



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



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ผลของการจัดกลุ่มผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือกันและกันในการ  
ฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับ  
รุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3 - 6 ปี

THE EFFECTIVENESS OF A PARENTAL SELF HELP  
GROUP IN THE CARE OF SEVERELY AND PROFOUNDLY  
MENTALLY RETARDED CHILDREN AGED 3 - 6

โดย

นางนิรมัย

คุ้มรักษา

นายโสภณ

สวัสดิ์

นางสาวประภาพรณ

เตชจิตต์โชคเกษม

กลุ่มงานการพยาบาล      โรงพยาบาลราชานุกูล

กรมสุขภาพจิต      กระทรวงสาธารณสุข

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก  
งบประมาณโรงพยาบาลราชานุกุล

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดกลุ่มผู้ปกครอง เพื่อช่วยเหลือกันและกันในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี ของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชานุกูล (คลองกุ่ม) ที่มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จำนวน 10 คนโดยกลุ่มตัวอย่างได้จัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประสานงานภายในกลุ่ม เดือนละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ติดต่อกัน 1 ปีรวม 12 ครั้งรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ One Group Pretest-Posttest Design เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินความสามารถในการสอนทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองเด็กปัญญาอ่อนของผู้ปกครองและแบบประเมินทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี การวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบความสามารถในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของผู้ปกครอง และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนก่อนและหลังการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน โดยใช้การทดสอบของ วิลคอกซัน ( Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test ) ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของผู้ปกครองและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากอายุ 3-6 ปี หลังการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## ABSTRACT

The purpose of this experimental research was to investigate the effect of self help group on Parental training in self care on severe profound mentally child 3-6 years old. The Sample of this study was purposive sampling that was 10 parents of severe profound mentally child 3-6 years old who were in Rajanukul Intervention Center (Klongkum). Sample subjects were received the self help group once a month for 1 hour and 30 minutes for one year. Research design was one group pretest posttest design. The instrument used in this study were self care training ability for parents and self-care ability for mentally child were tested for validity. Statistical techniques used in data analysis were mean, standard deviation and wilcoxon Matched Pairs signed-Rank test. The results were as : The self care training ability of parents and the self care ability of mentally child who were trained by their parents were statistically significant higher than befor experiment at the .01 level.

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณของโรงพยาบาลราชานุกูล และสำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาให้การเป็นที่ปรึกษาของนายแพทย์อุดม เพชรสังหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชานุกูล แพทย์หญิงมณีนรัตน์ สุรวงษ์สิน นายแพทย์ประจำศูนย์ คุณสมจิตต์ ฤทธิรักษา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คุณชนิสรา เวชวิรุฬห์ หัวหน้าฝ่ายวิจัยและคณะกรรมการฝ่ายวิจัยโรงพยาบาลราชานุกูล ที่ได้ดูแลเอาใจใส่ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นในการทำวิจัย ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอกราบขอบพระคุณ คุณมัจฉรี ไชยสถานนท์, คุณจันทิมา จินตโกวิท, คุณสุจิตรา ศรีสุโร ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์จนเสร็จสิ้นโครงการ ตลอดจนกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณโสภณ สวัสดิ์, คุณประภาพรณ เตชจิตต์โชคเกษม และบุคลากรศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชานุกูล (คลองกุ่ม) ทุกท่านที่ร่วมมือช่วยเหลือเก็บรวบรวมข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จด้วยดี

ขอขอบคุณผู้ปกครองเด็กของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชานุกูล (คลองกุ่ม) ที่จัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันขึ้นและดำเนินการอย่างสม่ำเสมอตลอดจนให้ความร่วมมือในการทำแบบประเมินงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอมอบให้แก่เด็กปัญญาอ่อน ผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนและผู้มีพระคุณของผู้วิจัยทุกท่าน

นिरมัย คุ่มรักษา และคณะ

## คำนำ

ภาวะปัญญาอ่อนเมื่อเกิดขึ้นกับครอบครัวใด ผู้เป็นพ่อแม่มักจะเกิดความทุกข์ความเครียด และความวิตกกังวลอย่างแสนสาหัส บางครอบครัวไม่อาจทนรับสภาพได้ บางครอบครัวขาดกำลังใจขาดที่พึ่ง บางครอบครัวขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เพราะไม่คิดว่าจะมีใครเข้าใจว่าตนเองคิดและรู้สึกอย่างไร มีความทุกข์แค่ไหน ทั้งหมดนี้ย่อมก่อให้เกิดการละเลยต่อการให้ความรัก ความอบอุ่น การให้การส่งเสริมพัฒนาการตามวัยที่เด็กสมควรจะได้รับ หรือแม้แต่การแสดงความรักและการเลี้ยงดูไปในทางที่ไม่เหมาะสมกับเด็ก ส่งผลให้เกิดมีปัญหาพฤติกรรมและเด็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นภาระต่อครอบครัวอย่างมาก

พ่อ แม่ เมื่อต้องเจอกับสภาพการณ์เช่นนี้ กอปรกับความหวังว่าลูกจะหายเป็นปกติมีน้อยลงไปทุกที ก็ยิ่งทวีความทุกข์มากขึ้น ผู้ที่จะเข้ามามีบทบาทสนับสนุนให้กำลังใจกับพ่อแม่ เหล่านี้ได้ ควรจะต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะเดียวกัน และมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ความรู้สึกที่ว่า "มีพวก" เป็นคนหัวอกเดียวกันจะก่อให้เกิดความเห็นใจกัน ยิ่งถ้าได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองด้วยแล้ว ก็จะทำให้ได้ระบายความทุกข์ ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลต่างต่างออกไป ทำให้พ่อแม่มีกำลังใจ ที่เข้มแข็งขึ้นพอที่จะยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มใจ และพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในที่สุด

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชที่ต้องให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้พ่อแม่ผู้ปกครองสามารถดูแล และส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานได้ด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งให้กับครอบครัว จึงต้องศึกษาหาความรู้และประสบการณ์ที่จะทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองได้รับประสบการณ์ดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้เขาเหล่านั้นยอมรับเด็กในปกครอง จะได้เต็มใจช่วยเหลือดูแลและส่งเสริมพัฒนาการไปด้วยกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนับสนุนให้พ่อแม่ผู้ปกครองจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันขึ้น เพื่อให้มีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับปัญหาของเด็กซึ่งกันและกัน จะได้นำมาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาให้กับครอบครัวของตนเอง จนสามารถแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปได้และยังสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมั่นใจ

นิรมัย คุ่มรักษา

# สารบัญ

		หน้า
บทที่ 1	บทนำ	
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
	สมมติฐาน	2
	ขอบเขตการวิจัย	2
	นิยามศัพท์เฉพาะ	3
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะปัญญาอ่อน	4
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน	10
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน	17
บทที่ 3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	20
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการสร้างเครื่องมือ	20
	แบบแผนการทดลอง	23
	วิธีดำเนินการทดลอง	24
	การวิเคราะห์ข้อมูล	24
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	25
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	26
	ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	
	ตอนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการฝึกทักษะ	27
	ด้านการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	



	ตอนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในด้านการ ช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี	27
บทที่ 5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	28
	สรุปผลการวิจัย	29
	อภิปรายผล	29
	ข้อเสนอแนะทั่วไป	31
	ข้อเสนอแนะในการวิจัย	32
บรรณานุกรม		33
ภาคผนวก		35
	- รายนามผู้เชี่ยวชาญ	36
	- แบบประเมินความสามารถผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี ในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเอง	37
	- คู่มือการใช้แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือตนเองของเด็ก	39
	- แบบประเมินทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี	40
	- แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก	46
	- ปัญหาทางการแพทย์และกิจกรรมพยาบาลทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองที่ได้จากการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน	48

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะปัญญาอ่อนเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพจิต ครอบครัวที่มีเด็กปัญญาอ่อน จำเป็นต้องได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจและได้รับคำแนะนำช่วยเหลือที่เหมาะสม เพื่อให้ยอมรับสภาพได้ จะได้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนให้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระต่อสังคม (สุจิตรา ศรีสุโร และคณะ, 2541)

การส่งเสริมพัฒนาการ การให้คำแนะนำปรึกษาเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ปกครองปรับสภาพจิตใจให้เข้าใจและยอมรับเด็กปัญญาอ่อนมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรปัญญาอ่อนวัย 1 ปี 6 เดือน - 3 ปี ในโครงการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กโรงพยาบาลราชานุกูล พบว่า หลังให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ปกครองมีความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อนและการปรับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์สูงขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ปกครองมีทัศนคติต่อการให้การส่งเสริมพัฒนาการ ต่อเด็กปัญญาอ่อนและต่อบุคลากรสูงขึ้น (สุจิตรา ศรีสุโร และคณะ, 2541) ส่งผลให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการและดูแลเด็กปัญญาอ่อนมากขึ้น สอดคล้องกับ ขวาลา เรียรธู (2533) ที่กล่าวไว้ว่า บิดา มารดา และผู้เลี้ยงดูมีบทบาทสำคัญยิ่งในการฝึกเด็กให้พัฒนาตามโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ ผลสำเร็จของการส่งเสริมพัฒนาการจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือและความตั้งใจจริงของบุคคลในครอบครัวเด็กมากกว่าผู้ฝึกที่เป็นนักวิชาชีพ

แต่ปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของบิดา-มารดา และผู้เลี้ยงดู ที่มารับบริการส่งเสริมพัฒนาการ คือ บุตรหลานไม่ให้ความร่วมมือในการฝึก ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย เนื่องจากผู้ปกครองไม่มีวิธีการและแนวการสอนที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงต้องคอยช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวันให้เด็กทั้งหมด ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจที่มีภาระต้องดูแลมากขึ้น ดังนั้น ทางศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ราชานุกูล (คลองกุ่ม) จึงได้คิดหาแนวทางในการช่วยให้ผู้ปกครองได้ระบาย ผ่อนคลายความเครียดโดยได้สนับสนุนให้ผู้ปกครองได้จัดตั้งกลุ่มผู้ปกครอง เพื่อช่วยเหลือกันและกันของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ปี 2541 เพื่อให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการวางแผนส่งเสริมพัฒนาการไปพร้อม ๆ กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลกิจวัตรประจำวันของบุตรหลานได้มากขึ้น

ลักษณะของกลุ่มประกอบด้วย บุคคลลักษณะเดียวกัน คือ เป็นผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก มีปัญหาในการดูแลเด็กคล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกว้าวนไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น ส่งผลให้ความรู้สึกท้อแท้ ลึนหวัง เป็นทุกข์ลดลง เกิดความรู้สึกใหม่ว่าได้เป็นเพื่อนอยู่คน

เดียวในโลก ยังมีคนอื่นที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน (Adams, 1979) เกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ยอมรับคำแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและนำคำแนะนำ ประสบการณ์ที่ได้ จากกลุ่มมาใช้ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กปัญญาอ่อน เนื่องจากเป็นคำแนะนำและประสบการณ์ง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยสมาชิกกลุ่มเป็นผู้ให้กันเอง (Gilbey, 1987 : Robinson, 1985) ทำให้ผู้ปกครองและบุคลากรทางการพยาบาล มีแนวทางหลากหลายในการนำคำแนะนำต่าง ๆ มาปรับใช้ จากแนวคิดและข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจจะศึกษาดูว่า แนวทางและคำแนะนำในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวทางวิธีการและคำแนะนำในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันกับทางกลุ่มได้เสนอแนะมานั้น มีผลต่อการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงระดับรุนแรงมากหรือไม่อย่างไร

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดกลุ่มผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือกันและกันในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี ก่อนและหลังการจัดทำกลุ่ม

#### สมมุติฐาน

1. ความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี หลังการจัดทำกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือกันและกันเพิ่มขึ้น
2. ความสามารถของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี หลังการจัดทำกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือกันและกันเพิ่มขึ้น

#### ขอบเขตการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชานุกูล (คลองกุ่ม) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541 – 2543 จำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี ที่มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จำนวน 10 คน

ตัวแปรต้น การจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน

ตัวแปรตาม

1. ความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก

2. ความสามารถของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากในการช่วยเหลือตนเอง

เอง

## **นิยามศัพท์เฉพาะ**

**กลุ่มช่วยเหลือกันและกัน** หมายถึง กลุ่มทางศูนย์ฯ สนับสนุนให้ผู้ปกครองจัดตั้งขึ้น เพื่อพูดคุยถึงปัญหาและความต้องการ สมาชิกในกลุ่มจะช่วยกันเสนอแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยมีบุคลากรทางการพยาบาลเป็นผู้ประสานภายในกลุ่ม

**ความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกเด็กปัญญาอ่อนในทักษะการช่วยเหลือตนเอง** หมายถึง ความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกเด็กปัญญาอ่อนในกิจวัตรประจำวันด้านการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การแต่งตัวและการทำความสะอาดร่างกาย

**ผู้ปกครอง** หมายถึง พ่อ แม่ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากพ่อแม่ของเด็กปัญญาอ่อนให้พาเด็กปัญญาอ่อนวัย 3-6 ปี มาส่งเสริมพัฒนาการ

**เด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากอายุ 3-6 ปี** หมายถึง เด็กที่มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่า 35 เมื่อวัดโดยใช้แบบทดสอบ Stanford – Binet ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

ทำให้ทราบประสิทธิผลของการจัดทำกลุ่มผู้ปกครองช่วยเหลือกันและกัน เพื่อนำไปขยายผลในการจัดทำกลุ่มผู้ปกครองช่วยเหลือกันและกัน ในกลุ่มที่มีเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก และระดับอื่นในทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะด้านอื่น ๆ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ส่วน คือ เอกสารความรู้เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนและเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ดังนี้

#### 1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะปัญญาอ่อน

##### 1.1 ความหมายของภาวะปัญญาอ่อน

ICD 10 (International Classification of Disease) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่สมองหยุดพัฒนาหรือพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดการบกพร่องของทักษะต่าง ๆ ในระยะพัฒนาการ ส่งผลกระทบต่อระดับเชาวน์ปัญญาทุก ๆ ด้าน เช่น ความสามารถทางสติปัญญา ภาษา การเคลื่อนไหว และทักษะทางสังคม มีความบกพร่องในเรื่องการปรับตัว อาจจะมีหรือไม่มี ความผิดปกติทางกายหรือทางจิตร่วมด้วย (กัลยา สุตะบุตร, 2535)

American Psychiatric Association ได้ให้ความหมายไว้ว่า ภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย วัดระดับสติปัญญาได้ประมาณ 70 หรือต่ำกว่า มีความสามารถในการปรับตัวบกพร่องอย่างน้อย 2 ด้าน คือ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การรู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน การควบคุมตนเอง การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การใช้เวลารว่าง สุขภาพอนามัย และความปลอดภัย มีอาการแสดงความบกพร่องทางสติปัญญาก่อนอายุ 18 ปี (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4<sup>th</sup> ed, 1994)

จากความหมายของภาวะปัญญาอ่อนดังกล่าว สรุปได้ว่า ภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่สมองหยุดพัฒนาหรือพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดความจำกัดทางด้านความสามารถทางสติปัญญา มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ปกติในทุก ๆ ด้าน ปากฎร่วมกับมีความจำกัดทางด้าน การเรียนและทักษะการปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการใช้ชีวิตประจำวัน ตามสภาพแวดล้อมทางสังคมปกติ อาจจะมีหรือไม่มี ความผิดปกติทางกายหรือทางจิตร่วมด้วยก็ได้ ทั้งนี้ ภาวะดังกล่าวจะต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี

##### 1.2 สาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน

ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อนอาจเริ่มจากด้านชีวภาพ (Primary Biological) หรือเริ่มจากด้านสังคมจิตวิทยา (Primary Psychosocial) หรือรวมกันทั้งสองด้าน และโดยทั่วไปสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อนมักจะซับซ้อนและมีหลายปัจจัย (Multifactorial)

ความสามารถของบุคคล ไม่เพียงจะเป็นผลมาจากความสมบูรณ์และวุฒิภาวะของระบบประสาท ประกอบกับลักษณะที่ติดตัวบุคคลนั้นมาตามธรรมชาติเท่านั้น ประสบการณ์ในชีวิตที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้ ภายหลังก็มีบทบาทที่สำคัญเช่นกัน จะเห็นได้จากเด็กบางคนมีการทำลายของระบบประสาทอย่างมาก แต่ยังมีทักษะปกติ ส่วนบางคนมีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรง แต่ไม่พบพยาธิสภาพทางระบบประสาท หรือไม่มีแม้แต่ประวัติของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางระบบประสาท ทั้งนี้ เนื่องจากประสบการณ์เรียนรู้ในภายหลังมีส่วนในการพัฒนาความสามารถและทักษะการปรับตัวของบุคคลนั่นเอง ประมาณร้อยละ 30 ของบุคคลปัญญาอ่อนระดับรุนแรง และร้อยละ 50 ของบุคคลปัญญาอ่อนระดับน้อย ไม่สามารถระบุสาเหตุของปัญญาอ่อนได้ แม้จะได้พยายามตรวจอย่างละเอียดแล้วก็ตาม และประมาณร้อยละ 50 ของบุคคลปัญญาอ่อนมีสาเหตุมากกว่าหนึ่งสาเหตุ

### ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน มีดังนี้

1. ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Hereditary) พบประมาณร้อยละ 5
  - 1.1 ความผิดปกติของยีนเดี่ยว (Single gene disorders)
    - Inborn error of Metabolism : PKU, Hurler Syndrome
  - 1.2 ความผิดปกติของโครโมโซม (Chromosome disorders)
    - Translocation Down Syndrome
  - 1.3 ความผิดปกติของยีนร่วมกัน (Polygenic Familial Syndrome)
2. การผันแปรของการพัฒนาตัวอ่อนในครรภ์ตั้งแต่ระยะต้นๆ (Early Alteration of embryonic development) พบประมาณร้อยละ 30
  - 2.1 การเปลี่ยนแปลงของโครโมโซม (Down Syndrome)
  - 2.2 การติดเชื้อ (Cytomegalovirus, Rubella, Toxoplasmosis, AIDS, Syphilis)
  - 2.3 สารที่ก่อให้เกิดความพิการ (Alcohol, Radiation, ยาต่าง ๆ)
  - 2.4 ความผิดปกติของรก
  - 2.5 ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางโดยไม่ทราบสาเหตุ
3. ปัญหาต่างๆ ในระยะตั้งครรภ์และคลอด พบประมาณร้อยละ 10
  - 3.1 ภาวะทุพโภชนาการของทารกในครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย
  - 3.2 คลอดก่อนกำหนด
  - 3.3 การบาดเจ็บที่ทำให้สมองขาดออกซิเจน-ขาดเลือด
  - 3.4 เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Hemorrhage)
  - 3.5 ความผิดปกติของ Metabolism (Hypoglycemia, Hyperbilirubinemia)
  - 3.6 การติดเชื้อ (Herpes Simplex, Bacteria meningitis)
4. ปัญหาต่างๆ ในระยะหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 5

- 4.1 การติดเชื้อ (Encephalitis, Meningitis)
  - 4.2 การได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง
  - 4.3 ภาวะขาดออกซิเจน (จมน้ำ, ช็อก)
  - 4.4 ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม (ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, ไธเทียมสูง)
  - 4.5 ได้รับสารพิษ (ตะกั่ว, โลหะหนัก)
  - 4.6 เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ
  - 4.7 ภาวะทุพโภชนาการ
5. ปัจจัยต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมและความผิดปกติทางจิตอื่นๆ พบประมาณร้อยละ 15-20
- 5.1 ความยากจนและครอบครัวแตกแยก
  - 5.2 ความผิดปกติในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก
  - 5.3 ความผิดปกติทางจิตของผู้เลี้ยงดู
  - 5.4 ความผิดปกติทางจิตเวชอย่างรุนแรง (Autistic disorder)
  - 5.5 ผู้เลี้ยงดูติดสารเสพติด
6. ไม่ทราบสาเหตุ ประมาณร้อยละ 30

### 1.3 อาการแสดงทางคลินิก

พัฒนาการล่าช้าเป็นอาการที่สำคัญของภาวะปัญญาอ่อน ภาวะปัญญาอ่อนที่รุนแรงมากเท่าใด ความล่าช้าของพัฒนาการก็ยิ่งปรากฏให้เห็นเร็วขึ้นเท่านั้น กลุ่มปัญญาอ่อนระดับรุนแรงจะพบทักษะทาง Psychomotor ล่าช้าอย่างชัดเจน ในช่วงวัยขวบปีแรก กลุ่มปัญญาอ่อนระดับปานกลางจะมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวปกติ แต่พัฒนาการด้านภาษาและด้านการพูดจะล่าช้า ซึ่งจะเห็นได้ในช่วงวัยเตาะแตะ (Toddler) ส่วนปัญญาอ่อนระดับน้อยอาจไม่แสดงอาการล่าช้าจนกระทั่งวัยเข้าเรียน (แต่ถ้าสังเกตอย่างละเอียดแล้ว จะพบว่าเด็กเหล่านี้มีความสามารถต่ำกว่าเกณฑ์อย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ด้วยขนาด) ไม่มีอาการแสดงทางร่างกาย ทางบุคลิกภาพหรือทางพฤติกรรมใด โดยเฉพาะที่บ่งบอกถึงความเป็นปัญญาอ่อน ยกเว้นภาวะปัญญาอ่อนที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการที่มีลักษณะพิเศษทางร่างกายปรากฏให้เห็น ก็จะทำให้วินิจฉัยภาวะปัญญาอ่อนได้ตั้งแต่แรกเกิดหรือในวัยทารก อาทิ Down Syndrome และ Primary Microcephaly แต่ความผิดปกติเหล่านี้ก็เป็นเพียงส่วนน้อยของกลุ่มบุคคลปัญญาอ่อนเท่านั้น ส่วนความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ทางร่างกายจะยังมีมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งอาจเป็นเพียงระบบเดียวหรือหลายระบบก็ได้ อาทิ ระบบประสาท การมองเห็น การได้ยิน ระบบหลอดเลือดและหัวใจและระบบอื่น ๆ

สำหรับบุคลิกภาพหรือพฤติกรรม ก็ไม่มีลักษณะเฉพาะเช่นเดียวกัน บางคนอาจจะก้าวร้าวควบคุมอารมณ์ได้ยาก บางคนไม่รู้จักรับรู้ความต้องการพื้นฐานอื่นและอ่อนแอ ทำให้ผู้อื่นชักจูงไปในทางที่ไม่ถูกต้องได้ง่าย อาทิ การทำทารุณทางร่างกายและทางเพศ หรือถูกละเลยเกี่ยวกับโอกาสและสิทธิต่าง ๆ

บุคคลปัญญาอ่อน อาจมีความผิดปกติทางจิตได้ทุกประเภทเช่นเดียวกับบุคคลปกติ และพบได้มากกว่าบุคคลปกติ 3-4 เท่า ในบางกรณีอาจจะเกิดจากสาเหตุร่วมกัน ตัวอย่างเช่น ศีรษะถูกกระทบ กระเทือนอย่างรุนแรง ทำให้เกิดทั้งภาวะปัญญาอ่อนและการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ เป็นต้น

#### 1.4 การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อน

ภาวะปัญญาอ่อนเป็นปัญหาทางด้านสังคมและการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อนตามระดับความรุนแรง ทั้งนี้ก็เพื่อช่วยในการวางแผนการให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

1.4.1 การแบ่งระดับความรุนแรง แบบ DSM IV แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามระดับเชาวน์ปัญญา ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนตามระดับเชาวน์ปัญญาและอัตราความชุก

ความรุนแรง	ระดับเชาวน์ปัญญา	อัตราความชุก ร้อยละ
ปัญญาอ่อนระดับน้อย (Mild Mental Retardation)	50 – 55 ถึง ประมาณ 70	85
ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation)	25 – 35 ถึง 50 – 55	10
ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation)	20 – 25 ถึง 35 – 40	3 – 4
ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation)	ต่ำกว่า 20 หรือ 25	1 – 2

1.4.2 การแบ่งระดับความรุนแรงตาม ICD 10 Edition & Revised ได้แบ่งระดับความรุนแรง กำหนดคะแนนของแบบทดสอบทางสติปัญญาและลักษณะเฉพาะได้ดังตาราง 2



ตาราง 2 การแบ่งระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญาตาม ICD 10

ระดับความรุนแรง	คะแนนของแบบทดสอบทางสติปัญญา	ลักษณะเฉพาะ
น้อย (Mild Mental Retardation)	50-59	มีพัฒนาการด้านภาษาช้า สามารถพัฒนาความสามารถในการใช้ภาษาในชีวิตประจำวันได้และสามารถพึ่งตัวเองในเรื่องการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัวและการควบคุมการขับถ่าย รวมถึงทักษะที่ใช้ในชีวิตทั่วไปและงานบ้าน มักพบปัญหาในเรื่องการศึกษาในโรงเรียน โดยเฉพาะการอ่านและการเขียน มีความสามารถในการทำงานเชิงปฏิบัติการมากกว่าเชิงวิชาการ สำหรับปัญหาด้านสังคม อารมณ์และพฤติกรรมและความต้องการในการแก้ไขและสนับสนุนช่วยเหลือจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับบุคคลที่สติปัญญาปกติ
ปานกลาง (Moderate Mental Retardation)	35 - 49	มีพัฒนาการด้านภาษาค่อนข้างจำกัด ระดับการพัฒนาของแต่ละคนก็มีความต่างกัน บางคนสามารถร่วมสนทนาง่าย ๆ ได้ บางคนทำได้เพียงใช้ภาษาเพื่อสื่อความต้องการขั้นพื้นฐาน บางคนพอเข้าใจคำสั่งง่าย ๆ เท่านั้น มีผลสัมฤทธิ์ในการดูแลตนเองและทักษะด้านการเคลื่อนไหวล่าช้า มีความก้าวหน้าในการเรียนรู้จำกัดแต่พอจะเรียนทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการอ่านเขียนและนับจำนวนได้ โปรแกรมทางการศึกษาสามารถจัดให้แต่ละคนได้ มีโอกาสพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อให้มีทักษะพื้นฐานบางอย่างที่จำเป็น บุคคลระดับปานกลางวัยผู้ใหญ่สามารถทำงานเชิงปฏิบัติได้ง่ายๆ ได้ ถ้างานนั้นมีการวางแผนทางการปฏิบัติที่รอบคอบและจัดให้มีคำปรึกษาแนะนำอย่างดี

ระดับความรุนแรง	คะแนนของแบบทดสอบทางสติปัญญา	ลักษณะเฉพาะ
		โดยทั่วไปจะไม่สามารถพึ่งตนเองได้เต็มที่และส่วนใหญ่จะสามารถพัฒนาความสามารถทางสังคมในการสร้างปฏิสัมพันธ์สื่อความหมายกับผู้อื่นและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมง่าย ๆ ได้
ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation)	20 – 34	มีลักษณะคล้ายคลึงกับบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลางมาก แต่มักจะพบสาเหตุทางพยาธิสภาพและมีสภาวะที่เกิดร่วมด้วย บุคคลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาของความบกพร่องทางด้านอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วยอย่างชัดเจน
ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation)	น้อยกว่า 20	มีความจำกัดอย่างมากในด้านการเข้าใจหรือทำตามคำขอร้องหรือคำสั่ง ส่วนใหญ่ไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อยมาก ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ การดูแลตนเองในระดับพื้นฐานทำได้เพียงเล็กน้อย หรือทำไม่ได้เลย จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้คำปรึกษาและแนะนำ
อื่น ๆ (Other Mental Retardation)		มักมีความบกพร่องทางกายหรือทางประสาทรับรู้ร่วมด้วย เช่น ตาบอด หูหนวก หรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรมอย่างรุนแรงหรือพิการทางกาย
ระบุประเภทไม่ได้ (Mental Retardation Unspecified)	ทำการประเมินเขาวนปัญญาตามวิธีการปกติได้ยากหรือไม่สามารถทำได้	มีหลักฐานว่าเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา แต่มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะแยกประเภทเช่นข้างต้นได้

## 2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน (Self help group)

### 2.1 ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน

ริชาร์ดสัน และกูดแมน ได้ให้ความหมายว่า กลุ่มช่วยเหลือกันและกัน (self help group) หมายถึง กลุ่มคนที่คิดว่าตนเองมีปัญหาและมาร่วมกัน เพื่อจะจัดการอย่างใดอย่างหนึ่งกับปัญหานั้น (Richardson Goodman, 1985)

โคล กล่าวว่ กลุ่มช่วยเหลือกันและกัน เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีปัญหาด้านจิต กาย และความพิการเหมือนกัน มาพบปะกันเพื่อพูดถึงปัญหาและประสบการณ์ของความเจ็บป่วย สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สมาชิกที่เข้ากลุ่มมักอยากจะทำปัญหาและพอใจกับความช่วยเหลือมากกว่าคนที่ไม่เข้ากลุ่ม (Cole, 1983)

เรสนิก ได้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือกันและกันว่า เป็นกลุ่มของบุคคลที่มีปัญหาล้ายคลึงกันมารวมกันด้วยความสมัครใจ และใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาช่วยกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้วจะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ (Resnick, 1986)

จากความหมายของกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน (self help group) ดังกล่าว สรุปได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือกันและกัน หมายถึง กลุ่มที่ก่อตั้งขึ้นโดยบุคคลที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน มาพบปะพูดคุยกันเพื่อแสวงหาแนวทางการแก้ปัญหา โดยใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา ให้สมาชิกที่มีปัญหาล้ายคลึงกันได้เลือกแนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมสำหรับตนไปใช้ในการแก้ปัญหา

### วัตถุประสงค์ของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน

เกสรี เลิศประไพ (2539) ได้ประมวลวัตถุประสงค์ของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันและกันไว้ดังนี้

1. เพื่อลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่ก่อทรมานชีวิตความเป็นอยู่ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด
2. เพื่อให้กำลังใจกันและกัน ให้สมาชิกยอมรับความจริง ถ้าเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่า ตนเองไม่ได้มีปัญหายู่คนเดียว คนอื่น ๆ ก็มีปัญหาเหมือนกัน บางคนอาจมีมากกว่า
3. เพื่อช่วยให้สมาชิกปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมได้
4. เพื่อสร้างความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคม ด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม
5. เพื่อควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกสะกดกลั้นหรือระงับยับยั้งอารมณ์ ความต้องการที่เกินพอดี หรือไม่เหมาะสม

### ประเภทของกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน

เรสนิค (Resnick, 1989) ได้แบ่งกลุ่มช่วยเหลือกันและกันตามโครงสร้างได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. กลุ่มช่วยเหลือกันและกันที่เป็นทางการ กลุ่มนี้จะมีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจนมาก มีนโยบายและวิธีดำเนินงาน มีการตั้งชื่อกลุ่มที่เข้าใจง่าย มีเจ้าหน้าที่ประจำและมีคณะกรรมการบริหารกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ติดยานอนหลับ กลุ่มผู้ติดสุรา เป็นต้น

2. กลุ่มช่วยเหลือกันและกันที่ไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มที่มารวมตัวกันทางสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประเภทของกลุ่มเป็นแบบไม่เป็นทางการ สมาชิกของกลุ่มจะมาพบปะกันเพื่อพูดคุยกันถึงปัญหาของบุตรหลาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลและการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

### 2.2 ลักษณะกลไกการทำงานของกลุ่ม

กิลเบย์ (Gilbay, 1987 ; Robinson, 1985) ได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มไว้ดังนี้

1) ลักษณะของกลุ่ม ประกอบด้วยบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น (Universality) จึงไม่รู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวัง ความรู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์อยู่คนเดียว ก็จะลดลงและเกิดความรู้สึกใหม่ว่าเขาไม่ได้อยู่คนเดียวในโลกนี้ เขายังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกับเขา (Sense of Community) (Adams, 1979:97)

2) การได้เห็นผู้ที่มีปัญหาล้ำกับตน สามารถเผชิญปัญหาได้ จะเป็นแบบอย่างที่ดีที่ทำให้ตนนึกปฏิบัติตาม เกิดลักษณะของการเลียนแบบพฤติกรรม (Identification) ขึ้นได้ และนำไปสู่ความหวัง (Instillation of Hope) ว่าตนก็น่าที่จะเผชิญปัญหาได้เช่นเดียวกับเขา (Sense of Possibility) (Adams, 1979:96-97)

3) ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้กับกลุ่มจะสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง เกิดเป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Helper Therapy) (Silverman, 1980 cited in Newton, 1984:28)

4) มิตรภาพที่เกิดจากความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน จะทำให้สมาชิกยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน โดยคำแนะนำที่ได้มานั้นจะเป็นคำแนะนำง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งสมาชิกไม่สามารถหาได้จากคำแนะนำของนักวิชาการทั้งหลาย

5) การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่มีลักษณะเช่นเดียวกับตน ทำให้สมาชิกได้ระบายความทุกข์ ความกลัว ความกังวล (Cathesis) และได้รับการยอมรับในสิ่งเหล่านี้ อย่างจริงใจ จึงทำให้รู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนและได้กำลังใจอย่างเต็มที่

6) การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นให้ได้รับข้อมูล ความรู้ กำลังใจ หรือสิ่งของอื่น ๆ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการใช้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนสมาชิก จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Altruism) คุณค่าต่อสังคม และยอมรับสภาพร่างกายที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น (Yalom, 1975:77-103)

7) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกันกับเพื่อนสมาชิก (Cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (Yalom, 1975:77-103)

8) การได้รับคำชี้แนะแนวทาง (Guidance) จากผู้นำกลุ่มและสมาชิกในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง จะทำให้สมาชิกได้ทราบแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อนำไปทดลองปฏิบัติจนเกิดเป็นทักษะในการแก้ปัญหาขึ้นได้

9) สมาชิกที่เข้ากลุ่ม จะเข้าใจธรรมชาติของชีวิตที่เป็นอยู่ (Existential Factors) เนื่องจากได้พบกับเพื่อนที่มีทั้งประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและยังไม่สามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้สำเร็จ ความจริงที่พบนี้เองจะส่งผลให้สมาชิกประเมินวิธีแก้ไขปัญหาก็ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับตัวเองมากที่สุด

### 2.3 ทฤษฎีพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน

กิจกรรมในกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ได้แนวคิดผสมผสานของทฤษฎีต่าง ๆ มาประยุกต์รวมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกกลุ่ม และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการ เป้าประสงค์ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสมาชิกแต่ละคนได้ แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานต่าง ๆ มีดังนี้ (Marram, 1973:81-111)

#### 1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้เน้นว่า

พฤติกรรมกลุ่มจะเกิดขึ้นได้จากแรงผลักดันของจิตไร้สำนึก ซึ่งเป็นธรรมชาติที่บุคคลจะนำเอาความคิดของตนซึ่งมีอยู่ในจิตไร้สำนึกมาแสดงออกในกลุ่ม เพื่อปกป้องตัวเองหรือเพื่อทำให้สมาชิกกลุ่มคล้อยตาม ผู้นำกลุ่มจำเป็นจะต้องทราบและแก้ไขสถานการณ์ เนื่องจากบรรยากาศของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น จะต้องปราศจากการนำความคิดใด ๆ แต่คงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ เพื่อให้สมาชิกนำไปประเมินและตัดสินใจเอง

-บุคคลจะนำเอาประสบการณ์ของตน ที่มีในอดีต มาแสดงออกในปัจจุบันในสถานการณ์ที่คล้าย ๆ กันในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องคอยชี้แนะถึงประสบการณ์นั้น และหาทางแก้ไขหากประสบการณ์ดังกล่าวไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม เนื่องจากประสบการณ์ที่ผิดอาจจูงใจให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติตามอย่างผิด ๆ ได้

-พฤติกรรมของบุคคล อาจมาจากสัญชาตญาณของความรักและความเกลียดในการดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มนั้น สมาชิกบางคนอาจแสดงพฤติกรรมต่อต้านกลุ่ม ปฏิเสธกลุ่ม ทั้งนี้สืบ

เนื่องจากลักษณะของการทำงาน พฤติกรรมดังกล่าวเป็นเหตุให้กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีการพัฒนาไปในทางที่ไม่ดี ไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องใช้เทคนิคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกท่านนั้น ให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์ เพื่อประคับประคองกลุ่มให้ดำเนินต่อไป

-บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามแรงขับของสัญชาตญาณพื้นฐานคือ อึด และพัฒนาพฤติกรรมให้มีเหตุผลด้วยอิโก้ เพื่อความถูกต้องทางมโนธรรมตามซูเปอริโอโก้ ซึ่งเป็นโครงสร้างทางจิตใจ แนวคิดนี้ผู้นำกลุ่ม จะต้องทำหน้าที่คล้ายอิโก้ในการรักษาภาวะสมดุลของกลุ่ม ช่วยแก้ไขและปรับเปลี่ยนความคิดที่ไร้เหตุผลของสมาชิกกลุ่มให้เป็นความคิดที่มีเหตุผล

2) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มอาจก่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่แตกต่างกัน สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น ในขณะที่บางรายมีความวิตกกังวลลดลง พฤติกรรมก็เช่นกัน ผู้นำกลุ่มจึงมีหน้าที่สังเกตและช่วยแก้ไขให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่ดี นอกจากนี้ ความวิตกกังวล ยังเป็นตัวทำลายการมีปฏิสัมพันธ์ ดังนั้น ผู้นำกลุ่มต้องประคับประคองให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ต้องสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้เกิดขึ้นในตัวของผู้ป่วย ด้วยการสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ

3) ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory) ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคคลต้องมีการสื่อสารทั้งที่เป็นวาจาหรือภาษาท่าทาง (Verbal or Non-Verbal Communication) และการสื่อสารดังกล่าวก็มีหลายระดับ ซึ่งข้อบกพร่องของการติดต่อสื่อสารอยู่ที่การแปลงความหมาย ความไม่ชัดเจนของข่าวสาร และการขาดความรับผิดชอบของผู้ส่งสาร ดังนั้น ในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษา จึงจำเป็นต้องมีผู้นำกลุ่มที่มีความสามารถในการช่วยแก้ไข กรณีที่การสื่อความหมายคลุมเครือ หรือประสบการณ์บางประการมีแนวโน้มให้สมาชิกกลุ่มตีความไปในทางผิด ๆ ได้ ผู้นำจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารที่ตรงกัน ต้องชี้ให้ "กลุ่ม" เห็นถึงประเด็นที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด และต้องกระตุ้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์นั้น ซึ่งเป็นหัวใจของกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ทั้งนี้ผู้นำอาจใช้เทคนิคการแสดงออกทางสีหน้า การจัดที่นั่งเป็นวงกลม การนั่งเงียบ การสัมผัสและการประสานสายตาเข้าช่วยด้วยก็ได้ เพื่อให้การติดต่อสื่อสารมีคุณค่ามากขึ้น

4) ทฤษฎีพลวัตและกระบวนการกลุ่ม (Group Dynamics and Group Process Theory) แนวคิดทฤษฎีนี้กล่าวว่า กลุ่มจะมีกระแสความเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาตามปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นและจะสู่สมดุลเมื่อเสร็จสิ้นการทำงาน โดยมีจุดเน้นที่ปัญหาของ "กลุ่ม" มากกว่าปัญหาของแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มจะแสดงออกในรูปของพัฒนาการ ซึ่งแบ่งเป็นระยะตามแนวคิดของทูทซ์ได้ดังนี้ (Wilson & Kniesl 1988:808-811)

ระยะที่ 1 ระยะของการมีส่วนร่วม เป็นระยะที่สมาชิกกลุ่มจะเริ่มสร้างความมั่นใจและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือออกจากกลุ่มดี ถ้าผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกกลุ่มได้ดี สมาชิกจะเกิดความมั่นใจ เชื่อถือไว้วางใจกัน สมาชิกก็จะตัดสินใจเข้าร่วมอยู่ในกลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะของการควบคุม เป็นระยะที่สมาชิกค้นหาถึงบทบาทหน้าที่ของตนและของสมาชิกท่านอื่น ๆ ผู้นำกลุ่มจึงต้องชี้แนะและผลักดันให้สมาชิกให้เข้าใจในบทบาทหน้าที่ เพื่อจะได้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มต่อไปจนบรรลุผลสำเร็จ

ระยะที่ 3 ระยะของความรู้สึกและมีอารมณ์ผูกพันกัน ระยะนี้มีความสำคัญมาก อาจให้ผลตรงข้ามก็ได้ ผู้นำกลุ่มต้องเชื้อและสนับสนุนให้สมาชิกสร้างความรู้สึกที่ใกล้ชิดสนิทสนมกัน สร้างความผูกพันทางจิตใจต่อกัน ซึ่งสามารถกระทำได้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกพยายามเปิดเผยตนเองให้มาก และได้ให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน

อย่างไรก็ตามพัฒนาการของกลุ่มจะดีหรือไม่ขึ้นกับความร่วมมือในการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจะต้องมีความรู้ความสามารถที่จะแก้ไขเมื่อมีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นใน "กลุ่ม" ควบคู่กับการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างสมาชิกให้ได้

5) ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (Existential and Gestalt Theory) ความสำคัญของทฤษฎีนี้อยู่ที่แนวคิดของการตระหนักรู้สภาพที่เกิดขึ้น "ที่นี่และเดี๋ยวนี้" (Here and Now) ของบุคคล ซึ่งเป็นความอิสระที่บุคคลสามารถจะเลือก ที่จะนึกคิดและอิสระที่จะกระทำ กล่าวคือ บุคคลที่ยอมรับตนเองในสภาพปัจจุบันได้ ก็จะมีอิสระตระหนักรู้และเข้าใจตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตที่มีความหมาย บุคคลเหล่านี้จะพัฒนาตนเองสู่ระดับที่สมบูรณ์ได้ นอกจากนี้ตัวทฤษฎียังเน้นการตระหนักรู้ว่า "อะไร" มากกว่า "ทำไม" เป็นแนวคิดที่ใช้กับทุกสภาพได้ดี เช่น รับรู้ว่า "อะไร" คือ "ปัญหา" มากกว่า "ทำไม" จึงเกิดปัญหา บุคคลนั้นก็จะสามารถแก้ปัญหาก็ได้ ผู้นำกลุ่มจึงต้องโน้มน้าวให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายถึงความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ของตนที่เกิดขึ้น "ขณะนี้" ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจตัวเองมากขึ้น ขณะเดียวกันผู้นำกลุ่มก็มีหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกประเมินว่า ขณะนี้มีอะไรเกิดขึ้นกับเขา เขากำลังทำ "อะไร" ในการแก้ปัญหาและเขาเลือกวิธี "อะไร" ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อสมาชิกกลุ่มคำนึงถึง "อะไร" และ "ที่นี่และเดี๋ยวนี้" พร้อมกันไปด้วยแล้ว สมาชิกกลุ่มจะสามารถประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

## 2.4 บทบาทของสมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน

### 2.4.1 บทบาทของพยาบาล

ตามแนวคิดของมาแรม (Marram, 1973: 42-45) พยาบาลควรแสดงบทบาทหน้าที่สำคัญอย่างน้อย 2 บทบาทคือ

- 1) เป็นผู้ยืนยันรับรองความสำเร็จของกลุ่มว่าเกิดขึ้นเนื่องจากสมาชิกและกลุ่มเท่านั้น
- 2) เป็นผู้แสวงหาความรู้หรือแหล่งความรู้ให้แก่กลุ่ม

ความคิดเห็นดังกล่าว สอดคล้องกับสิ่งที่ได้ศึกษาจากตำรา และบทความต่าง ๆ ซึ่งประมวลบทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือกันและกันได้ดังนี้ คือ

- 1) เป็นผู้ตรวจสอบ ยืนยัน และแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้ที่ถูกต้อง
- 2) เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเป็นที่ปรึกษาวิชาการทางกลุ่ม
- 3) เป็นผู้ประสานสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ส่งเสริมบรรยากาศเป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วม
- 4) ไม่เป็นผู้ตัดสินใจให้สมาชิกคนใดหรือกลุ่ม
- 5) เป็นผู้นำกลุ่มในระยะเริ่มแรก และเตรียมตัวสมาชิกผู้ที่จะเป็นผู้นำกลุ่มต่อไป
- 6) เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม
- 7) เป็นสมาชิกของกลุ่ม
- 8) ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

บทบาทของสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน (เกสรี เลิศประไพ, 2539)

- 1) เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ
- 2) เป็นแบบอย่างของสมาชิกคนอื่น ๆ
- 3) ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

## 2.5 การจัดประสบการณ์ภายในกลุ่ม

การ จัดดำเนินการในกลุ่มจะต้องมีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1973)

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือระยะที่สร้างบรรยากาศให้เกิดสัมพันธ์ภาพ (The Introductory Phase or Initiating Phase) คือ ระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มในการนำกลุ่มครั้งแรก พยายามควรจะเป็นผู้นำให้ดูเป็นรูปแบบ จะต้องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยในการมีสัมพันธ์กับบุคคล ส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างอิสระและเปิดเผย (Self disclosure) การที่จะให้ผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นของตนเองอย่างเปิดเผย ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างความไว้วางใจ (trust) ให้เกิดในกลุ่มซึ่งจะช่วยให้สัมพันธ์ภาพภายในกลุ่มดำเนินไปด้วยดี และบรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายและกระบวนการของกลุ่ม ทำหน้าที่ของผู้นำต้องเป็นมิตร เข้าใจและยอมรับในความคิดเห็นหรือ พฤติกรรมของสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเองให้กลุ่มทราบ และผู้นำกลุ่มจะต้องอธิบายให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มเข้าใจตรงกันว่า จะไม่นำเอาสิ่งที่เกิดขึ้นในการทำกลุ่มไปพูดเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว นอกจากนี้ผู้นำกลุ่ม จะต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกในเรื่องการกำหนดระยะเวลาของการทำกลุ่ม



ระยะที่ 2 ระยะต่อเนื่องหรือระยะที่ช่วยให้สมาชิกเกิดการแก้ไขปัญหา และเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (The Working Phase or Continuing Phase) เป็นระยะหลังจากที่สมาชิกเกิดความไว้วางใจในกลุ่มแล้วมีความเข้าใจจุดมุ่งหมาย และการดำเนินการของกลุ่มสมาชิกจะเปิดเผยตนเองมากขึ้น ผู้นำกลุ่มจะต้องให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดระบายปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ด้วยวิธีนี้จะทำให้สมาชิกแต่ละคนรู้สึกในคุณค่าของตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขได้ ตลอดจนเมื่อสมาชิกสามารถช่วยเหลือคนอื่นให้เข้าใจในปัญหาบางอย่างได้

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสพการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มสามารถประเมินผลการเปลี่ยนแปลงในทางของงานของตนเอง ภายหลังจากการทำกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกที่ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป เมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มในระยะนี้ อาจทำให้สมาชิกบางคนรู้สึกที่ตนเองจะต้องเผชิญกับปัญหาโดยลำพังผู้เดียว ซึ่งผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องอธิบายชี้แจงถึงจุดมุ่งหมาย และระยะเวลาของการทำกลุ่ม ซึ่งได้เคยอธิบายและทำความเข้าใจร่วมกันแล้ว ตั้งแต่ระยะแรกของการทำกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวดังกล่าวมาแล้ว

หลังจากสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว ผู้นำกลุ่มควรบันทึกรายงานถึงประสพการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มและประเมินผลการทำกลุ่มในครั้งนี้ด้วย

## 2.6 ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน

นักวิชาการหลายท่านได้พยายามอธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มที่ทำให้สมาชิกได้รับประโยชน์จากกลุ่มชนิดนี้ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้ (เกสรี เลิศประไพ, 2539)

- 1) การที่สมาชิกมีลักษณะอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือน "อยู่ในเรือลำเดียวกัน" (Being in the same boat) จึงแน่ใจได้ว่า ผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือมีความเข้าใจอย่างแท้จริงว่าปัญหา คืออะไร
- 2) ปัญหาที่มีร่วมกัน ทำให้สมาชิกมีความสนใจหรือความปรารถนาอย่างเดียวกันในการที่จะทำอะไรบางอย่างเกี่ยวกับปัญหานั้น ซึ่งก็คือ การให้ความช่วยเหลือกันเพื่อแก้ปัญหานั้น
- 3) มิตรภาพที่เกิดจากความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน โดยอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาที่จะให้แก้กันได้ดีขึ้น
- 4) การได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือคนอื่น จะเป็นเหมือนการได้ทำประสพการณ์นั้น ๆ จนเกิดความชำนาญ และย้ำถึงความสำคัญของสิ่งที่ให้แก้กัน
- 5) การได้พบเห็นคนอื่นซึ่งเคยประสบปัญหาเดียวกับตนและสามารถผ่านพ้นปัญหานั้นมาได้แล้ว จะเป็นแบบอย่าง (role model) ให้ปฏิบัติตามและมีความแน่ใจมากขึ้นว่า ตนก็สามารถผ่านพ้นปัญหานั้นไปได้เช่นกัน

6) การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นโอกาสได้ระบายความรู้สึกและได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์

7) ช่วยให้สมาชิกเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง เกิดประโยชน์แก่สมาชิกดังนี้ (รัตนา ทองสวัสดิ์, 2531)

- 7.1) เป็นการส่งเสริมให้ร่างกายทำหน้าที่ได้ตามปกติและช่วยพยุงขบวนการชีวิต
- 7.2) ช่วยในการพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจให้เป็นไปตามวุฒิภาวะของบุคคล
- 7.3) ป้องกันควบคุม และรักษาขบวนการของโรค หรือ การบาดเจ็บนั้น ๆ
- 7.4) ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป
- 7.5) ช่วยแก้ไขปัญหา หรืออาการแทรกซ้อนต่าง ๆ
- 7.6) รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง และช่วยส่งเสริมเศรษฐกิจของผู้ป่วย และประเทศชาติ

## 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน

### 2.7.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

Kahan, K.S. และ Brummel-Smith (1985:644) ได้ศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือกันและกัน เฉพาะสำหรับญาติผู้ป่วย Alzheimer และโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจัดโปรแกรมให้ความรู้สนับสนุนการทำกิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง 22 ราย กลุ่มควบคุม 18 ราย เมื่อจัดโปรแกรมครบ 8 ครั้ง พบว่า ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น และกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งความรู้ที่ได้รับนี้เป็นผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และอาการซึมเศร้าลดลง

Rose, Finestone และ Bass (1985:80 - 85) ได้ทำการศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือกันและกันในผู้ป่วยจิตเวช และเกิดผลดีต่อครอบครัวของสมาชิก โดยเฉพาะครอบครัวที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยให้สมาชิกสามารถพูดถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยเกิดจากความเครียดซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากครอบครัว หรือสมาชิกในกลุ่ม และจะทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดอีก สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ เช่น การปรับตัวของสมาชิกที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคจิต การยอมรับความผิดปกติของกลุ่ม

Redburn และ Jurelich (1989 : 89 – 98) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ครอง โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือกันและกัน พบว่า ความโศกเศร้าลดลง ความมีคุณค่าความพึงพอใจในชีวิต ความว่าเหว และความสามารถเปลี่ยนแปลงในระดับปานกลาง Trojan (1989 : 225 – 232) ได้รายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจถึงประโยชน์การเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันและกัน (self – help group) ของสมาชิก 232 คน จากกลุ่มโรคต่าง ๆ 65 กลุ่ม โดยการ

สัมภาษณ์ และเข้าไปร่วมกิจกรรม เพื่อสังเกตกลุ่ม ผลปรากฏว่าสมาชิกมากกว่าร้อยละ 90 บรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ในด้านความเครียดที่เกิดจากโรค กลุ่มช่วยให้ความเครียดลดลง และมีความสามารถเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงกระตุ้นทางสังคมในด้านสัมพันธภาพ กับครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ช่วยให้เกิดผลดีในการเพิ่มความสามารถของการใช้ระบบบริการสุขภาพ และขยายกิจกรรมทางสังคม ที่เกี่ยวข้อง กับระบบบริการสุขภาพ

### 2.7.2 งานวิจัยในประเทศ

วิมลพรรณ นิธิพงศ์ (2534 : ก - ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุก่อน และหลังการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เกสรี เลิศประไพ (2539 : ก - ข) ศึกษาประสิทธิผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันและกันต่อความบกพร่องในการดูแลกันและกัน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 78 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความบกพร่องในการดูแลตนเองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันและกัน และลดลงมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสอนตามปกติ

ตฤณี ชุนทะวัต (2540 : 205) ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือกันและกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมประชุมกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าก่อนเข้ากลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

นันทา เกียรติกังวาลไกล (2540 : ก - ข) ศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือกันและกันต่อพฤติกรรม เชนิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มช่วยเหลือกันและกันมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญ และแก้ปัญหาได้ และช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความเครียดทางอารมณ์ได้ดีขึ้น

ไพบรียพันธ์ กสิพันธ์ (2541 : 86-89) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยตนเอง (Self help group) ที่มีต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โดยเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้เข้ากลุ่ม กับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ภายหลังการเข้ากลุ่มในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศ จะเห็นว่า กลุ่มช่วยเหลือกันและกัน สามารถนำไปปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางกาย และทางจิต ช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่ม

ขึ้น ลดความเครียด ความวิตกกังวล สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหามากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะศึกษา  
การจัดทำกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก  
อายุ 3-6 ปี ณ ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชานุกูล โรงพยาบาลราชานุกูล ที่ก่อตั้งขึ้นมาตั้งแต่ปี 2541  
ว่าจะมีผลต่อความสามารถในการฝึกเด็กด้านการช่วยเหลือตนเองหรือไม่อย่างไร

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการสร้างเครื่องมือ
3. แบบแผนการทดลองและการดำเนินการทดลอง
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือกันและกันของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กพรานนุกูล (คลองกุ่ม) จำนวน 20 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี ที่มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จำนวน 10 คน

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการสร้างเครื่องมือ

##### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี
2. แบบประเมินความสามารถในการสอนทักษะการช่วยเหลือตนเอง เด็กปัญญาอ่อนของผู้ปกครอง
3. แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี
4. แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันและกันของผู้ปกครอง

##### ขั้นตอนการดำเนินการสร้างเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของผู้ปกครองและรายได้ครอบครัวเฉลี่ย
2. แบบประเมินความสามารถในการสอนทักษะการช่วยเหลือตนเอง เด็กปัญญาอ่อนของผู้ปกครอง

- 2.1 ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักการสอน วิธีการสอน และเทคนิคการสอนบุคคลปัญญาอ่อน
- 2.2 นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบประเมินความสามารถในการสอนทักษะการช่วยเหลือตนเองเด็กปัญญาอ่อนของผู้ปกครอง
- 2.3 นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ผู้เชี่ยวชาญได้แก่
  - 2.3.1 นางมีจรรย์ ไอสถานนท์ พยาบาลวิชาชีพ 8 ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลด้านวิชาการ
  - 2.3.2 นางสาวจันทิมา จินตโกวิท พยาบาลวิชาชีพ 8 รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต
  - 2.3.3 นางสุจิตรา ศรีสุโร พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 2
- 2.4 นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบลำดับขั้นตอนวิธีการสอน ข้อบกพร่องและตัวแปรแทรกซ้อน รวมทั้งการใช้ภาษาให้เหมาะสม

### 3. แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3 – 6 ปี

- 3.1 ผู้วิจัยคัดรายการประเมินทักษะการช่วยเหลือตนเองจากคู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด- 5 ปี ของโรงพยาบาลราชานุกูล ตามหมวดทักษะย่อย ดังนี้
 

3.1.1 การกินและการดื่ม จำนวน	21	ข้อ
3.1.2 การแต่งตัว จำนวน	15	ข้อ
3.1.3 การขับถ่าย จำนวน	11	ข้อ
3.1.4 การทำความสะอาดร่างกาย จำนวน	10	ข้อ
- 3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบพัฒนาการด้านทักษะการช่วยเหลือตนเองของเด็กที่มารับบริการส่งเสริมพัฒนาการที่ศูนย์ ฯ จำนวน 30 คน จากสมุดตรวจวัดพัฒนาการ ณ เดือนเมษายน 2543 เพื่อหาข้อทักษะ ที่เด็กทั้ง 30 คน ทำได้และทำไม่ได้ ปรากฏว่า
 

ทักษะที่เด็กทั้ง 30 คน ทำได้มี	23	ข้อ
ทักษะที่เด็กทั้ง 30 คน ทำไม่ได้มี	14	ข้อ
- 3.3 ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินและคู่มือการใช้แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก โดยคัดข้อทักษะที่เด็กทำได้ทั้งหมด และข้อทักษะที่ยากเกินไปสำหรับเด็กออก ดังนั้น ในแบบประเมินที่สร้างขึ้นจึงมีข้อทักษะเป็นรายการประเมิน 30 ข้อ โดยแบ่งเป็น
 

3.3.1 การกินและการดื่ม	12	ข้อ
------------------------	----	-----

3.3.2 การแต่งตัว	7	ข้อ
3.3.3 การขับถ่าย	7	ข้อ
3.3.4 การทำความสะอาดร่างกาย	4	ข้อ

และในแบบประเมินจะมีเนื้อหาครอบคลุมถึงอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมิน วิธีการประเมิน และเกณฑ์การตัดสิน

3.4 นำแบบประเมินที่รวบรวมขึ้นใหม่ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข ผู้เชี่ยวชาญได้แก่

3.4.1 นางมัชฌิ โอสถานนท์ พยาบาลวิชาชีพ 8 ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล  
ด้านวิชาการ

3.4.2 นางสาวจันทิมา จินตโกวิท พยาบาลวิชาชีพ 8 วิชาการหัวหน้ากลุ่มงาน  
ส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต

3.4.3 นางสุจิตรา ศรีสุไร พยาบาลวิชาชีพ 8 หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 2

4. แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันและกันของผู้ปกครอง

4.1 ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมช่วยเหลือกันและกัน  
(self help group)

4.2 สร้างแผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ร่วมกับผู้ปกครอง สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 12 ครั้ง ใช้เวลา 1 ปี ดังนี้

ครั้งที่ 1 (เมษายน 2543) การสร้างความคุ้นเคยและปฐมนิเทศ

ครั้งที่ 2-11 (พฤษภาคม 2543 – มีนาคม 2544) การพูดคุยถึงปัญหาความยุ่งยากในการดูแลบุตรในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแนวทางการช่วยเหลือ การสอน และการแก้ปัญหาต่าง ๆ โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งดังนี้

1. ระยะเวลาเริ่มต้นสัมพันธภาพ

เป็นระยะของการทำความรู้จัก แนะนำตัว สร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ปกครองซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มกับผู้วิจัย และระหว่างสมาชิกด้วยกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่เป็นมิตร ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้สมาชิกเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายของการเข้ากลุ่ม การดำเนินงานของกลุ่ม กฎระเบียบและแนวทางในการปฏิบัติ

2. ระยะเวลาดำเนินการ

เป็นระยะที่เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในครั้งแรก ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่เป็นประธานเป็นผู้ดำเนินการในครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานภายในกลุ่ม กระตุ้นให้





X	แทน	การจัดทำกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน (Treatment)
T <sub>3</sub>	แทน	การทดสอบหลังการทดสอบ (Posttest) ผู้ปกครองโดยใช้แบบประเมินความสามารถผู้ปกครองในการสอนทักษะ
T <sub>4</sub>	แทน	การทดสอบหลังการทดสอบ (Posttest) เด็กปัญญาอ่อนโดยใช้แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือตนเอง

#### วิธีการดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยบอกความสำคัญของการทำกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ให้แก่ผู้ปกครองที่มารับบริการและสนับสนุนให้ผู้ปกครองจัดทำกลุ่มขึ้นเองตามความสมัครใจ
  2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความสามารถในการสอนทักษะการช่วยเหลือตนเองของผู้ปกครองและประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (Pretest)
  3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าเป็นผู้ประสานภายในกลุ่มทุกครั้งที่คุณปกครองนัดทำกลุ่มจำนวน 12 ครั้ง ทุละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นระยะเวลา 1 ปี (เมษายน 2543 – มีนาคม 2544)
  4. เมื่อผู้ปกครองจัดทำกลุ่มครบ 12 ครั้ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินผู้ปกครองและเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินชุดเดิม (Posttest)
  5. นำข้อมูลที่ได้มาจากการประเมินมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติ
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
1. หาค่าสถิติพื้นฐาน คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
  2. เปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ปกครองและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบของวิลคอกซัน (Wilcoxon Matched Pairs Singed-Rank Test)

## บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

- ตอนที่ 1      ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 2      ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่าง
- ตอนที่ 3      ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี

### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง และแปลความหมายจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

N	แทน	จำนวนผู้ปกครอง , จำนวนเด็ก
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
T	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการทดสอบของ Wilcoxon Matched Pairs Singed-Rank Test

## ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดและรายได้ครอบครัวเฉลี่ย

สถานภาพ	จำนวน (คน)
<b>เพศ</b>	
ชาย	1
หญิง	9
<b>อายุ</b>	
ต่ำกว่า 20 ปี	2
20-29 ปี	-
30-39 ปี	6
40-49 ปี	1
50-59 ปี	-
60 ปีขึ้นไป	1
<b>สถานภาพสมรส</b>	
โสด	2
คู่	7
หม้าย/หย่า	1
<b>ระดับศึกษา</b>	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	4
มัธยมศึกษา	1
อาชีวศึกษา	3
ปริญญาตรีขึ้นไป	2
<b>รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน</b>	
ต่ำกว่า 5,000 บาท	-
5,001-10,000 บาท	-
10,001-50,000 บาท	10
50,001 บาทขึ้นไป	-

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 9 คน มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุดคือมีจำนวน 6 คน สถานภาพสมรส คู่ มีมากที่สุดคือ 7 คน ระดับการ

ศึกษาสูงสุดมีการศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด คือ 4 คน รองลงมาเป็นระดับอาชีวศึกษามีจำนวน 3 คน และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 10,001-50,000 บาท

- ตอนที่ 2** ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่าง
- ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความสามารถของผู้ปกครอง ในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองก่อนและหลังการจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน

ความสามารถในการฝึกของผู้ปกครอง	N	X	SD	T
ก่อนการจัดกลุ่ม	10	5	3.23	
หลังการจัดกลุ่ม	10	12.4	2.54	3**

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 แสดงว่าความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเอง ให้แก่เด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี หลังการจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

- ตอนที่ 3** ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี
- ตาราง 6** เปรียบเทียบความสามารถในทักษะด้านการช่วยเหลือของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี ก่อนและหลังผู้ปกครองจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน

ความสามารถในทักษะการช่วยเหลือตนเอง	N	$\bar{X}$	SD	T
ก่อนผู้ปกครองจัดทำกลุ่ม	10	4.2	2.70	
หลังผู้ปกครองจัดทำกลุ่ม	10	9.7	4.18	3**

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 6 แสดงว่าความสามารถในทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี หลังจากผู้ปกครองจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน และได้รับการฝึกจากผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี ซึ่งมีขั้นตอนของการวิจัยและผลโดยสรุป ดังนี้

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดกลุ่มผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือกันและกัน ในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี ก่อนและหลังการจัดทำกลุ่ม

#### สมมุติฐาน

1. ความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเอง ของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี หลังการจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันเพิ่มขึ้น
2. ความสามารถของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี หลังการจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันเพิ่มขึ้น

#### ขอบเขตการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชานุกูล (คลองกุ่ม) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541-2543 จำนวน 20 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงระดับรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี ที่มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จำนวน 10 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี
2. แบบประเมินความสามารถในการสอนทักษะการช่วยเหลือตนเองเด็กปัญญาอ่อนของผู้ปกครอง
3. แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี
4. แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันและกันของผู้ปกครอง

### วิธีการดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยบอกความสำคัญของการทำกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน ให้แก่ผู้ปกครองที่มาใช้บริการและสนับสนุนให้ผู้ปกครองจัดทำกลุ่มขึ้นเองตามความสมัครใจ
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความสามารถในการสอนทักษะการช่วยเหลือตนเองของผู้ปกครองและประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (Pretest)
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าเป็นผู้ประสานภายในกลุ่มทุกครั้งและผู้ปกครองนัดทำกลุ่มจำนวน 12 ครั้ง ทุละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นระยะเวลา 1 ปี (เมษายน 2543 – มีนาคม 2544)
4. เมื่อผู้ปกครองจัดทำกลุ่มครบ 12 ครั้ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินผู้ปกครองและเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินชุดเดิม (Posttest)
5. นำข้อมูลที่ได้มาจากการประเมินมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน คือ ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ปกครองและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบของวิลคอกซัน (Wilcoxon Matched Pairs Signed-Rank Test)

### สรุปผลการวิจัย

1. ความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี หลังการจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. ความสามารถในทักษะด้านการช่วยเหลือตนเอง ของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี หลังการจัดทำกลุ่มผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือกันและกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการจัดกลุ่มผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือกันและกันในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากอายุ 3-6 ปี พบว่าความสามารถในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของผู้ปกครอง และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี หลังการจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าการจัดทำกลุ่มผู้ปกครองช่วยเหลือกันและกันที่ประกอบไปด้วยผู้ปกครองที่มี

ลักษณะและปัญหาคล้ายคลึงกันทำให้ผู้ปกครองที่เข้ากลุ่มรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น การได้ระบายปัญหาความรู้สึกอัดอั้นต่าง ๆ ภายในใจออกมา ทำให้ผู้ปกครองหลาย ๆ คนรู้สึกว่าตนเองไม่ได้มีความทุกข์อยู่คนเดียว ยังมีเพื่อนที่มีความทุกข์และมีปัญหาเช่นเดียวกัน บางคนมีมากกว่าด้วยซ้ำ ทำให้ผู้ปกครองที่เข้ากลุ่มกล้าเผชิญกับปัญหา ยอมรับว่าอะไรคือปัญหามากกว่า จะถามว่าทำไมจึงเกิดปัญหา ส่งผลให้ผู้ปกครองที่เข้ากลุ่มเข้าใจตนเองและเด็กปัญญ่อ่อนมากขึ้น ขณะเดียวกันกระบวนการในการทำกลุ่มยังช่วยกระตุ้นให้ผู้ปกครองประเมินตนเองได้ว่าขณะนี้อะไรเกิดขึ้นกับเขา และเขากำลังทำอะไร ผู้ปกครองในกลุ่มคนอื่น ๆ ทำอย่างไรในการแก้ไขปัญหาของเขา และสมาชิกแต่ละคนจะเลือกวิธีอะไรมาใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของเอกซีสเทนเชียลและเกสตัลท์ (Existential and Gestalt Theory) ซึ่งกล่าวว่าการตระหนักถึงสภาพที่เกิดขึ้นที่นี่และเดี๋ยวนี้ (Here and now) ของบุคคลจะทำให้บุคคลยอมรับตนเองในสภาพปัจจุบันและพัฒนาตนเองสู่ระดับที่สมบูรณ์ได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกิลเบย์ (Gilbay , 1987 ; Robinson, 1985) ที่อธิบายไว้ว่า การได้เห็นผู้ที่มีปัญหาล้ายกับตนสามารถเผชิญปัญหาได้ จะเป็นแบบอย่างที่ดีที่ทำให้ตนนึกปฏิบัติตาม เกิดลักษณะของการเลียนแบบพฤติกรรมขึ้น นำไปสู่ความหวังว่าตนก็น่าจะเผชิญ กับปัญหาได้เช่นเดียวกับเขา คำแนะนำ และความช่วยเหลือที่ผู้ปกครองแต่ละคนให้กับกลุ่มจะสะท้อนกลับมาสู่ตนเอง เกิดเป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Silverman, 1980 cited in Newton, 1984 : 28) เหมือนกับการจัดทำกลุ่มผู้ปกครองเพื่อช่วยเหลือกันและกันครั้งนี้ ที่สามารถทำให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน จึงยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาต่าง ๆ บนพื้นฐานของความเข้าใจเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน โดยคำแนะนำหรือแนวทางที่ได้มานั้นจะเป็นคำแนะนำหรือแนวทางง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริงและมีผู้ปฏิบัติแล้วเป็นผลสำเร็จ ซึ่งบางคำแนะนำสมาชิกในกลุ่มไม่สามารถหาได้จากนักวิชาการทั้งหลาย การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองของผู้ปกครองที่มีลักษณะเช่นเดียวกันนี้เอง ทำให้ผู้ปกครองที่เข้ากลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน ลดความกลัว ความกังวล ความเครียด จนสามารถยอมรับสิ่งเหล่านี้ได้อย่างจริงใจที่จะเผชิญกับปัญหาจนสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ล่วงไปด้วยดี ส่งผลให้ผู้ปกครองสามารถฝึกเด็กปัญญ่อ่อนในปกครองให้มีความสามารถในด้านการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นลดภาระการดูแลเด็กลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของคานาน เค เอส บรัมเมล สมิธ (Kahan, K.S. Brammel-Smith, 1985:644) ที่ศึกษาพบว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือกันและกัน สำหรับญาติผู้ป่วย Alzheimer ทำให้ญาติมีความรู้เรื่องโรคมมากขึ้น เป็นผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง

### ผลที่ได้จากงานวิจัย

1. เป็นแนวทางการดำเนินการให้ครอบครัวเข้มแข็ง เพราะการทำกลุ่มทำให้ครอบครัวมีแนวทางการแก้ปัญหา มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันก่อให้เกิดความเอื้ออาทรช่วยเหลือกันและกัน
2. เป็นแนวทางสำหรับการจัดทำกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันในหอผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ และให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล และทางการศึกษา ในการทำกลุ่ม
4. เป็นแนวทางในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองในเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรง ถึงรุนแรงมากสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง
5. เป็นเอกสารทางวิชาการที่นักวิชาการสามารถใช้อ้างอิง และนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ผู้ประสานงานภายในกลุ่มต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่อง ภาวะปัญญาอ่อน บุคคลพิการแต่ละประเภท พัฒนาการของเด็กแต่ละวัย เทคนิคการปรับพฤติกรรม การส่งเสริมพัฒนาการ กฎหมายและสิทธิประโยชน์ของบุคคลพิการ และแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ทางสังคม เพราะผู้ประสานงานต้องเป็นผู้คอยชี้แนะ แก้ไขประสบการณ์ที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้รับความรู้ ประสบการณ์ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมแต่ไม่ใช่ผู้ชี้ผิดชี้ถูก
2. ผู้ประสานงานภายในกลุ่ม ต้องไม่เตรียมปัญหาหรือข้อเสนอแนะใด ๆ ไปเสนอในกลุ่มต้องเป็นเพียงคอยประสานสัมพันธ์ สร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นขณะทำกลุ่มรวมทั้งไม่เป็นผู้สรุปแนะนำแนวทางให้สมาชิกนำไปปฏิบัติ เพียงแต่คอยกระตุ้นให้สมาชิกสรุปและตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมสำหรับตนนำไปปฏิบัติเท่านั้น
3. การไปติดตามเยี่ยมผู้ปกครองทุกคนที่เข้ากลุ่ม จะทำให้เราทราบว่าผู้ปกครองนำแนวทางที่ได้จากกลุ่มไปปรับใช้อย่างไร ในการนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านดังนี้
  - อธิบายให้ผู้ปกครองที่เข้ากลุ่มทุกรายทราบถึงวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน กำหนดวัน ออกไปเยี่ยมบ้านกับผู้ปกครอง ขอแผนที่บ้านและศึกษาแผนที่บ้านให้เข้าใจ
  - พุดคุยซักถามกิจวัตรประจำวันของผู้ปกครองว่าใน 1 วัน มีกิจกรรมอะไรบ้าง ช่วยจัดสรรเวลา จัดตารางกิจวัตรประจำวันงานบ้านและการฝึกสอนเด็กที่บ้านโดยเน้นการฝึกสอนในสถานการณ์ที่เป็นจริง
  - สังเกตสภาพแวดล้อมทั่วไปของบ้าน การจัดบ้านและสถานที่ต่างๆแนะนำและช่วยจัดบ้าน และตกแต่งสถานที่ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้เด็กสนใจทำกิจกรรมด้วยตนเองมากขึ้น เช่น ติดภาพการ์ตูนในห้องน้ำ จัดไฟที่มีแสงสว่างเพียงพอ เด็กจะได้ไม่กลัวห้องน้ำ หรือ ซื่อชักโครกเด็กมาวางทับชักโครกที่บ้าน เพื่อเด็กจะได้นั่งถนัดมากขึ้น เป็นต้น



- สังเกตวิธีการแก้ปัญหาและการสอนเด็กของผู้ปกครองขณะไปเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ปกครองนำแนวทางที่ได้จากกลุ่มไปปรับใช้ บางรายได้ผลเป็นอย่างดี เนื่องจากมีความอดทนสม่ำเสมอ และ คงเส้นคงวา ในรายที่ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร พบว่า เกิดจากการฝึกไม่ต่อเนื่อง ผู้ปกครองมีงานบ้านมากไม่มีเวลา ไม่ปล่อยให้เด็กลองทำดูช่วยเหลือเด็กมากเกินไป และ บุคคลอื่นในครอบครัวไม่เข้าใจ
4. การทำครอบครัวบำบัดร่วมกับทีมสหวิชาชีพหลังจากการทำกลุ่มและเยี่ยมบ้านจะช่วยให้ปัญหาการเลี้ยงดูที่ขัดแย้งกัน บุคคลอื่นในบ้านที่ไม่เข้าใจลดลง ทำให้ทุกคนในบ้านสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ปกครองคนที่ฝึกเด็ก ฝึกเด็กได้ง่ายขึ้น แก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น เด็กช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น ลดภาระกับผู้เลี้ยงดู
  5. การติดตามเยี่ยมบ้านอีกครั้งหลังจากวิจัยสิ้นสุดลง ทำให้ผู้ปกครองฝึกสอนและแก้ไข ปัญหาของเด็กได้อย่างต่อเนื่อง และเราสามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือเด็กเมื่อมีปัญหาใหม่เกิดขึ้นได้ทันที

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรทดลองศึกษาผลของการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน ในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กปัญญาอ่อนแต่ละระดับ แต่ละวัยของผู้ปกครอง
2. ควรทดลองศึกษาผลของการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน ที่มีต่อการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของบุคคลปัญญาอ่อนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่
3. ควรทดลองศึกษาการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองบุคคลปัญญาอ่อนวัยรุ่น บุคคลปัญญาอ่อนวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น

## บรรณานุกรม

- กัลยา สุตะบุตร. "การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อน ICD-10" วารสารราชานุกูล. 7:24-28; กันยายน - ธันวาคม 2535.
- เกสรี เลิศประไพ. ประสิทธิภาพการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุข ศษศาสตร) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- ชวลา เรียรธนู. การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ครอบครัวผู้มีบุตรเป็นปัญญาอ่อน. วารสารราชานุกูล. โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว. กรุงเทพฯ ๙, 2533.
- ชวลา เรียรธนูและกัลยา สุตะบุตร. ความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : กองโรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. แบบแผนการทดลองและสถิติ. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.
- ดรุณี ชุนนะวัต. การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในการดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปทางการพยาบาล. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : บริษัท วิกิกลีนจำกัด, 2539.
- นันทา เกียรติกังวาลไกล. ผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- นิภา ศรีไพโรจน์. สถิติอนพาราเมตริก. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ โอ.เอส. ปรินติ้งเฮาส์, 2533.
- ไพบรียก กสิพันธ์. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- รัตนา ทองสวัสดิ์. การปฏิบัติการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพตนเอง. วิชาชีพการพยาบาล : ประเด็นและแนวโน้ม. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ช้างเผือกคอมพิวเตอร์กราฟฟิก, 2532.

วิมลพรรณ นิธิพงศ์ ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและ  
การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการ  
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2535

สุจิตรา ศรีสุโรและคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีความรู้  
และทัศนคติของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรปัญญาอ่อนวัย  
1 ปี 6 เดือน 3 ปี ในโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลราชานุกูล.  
โรงพยาบาลราชานุกูล กระทรวงสาธารณสุข, 2541.

Adams. Mutual – help Groups : enhancing the Coping Ability of Oncological Client.  
Cancer Nursing. April, 1979.

Cole, S.A. Self – help group. In Kapiian and Sadock (ed.) , Comprehensive group  
psychotherapy, USA : Willian & Willkins, 1983 : 144-150.

Kahan, J., Kemp, B., Staples, F.R., and Brummel – S. Decreasing the burden in  
Families Caring for relative with a dementing illness. A controlled study. J.

Marrani, Gwen D. **The Group Approach in Nursing Practice.** Saint Louise : The  
C.V. Mosby Company, 1973.

Newton , G. Self – Help Groups. Journal of Psychosocial Nursing . July 1984.

Resnick W.M. Nursing and the Voluntary Association Origin. Development and  
collaboration. Nurs Clin North Am. 21 (3), 1986 : 515 – 525.

Richardson, A. **Social Help and Social Care : Mutual Aid Organization in Practice.**  
Policy Studies Institute. London, 1985.

Robinson , D. Self – help Groups. Br J Hosp Med. 34 ( 2 ) , 1985 : 109 – 111.

Rose, L. Finestone, K. and Bass, J. Group support for the families of psychiatric patients.  
J Psychosoc. Nurs. Ment. Health. Serv. 1985, 23(2) : 24.

Trojan, A. Benefits of self – help Group : A Survey of 232 Members from 65 Disease-  
related Group. Soc Sci Med. 29(2), 1989 : 225 - 232.

Redburn , D.E. & Jurelich , M. Some Consideration for Using Windowed Self-help Group  
Leaders. Gerontol Geriatr Educ. 9(3) , 1989 : 89-98.

## ภาคผนวก

- รายนามผู้เชี่ยวชาญ
- แบบประเมินความสามารถผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี ในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเอง
- แบบประเมินทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี
- แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก
- ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมพยาบาลทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองที่ได้จากการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน

## ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. นางมัจรี ไอสถานนท์ ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านวิชาการ
2. นางสาวจันทิมา จินตโกวิท รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต
3. นางสุจิตรา ศรีสุโร หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กเล็ก 2

**แบบประเมินความสามารถผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก  
อายุ 3-6 ปี ในการฝึกทักษะด้านการช่วยเหลือตนเอง**

ตอนที่ 1 คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย  ลงใน ( ) หรือ เติมข้อความลงในช่องว่างตามสภาพที่เป็นจริงของผู้ปกครองมากที่สุด

1. เพศ

1. ( ) ชาย

2. ( ) หญิง

2. อายุ

1. ( ) ต่ำกว่า 20 ปี

3. ( ) 30-39 ปี

2. ( ) 20-29 ปี

4. ( ) 40-49 ปี

5. ( ) 50-59 ปี

6. ( ) 50 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ( ) ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

3. ( ) อาชีวศึกษา

2. ( ) มัธยมศึกษา

4. ( )ปริญญาตรีขึ้นไป

4. สถานภาพสมรส

1. ( ) โสด

2. ( ) คู่

3. ( ) หม้าย/หย่า

5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย

( ) ต่ำกว่า 5,000 บาท

( ) 5,001-10,000 บาท

( ) 10,001-50,000 บาท

( ) 50,000 บาทขึ้นไป

ตอนที่ 2

ข้อที่	รายการพฤติกรรมในการฝึก	ทำได้/มี	ทำไม่ได้/ไม่มี
1.	จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมเหมาะสม		
2.	เตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับเรื่องที่ฝึก		
3.	จัดเวลาฝึกในสถานการณ์ที่เป็นจริง		
4.	ฝึกสม่ำเสมอทุกวัน		

ข้อที่	รายการพฤติกรรมในการฝึก	ทำได้/มี	ทำไม่ได้/ไม่มี
5.	มีแนวทางในการฝึกเรื่อง การรับประทานอาหาร		
6.	มีแนวทางในการฝึกเรื่อง การดูตลอด , การดื่ม		
7.	มีแนวทางในการฝึกเรื่อง การขับถ่าย		
8.	มีแนวทางในการฝึกเรื่อง การแต่งตัว		
9.	มีแนวทางในการฝึกเรื่อง การทำความสะอาดร่างกาย		
10.	มีแนวทางในการฝึกเรื่อง การเคี้ยวและการกลืน		
11.	ให้โอกาสเด็กในการปฏิบัติก่อนให้การช่วยเหลือ		
12.	กระตุ้นเตือนด้วยวาจาหรือท่าทางเมื่อเด็กไม่ปฏิบัติตามกิจกรรม		
13.	ให้แรงเสริมทางบวกเมื่อเด็กทำงานได้		
14.	ลดความช่วยเหลือเมื่อเด็กเริ่มทำได้		
15.	ปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขณะฝึก		

## คู่มือการใช้แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือตนเองของเด็กปัญญาอ่อน ระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี

### ลักษณะทั่วไปของแบบประเมิน

แบบประเมินชุดนี้ เป็นแบบประเมินความสามารถในทักษะช่วยเหลือตนเอง จำนวน 30 ข้อ ซึ่งนำมาจากทักษะการช่วยเหลือตนเองและสังคมของคู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี โรงพยาบาลราชานุกูล โดยคัดเลือกเฉพาะทักษะการช่วยเหลือตนเอง และตัดข้อทักษะที่เด็กปัญญาอ่อน จำนวน 30 คน ณ เมษายน 2543 ทำได้และไม่ได้ทั้งหมดออก

### ความมุ่งหมายของแบบประเมิน

แบบประเมินชุดนี้สร้างขึ้น เพื่อประเมินความสามารถในทักษะการช่วยเหลือตนเอง เด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือกันและกันของผู้ปกครอง

### วิธีการประเมินทักษะ

1. ผู้ดำเนินการประเมินศึกษาแบบประเมินให้เข้าใจ
2. เตรียมสื่อ - อุปกรณ์ ในการประเมินให้พร้อม
3. การประเมิน ผู้ประเมินจะดำเนินการ
  - 3.1 ประเมินทักษะแต่ละรายการโดยไม่ให้ความช่วยเหลือหรือชี้แนะ
  - 3.2 สัมภาษณ์ผู้ปกครองและให้ผู้ปกครองบันทึกเวลาในบางรายการประเมิน

### การตรวจให้คะแนน

- เกณฑ์การให้คะแนน มี 2 ระดับ
- เด็กทำได้ตามเกณฑ์ ให้ 1 คะแนน
- เด็กทำไม่ได้ตามเกณฑ์ ให้ 0 คะแนน



**แบบประเมินทักษะการช่วยเหลือของเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรง  
ถึงรุนแรงมาก อายุ 3-6 ปี**

ชื่อเด็ก..... วันที่ประเมิน.....

ผู้ประเมิน..... คะแนนที่ได้.....

คำชี้แจง ผู้ประเมิน ประเมินตามรายการประเมินทีละข้อ

ถ้าเด็กทำได้ตามเกณฑ์ให้ 1 คะแนน

ถ้าเด็กทำไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ 0 คะแนน

ข้อที่	รายการประเมิน	อุปกรณ์	วิธีประเมินและเกณฑ์ตัดสิน	ทำได้	ทำไม่ได้
1.	การกิน และการดื่ม ถือช้อนและพยายามเอา อาหารเข้าปาก	ช้อน	ตักอาหารใส่ช้อนยื่นให้เด็ก ผ่าน เด็กถือช้อนและ พยายามเอาช้อนเข้าปาก		
2.	กัด เคี้ยว และกลืนได้	ขนมปังกรอบ, คุกกี้	ยื่นขนมปังกรอบหรือคุกกี้ ให้เด็ก ผ่าน เด็กเอาขนมปังหรือ คุกกี้เข้าปาก กัด 1 คำ เคี้ยวและกลืนได้		
3.	ดื่มน้ำจากแก้ว โดยไม่มี การช่วยเหลือแต่ยังหก และวางแก้วลงที่เดิม	แก้วมีหู ใส่น้ำครึ่งแก้ว	วางแก้วตรงหน้าเด็กบอก ให้เด็กดื่มน้ำ ผ่าน เด็กยกแก้วขึ้นดื่ม อาจมีน้ำหกบ้าง และวาง แก้วบนโต๊ะ		
4.	ใช้ช้อนตักอาหารเข้าปาก แต่ยังมีอาหารหกมาก	-อาหารที่ตักง่ายเช่น ไข่ตุ๋น - ช้อนและถ้วย	ขณะเด็กรับประทานอาหารวาง อาหารไว้ตรงหน้าเด็กบอกให้ เด็กรับประทานอาหาร ผ่าน เด็กใช้ช้อนตักอาหาร เข้าปากได้บ้างอาจหก		

ข้อที่	รายการประเมิน	อุปกรณ์	วิธีประเมินและเกณฑ์ตัดสิน	ทำได้	ทำไม่ได้
5.	เคี้ยวอาหารที่ตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ	- อาหารปกติตัดเป็นชิ้นเล็ก	เมื่อเด็กดักอาหารใส่ปาก บอกให้เด็กเคี้ยวอาหาร ผ่าน เด็กเคี้ยวและกลืนอาหารปกติได้		
6.	ดื่มน้ำจากแก้วและวางคืนที่เดิมโดยไม่หก	แก้วขนาดเล็กใส่น้ำครึ่งแก้ว	วางแก้วน้ำตรงหน้าเด็ก บอกให้เด็กดื่มน้ำ ผ่าน เด็กยกแก้วขึ้นดื่มและวางคืนที่เดิมได้เองโดยไม่หก		
7.	ใช้ช้อนตักอาหารกินโดยไม่หก	- ถ้วยใส่อาหารที่เด็กชอบ - ช้อน	ขณะเด็กรับประทานอาหาร บอกให้เด็กใช้ช้อนตักอาหารใส่ปาก ผ่าน เด็กใช้ช้อนตักอาหารกินโดยไม่หก		
8.	ใช้หลอดดูดของเหลวได้	- หลอดกาแฟ - แก้วหรือกล่องเครื่องดื่มที่มีหลอดอยู่	วางแก้วหรือกล่องเครื่องดื่มที่มีหลอดอยู่บอกให้เด็กดูดของเหลวจากหลอด ผ่าน เด็กดูดได้ประมาณ 2 ออนซ์ โดยใช้หลอดดูด		
9.	ใช้ส้อมจิ้มอาหาร	- ส้อม - อาหารตัดเป็นชิ้นขนาดพอคำ เช่น ขนม ผลไม้	วางอาหารว่างไว้บนโต๊ะ บอกให้เด็กใช้ส้อมจิ้มอาหารรับประทาน ผ่าน เด็กใช้ส้อมจิ้มอาหารเข้าปากได้		
10.	กินอาหารด้วยช้อนและส้อมถูกต้อง	- อาหาร - ช้อนและส้อม	ขณะรับประทานอาหาร บอกให้เด็กใช้ช้อนกับส้อมตักอาหารรับประทาน ผ่าน เด็กใช้ช้อนและส้อมได้ถูกต้อง		

ข้อที่	รายการประเมิน	อุปกรณ์	วิธีประเมินและเกณฑ์ตัดสิน	ทำได้	ทำไม่ได้
11.	หน้าจากเหยือก โดยไม่หกและวางเหยือกกลับที่เดิม	-เหยือกขนาดเล็ก ใส่น้ำ 3 ใน 4 ของเหยือก - แก้ว	บอกให้เด็กหน้าจากเหยือกใส่แก้ว <u>ผ่าน</u> เด็กเทใส่ได้โดยไม่หกหรือล้นและวางเหยือกลงที่เดิม		
12.	ใช้ช้อนตักอาหารเป็นชิ้นเล็ก ๆ	- ช้อน - อาหาร เช่น ไข่ตุ๋น ไข่เจียว, มะละกอ, กุ้ง	บอกให้เด็กใช้ช้อนตักอาหารให้ทำ 3 ครั้ง โดยใช้อาหารต่างชนิดกันอย่างน้อย 2 ชนิด <u>ผ่าน</u> เด็กใช้ช้อนตักอาหารเป็นชิ้น ๆ จำนวน 2 ใน 3 ครั้ง		
13.	การแต่งตัว ใส่หมวกได้เอง	หมวก	วางหมวกไว้ข้างหน้าเด็กบอกให้เด็กหยิบหมวกขึ้นมาใส่ <u>ผ่าน</u> เด็กถอดหมวกได้เอง		
14.	ถอดกางเกงขาสั้น เอวยืดได้เอง	-กางเกงขั้้นใน -กางเกงขาสั้นเอวยืดตัวหลวม	ขณะเด็กเข้าห้องน้ำ บอกให้เด็กถอดกางเกง <u>ผ่าน</u> เด็กถอดกางเกงได้เอง		
15.	ใส่รองเท้าได้	รองเท้าขนาดใหญ่กว่าเท้าเด็กเล็กน้อย	ขณะเด็กเตรียมตัวกลับบ้าน บอกให้เด็กหยิบรองเท้ามาใส่ <u>ผ่าน</u> เด็กใส่รองเท้า (อาจต้องผูกเชือกให้)		
16.	ใส่กางเกงได้	กางเกงขาสั้นเอวยืด	วางกางเกงตรงหน้าเด็ก บอกให้เด็กหยิบกางเกงมาใส่ <u>ผ่าน</u> เด็กใส่กางเกงได้เองโดยไม่ต้องช่วย		

ข้อที่	ร่างกายประเมิน	อุปกรณ์	วิธีประเมินและเกณฑ์ตัดสิน	ทำได้	ทำไม่ได้
17.	ถอดเสื้อยืดได้	เสื้อยืดที่ใหญ่กว่าตัวเด็กเล็กน้อย	ขณะเตรียมตัวอาบน้ำเด็กบอกให้เด็กถอดเสื้อยืดผ่าน เด็กถอดเสื้อยืดได้เองโดยไม่ต้องช่วย		
18.	รูดซิปเปิดได้	กระโปรงหรือกางเกงมีซิป	ใส่กระโปรงหรือกางเกงให้เด็กและรูดซิปปิด บอกให้เด็กรูดซิปเปิดผ่าน เด็กรูดซิปเปิดได้		
19.	ใส่เสื้อสวมทางศีรษะ	เสื้อยืดหลวม ๆ ไม่มีซิปหรือกระดุม	วางเสื้อยืดไว้ตรงหน้าเด็กบอกให้เด็กใส่เสื้อผ่าน เด็กใส่เสื้อยืดได้เอง		
20.	การขยับถ่ายเริ่มถ่ายอุจจาระเป็นเวลาวันละ 1-2 ครั้ง	-	ให้ผู้ปกครองบันทึกเวลาดำยอุจจาระในแต่ละวันของเด็กเป็นเวลา 2 สัปดาห์ผ่าน เด็กถ่ายอุจจาระเป็นเวลาวันละ 1-2 ครั้ง		
21.	เริ่มกลั้นปัสสาวะได้นาน 2-3 ชั่วโมงในตอนกลางวัน	-	ให้ผู้ปกครองบันทึกเวลาดำยปัสสาวะในแต่ละวันของเด็กเป็นเวลา 2 สัปดาห์ผ่าน เด็ก กลั้นปัสสาวะ ได้นาน 2-3 ชั่วโมงในตอนกลางวัน		
22.	แสดงท่าทางบอกได้เมื่อจะขยับถ่าย	-	เมื่อถึงเวลาขยับถ่าย เด็กสามารถแสดงท่าทางบอกให้รับรู้ได้ผ่าน เด็กแสดงท่าทางบอกเมื่อจะปัสสาวะหรืออุจจาระ		

ข้อที่	รายการประเมิน	อุปกรณ์	วิธีประเมินและเกณฑ์ตัดสิน	ทำได้	ทำไม่ได้
23.	ถอดกางเกงได้เอง ก่อนขับถ่าย	-	เมื่อถึงเวลาขับถ่าย เด็กถอด กางเกง ผ่าน เด็กถอดกางเกงได้เอง ก่อนขับถ่าย		
24.	ขับถ่ายในส้วมโดย ผู้ใหญ่ช่วยบอก	-	บอกได้เด็กไปขับถ่ายในส้วม ผ่าน เด็กถอดกางเกงขึ้นนั่ง และลงจากโถส้วมและใส่ กางเกงได้เอง		
25.	ไม่ปัสสาวะรดที่ นอนตอนกลางคืน	-	สัมภาษณ์จากผู้ปกครอง ผ่าน เด็กไม่ปัสสาวะในช่วง กลางคืนนอกจากนาน ๆ ครั้ง		
26.	ทำความสะอาด หลังขับถ่ายเมื่อผู้ ใหญ่บอกให้ทำ	-ขันน้ำ -ก๊อกน้ำฉีดชำระ	บอกให้เด็กทำความสะอาด หลังขับถ่าย ผ่าน เด็กทำความสะอาดได้ เรียบร้อยโดยผู้ใหญ่บอกให้ทำ		
27.	การทำความสะอาด ร่างกาย ล้างแขนขาของตน โดยผู้ใหญ่ช่วย บอก	ขันน้ำ , ฝักบัว	- บอกให้เด็กล้างแขนขาตนเอง ผ่าน เด็กล้างแขนขาได้โดยผู้ ใหญ่ช่วยบอก		
28.	ล้างและเช็ดมือได้ เอง	-สบู่ -ผ้าเช็ดมือ			

ข้อที่	รายการประเมิน	อุปกรณ์	วิธีประเมินและเกณฑ์ตัดสิน	ทำได้	ทำไม่ได้
29	แปรงฟันโดยผู้ ใหญ่ช่วย	- แปรงสีฟัน - ยาสีฟัน - แก้วน้ำ - กระจกเงา	บิบบยาสีฟันใส่แปรงสีฟันบอก ให้เด็กแปรงฟัน ผ่าน เด็กแปรงฟันได้ถูกต้อง โดยผู้ใหญ่ช่วยบิบบยาสีฟันและ บอกแต่ละขั้นตอน		
30.	ล้างหน้าได้เอง	- ชัน - ข่างล้างหน้า - สบู่ - ผ้าเช็ดตัว	บอกให้เด็กล้างหน้า ผ่าน เด็กล้างหน้าได้สะอาด และเช็ดให้แห้งได้เอง		

## แผนการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกันของผู้ปกครอง เด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงรุนแรงมาก

ครั้งที่ 1 การสร้างความคุ้นเคย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จัก คุ้นเคยกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. เพื่อให้สมาชิกทราบจุดมุ่งหมายและการดำเนินงานของกลุ่ม
3. เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ความรู้สึกซึ่งกันและกันที่มีต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและแนะนำตัวเอง บอกชื่อกลุ่ม ชี้แจงให้กลุ่มทราบจุดมุ่งหมาย การดำเนินงานของกลุ่ม เวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวทีละคนและเสนอแนะกฎ กติกา มารยาทของการเข้ากลุ่มและสรุปเป็นกฎ กติกา มารยาทของกลุ่ม
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่มพูดคุยถึงความประทับใจ ปัญหาต่าง ๆ และวิธีการเลี้ยงดูบ.ค. ของตนเอง เพื่อเป็นการแนะนำให้สมาชิกกลุ่มรู้จักบุตรของแต่ละคน และรู้จักกันเองมากขึ้น
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการพูดคุยกัน เพื่อให้สมาชิกรับทราบถึงรู้สึกของตนที่มีต่อสมาชิกท่านอื่นๆ ในกลุ่มพร้อมกับเลือกประธานกลุ่ม รองประธานกลุ่มและเลขานุการกลุ่ม
5. ผู้วิจัยบอกบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในกลุ่มอีกครั้ง จากนั้นให้ประธานกลุ่มเป็นผู้นัดหมายการทำกลุ่มในครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 2 – 11 การรู้จักปัญหาและการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง**  
**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกได้ระบาย พุดคุยปัญหาต่าง ๆ ของบุตร
2. เพื่อให้สมาชิกได้แนวทางปฏิบัติในการแก้ปัญหา
3. เพื่อให้สมาชิกเป็นกำลังใจให้แก่กันและกัน

**วิธีดำเนินการ**

1. ประธานกลุ่มกล่าวทักทาย ชี้แจงกฎกติกา มารยาทในการทำกลุ่ม
2. ประธานกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนพุดคุยถึงปัญหาต่าง ๆ ของบุตรหลานของตนเอง โดยให้พุดทีละคน พร้อมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มเสนอแนะประสบการณ์ให้คำแนะนำแก่สมาชิกด้วยกัน จนกระทั่งสมาชิกในกลุ่มทุกคนได้พุดถึงปัญหาของตนเอง โดยมีเลขานุการกลุ่มเป็นผู้บันทึก
3. ผู้ประสานงาน (ผู้วิจัย) กระตุ้นให้สมาชิกสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญ แนวทางปฏิบัติในการแก้ไข เพื่อให้สมาชิกสามารถนำกลับไปปฏิบัติได้จริงที่บ้าน แล้วนำกลับมาพุดคุยเล่าสู่ให้สมาชิกฟังว่าได้ผลเป็นอย่างไร ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป
4. ประธานกลุ่มนัดหมายครั้งต่อไป



ปัญหาทางการพยาบาลและกิจกรรมพยาบาลทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองที่  
ได้จากการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันและกัน

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
1. เคี้ยวอาหารไม่เป็น	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขณะรับประทานอาหารหรืออาหารว่างจัดให้เด็กนั่งเก้าอี้ ผู้ฝึกนั่งเก้าอี้ตรงข้ามกับเด็ก โดยล้างมือให้สะอาด</li> <li>2. ตัดอาหารเป็นชิ้นขนาดพอคำ (ระยะแรกในการฝึกควรเป็นอาหารนิ่ม ๆ เช่น เยลลี่)</li> <li>3. ผู้ฝึกนำอาหารไปวางไว้ตรงพินگرامด้านในเพื่อป้องกันเด็กใช้ลิ้นดันอาหารออกมาจนรู้สึกว่าการกัดนิ้วมือจึงเอานิ้วมือออก</li> <li>4. ผู้ฝึกทำท่าเคี้ยวให้เด็กดูแล้วให้เด็กเลียนแบบถ้าเด็กไม่ทำให้ใช้มือจับบริเวณขากรรไกรขยับขึ้น-ลง เหมือนกับเวลาเคี้ยวอาหาร</li> <li>5. ทำเช่นนี้ทุกครั้งที่ได้เด็กรับประทานอาหาร</li> </ol>
2. ใช้ช้อนตักอาหาร นำอาหารเข้าปากไม่ได้	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขณะรับประทานอาหารแต่ละมื้อ จัดให้เด็กนั่งเก้าอี้ ผู้ฝึกนั่งด้านหลังเด็ก เตรียมช้อนมีด้ามที่เด็กจับชนิดมือ (มีขายทั่วไป)</li> <li>2. ระยะแรกผู้ฝึกตักอาหารใส่ช้อน จับมือเด็กจับช้อนนำอาหารเข้าปากพร้อมกัน จากนั้นให้เด็กพยายามเอาช้อนออกจากปากมาวางในชามด้วยตนเอง อาจช่วยประคองบ้าง</li> <li>3. เมื่อเด็กพอทำได้ ให้เด็กจับช้อนพยายามนำอาหารเข้าปากด้วยตนเองโดยผู้ฝึกช่วยยกข้อศอกเพื่อให้เด็กยกแขนขึ้น และช่วยดูให้เด็กนำอาหารเข้าปาก</li> </ol>

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
	<p>4. เมื่อเด็กใช้ช้อนนำอาหารเข้าปากได้ ผู้ฝึกให้เด็กตักอาหารในชามเอง โดยเริ่มจากการจับมือทำไปพร้อม ๆ กัน แล้วลดการช่วยเหลือ โดยการจับช้อนมือ ช้อนคอก ในระยะแรกอาหารอาจหกมากทำเช่นนี้ทุกครั้ง จนเด็กสามารถใช้ช้อนตักอาหารและนำอาหารเข้า ปากได้</p>
<p>3. ดื่มนองเหลวจากแก้วไม่ได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขณะให้เด็กดื่มน้ำหรือดื่มนมหรือน้ำหวานในแต่ละครั้งผู้ฝึกให้เด็กนั่งเก้าอี้ ผู้ฝึกนั่งตรงข้ามกับเด็ก เตรียมแก้วน้ำที่มีหูหรือแก้วน้ำขนาดพอเหมาะกับเด็ก</li> <li>2. รินน้ำ นม หรือน้ำหวานใส่แก้วในปริมาณน้อย ๆ ก่อนแล้วจับมือเด็กจับแก้วยกดื่มพร้อมๆกัน พอเด็กดื่มเสร็จให้เด็กนำแก้ววางลงบนโต๊ะ</li> <li>3. พอเด็กเริ่มทำได้ ให้เติมน้ำ นม หรือน้ำหวานในปริมาณที่มากขึ้น ลดการช่วยเหลือลง จากการจับมือมาจับช้อนมือ ช้อนคอก เพื่อช่วยดันให้เด็กยกแก้วจรรดริมฝีปาก แล้วกระดกแก้วขึ้นดื่มน้ำ</li> </ol>
<p>4. ใช้หลอดดูดของเหลว ไม่ได้ กัลดูด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ในการฝึกครั้งแรก ผู้ฝึกควรเตรียมหลอดดูดแข็ง ๆ เช่น หลอดยาคูลย์</li> <li>2. ใช้หลอดดูดจุ่มลงในของเหลวที่เตรียมไว้ แล้วใช้นิ้วมือปิดปากหลอดอีกด้านไว้จะได้ของเหลวติดที่ปลายหลอดดูด</li> <li>3. นำปลายหลอดไปจ่อที่ปากเด็กค่อย ๆ ให้เด็กดูด โดยผู้ฝึกค่อย ๆ ปล่อนิ้วมือที่ปิดปากหลอดอีกด้านออก</li> </ol>

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
	<p>4. พ่อเด็กทำได้ ให้เด็กดูดของเหลวจากแก้วหรือกล่อง ในระยะแรกเด็กจะกัดหลอดดูดให้ใช้หลอดดูดที่งอได้ ผู้ฝึกช่วยบีบปลายหลอดที่อยู่ใกล้ปาก บีบหลอดให้โป่งอยู่เสมอขณะที่เด็กกำลังดูดหลอด</p> <p>5. ฝึกเช่นนี้บ่อย ๆ จนเด็กทำได้จึงลดความช่วยเหลือลง</p>
<p>5. ปัสสาวะบ่อย และ ปัสสาวะรดที่นอน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ไม่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปขณะอยู่บ้าน</li> <li>2. บันทึกเวลาและความถี่ในการปัสสาวะในแต่ละวัน</li> <li>3. จัดทำตารางเวลาพาเด็กไปปัสสาวะ ในห้องน้ำ (เด็กแต่ละคนอาจใช้เวลาไม่เท่ากันในระยะแรก เช่นบางรายอาจทุก 5 ,10 ,15 ,30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความถี่ของเด็กแต่ละคน)</li> <li>4. พาเด็กไปปัสสาวะตามเวลาที่กำหนดและ ทดลองเพิ่มเวลาในการให้เด็กกลั้นปัสสาวะให้นานขึ้น จนสามารถกลั้นได้ 2-3 ชั่วโมง ในช่วงเวลากลางวัน</li> <li>5. เปลี่ยนจากการให้นมเป็นอาหารหลักมาเป็น รับประทานอาหารปกติ และให้นมเป็นเพียงอาหารเสริม</li> <li>6. งดให้ดื่มน้ำและนมก่อนนอนพาเด็กไปปัสสาวะก่อนนอนทุกครั้ง และควรงดใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป</li> <li>7. ระยะแรกปลุกเด็กลุกขึ้นมาปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่คุณแม่รู้สึกตัวตื่นมาดูลูกตอนกลางคืน</li> </ol>

ปัญหาทางการพยาบาล	กิจกรรมพยาบาล
6. ไม่ยอมแปรงฟัน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดเวลาให้แปรงฟันกับมารดา หรือบุคคลที่เด็กคุ้นเคย โดยแปรงฟันไปพร้อม ๆ กันหน้ากระจก</li> <li>2. ขณะให้เด็กแปรงฟัน ร้องเพลงประกอบท่าทางไปด้วยเด็กจะได้สนุกและชอบที่จะแปรงฟัน</li> <li>3. ให้แปรงฟันหน้ากระจก โดยทำตามมารดาไปที่ละขั้นตอนเน้นการแปรงฟันให้สนุก</li> <li>4. ไม่บังคับ จับแขนเด็กยึดไว้เพราะจะทำให้เด็กเกลียดการแปรงฟันมากขึ้น</li> <li>5. จัดกิจกรรม การเล่น เช่น แปรงฟันให้ตุ๊กตาโดยเล่นกับเด็กบ่อย ๆ</li> </ol>

