ่มนวดสัมผัสทุกวัน
 - เวลา 13.00-13.30 น. ผู้ปกครองและเด็กทำกลุ่มสมาธิทุกวัน

กิจกรรมที่ 1 การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครอง

การดูแลสุขภาพจิตผู้ปกครองประกอบด้วย

1.1 การให้คำปรึกษารายบุคคล

1.2 กิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพลังใจ กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มนันทนาการ และกลุ่มเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อกลุ่ม พลังใจ

ระยะเวลาการทำกลุ่ม 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองได้ระบายความรู้สึก
2. เพื่อให้ผู้ปกครองได้ร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาแนวทาง

ขั้นตอนในการดำเนินการ

1. ให้สมาชิกแนะนำตัว
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มและขั้นตอนการทำกลุ่ม
3. ให้สมาชิกเล่าเรื่องที่ตนกังวลใจ ไม่สบายใจ
4. เลือกเรื่องของสมาชิกเพื่อนำมาแก้ไขปัญหา
5. ให้สมาชิกซักถามข้อมูล
6. สรุปประเด็นการได้รับจากการทำกลุ่ม
7. ให้เจ้าของปัญหาบอกสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
8. ให้สมาชิกกล่าวให้กำลังใจ
9. ปิดกลุ่ม

การประเมินผล

ผู้ปกครองสบายใจขึ้นและได้แนวทางในการแก้ปัญหา

ชื่อกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน

ระยะเวลาการทำกลุ่ม 60 นาที

วัตถุประสงค์

3. เพื่อให้ผู้ปกครองแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก้ไขปัญหากับการดูแลบุตร
4. เพื่อให้ผู้ปกครองได้ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ขั้นตอนในการดำเนินการ

10. ให้สมาชิกแนะนำตัว
11. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มและขั้นตอนการทำกลุ่ม
5. ให้สมาชิกบอกปัญหากับการดูแลบุตร
6. ผู้นำกลุ่มเขียนปัญหาที่สมาชิกต้องการแก้ไข
7. สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไขที่ละเอียดจนครบทุกข้อ
8. สรุปประเด็นการแก้ไขปัญหามาที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
9. สมาชิกร่วมกันบอกสิ่งที่ได้รับจากการทำกลุ่ม
10. ปิดกลุ่ม

การประเมินผล

สมาชิกสามารถบอกแนวทางการแก้ไขปัญหากับการดูแลบุตรได้

ชื่อกลุ่ม นันทนาการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เด็กและผู้ปกครองมีความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน
2. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็ก ผู้ปกครองและบุคลากร
3. เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็ก

ระยะเวลาทำกลุ่ม 1 ชั่วโมง

- สมาชิกกลุ่ม
1. เด็กและผู้ปกครอง
 2. บุคลากร

เกมส์ที่ 1 : ทายซิ...ใครเอ่ย!

อุปกรณ์ ผ้าทึบแสงขนาด 1.5 เมตร x 2 เมตร

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์และกติกาในการทำกลุ่ม
3. ให้สมาชิกกลุ่มบอกชื่อตนเองทีละคน
4. ผู้นำกลุ่มสาธิตวิธีการเล่นเกมส์ดังนี้
 - 4.1. แบ่งสมาชิกออกเป็นสองทีมๆละเท่าๆกันและให้แต่ละทีมนั่งตรงข้ามกัน
 - 4.2. ให้บุคลากร 2 คนจับชายผ้าทั้งสองข้างกั้นตรงกลางระหว่างทั้งสองทีม
 - 4.3. ให้แต่ละทีมส่งตัวแทน 1 คนออกมานั่งด้านหน้าตรงบริเวณผ้ากั้นจากนั้นบุคลากรที่ถือผ้านับ 1-3 วางผ้ากั้นลงทีมไหนบอกชื่อฝ่ายตรงข้ามถูกและเร็วก่อนได้ 1 คะแนนครบ 10 คะแนนชนะ

เกมส์ที่ 2 : สาวน้อยปะแป้ง!

อุปกรณ์

1. ลูกบอล
2. แป้ง
3. เทปเพลง

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์และกติกาในการทำกลุ่ม
3. ให้สมาชิกกลุ่มบอกชื่อตนเองทีละคน
3. ผู้นำกลุ่มสาธิตวิธีการเล่นเกมส์ดังนี้

- 3.1. ให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม
- 3.2. ให้บุคลากร 1 คนควบคุมการเปิด ปิดเทปเพลง โดยต้องนั่งหันหลังให้กลุ่ม
- 3.3. ผู้นำกลุ่มถือลูกบอลไว้พอเปิดเพลงส่งต่อลูกบอลให้คนข้างๆวนไปเรื่อยๆจนกว่าเพลงหยุดลูกบอลอยู่กับใครคนนั้นต้องถูกปะแป้ง

การประเมินผล สังเกตสีหน้า ท่าทาง ของผู้ปกครองและเด็ก



กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาสำหรับผู้ปกครอง

กิจกรรมการฝึกทักษะการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้รายบุคคลภาคทฤษฎีพร้อมฝึกปฏิบัติในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กแรกเกิด-5ปี สถาบันราชานุกูล

2.2 การให้ความรู้ภาคทฤษฎีแบบกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประดิษฐ์อุปกรณ์การฝึกจากเศษวัสดุเหลือใช้ กลุ่มหุ่นน้อยสบายตัว กลุ่มให้ความรู้เรื่องภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา กลุ่มให้ความรู้เรื่องหลักการฝึกผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา กลุ่มให้ความรู้การดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ชื่อกลุ่ม ประดิษฐ์อุปกรณ์การฝึกจากเศษวัสดุเหลือใช้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถประดิษฐ์อุปกรณ์การฝึกจากเศษวัสดุเหลือใช้ได้
2. เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความภาคภูมิใจในการประดิษฐ์อุปกรณ์การฝึกจากเศษวัสดุเหลือใช้

ระยะเวลาทำกลุ่ม 1 ชั่วโมง

สมาชิกกลุ่ม 1. เด็กและผู้ปกครอง

อุปกรณ์

1. เศษวัสดุเหลือใช้
2. กาว กรรไกร คัตเตอร์ ไม้บรรทัด

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์และกติกาในการทำกลุ่ม
3. ให้สมาชิกกลุ่มบอกชื่อตนเองทีละคน
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายวิธีการการประดิษฐ์อุปกรณ์การฝึกจากเศษวัสดุเหลือใช้โดยใช้สมุดภาพของเล่นเสริมพัฒนาการประกอบ
5. ให้สมาชิกประดิษฐ์อุปกรณ์ในการฝึกคนละ 1 ชิ้น
6. ให้สมาชิกนำเสนอผลงานทีละคน
7. สรุปและกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทางของผู้ปกครองขณะเข้ากลุ่ม
2. สังเกตจากอุปกรณ์ที่ผู้ปกครองประดิษฐ์และการนำเสนอผลงาน

ชื่อกลุ่ม หนูน้อยสบายตัว

ระยะเวลาการทำกลุ่ม 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถฝึกเด็ก ในถอดเสื้อผ้าทึบและกางเกงเอวยางยืด การอาบน้ำสระผม เช็ดตัว ใส่เสื้อสวมศีรษะ และกางเกงเอวยางยืดได้

อุปกรณ์

- การถอดเสื้อผ้าทึบ : เสื้อทึบ กางเกงเอวยางยืด
- การอาบน้ำ : ขันน้ำ/ฝักบัว สบู่ ผ้าเช็ดตัว หวี
- การสระผม : ขันน้ำ/ฝักบัว แชมพู ขันน้ำ ผ้าเช็ดตัว หวี
- การเช็ดตัว : ผ้าเช็ดตัว
- การใส่เสื้อสวมศีรษะ : เสื้อสวมศีรษะ กางเกงเอวยางยืด

ขั้นตอนในการดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์การทำกลุ่ม อุปกรณ์
2. ผู้นำกลุ่มสาธิตการถอดเสื้อผ้าทึบและถอดกางเกงเอวยางยืด ดังขั้นตอนต่อไปนี้

การถอดเสื้อผ้าทึบ

1. ให้เด็กนั่งขัดสมาธิโดยผู้ฝึกนั่งข้างหลังเอื้อมมาข้างที่เด็กถนัด
2. ใช้มือสองข้างรวบชายเสื้อดึงขึ้นมาอยู่ระดับอก มือขวาเลื่อนไปรวบชายเสื้อด้านซ้ายไว้
3. ปลอมือซ้ายออกจากเสื้อและชูมือขึ้น มือขวาดึงชายเสื้อขึ้นมาเหนือศอกซ้าย
4. งอข้อศอกมาพร้อมทั้งดึงแขนเสื้อออกให้อยู่บนไหล่ซ้าย
5. ใช้มือซ้ายรวบชายเสื้อด้านขวาไว้
6. ปลอมือขวาจากชายเสื้อและชูมือขึ้น
7. มือซ้ายดึงชายเสื้อขึ้นมาเหนือข้อศอก
8. งอข้อศอกขวาลงพร้อมกับดึงแขนเสื้อออกให้อยู่บนไหล่ขวา
9. ใช้มือทั้งสองข้างรวบชายเสื้อทั้งหมดดึงให้พ้นศีรษะ

การถอดกางเกงเอวยางยืด

1. ให้เด็กใช้มือทั้งสองข้างจับขอบกางเกง
2. ให้เด็กดึงขอบกางเกงทั้งสองข้างลงให้สุดมือ
3. โน้มตัวไปข้างหน้าพร้อมกับดึงขอบกางเกงลงพร้อมปล่อยลงไปกองที่เท้า
4. ให้เด็กลงพร้อมยกขาออกจากกางเกงทีละข้างจนเสร็จ

การอาบน้ำ

1. ให้เด็กหยิบขันน้ำหรือฝักบัวรดตัวให้ทั่วทั้งตัวแล้ววางขันไว้ที่เดิม
2. ให้เด็กหยิบสบู่ขึ้นมา ราดน้ำให้เปียก ถูสบู่กับฝ่ามือทั้งสองข้างให้เกิดฟอง วางสบู่ที่เดิม
3. ให้เด็กเอามือที่ถูสบู่ไว้แล้ว ถูให้ทั่วบริเวณคอ ลำตัว แขน ขา และข้อพับต่างๆ
4. ให้เด็กตักน้ำรดตัว ล้างสบู่ออกให้หมด วางขันไว้ที่เดิม

การเช็ดตัว

1. ให้เด็กหยิบผ้าเช็ดตัวคลี่ออก
2. ให้เด็กตัว หน้า คอ แขน ลำตัวทั้งด้านหน้าและด้านหลัง แขน ขา ข้อพับต่างๆจนแห้ง
3. ให้เด็กนำผ้าเช็ดตัวไปตากแดด

การใส่เสื้อสวมศีรษะ

1. ให้เด็กลงขัดสมาธิ โดยผู้ฝึกนั่งข้างหลังมาเอียงข้างที่เด็กถนัด
2. วางเสื้อคว่ำด้านหน้าลงบนพื้น
3. ใช้มือจับชายเสื้อด้านบนยกขึ้นสวมทางศีรษะ
4. ดึงเสื้อผ่านศีรษะมาที่ไหล่
5. ใช้มือขวาจับปลายแขนเสื้อด้านซ้าย
6. สอดแขนซ้ายผ่านตัวเสื้อมายังปลายแขนเสื้อ
7. มือซ้ายจับปลายแขนเสื้อด้านขวา
8. สอดแขนขวาผ่านตัวเสื้อมายังปลายแขนเสื้อ
9. ใช้มือทั้งสองข้างดึงชายเสื้อลงมา

การใส่กางเกงเอวยางยืด

1. ให้เด็กใช้มือทั้งสองข้างจับขอบกางเกง
2. โน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย พร้อมกับยกขาขวาลงขึ้นให้พ้นขอบกางเกง

3. สอดขาขวาเข้าไปในขาทางเกงพร้อมดึงกางเกงขึ้นให้พ้นข้อเท้า
 4. ยกเท้าซ้ายให้พ้นขอบกางเกงพร้อมสอดขาซ้ายเข้าไปในกางเกงด้านซ้ายให้ชายพ้นข้อเท้า
 5. ดึงขอบกางเกงให้ถึงเอว
3. ให้ผู้ปกครองลงมือปฏิบัติโดยผู้นำกลุ่มคอยชี้แนะ
 4. ให้ผู้ปกครองซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล

สังเกตความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกเด็ก เรื่องการถอดเสื้อผ้าทางศีรษะและกางเกงเอวอย่างยืด, การการอาบน้ำ, การสระผม, การเช็ดตัว, การใส่เสื้อสวมศีรษะและกางเกงเอวอย่างยืดได้

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

การส่งเสริมพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

3.1 การส่งเสริมพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญารายบุคคล ตามคู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5ปี สถาบันราชานุกูล

3.2 การส่งเสริมพัฒนาการผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาแบบกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหนูน้อยหัดเดิน กลุ่มเล่นิทาน กลุ่มพลังลมปาก กลุ่มเสียงหรรษา และกลุ่มหนูน้อยช่างปั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อกลุ่ม หนูน้อยหัดเดิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีเด็กทักษะทางสังคม
2. เพื่อให้เด็กเกิดความสุขสนุกสนานเพลินเพลิน
3. เพื่อฝึกทักษะการใช้กล้ามเนื้อใหญ่และการทรงตัว

ระยะเวลาทำกลุ่ม 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ไม้กระดานกว้าง 10 ซม.และ 20 ซม. ยาว 3 เมตร
2. ชุดฝึกการเดินข้ามสิ่งกีดขวาง 4 ระดับ
3. แท่นไม้ต่างระดับ

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์และกติกาในการทำกลุ่ม
3. ให้สมาชิกกลุ่มบอกชื่อตนเองทีละคน
4. ผู้นำกลุ่มแนะนำอุปกรณ์
5. ผู้นำกลุ่มสาธิตวิธีการฝึก
6. ผู้นำกลุ่มให้เด็กและผู้ปกครองลงมือปฏิบัติ
7. สรุปและกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทางขณะเข้ากลุ่ม
2. สังเกตความสามารถในการปฏิบัติตามกติกากลุ่ม
3. สังเกตความสามารถของเด็กและผู้ปกครองในการฝึก

ชื่อกลุ่ม กลุ่มเล่านิทาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีเด็กทักษะทางสังคม
2. เพื่อให้เด็กเกิดความสุขสนุกสนานเพลินเพลิน
3. เพื่อให้เด็กรู้จักการฟังและการจินตนาการ
4. เพื่อฝึกด้านภาษาและการรับรู้

ระยะเวลาทำกลุ่ม 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. หนังสือนิทาน หุ่นมือ

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์และกติกาในการทำกลุ่ม
3. ให้สมาชิกกลุ่มบอกชื่อตนเองทีละคน
4. ผู้นำกลุ่มแนะนำอุปกรณ์
5. ผู้นำกลุ่มเล่านิทานให้เด็กฟัง
6. สรุปลงและกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทางขณะเข้ากลุ่ม
2. สังเกตความสามารถในการปฏิบัติตามกติกากลุ่ม

ชื่อกลุ่ม พลังลมปาก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีเด็กทักษะทางสังคม
2. เพื่อให้เด็กเกิดความสุขสนุกสนาน
3. เพื่อฝึกการใช้กล้ามเนื้อปาก

ระยะเวลาทำกลุ่ม 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

นกหวีด ที่เป่าฟองสบู่ สำลี กระดาษทิชชู

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์และกติกาในการทำกลุ่ม

3. ให้สมาชิกกลุ่มบอกชื่อตนเองทีละคน
4. ผู้นำกลุ่มแนะนำอุปกรณ์และสาธิตการทำกิจกรรมให้สมาชิกดู
5. ให้สมาชิกลงมือปฏิบัติทีละคน
6. สรุปและกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทางขณะเข้ากลุ่ม
2. สังเกตจากความสามารถในการปฏิบัติต่ออุปกรณ์แต่ละชนิด
3. สังเกตความสามารถในการปฏิบัติตามกติกากลุ่ม

ชื่อกลุ่ม เสียงहरรษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีเด็กทักษะทางสังคม
2. เพื่อให้เด็กเกิดความสุขสนาน
3. เพื่อให้เด็กรู้จักและเล่นเครื่องดนตรีได้

ระยะเวลาทำกลุ่ม 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. วิทยุและเทปเพลง
2. กลอง กรับ ฉิ่ง ลูกแซก ฉิ่งพวง

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์และกติกาในการทำกลุ่ม
3. ให้สมาชิกกลุ่มบอกชื่อตนเองทีละคน
4. ผู้นำกลุ่มแนะนำเครื่องดนตรีพร้อมทั้งวิธีการเล่นเครื่องดนตรีแต่ละชนิด
5. ให้สมาชิกเลือกเครื่องดนตรี คนละ 1 ชิ้น
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเล่นเครื่องดนตรีประกอบเสียงเพลง
7. สรุปและกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทางขณะเข้ากลุ่ม
2. สังเกตจากความสามารถในการเล่นเครื่องดนตรีแต่ละชนิด
3. สังเกตความสามารถในการปฏิบัติตามกติกากลุ่ม

ชื่อกลุ่ม หนูน้อยช่างปั้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีเด็กทักษะทางสังคม
2. เพื่อให้เด็กเกิดความสุขสนาน
3. เพื่อฝึกการใช้กล้ามเนื้อมือและการจินตนาการ

ระยะเวลาทำกลุ่ม 1 ชั่วโมง

อุปกรณ์

แป้งปั้น ตัวพิมพ์

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อตนเอง
2. ผู้นำกลุ่มบอกชื่อกลุ่ม วัตถุประสงค์และกติกาในการทำกลุ่ม
3. ให้สมาชิกกลุ่มบอกชื่อตนเองทีละคน
4. ผู้นำกลุ่มแนะนำอุปกรณ์และสาธิตการปั้นแป้งปั้น เป็นรูปต่างๆให้สมาชิกดู
5. ให้สมาชิกปั้นแป้งปั้นตามจินตนาการของตน
6. สรุปและกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล

1. สังเกตจากสีหน้า ท่าทางขณะเข้ากลุ่ม
2. สังเกตจากความสามารถในการปฏิบัติต่ออุปกรณ์แต่ละชนิด
3. สังเกตความสามารถในการปฏิบัติตามกติกากลุ่ม

แบบสอบถามเรื่องการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา
กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแล

คำชี้แจง

- แบบสอบถามนี้มี 3 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแล
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแล
- โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนก่อนการตอบแบบสอบถาม
- ข้อมูลของท่านถือเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการดำเนินชีวิตของท่าน จึงขอให้ท่านกรุณาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
ตามความเป็นจริง
- คำว่า “เด็ก” หมายถึง ผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบทุกข้อ โดยทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความจริง

- อายุ.....ปี
- เพศ ชาย หญิง
- ระดับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ
 อนุปริญญา ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อื่นๆ
ระบุ.....
- อาชีพ รับราชการ รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง ไม่มีงานทำ
 ธุรกิจส่วนตัว อื่นๆระบุ.....
- ความเกี่ยวข้องกับเด็ก บิดา มารดา อื่นๆระบุ.....

6. คุณแลเด็กมานาน.....ปี.....เดือน
7. เด็กเข้ารับการรักษาในสถาบันราชานุกุลมานาน.....ปี.....เดือน
8. ประเภทของการเข้าฝึกในหอผู้ป่วยครอบครัว ไป-กลับ ประจำ
9. เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่สถาบันราชานุกุล () ครั้งแรก () ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ระบุครั้งที่.....
ที่.....
10. ผู้ช่วยในการดูแลเด็กขณะอยู่บ้าน ไม่มี
 มี
ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ดูแลเด็ก โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับความเชื่อมั่นที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นมากที่สุดว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
- มาก หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นมากกว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นปานกลางว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
- น้อย หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นน้อยกว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้
- น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเชื่อมั่นน้อยที่สุดว่าท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้

ข้อความ	ระดับความเชื่อมั่น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันสามารถดูแลเด็กได้ ถึงแม้จะมีปัญหาอุปสรรค					
2. ฉันพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาใหม่ๆ ที่อาจเกิดจากความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาของเด็ก					
3. ฉันยอมรับว่าการกระทำต่างๆ ของเด็กเป็นผลมา					

จากภาวะของโรค					
4. ฉันมีความรู้และทราบถึงปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็ก					
5. ฉันสามารถจัดการกับปัญหาหรือพฤติกรรมของเด็กได้					
6. ฉันมีความรู้ ความสามารถ และทักษะเพียงพอในการฝึกเด็ก					
ข้อความ	ระดับความเชื่อมั่น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7. ฉันสามารถดูแลเด็กตามสภาพการเจ็บป่วยในแต่ละวันได้					
8. ฉันสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กได้					
9. ฉันสามารถเลือกใช้อุปกรณ์ในการฝึกเด็กได้อย่างถูกวิธีและตามสภาพของเด็ก					
10. ฉันสามารถถามคำถามเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาลและทีมผู้ให้การดูแลได้ เมื่อสงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก					
11. ฉันสามารถบอกความต้องการหรือปัญหาของฉันให้แพทย์/พยาบาลและทีมผู้ให้การดูแลเข้าใจได้					
12. ฉันสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการฝึกเด็กได้					
13. ฉันสามารถวางแผนล่วงหน้าในการดูแลเด็กขณะกลับไปอยู่บ้านได้					
14. ฉันฝึกให้เด็กมีความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในครอบครัวได้					
15. ฉันมีความมั่นใจในขณะพาเด็กออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน					
16. ฉันสนใจที่จะเข้าร่วมชมรม/กิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเด็ก					
17. ฉันสามารถให้คำแนะนำในการดูแลเด็กแก่ผู้ปกครองคนอื่นๆได้					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาของผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามพฤติกรรมที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติกับเด็ก
โปรดพิจารณาพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลแต่ละข้อ แล้วให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓
ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติ ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด

เป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติเช่นนั้น ตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติเช่นนั้น 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์
 บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติเช่นนั้น 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่าน ไม่เคยปฏิบัติเช่นนั้นเลย

พฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านดูแลให้เด็กได้รับอาหารที่มีคุณค่าและน้ำเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย				
2. ท่านดูแลให้เด็กปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็ก ได้แก่ อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว กินอาหาร ขับถ่ายและนอนหลับพักผ่อน				
3. ท่านช่วยเหลือเด็กเกี่ยวกับการเรียน/การฝึก เช่น ช่วยแนะนำ ขณะทำการบ้าน ดูแลขณะไปโรงเรียน/ไปฝึกที่หอผู้ป่วย				
4. ท่านดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเด็กเจ็บป่วย/ดูแลให้ได้รับยาตามการรักษา				
5. ท่านจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด ปราศจากอันตรายสำหรับเด็ก				
6. ท่านวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเด็ก				
7. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เด็กเป็น เช่น สอบถามจากแพทย์ พยาบาล หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น				
8. ท่านสนใจเรียนรู้วิธีการฝึกเด็กจากบุคลากรที่มีความรู้				
9. ท่านสังเกต/เรียนรู้พฤติกรรมของเด็กเสมอจนบอกความต้องการของเด็กได้ตรง				
10. ท่านจัดหาอุปกรณ์/สื่อที่เด็กสนใจและเหมาะสมในการฝึก				
11. ท่านฝึกทักษะต่างๆ ให้เด็กอย่างต่อเนื่อง เช่น ฝึกการ				

ช่วยเหลือตนเอง ฟีกด้านภาษา				
12. ท่านประเมินสภาพปัญหาของเด็ก แล้วฟีกให้สอดคล้องกับปัญหาของเด็ก เช่นเด็กกินข้าวเองไม่ได้ ท่านฟีกจับช้อนกินข้าว				
พฤติกรรมดูแลเด็กปัญหาอ่อนของผู้ดูแล	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
13. เมื่อเด็กไม่สามารถทำตามที่ท่านสอน ท่านให้การช่วยเหลือโดยจับมือทำ แล้วค่อยๆลดการช่วยเหลือลง				
14. ท่านแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเด็กที่ไม่เหมาะสมตามวิธีการที่ได้เรียนรู้มา				
15. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กกับผู้ดูแลคนอื่นๆ				
16. ท่านพาเด็กออกสังคมหรือพบกับญาติพี่น้องนอกบ้าน				
17. ท่านใช้เทคนิคต่างๆในการฟีก เพื่อให้เด็กสนใจ เช่น เรียนปนเล่น การใช้สิ่งต่างๆกระตุ้นให้เด็กทำกิจกรรม				
18. ท่านจัดเวลาในการฟีกเด็กให้เหมาะสมกับกิจกรรมประจำวัน				
19. ท่านอดทน และให้เวลาในการทำกิจกรรม การฟีกทักษะต่างๆ ของเด็กอย่างใจเย็น				
20. ท่านสังเกต และเอาใจใส่ในการฟีกเด็กเสมอจนรู้ความก้าวหน้าในพัฒนาการของเด็ก				
21. ท่านแสวงหาแหล่งสนับสนุนในการดูแลจากที่ต่างๆ เช่น มูลนิธิฯ ศูนย์เด็กพิเศษ ชมรมผู้ปกครอง				
22. ท่านเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ตนเอง คิดค้นบวกในการดูแลเด็ก เช่น มองเห็นข้อดีของการมีลูกพัฒนาการช้า				
23. ท่านโอบกอด สัมผัส แสดงความรักต่อเด็ก				
24. ท่านเอาใจใส่ เด็ก ไม่แสดงความเบื่อหน่ายหงุดหงิดที่ต้องดูแลเด็ก				
25. ท่านไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษเด็กโดยไม่สมควรกับเหตุผล				
26. ท่านให้กำลังใจชมเชย เมื่อเด็กทำสิ่งต่างๆได้แม้เรื่องเล็กๆน้อยๆ				
27. ท่านสนับสนุน เปิดโอกาสให้เด็กแสดงความสามารถต่างๆ				

อย่างเต็มที่				
28. ท่านส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยตนเองเสมอ				

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่องานวิจัย ผลการใช้โปรแกรมครอบครัวต่อการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว และพัฒนาการของผู้ที่มีบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย นาง นางสาว).....นามสกุล.....

ผู้ปกครองของ ด.ช./ด.ญ.....นามสกุล..... ได้รับทราบ

รายละเอียดของงานวิจัย เรื่อง โปรแกรมครอบครัวต่อการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว และพัฒนาการของผู้ที่มีบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาโดยข้าพเจ้าได้รับการ ประเมินการรับรู้สมรรถนะ พฤติกรรมการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ก่อนและหลัง เข้าโปรแกรม รวมทั้งข้าพเจ้าจะได้รับการให้ความรู้ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการวิจัยเป็นอย่างดี และได้พิจารณาแล้วว่าการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อข้าพเจ้าในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและ สติปัญญา และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้ เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้าและผู้บกพร่องทางพัฒนาการ และสติปัญญา และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผล การศึกษา การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการและเมื่อข้าพเจ้ายินยอม เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้ซักถามวิจัยจนหมดข้อสงสัยโดยตลอดแล้วและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้งานใจที่ระบุไว้แล้วข้างต้นจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

.....

สถานที่/เวลา

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/เวลา

(นางจรรววรรณ ประดา)

ลงนามผู้วิจัย

.....

สถานที่/เวลา

พยานลงนาม