

ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะ
ของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะ
ของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า



รังสิณี ผลาภิรมย์

นางรังสิณี ผลาภิรมย์

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ทศนี ประสพกิตติคุณ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ วรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์,

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริธมมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะ
ของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2552

อังคณา ผลศิริรัมย์

นางรังสิณี ผลศิริรัมย์

ผู้วิจัย

W. W. K. K.

อาจารย์พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์,

พ.บ. (ว.ว. กุมารเวชศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Ph.D. K. K.

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิริหมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Ph.D. K. K.

รองศาสตราจารย์ กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์,

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Ph.D. K. K.

รองศาสตราจารย์ ทศนี ประสพกิตติคุณ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Ph.D. K. K.

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Ph.D. K. K.

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสพกิตติคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์กรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความรัก ความเมตตา และเอาใจใส่ต่อผู้วิจัยเสมอมา รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลเสนา ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสมพงษ์ คุณแม่สำรวย ผลาภิรมย์ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ด้านแก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณสมาชิกของครอบครัว “ผลาภิรมย์” และพี่น้อง เพื่อนๆ รหัส 50 ทุกท่านที่เป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือเสมอมา รวมทั้งสภากาชาดที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยแก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ ขอยกความดีทั้งหมดนี้แก่ด.ญ.ญาดา สุพัฒนา ผู้เป็นจุดเริ่มต้นของแรงบันดาลใจในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ตลอดจนคุณแม่และน้องๆ ทุกคนที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ ณ ที่นี้

รังสิณี ผลาภิรมย์

ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า
EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON MOTHERS' SELF-EFFICACY IN THE CARE OF
CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DELAYS

รังสิณี ผลภิรมย์ 5036745 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทศนี ประสพกิตติคุณ, Ph.D. (Nursing), กรรมการ วิจารณ์ วิจิตรสุคนธ์, วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์)

บทคัดย่อ

การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าซึ่งมีข้อจำกัดทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญา อาจส่งผลให้มารดาเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 50 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวกใช้การจับคู่อาขุของแม่ และมีการมีกลุ่มอาการดาวน์ของแม่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจเป็นเวลา 5 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลของมารดาและบุตรและแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบแมนวิทนี ยู

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างพลังใจสำหรับมารดามีผลให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น และควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการสร้างพลังใจไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติกับมารดาของผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้า และควรคำนึงถึงจุดเวลาที่ให้ผู้รับบริการเริ่มเข้ารับโปรแกรมการสร้างพลังใจด้วย

คำสำคัญ: การสร้างพลังใจ / การรับรู้สมรรถนะของตนเอง / เด็กพัฒนาการล่าช้า

EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON MOTHERS' SELF-EFFICACY IN THE CARE OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DELAYS

RUNGSINEE PALAPIROM 5036745 NSPN/ M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : TASSANEE PRASOPKITTIKUN, Ph.D. (Nursing),
KANNIKAR VICHITSUKON, M.Sc. (Public Health)

ABSTRACT

The care of children with developmental delays of either a physical or intellectual limitation may cause mothers to feel discouraged, bored, hopeless and lack confidence in their ability to care for their children. This quasi-experimental research was designed to study the effect of an empowerment program on mothers' self-efficacy in the care of children with developmental delays. The sample was comprised of 50 mothers of children with a developmental delay who came to receive services at the Child Development Promotion Clinic of Sana Hospital and the Clinic for Child Development Stimulation at the Phranakhon Si Ayutthaya Hospital in the province of Phranakhon Si Ayutthaya. Through convenience sampling, the study subjects were divided into a control and an experimental group of 25 subjects each. A matching technique that matched a child's age and Down's syndrome was also used for placement. The control group received routine nursing care while the experimental group received care in compliance with the empowerment program for a period of over five weeks. Data was collected by using an interview form and a self-administered questionnaire on the perceived self-efficacy of mothers caring for children with developmental delays. The Mann-Whitney U test was used for data analysis.

The results revealed that the experimental group had higher scores for perceived self-efficacy in the care of children with developmental delays than the control group with a statistical significance of ($p < .001$). It was found that the empowerment program for mothers had the effect of increasing perceived self-efficacy in the care of children with developmental delays. The implementation of the empowerment program in nursing practice with the mothers of children with developmental delays should be promoted. Nurses should also consider the proper timing of when service recipients should begin to receive the program.

KEY WORDS: EMPOWERMENT / SELF-EFFICACY / CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DELAYS

109 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
นิยามตัวแปร	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
เด็กพัฒนาการล่าช้า	9
การสร้างพลังใจ	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
สถานที่เก็บข้อมูล	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	37
การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
การวิเคราะห์ข้อมูล	45

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	46
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	54
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	59
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	62
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	73
เอกสารอ้างอิง	86
ภาคผนวก	90
ภาคผนวก ก คู่มือการสร้างพลังใจแก่การค้าที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า	91
ภาคผนวก ข หนังสือ “เรื่องสำคัญที่แม่ต้องรู้...เมื่อพัฒนาการของลูกล่าช้า	93
ภาคผนวก ค แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ	94
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	96
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา	101
ภาคผนวก ฉ การหาความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของ ตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า	102
ภาคผนวก ช การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	103
ภาคผนวก ซ การเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษา	104
ภาคผนวก ฌ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญในการใช้สถิติ ANCOVA	107
ประวัติผู้วิจัย	109

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ลักษณะทางประชากรของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง	47
2 ลักษณะทางประชากรของเด็กพัฒนาการล่าช้ากลุ่มตัวอย่าง	50
3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างมารดาในกลุ่มควบคุมและมารดาในกลุ่มทดลอง	53
4 ความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า	102
5 เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรของมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และสถิติทดสอบที (t-test)	104
6 เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรของเด็กพัฒนาการล่าช้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และสถิติทดสอบที (t-test)	106
7 การทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา	107
8 การทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรตามภายในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	107
9 การทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างตัวแปรควบคุม (covariate) กับตัวแปรต้น	108

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

หน้า

- 1 กรอบแนวคิดของการสร้างพลังใจแก่มารดาในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า 7
- 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล 44



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสังคมไทยยังคงมีแบบแผนวัฒนธรรมและค่านิยมในเรื่องการเลี้ยงดูว่า มารดาเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิด คอยดูแลเอาใจใส่ ให้ความรัก และความเข้าใจในตัวบุตร ส่วนบิดาทำหน้าที่ในฐานะของผู้นำครอบครัวต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานะ สุขภาพของคนไทยในปี 2539-2540 พบว่า ผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนเป็นมารดา คิดเป็น ร้อยละ 53.1 เป็นญาติร้อยละ 19.7 และเป็นบิดาเพียงร้อยละ 2.55 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่เด็กจะเติบโตอย่างมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง และมีพัฒนาการสมวัยได้นั้น ขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพของมารดา

การเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนหรือในช่วง 5 ขวบปีแรก นอกจากจำเป็นต้องเน้นถึง ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพกาย ได้แก่ การเจริญเติบโต การดูแลให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรค ความผิดปกติหรือพิการแล้ว ยังต้องเน้นถึงการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านให้มีความเหมาะสมตามวัยด้วย แต่จากการสำรวจพัฒนาการของเด็กปฐมวัยทั่วประเทศไทยในปี 2547 ของกรมอนามัย โดยใช้แบบคัดกรองพัฒนาการของเด็เนเวอร์ พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการปกติ ร้อยละ 70.1 และมีพัฒนาการสงสัยว่าล่าช้า ร้อยละ 29.9 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2549) และจากสถิติ ในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในปี พ.ศ. 2546-2550 พบว่า เด็กอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าและมารับบริการที่โรงพยาบาลเสนาเพิ่มจาก 94 คน ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 241 คน ในปี พ.ศ. 2550 (โรงพยาบาลเสนา, 2550) จะเห็นว่า เด็กที่มี พัฒนาการล่าช้ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเมื่อมารดามีการรับรู้จากการวินิจฉัยของแพทย์ว่า บุตรของตนเป็นเด็กพัฒนาการล่าช้า มารดาจะเกิดอาการช็อก สับสน ตกใจ วิตกกังวล และโกรธ เนื่องจากยังไม่สามารถยอมรับกับปัญหา ประกอบกับยังไม่มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรค มารดาจึงพยายามแสวงหา ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น หนังสือ ตำรา หรือสอบถามจากแพทย์และพยาบาล เพื่อให้มีความรู้ เกี่ยวกับความผิดปกติของบุตรและหาวิธีการดูแลให้ความช่วยเหลือบุตร จนในที่สุดมารดาจะเกิดการ

รับรู้และยอมรับกับสภาพของบุตร โดยจะพยายามทุกวิถีทางในการดูแลบุตรของตนเองให้ดีที่สุด (Gibson, 1995)

ในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า นอกจากการดูแลเรื่องทั่วไปในชีวิตประจำวัน และการฝึกทักษะจำเป็นเพื่อกระตุ้นพัฒนาการแล้ว มารดาจะต้องเรียนรู้ในการติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ ซึ่งทั้งนี้จากประสบการณ์การดูแลบุตร มารดาอาจรู้สึกคับข้องใจในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่ปฏิบัติกันมานานในสังคมไทยเป็นไปในลักษณะที่ผู้รับบริการควรเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ตลอดจนการตัดสินใจจะขึ้นกับแพทย์ผู้รักษาหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้มารดาไม่กล้าซักถาม ขอข้อมูล ไม่กล้าเจรจาต่อรอง หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาบุตร แม้จะไม่เห็นด้วยต่อการรักษาหรือมีข้อขัดข้องบางประการมารดาก็ไม่กล้าปฏิเสธ เนื่องจากกลัวถูกตำหนิจากบุคลากรในทีมสุขภาพ มีผลให้มารดาขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และการดูแลบุตร ตลอดจนสิทธิต่างๆ ของบุตรที่ควรได้รับ รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้การรักษาและดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งกิบสัน (Gibson, 1995) เชื่อว่า สิ่งเหล่านี้ทำให้มารดาไม่รับรู้คุณค่าของตนเองและต่อบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าลดลง และมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น ความคับข้องใจ วิตกกังวล ซึมเศร้า และเสียใจที่ตนเองไม่สามารถช่วยเหลือหรือให้การดูแลบุตรอย่างดีที่สุดได้

นอกจากนี้ เด็กพัฒนาการล่าช้ามีข้อจำกัดด้านความสามารถทางร่างกายและสติปัญญา ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ จึงต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากมารดา ยิ่งถ้าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้าน ก็จะมี ความซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการฝึกพัฒนาการมากขึ้นไปอีก รวมทั้งต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลเด็กเหล่านี้เพิ่มขึ้นด้วย ในเด็กบางรายมารดาอาจต้องให้การดูแลไปตลอดชีวิต จากการดูแลบุตรที่ใช้ระยะเวลายาวนานนี้มีผลต่อตัวมารดาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพในครอบครัว (ปริยา ปราณีตพลกรัง, 2547) ทำให้มารดามีสุขภาพทรุดโทรมลง เนื่องมาจากความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า รับประทานอาหารได้น้อยและพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ (บุษกร อินทวิชัย, 2539) หรือมารดาอาจเกิดความเครียดและความวิตกกังวลมากจนทำให้นอนไม่หลับ (ยุพา สัมฤทธิ์มีผล, 2535) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสพบว่า บางครอบครัวอาจมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเกิดความขัดแย้งระหว่างสามีภรรยา โดยบิดาอาจทำตัวเหินห่างจากครอบครัวและเอาใจใส่ต่อบุตรน้อยลง ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตสมรส (รสนิณี เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539) อีกทั้งพี่น้องของเด็กพัฒนาการล่าช้าอาจรู้สึกถูกละเลยหรือทอดทิ้งจากบิดามารดา ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจในบิดามารดา จนอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ (อรสิริ ภิเศก, 2542)

ปัญหาจากการดูแลและผลที่ตามมาดังกล่าวข้างต้น ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความเชื่อมั่นตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า รวมทั้งหมดพลังใจในการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนพวรรณ บัวทอง (2549) ที่ศึกษาอุปสรรคของผู้ดูแลในการปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการช้าในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ด้านความรู้ ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้เรื่องพัฒนาการของเด็ก (ร้อยละ 93.15) ด้านทัศนคติ ผู้ดูแลเด็กมีทัศนคติดีในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ แต่มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้จากการที่ต้องดูแลเรื่องพัฒนาการเป็นระยะเวลานาน (ร้อยละ 73.97) และด้านทักษะการปฏิบัติ ผู้ดูแลเด็กมีอุปสรรคเนื่องจากการขาดความมั่นใจ (ร้อยละ 84.93) และการไม่สามารถส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 84.25) จากผลการศึกษาของรายงานการวิจัยฉบับนี้ ช่วยสนับสนุนความเป็นไปได้ว่า อุปสรรคด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะ เป็นเหตุให้มารดาละเลยต่อการส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตร ทำให้บุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า ขาดโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถของตนเอง ส่งผลให้พัฒนาการของบุตรไม่ก้าวหน้าและมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเดิมมากขึ้น จนกลายเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นของมารดาในการดูแลบุตร ดังนั้น การทำให้มารดาสามารถให้การดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องหาวิธีการสร้างพลังใจเพื่อนำความสามารถ จุดแข็งหรือข้อดีที่มีอยู่ของมารดาออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลบุตร

การสร้างพลังใจ (empowerment) คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาตระหนักถึง ความแข็งแกร่ง และข้อดีต่างๆ รวมทั้งความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต (Gibson, 1995) ซึ่งจะทำให้มารดาารู้สึกว่า ตนเองมีความสามารถในการควบคุมสภาพการณ์ (a sense of control) ของการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ และเมื่อมารดาได้รับการสร้างพลังใจ แล้ว จะเกิดผลลัพธ์ตามมาคือ มารดาจะมองตนเองทางด้านบวก (positive self-concept) และเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ในการให้ความช่วยเหลือเพื่อดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยจะส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลหรือปฏิบัติด้วยความพยายามมากขึ้น แม้จะมีอุปสรรคต่างๆ มารดาก็จะไม่ย่อท้อ แต่จะมุ่งมั่นในการดูแลด้านต่างๆ รวมทั้งการฝึกพัฒนาการให้แกบุตรต่อไปเพื่อให้บรรลุความสำเร็จ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่สนับสนุนผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ งานวิจัยของภัทรานุรักษ์ พุทธรักษา และคณะ (Puttabraks, Tilokskulchai, Sitthimongkol, Prasopkittikun, & Liknapichitkul, 2006) ที่ศึกษาโปรแกรมการสร้างพลังใจในผู้ดูแลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการเช่นกัน พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้

สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กออกทิสติกภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างพลังใจในผู้ดูแลเด็กทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กออกทิสติกเพิ่มขึ้น และมีการคงอยู่อย่างน้อย 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของซิม สกุลน้อม (Sakulnoom, 2002) ซึ่งถึงแม้ว่า จะไม่ได้ศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ แต่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด งานของซิม สกุลน้อม ก็พบว่า หลังให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ มารดาในกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยทั้ง 2 ฉบับ ทำให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจต่อการสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ดูแล

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยให้บริการฝึกกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กพัฒนาการล่าช้า ซึ่งนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้แก่ การตอบข้อสงสัย การฝึกและให้แบบฝึกหัดแก่มารดาเพื่อนำไปกระตุ้นพัฒนาการให้กับบุตรที่บ้านแล้ว ทางโรงพยาบาลเสนายังไม่มีโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนในเรื่องการให้ความรู้การสร้างพลังใจ หรือการสนับสนุนในรูปแบบอื่นๆ ซึ่งผู้วิจัยพบว่า เด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา ส่วนใหญ่มีอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากมารดา และยังถ้าเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้านด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้มีความยากลำบากในการดูแลเด็กเหล่านี้ รวมไปถึงต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการส่งเสริมพัฒนาการ ทั้งนี้เป็นเพราะพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อนของเด็ก จึงทำให้มารดาส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่กำลังใจ และขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลบุตร ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการสร้างพลังใจมาช่วยให้มารดาเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองดังกล่าวจะนำมาซึ่งพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กล่าวคือ มารดาจะให้การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการให้บุตรอย่างต่อเนื่องโดยไม่ย่อท้อกับปัญหาหรืออุปสรรครวมทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ปรารถนานั่นคือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเด็กพัฒนาการล่าช้าและครอบครัว

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างมารดากลุ่มที่ได้โปรแกรมการสร้างพลังใจ กับมารดากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ

สมมติฐานการวิจัย

มารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) มาเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา

กิบสัน (Gibson, 1995) ศึกษากระบวนการสร้างพลังใจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง โดยมองว่า กระบวนการสร้างพลังใจเป็นกระบวนการของการส่งเสริมและทำให้ความสามารถของบุคคลเพิ่มขึ้น เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของพวกเขาเหล่านั้น รวมทั้งเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถสร้างความตระหนักรู้ในสถานการณ์ และสนับสนุนให้เกิดการกระทำตามแผนการที่วางไว้ได้ ซึ่งเงื่อนไขก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการสร้างพลังใจ (precondition) คือ มารดาหรือผู้ดูแลต้องมีความรัก (love) ความผูกพัน (bond) และสัญญาใจ (commitment) ว่า จะดูแลบุตรหลานของตนให้ดีที่สุด เงื่อนไขเหล่านี้ทำให้มารดาหรือผู้ดูแลเข้าสู่กระบวนการสร้างพลังใจ ซึ่งกระบวนการสร้างพลังใจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เมื่อมารดาทราบว่า บุตรมีพัฒนาการล่าช้า จะเกิดอาการ ช็อก สับสน ตกใจ วิดกกังวล และไม่ยอมรับกับสภาพความเป็นจริง จึงพยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และเมื่อตระหนักถึงสภาพการณ์จริง มารดาจะรับรู้ถึงความรับผิดชอบในการดูแลบุตร มารดาจะพยายามปฏิบัติทุกวิถีทางเพื่อให้การดูแลบุตรที่ดีที่สุด

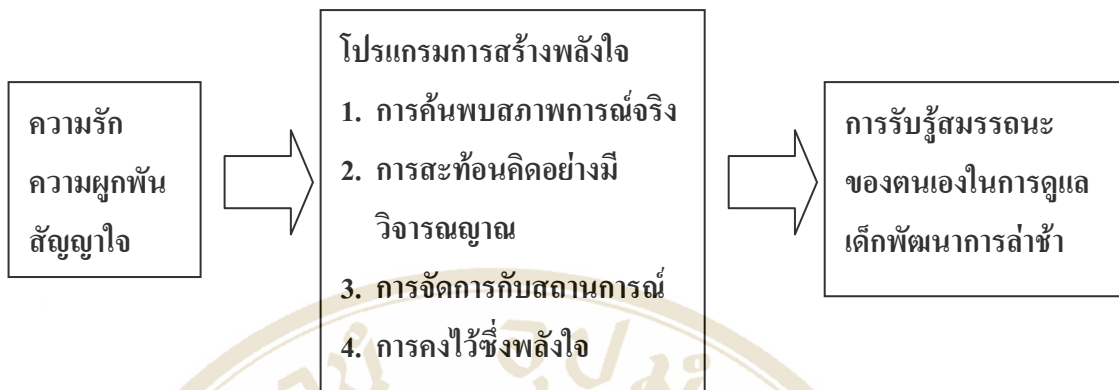
2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) หลังจากมารดาค้นพบการตอบสนองของตนเองแล้ว จะผลักดันให้มารดามีการสะท้อน ทบทวนสถานการณ์หรือปัญหา และประเมินตนเองว่า ตนเป็นผู้ที่รู้จักและดูแลเด็กได้ดีกว่าบุคคลอื่น ซึ่งนำไปสู่ความพร้อมที่จะเข้ามารับผิดชอบจัดการสถานการณ์ต่างๆ ในการดูแลบุตร

3) การจัดการกับสถานการณ์ (taking charge) เป็นขั้นตอนฝึกให้มารดาดูแลบุตร โดย กิบสัน (Gibson, 1995) ระบุการดูแลกลุ่มเด็กโรคเรื้อรังไว้ว่า ควรให้การดูแลที่ครอบคลุมใน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) เรียนรู้การปกป้องสิทธิประโยชน์ที่เด็กพึงได้รับ 2) เรียนรู้ช่องทางในการติดต่อกับระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นต่อการดูแลเด็ก 4) การเจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 5) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็ก

4) การคงไว้ซึ่งพลังใจ (holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มารดาได้ตระหนักถึงความแข็งแกร่ง และความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ได้สำเร็จ ซึ่งมารดาจะรักษาและพยายามคงไว้ซึ่งพลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ต่อไป

เมื่อผ่านกระบวนการสร้างพลังใจแล้วจะเกิดผลลัพธ์ตามมา ได้แก่ การมองตนเองในทางบวก (positive self-concept) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) และสำนึกของการควบคุมสภาพการณ์ได้ (a sense of control)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำกระบวนการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างพลังใจ โดยผู้วิจัยจะใช้โปรแกรมนี้กับมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า ความผูกพันทางสายเลือดในการเป็นแม่-ลูก มารดาย่อมมีความรัก ความผูกพัน และการทุ่มเทใจมากกว่าผู้ดูแลอื่นๆ เพื่อเป็นเงื่อนไข (precondition) ให้มารดาเข้าสู่กระบวนการสร้างพลังใจ และการดำเนินโปรแกรมการสร้างพลังใจแก่มารดาจะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังกล่าว โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก ผู้สอน ผู้แนะนำ ผู้ให้คำปรึกษาตลอดกระบวนการ และผลที่คาดว่าจะเกิดจากโปรแกรมการสร้างพลังใจในการศึกษาครั้งนี้ คือ การที่มารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ดังแสดงในภาพที่ 1



ปัจจัยนำ

กระบวนการ

ผลลัพธ์

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของการสร้างพลังใจแก่มารดาในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาที่พาบุตรอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี มาใช้บริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552

นิยามตัวแปร

โปรแกรมการสร้างพลังใจ หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่จัดโดยพยาบาลสำหรับมารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดการสร้างพลังใจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรังของกิบสัน (Gibson, 1995) โปรแกรมการสร้างพลังใจมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพลังใจให้มารดาที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยที่โปรแกรมการสร้างพลังใจนี้มีการจัดกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การจัดการกับสถานการณ์ และการคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยจัดกิจกรรมในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มและรายบุคคล 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 4 วัน รวมระยะเวลา

ดำเนินการทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตาม คู่มือการสร้างพลังใจแก่มารดาที่มีบุตร พัฒนาการล่าช้า ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย

การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง การที่มารดา มีความเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าในเรื่องของ 1) การปกป้องสิทธิประโยชน์ที่เด็กพึงได้รับ 2) การติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ 3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลเด็ก 4) การเจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 5) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยประเมินจาก แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ โดยระดับความมั่นใจมีพิสัยระหว่าง 0 (ไม่มั่นใจว่าทำได้) ถึง 100 (มั่นใจเต็มที่ว่าทำได้แน่นอน)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. การรับรู้ปัญหา อุปสรรค และการเรียนรู้ในกระบวนการสร้างพลังใจที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างพลังใจ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพที่คลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เป็นแบบอย่างในการนำโปรแกรมการสร้างพลังใจไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. เด็กพัฒนาการล่าช้า
 - 1.1 หลักการเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก
 - 1.2 ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้า
 - 1.3 ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดพัฒนาการล่าช้า
 - 1.4 ลักษณะของเด็กพัฒนาการล่าช้า
 - 1.5 แนวทางการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า
 - 1.6 มารดากับการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า
2. การสร้างพลังใจ
 - 2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างพลังใจ
 - 2.2 กระบวนการสร้างพลังใจ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เด็กพัฒนาการล่าช้า

หลักการเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก

พัฒนาการ (development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของบุคคลในด้านความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้มีความสามารถใหม่ๆ เกิดขึ้นในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม (ฉันทิกา จันทรเปี้ย, 2550)

พัฒนาการของเด็ก โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ด้านใหญ่ๆ คือ (คณะกรรมการโครงการส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลราชานุกูล, 2542; อดิศร์สุดา เพ็ญฟู, 2549)

1. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross Motor Development)
2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (Fine Motor Development)
3. ด้านการใช้ภาษา (Language Development)
4. ด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (Social Development)

ลักษณะของพัฒนาการทั่วไปเป็นดังนี้ (จันทิกา จันทรเปี้ย, 2550; นิตยา คชภักดี, 2541)

1. เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องตั้งแต่ปฏิสนธิ (conception) จนถึงวุฒิภาวะ (maturation) และตลอดชีวิต
2. พัฒนาการเป็นไปตามลำดับขั้นตอน (sequence) อย่างต่อเนื่อง และไม่มีการข้ามขั้น เช่น เด็กจะชันคอได้ก่อนพลิกตัวคว่ำ-หงาย นั่งได้ก่อนยืน เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงจากขั้นหนึ่งไปยังอีกขั้นหนึ่งจะเป็นไปแบบค่อยเป็นค่อยไปมากกว่าการเปลี่ยนแปลงแบบทันทีทันใด
3. อัตราพัฒนาการของเด็กแต่ละคนไม่เท่ากัน และระยะเวลาในการผ่านขั้นตอนต่างๆ อาจต่างกันได้
4. ทิศทางของพัฒนาการจะพัฒนาไปตามทิศทาง ดังนี้
 - 4.1 แนวศีรษะไปสู่ปลายเท้า (cephalocaudal direction) ซึ่งพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวร่างกายจะมีทิศทางของพัฒนาการจากศีรษะสู่ปลายเท้า เช่น เด็กจะรู้จักชันคอได้ก่อนแล้วพัฒนาการจะเลื่อนลงสู่ส่วนล่างของร่างกาย เช่น คว่ำ-หงาย คืบ นั่ง คลาน ยืน และเดิน เป็นต้น
 - 4.2 แนวใกล้ตัวไปหาไกลตัว (proximo-distal direction) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวร่างกายจะเริ่มจากแนวกลางตัวแล้วขยายไปด้านไกลตัว คือ การเคลื่อนไหวของหัวไหล่จะนำการเคลื่อนไหวของแขน ฝ่ามือ และนิ้ว เป็นต้น
 - 4.3 การพัฒนาอวัยวะส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นก่อนการพัฒนาอวัยวะส่วนเล็ก โดยเด็กจะพัฒนากล้ามเนื้อใหญ่ก่อนกล้ามเนื้อเล็ก เช่น เด็กจะสามารถใช้ฝ่ามือกำสิ่งของได้ก่อนใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้หยิบจับสิ่งของ เป็นต้น
5. พัฒนาการมีช่วงระยะวิกฤต (critical period) ซึ่งพัฒนาการบางอย่างจะต้องพัฒนาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง หากพ้นระยะเวลานั้นๆ ไปแล้ว พัฒนาการนั้นอาจถูกขัดขวางไม่ให้พัฒนาหรือพัฒนาไปอย่างไม่สมบูรณ์ เช่น เด็กจะมีช่วงวิกฤตของการพัฒนาบทบาททางเพศที่อายุ 3-5 ปี หากไม่ได้รับการวางรากฐานการเรียนรู้ที่เหมาะสมแล้ว เด็กอาจเติบโตเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ที่มีการเบี่ยงเบนทางเพศได้
6. พัฒนาการด้านภาษามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านสติปัญญาและความรู้สึกลึกซึ้ง และดำเนินไปตามขั้นตอน

7. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของมนุษย์ เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพันธุกรรมกับปัจจัยด้านภาวะแวดล้อมในแต่ละช่วงชีวิต โดยปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดโอกาสและความเป็นไปได้ของการที่เด็กจะเติบโตและพัฒนาตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ส่วนสภาพครอบครัว สังคม และ โอกาสที่จะได้รับการดูแลและเรียนรู้เป็นสิ่งที่กำหนดผลลัพธ์ของพัฒนาการ

สรุปได้ว่า พัฒนาการเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องตามลำดับขั้นตอนของพัฒนาการ พัฒนาการด้านภาษาจะสัมพันธ์กับสติปัญญาและความรู้สึนึกคิด โดยปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดความเป็นไปได้ในการเจริญเติบโตของเด็ก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีส่วนสำคัญในการพัฒนาสมอง ระบบประสาท และการเรียนรู้ของเด็ก ซึ่งพัฒนาการของเด็กแต่ละคนจะไม่เท่ากันแต่จะมีทิศทางของพัฒนาการไปในแนวทางเดียวกัน ในเด็กที่มีความผิดปกติหรือไม่สามารถพัฒนาสมองและระบบประสาทได้อย่างเต็มที่ตามวัยจะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าได้

ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้า

เด็กพัฒนาการล่าช้าเป็นเด็กที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ และให้ความรักความอบอุ่นเป็นพิเศษ ตลอดจนฝึกกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กเพื่อให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้าไว้ ดังนี้

พรณี วาสิกนันท์ (2540) ให้ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง การที่เด็กไม่สามารถมีพัฒนาการถึงขั้นที่เด็กปกติทุกคนควรทำได้ตามวัย เช่น อายุ 3 เดือน คอยยังไม่แข็ง อายุ 8 เดือน ยังลุกนั่งเองไม่ได้ อายุ 2 ปี ยังพูดไม่ได้ เป็นต้น

นิชรา เรืองคารกานนท์ (2541) ให้ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีแบบแผนของพัฒนาการเบี่ยงเบนไป ทำให้มีความผิดปกติในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กรวมทั้งการใช้ตาและมีร่วมกันในการทำงาน ด้านการสื่อสาร และด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง

คณะกรรมการโครงการส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลราชานุกุล (2542) ให้ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถทางร่างกายและสติปัญญา ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตนเอง

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถทางร่างกายและสติปัญญา ทำให้มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติที่มีวัยเดียวกันในด้านต่างๆ ได้แก่

ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านการใช้ภาษา และด้านทักษะทางสังคม และการช่วยเหลือตนเอง โดยเด็กอาจมีพัฒนาการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่ง หรือล่าช้าทั้ง 4 ด้าน

ปัจจัยและสาเหตุของการเกิดพัฒนาการล่าช้า

จากการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2546) พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 79.9 และสงสัยว่าพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.1 นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราความชุกของกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มอาการทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของเด็กพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดอยู่ที่ 1: 600-800 ของเด็กแรกเกิด (Wasant, et al., 2008) และอัตราความชุกของเด็กที่มีพัฒนาการทางการพูดและภาษาล่าช้า มีอุบัติการณ์อยู่ที่ประมาณร้อยละ 5-10 ในประชากรทั่วไป (อดิสรุสดา เฟื่องฟู, 2549)

สำหรับปัจจัยและสาเหตุที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ (ฉันทิกา จันทรเปี้ย, 2550; นิชรา เรืองดารกานนท์, 2541; พรรณี วาสิกนันนท์, 2540; อดิสรุสดา เฟื่องฟู, 2549)

1. ปัจจัยด้านตัวเด็ก แบ่งเป็น

1.1 สาเหตุก่อนคลอด ได้แก่

1.1.1 พันธุกรรม เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่เกิดหรืออาจสังเกตได้ภายหลังเกิด มักมีลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดร่วมด้วย เช่น กลุ่มอาการดาวน์ที่เป็นความผิดปกติของโครโมโซม ซึ่งเป็นสาเหตุของพัฒนาการล่าช้า (ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา) ที่พบได้บ่อยที่สุด ดังนั้น เด็กที่มาพบแพทย์ด้วยพัฒนาการล่าช้า หากแพทย์ตรวจพบว่ามีลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดแม้เพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะเด็กที่มีประวัติพัฒนาการล่าช้าในครอบครัว ควรได้รับการตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรม

1.1.2 ความผิดปกติแต่กำเนิดของสมองและระบบประสาท เด็กพัฒนาการล่าช้า ส่วนใหญ่มักมีอาการแสดงทางระบบประสาทร่วมด้วย ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการชัก และความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ

1.1.3 สภาพทางกายวิภาคและสรีระของสมอง พบว่า ขนาดศีรษะที่เล็กผิดปกติมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้า ความแตกต่างของโครงสร้างของสมองในเพศหญิงและเพศชายมีส่วนสำคัญในการพัฒนาทักษะจนเกิดความฉับพลันที่แตกต่างกัน หรือในทารกและเด็กเล็ก สมองส่วนต่างๆ อาจปรับตัวและทำงานทดแทนกันได้ แต่เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถนี้จะลดน้อยลงเนื่องจากเซลล์ประสาทบางส่วนที่ไม่ได้ใช้ถูกกำจัดออกไป ส่วนที่เหลืออยู่ก็จะพัฒนาต่อไป ดังนั้น

หากร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอในช่วงที่สมองกำลังแบ่งเซลล์และสร้างวงจร ก็จะทำให้ร่างกายไม่เติบโต และมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามปกติได้

1.1.4 ผลจากอันตรายที่เกิดต่อสมองระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ ความเจ็บป่วยของมารดาระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น นอกจากนี้ ยาหรือสารเคมีที่มารดารับประทานระหว่างตั้งครรภ์ก็มีผลต่อสมองของทารกในครรภ์ ทำให้การพัฒนาของทารกในครรภ์ล่าช้า เช่น แอลกอฮอล์ ซึ่งเชื่อว่าเป็นสารที่ทำให้เกิดความผิดปกติในทารก กล่าวคือ ทำให้ทารกมีตัวเล็ก ตาเล็ก ริมฝีปากและร่องริมฝีปากบนเล็กผิดปกติ หัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาด้านพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก

1.1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขาดเอ็นไซม์หรือฮอร์โมนแต่กำเนิดที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแรกเกิด ในกรณีที่เด็กเป็นมาแต่กำเนิดและไม่ได้รับการรักษาก่อนอายุ 2-3 เดือน เด็กจะมีระดับสติปัญญาดำกว่าปกติอย่างถาวร ซึ่งแก้ไขไม่ได้แม้จะให้ธัยรอยด์ฮอร์โมนในภายหลัง แต่ถ้าเด็กได้รับการรักษาตั้งแต่แรกเกิด เด็กจะมีระดับสติปัญญาปกติและมีพัฒนาการสมวัยได้ นอกจากนี้ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแรกเกิดแล้ว ยังมีโรคอื่นๆ ในกลุ่มนี้ ได้แก่ ความผิดปกติของกรดอะมิโน ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างต่ำและยังมีข้อจำกัดในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการอยู่ ทำให้เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าอีกจำนวนหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคแน่นอนแม้จะมีลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ก็ตาม ดังนั้น หากพบเด็กที่มีประวัติว่าบุคคลในครอบครัวมีความผิดปกติทำนองเดียวกัน หรือมีประวัติพัฒนาการถดถอยโดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย อาเจียน เลี้ยงไม่โต ชัก พัฒนาการล่าช้า เด็กเหล่านี้ควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคความผิดปกติแต่กำเนิดเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมด้วย และควรให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมต่อไป

1.1.6 การติดเชื้อ โรคในกลุ่มนี้ที่สำคัญคือ การติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เด็กที่เกิดมามีน้ำหนักร่างกายน้อยตั้งแต่แรกเกิด สิวขี้กลากผิดปกติ ตับม้ามโต การได้ยินบกพร่อง และเป็นต่อกระจะกร่วมด้วย เชื้อเหล่านี้ ได้แก่ หัดเยอรมัน ซิฟิลิส AIDS เป็นต้น

1.2 สาเหตุระหว่างการคลอด ภาวะที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการล่าช้าที่พบบ่อย ได้แก่

1.2.1 ภาวะสมองขาดออกซิเจนระหว่างคลอด

1.2.2 การเกิดก่อนกำหนด และมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย

1.2.3 การมีเลือดออกหรือบาดเจ็บต่อสมองของทารกระหว่างการคลอด

1.3 สาเหตุที่เกิดภายหลังการคลอด ได้แก่

1.3.1 การติดเชื้อของสมอง เช่น สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ

1.3.2 ภาวะที่มีอันตรายต่อสมอง เช่น การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือได้รับสารพิษพวก โลหะหนักที่มีผลต่อเด็กมากที่สุด ได้แก่ ตะกั่ว เนื่องจากการใช้สารตะกั่วในชีวิตประจำวันมาก โดย เด็กที่มีสารตะกั่วในเลือดสูงและสะสมเป็นเวลานาน จะทำให้มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าคนทั่วไป

1.3.3 ภาวะเนื้องอกของสมอง และ Hydrocephalus

1.3.4 สภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรง มีผลทำให้พัฒนาการของเด็กถดถอย ลงได้ เช่น เด็กอายุ 9 เดือน เคยทรงตัวนั่งได้เอง แต่เมื่อเจ็บป่วยและต้องใช้ระยะเวลานานในการ รักษาตัว ส่งผลให้เด็กไม่สามารถนั่งได้เองเมื่อหายป่วย

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี และได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่ เหมาะสม เช่น เด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กในสถานสงเคราะห์ เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจยากจน และเด็กขาดสารอาหาร เป็นต้น ปัจจัยในข้อนี้แม้มีผลกระทบต่อพัฒนาการตามวัยของเด็กแต่ก็ไม่ รุนแรง ดังนั้น หากพบว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าค่อนข้างมากโดยมี Developmental Quotient (DQ) ต่ำ กว่า 50 ควรตรวจหาสาเหตุอื่นร่วมด้วยเสมอ

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้า มีทั้ง ปัจจัยที่มาจากตัวเด็กเอง ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ กัน ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระหว่างการคลอด และภายหลังคลอด และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งต่างมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น การที่จะทราบว่า เด็กมีพัฒนาการล่าช้าหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความรู้เรื่องพัฒนาการตามวัยของเด็ก การซักประวัติเด็กจาก ผู้ดูแล การประเมินพัฒนาการ และการสังเกตลักษณะความผิดปกติด้านพัฒนาการของเด็ก เพื่อให้ สามารถค้นพบความผิดปกติของพัฒนาการในระยะแรก และหาทางให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและ ครอบครัวโดยเร็วที่สุด

ลักษณะของเด็กพัฒนาการล่าช้า

เด็กพัฒนาการล่าช้าจะมีแบบแผนของพัฒนาการที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ และช้ากว่าเด็ก ปกติในวัยเดียวกัน โดยเด็กอาจมีความล่าช้าของพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งหรือมีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้าน ซึ่งสามารถประเมินได้จากการซักประวัติอย่างละเอียด โดยเฉพาะประวัติพัฒนาการ และการ ประเมินพัฒนาการเด็ก โดยเด็กพัฒนาการล่าช้าจะมีความผิดปกติในด้านต่างๆ ดังนี้ (คณะกรรมการ โครงการส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลราชานุกูล, 2542)

1. ด้านการเคลื่อนไหว เป็นความสามารถของร่างกายในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว ในอริยาบถต่างๆ โดยการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ได้แก่ การชันคอ การพลิกตะแคงตัว การนั่ง คลาน เกาะยืน เดิน หรือวิ่งได้ตามเกณฑ์ปกติของอายุ เช่น อายุ 2 เดือน เด็กต้องชันคอได้ประมาณ 3

วินาที อายุ 4 เดือน นอนหงายและพลิกตะแคงตัวได้ อายุ 6 เดือน นั่งได้ชั่วคราว เป็นต้น ซึ่งในเด็กพัฒนาการล่าช้าจะไม่สามารถทำได้ตามช่วงอายุดังกล่าว

2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เป็นความสามารถของร่างกายในการใช้ตากับมือในการทำงานประสานกัน เช่น การมองตามของที่ตก การเลียนแบบการวาดรูป การหยิบจับสิ่งของ เป็นต้น ซึ่งเด็กพัฒนาการล่าช้าจะไม่สามารถใช้กล้ามเนื้อมือในการหยิบจับสิ่งของ จัดเขียนหนังสือ และวาดรูปได้

3. ด้านการสื่อสาร พัฒนาการทางภาษาแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความเข้าใจภาษา (receptive language) และการใช้ภาษา (expressive language) ดังนี้

3.1 ความเข้าใจภาษา ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของความสามารถเกี่ยวกับการติดต่อระหว่างบุคคลกับผู้อื่น โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ แปลความหมาย ตัดสินใจ และแสดงออก เช่น หันตามเสียงเรียก การปฏิบัติตามคำสั่ง เป็นต้น ในเด็กพัฒนาการล่าช้าจะมีพฤติกรรม คือ ไม่ตอบสนองต่อเสียงเรียก ไม่หันหาเสียง ไม่สนใจฟังคนพูด ไม่เข้าใจคำสั่ง และไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้

3.2 การใช้ภาษา เด็กพัฒนาการล่าช้าจะพูดได้ช้าและใช้ภาษาได้ช้ากว่าเด็กปกติ ส่วนใหญ่จะสังเกตเห็นได้ชัดเมื่อเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน แต่ยังไม่วุดคำที่มีความหมายหรือพูดได้ไม่ถึง 50 คำ บอกความต้องการและความรู้สึกของตัวเองด้วยคำพูดไม่ได้ เรียกชื่อคน สัตว์ และสิ่งของในชีวิตประจำวันไม่ถูกต้อง รวมทั้งไม่สามารถบอกชื่อของตัวเองได้

4. ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม เป็นความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทักษะการปรับตัวในสังคม ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย เป็นต้น ในเด็กพัฒนาการล่าช้าจะแสดงให้เห็นจากการไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่มีความสนใจร่วมในกิจกรรมที่ผู้อื่นชักชวน ชอบแยกตัว ไม่มีเพื่อนฝูง และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้

จากลักษณะความบกพร่องดังกล่าว ทำให้เด็กพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเอง และบอกความต้องการของตนเองได้ จึงจำเป็นต้องอาศัยการดูแลและให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องจากบุคลากรทางสุขภาพและบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก โดยเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องตั้งแต่แรก จะมีโอกาสมากขึ้นในการพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไปได้

แนวทางการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

เนื่องจากสาเหตุของพัฒนาการล่าช้า อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงสาเหตุเดียว ในการดูแลจึงมุ่งเน้นให้เกิดความบกพร่องน้อยที่สุด หรือให้การช่วยเหลือเพื่อแก้ไขความบกพร่องของพัฒนาการให้ดีขึ้น โดยแนวทางในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ (นิชรา เรื่องการกานนท์, 2541; อติศรีสุดา เฟื่องฟู, 2549)

1. หาสาเหตุที่ทำให้พัฒนาการล่าช้า โดยนำเด็กมาพบกุมารแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก เพื่อหาสาเหตุและทำการประเมินพัฒนาการเบื้องต้น เนื่องจากเด็กพัฒนาการล่าช้าส่วนหนึ่งสามารถหาสาเหตุได้ โดยเฉพาะสาเหตุของความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ซึ่งจะมีประโยชน์ในด้านการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในครอบครัว

2. การตรวจหาความผิดปกติร่วม เด็กพัฒนาการล่าช้าบางคนมีความผิดปกติของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสด้านต่างๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน หรือความผิดปกติอื่น เช่น บางคนเป็นโรคขาดสารอาหารบางอย่าง เช่น ธาตุเหล็กซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ในด้านสมาธิและความตั้งใจ

3. การรักษาสาเหตุโดยตรง เช่น การให้ยารอยด์ฮอร์โมนในเด็กที่มีภาวะพร่องยารอยด์ฮอร์โมนแรกเกิด ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติของระดับสติปัญญาและการมีพัฒนาการล่าช้าภายหลังได้

4. การบำบัดทางยา มักใช้ในกรณีที่เด็กมีอาการชัก หรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ซุกซน ไม่อยู่นิ่ง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น

5. กายภาพบำบัด ในเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อต่างๆ ร่วมด้วย ซึ่งการทำกายภาพบำบัดที่ถูกต้องตั้งแต่แรกจะช่วยป้องกันการเกร็งหรือการติดของข้อต่างๆ ในเด็ก

6. พัฒนาการบำบัด การกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กพัฒนาการล่าช้ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง หากบิดามารดาทราบว่า บุตรของตนมีพัฒนาการล่าช้าและนำบุตรมารับการบำบัดได้เร็วมากเท่าใด โอกาสที่เด็กจะมีการเรียนรู้และพัฒนา ก็มีมากขึ้น การกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมแก่เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้แก่

- 6.1 การกระตุ้นพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว เช่น การให้เด็กนอนคว่ำและกระตุ้นให้ชันคอ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง การให้เด็กนอนคว่ำบนตักหรือที่นอน หรือนอนคว่ำบนลูกบอล เพื่อฝึกพัฒนาการด้านการทรงตัว การกระตุ้นให้ยืนบนปลายเท้า การโยนลูกบอลลงตะกร้า การกระโดดเท้าพื้นทั้งสองข้าง เป็นต้น

- 6.2 การกระตุ้นพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เช่น การเลียนแบบการเขียนเป็นวงกลม การร้อยลูกปัดขนาดกลางให้ได้ 4 เม็ด เป็นต้น

6.3 การกระตุ้นพัฒนาการด้านการรับรู้ภาษา เช่น การมองสบตาและฝึกให้เด็กมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น ชูของเล่นหรืออาหารที่จะให้เด็กตรงระดับสายตา เพื่อให้เด็กมองของเหล่านั้น หรือให้เด็กมองกระจกเพื่อกระตุ้นให้สนใจดูใบหน้าหรือสบตากับผู้ฝึก การพูดหรือเรียกชื่อเด็กบ่อยๆ เพื่อให้เด็กรู้จักหันหาเสียง เป็นต้น

6.4 การกระตุ้นพัฒนาการด้านความเข้าใจภาษาและการพูด เป็นการฝึกตอบสนองด้วยการสื่อความหมายที่ไม่ต้องใช้คำพูด เช่น ฝึกชี้ตา ชี้จมูก ชี้ปาก เป็นต้น การฝึกให้หยิบสิ่งของตามคำสั่ง เช่น หยิบเสื้อ หยิบช้อน ส่งลูกบอล เป็นต้น หรือให้เด็กแสดงกิริยาท่าทาง เช่น ยิ้มหวาน ประหม่อ โบกมือ อ้าปาก แลบลิ้น เป็นต้น นอกจากนี้ ควรมีการกระตุ้นพัฒนาการด้านการพูด ได้แก่ ฝึกเลียนเสียงง่ายๆ เช่น เลียนเสียงหัวเราะ เสียงร้องไห้ เสียงสัตว์ร้อง เป็นต้น รวมไปถึงการฝึกเคลื่อนไหวอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด ฝึกพูดคำเดี่ยวที่มีความหมาย คำ 2-3 พยางค์ จนเด็กสามารถพูดวลีและประโยคที่สมบูรณ์ได้

6.5 การกระตุ้นพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม เช่น ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ สอนให้เด็กรู้จักใช้หลอดดูดของเหลว ใช้ส้อมจิ้มอาหารรับประทาน กระตุ้นให้เด็กสบตากับคู่สนทนา ฝึกการทักทายกับบุคคลใกล้ชิด และสอนให้เด็กรู้จักสิ่งแวดลอมรอบตัว เป็นต้น เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้มารยาทในการเข้าสังคม

7. พฤติกรรมบำบัด เป็นการปรับเปลี่ยนหรือควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีปัญหาทางพฤติกรรมร่วมด้วย ซึ่งจะต้องทำอย่างสม่ำเสมอและต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแลเด็กในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน วิธีการที่ใช้อยู่ ได้แก่ การเพิกเฉย การหยุดพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่ไม่เป็นอันตราย โดยไม่ให้แรงเสริมใดๆ หรืออาจใช้วิธีการลงโทษที่ไม่รุนแรง เช่น เมื่อเด็กตีตนเองให้จับมือเด็กไว้เฉยๆ 1 นาที เป็นต้น

8. กิจกรรมบำบัด เป็นการช่วยให้เด็กได้ฝึกการควบคุมตนเอง และช่วยให้การดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กดีขึ้น เช่น ฝึกการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นต้น

9. อรรถบำบัด เป็นการบำบัดโดยนักแก้ไขการพูด ซึ่งไม่ใช่แค่เพียงเปล่งสำเนียงเป็นภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจเท่านั้น แต่เริ่มจากเด็กต้องฝึกกลืนเนื้อช่วยพูด บังคับกลืนเนื้อเปล่งเสียง และออกเสียงให้ถูกต้อง ซึ่งการฝึกพูดต้องทำตั้งแต่เด็กอายุต่ำกว่า 4 ขวบ จึงจะได้ผลดี

10. การให้คำแนะนำในการป้องกันสาเหตุบางอย่างที่สามารถป้องกันได้ เช่น การฝากครรภ์และการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ที่ถูกต้อง จะช่วยลดความผิดปกติจากการคลอดได้

จะเห็นได้ว่า การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าจำเป็นต้องใช้การบำบัดหลายด้าน และต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของบุคลากรหลายสาขา เช่น กุมารแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด

นักจิตวิทยา นักแก้ไขการพูด และพยาบาล เป็นต้น แต่บุคลากรส่วนใหญ่จะทำงานอยู่ในสถานบริการทางสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล หรือสถานบำบัดเท่านั้น ดังนั้น การทำให้เด็กพัฒนาการล่าช้ามีพัฒนาการดีขึ้นโดยเร็วขึ้น ขึ้นอยู่กับการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทั้งในสถานบริการทางสุขภาพและที่บ้าน จึงเป็นหน้าที่ของบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กในการนำคำแนะนำ และทักษะที่ได้รับเกี่ยวกับวิธีการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก กลับไปปฏิบัติให้เด็กเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

มารดากับการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

เด็กพัฒนาการล่าช้าเป็นเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากมีความบกพร่องของหน้าที่การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ทำให้ไม่สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ จึงต้องอยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลเด็กอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดาหรือญาติของเด็ก โดยเฉพาะมารดาถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด

บทบาทของมารดาในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้ามีดังนี้ (คณะกรรมการโครงการส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลราชานุกูล, 2542; นิชรา เรืองคารกานนท์, 2541)

1. การดูแลเด็กโดยทั่วไป เน้นไปถึงความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเป็นพื้นฐานของพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา ซึ่งการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าจะต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เหมาะสมสำหรับเด็กพัฒนาการล่าช้าแต่ละคนที่มีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน
2. การดูแลช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรในชีวิตประจำวัน เด็กพัฒนาการล่าช้าควรได้รับการดูแลในเรื่องการป้อนอาหาร การอาบน้ำ แปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย การช่วยเหลือทำความสะอาดหลังขับถ่าย การอุ้มหรือพุงในเด็กที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ตลอดจนการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่างๆ แก่เด็ก นอกจากนี้ เด็กพัฒนาการล่าช้าควรได้รับการฝึกให้ช่วยเหลือตัวเอง เพื่อให้เด็กสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่เป็นภาระแก่มารดาและบุคคลในครอบครัว ซึ่งมารดาต้องใช้ความอดทนในการฝึกเด็กพัฒนาการล่าช้าเป็นอย่างมาก เนื่องจากขั้นตอนของการฝึกเด็กในแต่ละกิจกรรมอาจใช้เวลาเป็นวัน เดือน หรือปี จึงจะทำให้เด็กพัฒนาการล่าช้ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น
3. การดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งในเด็กพัฒนาการล่าช้าบางคนจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเด็กที่มีภาวะชักหรือเด็กที่มีสมาธิสั้นร่วมด้วย มารดาจึงต้องดูแลให้เด็กได้รับประทานยาอย่างถูกต้องตามปริมาณของยาและเวลาที่กำหนด

4. การปรับพฤติกรรม เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนหรือควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีปัญหาทางพฤติกรรมร่วมด้วย ซึ่งมารดาจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำในการนำมาปฏิบัติแก่เด็กเองที่บ้าน

5. การส่งเสริมพัฒนาการ โดยการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านภาษา ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็ก ซึ่งหากเด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดปัญหาความผิดปกติของพัฒนาการเพิ่มขึ้น มารดาจึงควรได้รับการฝึกวิธีการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตรอย่างถูกต้อง โดยการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแล ฝึกกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตร ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นจากเดิมตามศักยภาพของแต่ละคน

6. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ในบางครั้งเด็กพัฒนาการล่าช้าอาจจะมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย สิ่งแรกที่มารดาควรทำคือ หาสาเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือบุตรอย่างถูกต้องเหมาะสม ในกรณีไม่ทราบสาเหตุ มารดาควรเบี่ยงเบนความสนใจของบุตร โดยการสัมผัสพูดคุย ปลอบโยน หรือชักจูงให้ทำกิจกรรมอื่น หากบุตรมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ มารดาควรแยกบุตรมาอยู่ในสถานที่ปลอดภัยและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยอาจให้บุตรออกกำลังกายหรือเล่น เพื่อให้ได้ระบายอารมณ์จะช่วยให้บุตรรู้สึกผ่อนคลายขึ้น นอกจากนี้ มารดาควรให้ความรัก ความเข้าใจ โดยการสัมผัสและสวมกอดบุตรด้วยความนุ่มนวล รวมทั้งมีการพูดคุยและเรียกชื่อบุตรด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน

จากบทบาทของมารดาในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่า มารดาต้องเผชิญกับภาระที่หนักและยากลำบาก เนื่องจากเด็กพัฒนาการล่าช้ามีข้อจำกัดด้านความสามารถทางร่างกายและสติปัญญา ยิ่งถ้าเป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้าน และมีความซับซ้อนของปัญหาทางพัฒนาการมากเท่าไร ความยุ่งยากและระยะเวลาในการดูแลเด็กก็เพิ่มมากขึ้นเท่านั้น โดยเฉพาะในเด็กพัฒนาการล่าช้าบางราย มารดาอาจต้องให้การดูแลไปตลอดชีวิต โดยมารดาต้องเสียสละเวลาเกือบทั้งหมดในแต่ละวัน เพื่อให้การช่วยเหลือบุตรในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และยังต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการแก่บุตร เพื่อให้บุตรสามารถช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้

จากภาระการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น ส่งผลเชิงลบต่อมาราดังนี้

1. ด้านร่างกาย จากการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าอย่างใกล้ชิดในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการฝึกให้บุตรช่วยเหลือตัวเอง ทำให้มารดาต้องใช้เวลาเกือบทั้งหมด

ในการดูแลบุตรมากขึ้น จากการดูแลบุตรที่ใช้ระยะเวลายาวนานนี้ มีผลทำให้มารดามีสุขภาพทรุดโทรมจากความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า รับประทานอาหารได้น้อย พักผ่อนได้ไม่เต็มที่ จนรู้สึกหมดความสุขในชีวิต ดังการศึกษาของวาสนา เกษมสุข (2545) ศึกษาความผาสุกของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ โดยศึกษาจากผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นผู้ดูแลแบบอยู่ประจำ จำนวน 30 คน และผู้ดูแลแบบไปกลับ จำนวน 34 คน พบว่า ความผาสุกของผู้ดูแลเด็กแบบอยู่ประจำอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 66.67) ส่วนความผาสุกของผู้ดูแลแบบไปกลับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.06) ซึ่งมีสาเหตุมาจากความเครียดในครอบครัว ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และภาระจากการดูแลบุตร

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า มารดามีความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมากในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าเป็นระยะเวลานาน ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า สิ้นหวัง และหมดกำลังใจในการดูแลบุตร ดังการศึกษาของจุฬารัตน์ สมใจ (2546) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในบิดามารดาเด็กพัฒนาการล่าช้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จำนวน 58 คน พบว่า บิดามารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า มีภาวะซึมเศร้าระดับมากและรุนแรง ร้อยละ 27.58 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 20.70 และจากการศึกษาของแพลนและแซนเดอร์ (Plant & Sander, 2007) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยศึกษาในมารดาของบุตรวัยก่อนเรียนที่มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 105 คน ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า มารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้ามีความเครียดจากภาระในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าและเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมร่วมด้วย โดยมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดูแลเด็ก และระดับความผิดปกติทางพัฒนาการของเด็ก

3. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอาจเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยอาจเกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างสามีภรรยา จนส่งผลทำให้เกิดความตึงเครียดในชีวิตสมรส ดังการศึกษาของรสนิธิ เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน จำนวน 70 ราย พบว่า มารดาจำนวน 13 ราย ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวภายหลังมีบุตรปัญญาอ่อน โดยมารดาจะเกิดความขัดแย้งกับบิดามากขึ้น เนื่องจากบิดาทำตัวหนีห่างจากครอบครัวและเอาใจใส่ต่อบุตรน้อยลง

4. ด้านเศรษฐกิจ เด็กพัฒนาการล่าช้าจัดอยู่ในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษายาวนาน จนทำให้มารดาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก นอกจากนี้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าอาหาร ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระทางเศรษฐกิจที่หนักและยุ่งยาก โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางหรือต่ำ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545)

ปัญหาจากการดูแลและผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกเครียด เป็นทุกข์ อับอาย ท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่ใจ เบื่อหน่าย และขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลบุตรที่มี พัฒนาการล่าช้า (สุภาวดี ชุ่มจิตต์, 2547) ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการดูแลเด็ก ดังการศึกษาของนพวรรณ บัวทอง (2549) ที่ศึกษาอุปสรรคของผู้ดูแลในการปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มี พัฒนาการช้าในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อุปสรรคของผู้ดูแลใน การส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้เรื่องพัฒนาการของเด็ก (ร้อยละ 93.15) ขาดความชำนาญ (ร้อยละ 93.15) และความมั่นใจในการปฏิบัติ (ร้อยละ 84.93) หรือ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ (ร้อยละ 73.97) ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการให้เด็ก ได้อย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การดูแลและให้ความช่วยเหลือเด็กพัฒนาการ ล่าช้ามีความยุ่งยาก ซับซ้อน และต้องใช้เวลายาวนาน ทำให้มารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเกิดความรู้สึก เครียด เหน็ดเหนื่อย ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง และขาดความเชื่อมั่นตนเองในการดูแลบุตร จึงจำเป็นต้องสร้างพลังใจแก่มารดาเพื่อให้มารดาต่อสู้กับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และเกิดความเชื่อมั่น ตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างพลังใจ

ปัจจุบัน การสร้างพลังใจหรือการสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นแนวคิดที่มีผู้นำ มาใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มี พลังในการดำเนินชีวิต และต่อสู้กับปัญหาต่างๆ การสร้างพลังใจเป็นมโนคติที่ยากจะให้คำอธิบาย แต่จะเข้าใจความหมายได้ง่ายขึ้นเมื่อไม่มีพลังใจ นั่นคือ รู้สึกไม่มีกำลัง หดหู่ใจ หดหนทาง รู้สึก ถูกกดขี่ข่มเหง รู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ หรือจัดการด้วยตนเองได้ (Gibson, 1995) การสร้างพลังใจจะมองว่า เป็นกระบวนการ (process) หรืออาจจะมองว่าเป็นผลลัพธ์ (outcome) ก็ได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างพลังใจ มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

แรพพอร์ท (Rappaport, 1984) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังใจในแนว กว้างๆ ว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคล องค์กร หรือชุมชน สามารถที่จะปกครอง หรือควบคุมวิถี ชีวิตของตนเองได้

กิบสัน (Gibson, 1995) ได้ให้ความหมายของการสร้างพลังใจว่า เป็นกระบวนการทาง สังคมที่สร้างความตระหนัก ส่งเสริม และสนับสนุนความสามารถของบุคคล เพื่อตอบสนองความ

ต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาของตนเอง และสามารถนำแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นมาใช้ได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า สามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ หรือพูดให้ง่ายขึ้นก็คือ กระบวนการที่ช่วยบุคคลให้สามารถควบคุมสถานการณ์หรือปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนได้

รอดเวลล์ (Rodwell, 1996) ได้ให้ความหมายของการสร้างพลังใจว่า เป็นกระบวนการที่ช่วยให้คนหรือกลุ่มคน สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เพิ่มทักษะ แสวงหาแหล่งประโยชน์ โอกาส และอำนาจในการกระทำสิ่งต่างๆ

นิคซ์ ทัศนียม (2545) ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุนหรือช่วยเพิ่มความสามารถให้บุคคลหรือกลุ่มได้มองเห็นปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยเป็นความรู้สึกของบุคคลว่า เขาสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

สุคนธ์ ไช้แก้ว (2545) สรุปความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจจากวรรณกรรมต่างๆ ว่าหมายถึง การมุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถ ความมีประสิทธิภาพ ความแกร่งในการทำกิจกรรม หรือการดำรงชีวิตที่จะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิต การทำงาน ความสำเร็จ และความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือกัน ความเท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการถ่ายเทอำนาจให้เกิดความเสมอภาคกัน

จากความหมายของการสร้างพลังใจข้างต้น ถึงแม้จะมีผู้ที่ใช้คำเรียกแตกต่างกันไปบ้าง แต่ความหมายที่ให้อีกมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้คำว่า การสร้างพลังใจ (empowerment) ซึ่งโดยสรุป หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงข้อดีและความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิต ทำให้บุคคลสามารถรับรู้คุณค่าในตนเอง โดยนำข้อดีและความสามารถที่มีในตนเองมาใช้หรือปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างพลังใจ

กิบสัน (Gibson, 1995) ทำการศึกษาวิเคราะห์หัมโนมติ (concept analysis) ของการสร้างพลังใจ และได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างพลังใจไว้ ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล (intrapersonal factors) ประกอบด้วย

1.1 ความรู้สึกมีคุณค่า ความภาคภูมิใจ (values) เช่น ในเรื่องการเป็นแม่ ความเป็นครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่สำคัญมากต่อกระบวนการสร้างพลังใจ

1.2 ความเชื่อ (beliefs) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการช่วยให้มารดาสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากที่เกิดขึ้น เพราะการที่มารดามีความเชื่อและมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี มีความหวังกับอนาคต มีความเชื่อในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร และเชื่อในระบบบริการสุขภาพ ความเชื่อเช่นนี้จะทำให้เกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ความเชื่อนี้อาจรวมถึงความเชื่อในทางศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ด้วย

1.3 เป้าหมายในชีวิต (determination) หมายถึง การที่มารดามีความตั้งใจอย่างแน่วแน่ และมีแรงจูงใจที่จะกระทำทุกอย่างเพื่อให้บุตรได้รับสิ่งที่ดีที่สุด มารดาที่มีเป้าหมายแน่ชัดเช่นนี้จะอดทน เพียรพยายามทำทุกสิ่งเพื่อบุตรของตน

1.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) ได้แก่ ประสบการณ์ที่ได้จากครอบครัว จากที่ทำงาน จากการศึกษา หรือแม้แต่จากการเลี้ยงดูบุตรเอง ย่อมส่งผลต่อวิธีการจัดการของมารดาในการดูแลบุตร โรคเรื้อรัง การเรียนรู้จากประสบการณ์เหล่านี้มีคุณค่ามาก และไม่สามารถหาสิ่งใดมาทดแทนได้

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal factor) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งมาจากแหล่งต่างๆ เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรในทีมสุขภาพ และมารดาที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เป็นต้น โดยมารดาและกลุ่มคนเหล่านี้จะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้กำลังใจ การเรียนรู้ และการได้รับความสนใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างพลังใจอย่างยิ่ง เนื่องจากการสร้างพลังใจเป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม หากเป็นไปในทางบวกย่อมเกิดกำลังใจ เกิดการเสริมสร้าง หากเป็นไปในทางลบย่อมนำไปสู่ความคับข้องใจ ผิดหวัง และบั่นทอน

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการสร้างพลังใจของบุคคล เพราะการที่มารดาจะมีพลังใจได้นั้นเกิดจากการที่มารดามีค่านิยมในความเป็นแม่ของตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร รวมทั้งมารดามีความตั้งใจแน่วแน่และมีแรงจูงใจที่จะกระทำทุกอย่างเพื่อบุตรของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้ามารดามีประสบการณ์ในการดูแลบุตร และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะจากคู่สมรสหรือมารดาที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ย่อมส่งผลให้มารดามีกำลังใจในการดูแลบุตรต่อไปอย่างไม่ย่อท้อ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายตามที่ตนเองต้องการได้ในที่สุด ดังนั้นในกระบวนการสร้างพลังใจจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย

กระบวนการสร้างพลังใจ (Process of empowerment)

กิบสัน (Gibson, 1995) ทำการศึกษากระบวนการสร้างพลังใจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง โดยมองว่า กระบวนการสร้างพลังใจเป็นกระบวนการของการส่งเสริมและทำให้ความสามารถของบุคคลเพิ่มขึ้น เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของพวกเขาเหล่านั้น รวมทั้งเป็นการช่วยให้ผู้รับบริการและครอบครัวสามารถสร้างความตระหนักรู้ในสถานการณ์และสนับสนุนให้เกิดการกระทำตามแผนการที่วางไว้ได้ ในกระบวนการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1995) จะต้องมีเงื่อนไขก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการสร้างพลังใจ (precondition) คือ มารดาหรือผู้ดูแลต้องมีความรัก (love) ความผูกพัน (bond) และสัญญาใจ (commitment) ว่า จะดูแลบุตรหลานของตนให้ดีที่สุด เงื่อนไขนี้เป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาหรือผู้ดูแลเข้าสู่กระบวนการสร้างพลังใจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เมื่อมารดารับรู้ผลการวินิจฉัยว่าบุตรเป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทที่ส่งผลต่อการพัฒนาการของบุตร ซึ่งเป็นกรณีที่กิบสันศึกษา จะเกิดการตอบสนอง 3 ด้าน คือ

1.1 การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) โดยมารดาจะเกิดอาการช็อก สับสน ตกใจ วิตกกังวล และโกรธ เนื่องจากไม่สามารถยอมรับกับปัญหา ประกอบกับความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ทำให้มารดา รู้สึกว่าเป็นการยากที่จะยอมรับในปัญหาสุขภาพของบุตร โดยคิดว่า แพทย์ทำการวินิจฉัยเร็วเกินไปเพราะการมีพัฒนาการล่าช้าของบุตรอาจเป็นเพราะเด็กยังเล็ก และยังคงพึ่งพาผู้อื่น ในช่วงนี้มารดาจึงมักมีความขัดเคืองใจกับคำวินิจฉัย แต่ถึงกระนั้นมารดาก็ยังตั้งความหวังว่า บุตรของตนจะช้าไม่มากและมีโอกาสที่จะมีพัฒนาการตามทันเด็กปกติ

1.2 การตอบสนองด้านความคิด (cognitive responses) เนื่องจากการดาที่ยังรู้สึกไม่แน่ใจกับการวินิจฉัยของแพทย์ จึงพยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่น ไม่ว่าจะเป็นการสืบเสาะหาความรู้จากแหล่งต่างๆ เช่น ตำราหรือหนังสือ การสอบถามจากแพทย์ พยาบาล หรือจากมารดาที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติที่พบในเด็ก รวมทั้งวิธีการดูแลและช่วยเหลือ

1.3 การตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioral responses) เกิดจากการดาที่รับรู้ถึงความรับผิดชอบในการดูแลบุตร การให้ความรักและปรารถนาที่จะให้สิ่งที่ดีที่สุดแก่บุตร โดยมารดาจะมองโลกในแง่ที่ดีและพยายามไม่คิดอะไรมาก แต่จะพยายามดูแลบุตรให้ดีที่สุด โดยมารดามักจะสังเกตและจดจำอาการผิดปกติ การตอบสนองต่อยาหรือการรักษา รวมทั้งหาวิธีการช่วยเหลือเด็กหลายๆ วิธี ซึ่งบางครั้งบุคลากรทีมสุขภาพและสมาชิกอื่นในครอบครัวก็มองว่า มารดาปกป้องเด็กมากเกินไป (over protection)

ในช่วงค้นพบสภาพการณ์จริงนี้ มารดาอาจเกิดความรู้สึกคับข้องใจ (frustration) ซึ่งเป็นความคับข้องใจต่อบุคคลหลายฝ่าย ได้แก่

ก) ความคับข้องใจต่อบุคคลในครอบครัว เนื่องมาจากการรู้สึกว่า ตนเองเหนื่อยจากการรับภาระในการดูแลบุตรคนเดียว และไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะจากคู่สมรส

ข) ความคับข้องใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องมาจากการมีความวิตกกังวลและรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในสิ่งที่เกิดกับเด็ก แต่บุคลากรทางการแพทย์กลับละเลยหรือไม่สนใจความวิตกกังวลของมารดา

ค) ความคับข้องใจต่อตนเอง เมื่อพบว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญได้ (coping) มารดาจะเกิดความรู้สึกเสียใจ และโกรธตนเอง

ซึ่งหากมารดาสามารถผ่านความคับข้องใจเหล่านี้ไปได้ จะช่วยให้มารดาสามารถดำเนินไปสู่ขั้นตอนต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) หลังจากมารดาได้ค้นพบการตอบสนองของตนเองแล้ว จะผลักดันให้มารดามีการสะท้อน ทบทวนสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลบุตร ในช่วงนี้พยาบาลต้องช่วยนำมารดาเข้าสู่การประเมินตนเองให้ได้ว่า มารดาเป็นผู้ที่รู้จักและดูแลเด็กได้ดีกว่าบุคคลอื่น ซึ่งนำไปสู่ความพร้อมที่จะเข้ามารับผิดชอบจัดการสถานการณ์ต่างๆ ในการดูแลบุตร

3. การจัดการกับสถานการณ์ (taking charge) เป็นขั้นตอนฝึกให้มารดาดูแลบุตร กับสัน (Gibson, 1995) ได้ระบุการดูแลกลุ่มเด็กโรคเรื้อรังไว้ว่า ควรให้การดูแลที่ครอบคลุมใน 5 เรื่อง ได้แก่

3.1 เรียนรู้การปกป้องสิทธิประโยชน์ที่เด็กพึงได้รับ เนื่องจากเด็กที่ป่วยเรื้อรังต้องพึ่งพามารดาในการดูแล มารดาจึงต้องเรียนรู้จักการเรียกร้องสิทธิประโยชน์แทนเด็ก

3.2 เรียนรู้ช่องทางในการติดต่อกับระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยที่มารดาต้องทราบขั้นตอนในการติดต่อขอความช่วยเหลือหรือรับบริการสุขภาพ และการใช้แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพ

3.3 การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลเด็ก

3.4 การเจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้รับการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับเด็ก

3.5 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็ก โดยมารดาและบุคลากรในทีมสุขภาพต่างต้องยอมรับและนับถือความรู้ ความสามารถซึ่งกันและกัน

4. การคงไว้ซึ่งพลังใจ (holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่มารดาได้ตระหนักถึงความแข็งแกร่ง และความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ได้สำเร็จ ซึ่งมารดาจะรักษาและพยายามคงไว้ซึ่งพลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ต่อไป

เมื่อผ่านกระบวนการสร้างพลังใจแล้ว จะเกิดผลลัพธ์ตามมา ได้แก่ การมองเห็นตนเองในทางบวก (positive self-concept) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) และเกิดสำนึกของการควบคุมสภาพการณ์ได้ (a sense of control)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำกระบวนการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างพลังใจ โดยผู้วิจัยจะใช้โปรแกรมนี้กับมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า ความผูกพันสายเลือดในการเป็นแม่-ลูก มารดาย่อมมีความรัก ความผูกพัน และการทุ่มเทใจมากกว่าผู้ดูแลอื่นๆ และการดำเนินโปรแกรมการสร้างพลังใจแก่มารดา จะประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังกล่าว โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก ผู้สอน ผู้แนะนำ ผู้ให้คำปรึกษาตลอดกระบวนการ และผลที่คาดว่าจะเกิดจากโปรแกรมการสร้างพลังใจในการศึกษาครั้งนี้ก็คือ การที่มารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยจะส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมดูแลหรือปฏิบัติด้วยความพยายามมากขึ้น แม้จะมีอุปสรรคต่างๆ มารดาก็จะไม่ย่อท้อแต่จะมุ่งมั่นในการดูแลด้านต่างๆ รวมทั้งการฝึกพัฒนาการให้แก่บุตรต่อไปเพื่อให้บรรลุความสำเร็จ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่นำเอากระบวนการสร้างพลังใจมาใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ เพียง 2 เรื่อง ดังนี้

เรื่องแรก คือ งานวิจัยของภัทรานุลย์ พุทธรักษา และคณะ (Puttahraksa, et al., 2006) ที่ศึกษาโปรแกรมการสร้างพลังใจในผู้ดูแลต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กออทิสติก โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มีอายุ 2-5 ปี ที่นำเด็กมาับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จำนวน 74 ราย โดยผู้ดูแลเป็นบิดามารดา หรือญาติที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 ราย และกลุ่มควบคุม 37 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจตามแนวคิดการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1995) จัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน แต่ละกลุ่มได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ 8 ครั้ง โดย 5 ครั้งแรกดำเนินกิจกรรมติดต่อกันเป็นเวลา 5 วัน ใช้เวลาวันละ 3 ชั่วโมง หลังจากนั้น ติดตามผลเดือนละครั้งเป็นเวลา

3 เดือน พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กออกทิสติกภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 12 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 งานวิจัยของภัทรานุญต์ พุทธิรักษา และคณะ ได้นำเอากระบวนการสร้างพลังใจของก๊ิบสันมาใช้เพิ่มเติมรูปแบบ เป็นการยืนยันถึงผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในผู้ดูแลที่ทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กออกทิสติกเพิ่มขึ้น และมีการคงอยู่อย่างน้อย 12 สัปดาห์

เรื่องที่สอง คือ งานวิจัยของปริญญาภรณ์ บุญยะส่ง (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลในครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่มารับบริการที่คลินิกส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลปทุมธานี จำนวน 55 ราย โดยผู้ดูแลต้องเป็นบุคคลที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กปัญญาอ่อน ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 ราย และกลุ่มควบคุม 28 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มและจัดกิจกรรมในรูปแบบของกระบวนการกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 5-6 คน กลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ิบสัน (Gibson, 1995) จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 วัน แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนของการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสามารถลดภาระการดูแลเชิงประณัย (เวลาที่ใช้ในการดูแล) และการดูแลเชิงอัตนัย (ความยากของกิจกรรมการดูแล) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาของปริญญาภรณ์ บุญยะส่ง แม้ตัวแปรตามที่ศึกษาจะไม่ใช่การรับรู้สมรรถนะตนเองก็ตาม แต่ภาระการดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่ลดลงหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ อาจกล่าวได้ว่าเป็นผลของการรับรู้สมรรถนะตนเองที่สูงขึ้นอันเนื่องมาจากกระบวนการสร้างพลังอำนาจที่ได้รับนั่นเอง ทั้งนี้เนื่องจากมีงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Dhiranathara, 2008) พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลเด็กเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นการศึกษาของปริญญาภรณ์ บุญยะส่ง โดยหลักการของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ย่อมทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง และเมื่อผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลเด็กปัญญาอ่อนได้ ก็ย่อมทำให้ฝ่าฟันอุปสรรคความยากลำบากในการดูแลได้ จึงไม่น่าแปลกที่รับรู้ว่าการดูแลนั้นลดลง

นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่นำโปรแกรมการสร้างพลังใจมาใช้ในผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ และถึงแม้ตัวแปรตามที่ศึกษาจะต่างกัน แต่ก็เป็นการยืนยันถึงประสิทธิผลของการนำโปรแกรมการสร้างพลังใจไปใช้ได้เป็นอย่างดี งานวิจัยเหล่านั้น ได้แก่

งานวิจัยของจิม สกูลนุ้ม (Sakulnoom, 2002) ซึ่งถึงแม้ว่า จะไม่ได้ศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการ แต่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุ 3 เดือน - 6 ปี ซึ่งมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ตึกอายุรกรรมเฉพาะโรค สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยจัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 คน โดยกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มจะได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจตามแนวคิดการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1995) วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 5 วันติดต่อกัน รวมทั้งสิ้น 10 ครั้ง พบว่า หลังให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ มารดาในกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยของอรุณรัตน์ กาญจนะ (Kanjana, 2006) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจของมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาผู้ป่วยเด็กอายุ 3-12 ปี ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พาบุตรมารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 29 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยจัดกิจกรรมรายบุคคลใช้เวลา 4 วันติดต่อกัน และใช้การโทรศัพท์เพื่อติดตามสัปดาห์ละครั้ง จนกว่ามารดาจะนำบุตรมารับเคมีบำบัดตามนัด ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรมากกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ถึงแม้ว่าการศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ จะไม่ได้วัดการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดา แต่วัดที่พฤติกรรมดูแลของมารดาเลยก็ตาม แต่โดยตัวกระบวนการสร้างพลังใจมุ่งทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะ ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากต่อการเกิดพฤติกรรมตามมา

งานวิจัยของจินตนา วัชรสินธุ์ มณีรัตน์ ภาคฐป และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2549) ทำการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 26 ครอบครัว ซึ่งรูปแบบการวิจัยเป็นแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยจัดเป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 ครอบครัว แต่ละกลุ่มได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 วัน แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ครอบครัวในการดูแลเด็กดีขึ้น รวมทั้งมีความเครียดของการเป็นญาติผู้ดูแลลดลงและมีพลังอำนาจสูงขึ้น ถึงแม้งานวิจัยนี้จะมีจุดอ่อนที่รูปแบบการวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตาม ผลที่ตามมาก็นับสนับสนุนถึงประสิทธิผลของกระบวนการสร้างพลังใจได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ มีงานวิจัยในต่างประเทศ โดยแมคคาร์ที และคณะ (McCarthy, et al., 2002) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจของบิดามารดาผู้ดูแลบุตรโรคหอบหืด จำนวน 57 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 28 ครอบครัว โดยจัดเป็น

กิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5-8 ครอบครัว ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และใช้การโทรศัพท์ติดตามเดือนละครั้งจนครบเวลา 6 เดือน โดยได้ประเมินผลจากความรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา และความสามารถในการดูแล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้และการเสริมสร้างพลังใจ มีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ การตัดสินใจ และการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ให้คำแนะนำตามปกติ แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดของทั้งสองกลุ่มเพิ่มสูงขึ้นไม่แตกต่างกัน

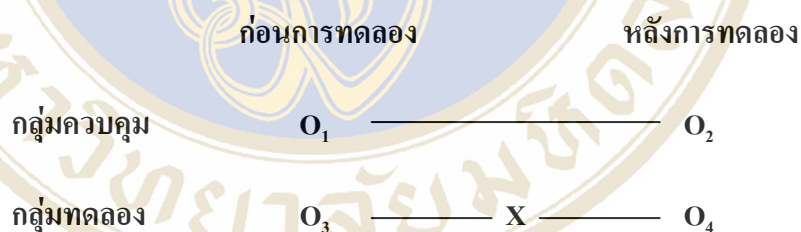
จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำกระบวนการสร้างพลังใจมาใช้กับผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง จะเห็นได้ว่า มีการจัดรูปแบบของงานวิจัยทั้งที่เป็นกิจกรรมกลุ่มและรายบุคคล รวมไปถึงการใช้โทรศัพท์ติดตาม โดยใช้เวลาประมาณ 4-5 วัน และมีการติดตามผลตั้งแต่ 4 สัปดาห์ จนถึง 6 เดือน ซึ่งผลจากงานวิจัยดังกล่าวยืนยันให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างพลังใจช่วยให้ผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นและนำไปสู่พฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมในเด็กป่วยเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในการคาดการณ์การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ร่วมกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการ ทั้งนี้เพราะพยาธิสภาพของโรคที่ซับซ้อนของเด็ก ทำให้มารดาซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่ใจ และขาดความเชื่อมั่นในการดูแลบุตร ผู้วิจัยจึงต้องการนำกระบวนการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างพลังใจให้กับมารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้าวัย 5 ขวบปีแรก โดยจัดกิจกรรมในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มและรายบุคคล และใช้การโทรศัพท์ติดตาม รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 4 วัน รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ซึ่งรูปแบบนี้ได้ออกแบบโดยคำนึงถึงข้อจำกัดของผู้รับบริการ (เช่น การไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้บ่อยๆ หรือไม่สามารถมาติดต่อกันได้ ภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น) และข้อจำกัดของระบบบริการในโรงพยาบาล (เช่น สถานที่ วันและเวลาที่ถูกกำหนดสำหรับคลินิก จำนวนบุคลากร เป็นต้น) ผู้วิจัยเชื่อว่า กิจกรรมการสร้างพลังใจนี้จะช่วยให้มารดาเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองดังกล่าวจะนำมาซึ่งพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ปรารถนา นั่นคือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งตัวเด็กเองและครอบครัว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง โปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้รูปแบบการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย



- O₁ คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าของมารดากลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1
- O₂ คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าของมารดากลุ่มควบคุม ครั้งที่ 2
- O₃ คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าของมารดากลุ่มทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ
- O₄ คะแนนการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าของมารดากลุ่มทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ
- X โปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาที่มีการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

มารดา

1. เป็นผู้ดูแลหลักมาตลอด และอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็ก
2. สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่มีประวัติการขอรับบริการด้านสุขภาพจิต
4. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เด็ก

1. เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นกลุ่มที่มีพัฒนาการล่าช้า (developmental delay) โดยรวมเด็กกลุ่มอาการดาวน์ด้วย แต่ยกเว้น เด็กออทิสติกและเด็กที่มีพยาธิสภาพทางสมอง เช่น cerebral palsy, epilepsy, microcephaly, hydrocephalus เป็นต้น

(สาเหตุที่ไม่คัดเลือกเด็กออทิสติก และเด็กที่มีพยาธิสภาพทางสมองเข้ากลุ่ม เนื่องจากเด็กออทิสติกส่วนใหญ่จะมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาและด้านสังคม และเด็กที่มีพยาธิสภาพทางสมองจะมีความยากในการกระตุ้นพัฒนาการ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค)

2. เป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าครอบคลุมทั้งสี่ด้าน ดังนี้ พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก พัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การจับคู่ (matching) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้อายุและการมีกลุ่มอาการดาวน์ของเด็ก ดังนี้

- ก. แบ่งอายุของเด็กเป็น 1) อายุ 0-12 เดือน 2) อายุ 13-24 เดือน 3) อายุ 25-36 เดือน 4) อายุ 37-48 เดือน และ 5) อายุ 49-60 เดือน

ข. แบ่งประเภทของเด็กเป็น 1) เด็กที่มีอาการดาวน์ และ 2) เด็กที่ไม่มีอาการดาวน์

โดยผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจากบัญชีรายชื่อของเด็กจากทั้งสองโรงพยาบาลจนได้ครบ 25 คู่ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยกับกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 25 ราย แล้วจึงดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลองจนเสร็จ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า แต่มีการศึกษาที่ใกล้เคียงมาก คือ การศึกษาของภัทรบูลย์ พุทธรักษา และคณะ (Puttahraksa, et al., 2006) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดา โดยได้ใช้กระบวนการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1995) ต่อการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กออทิสติก พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กออทิสติกโดยรวมในมารดากลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 86.17 (SD = 9.80) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลเด็กออทิสติกโดยรวมในมารดากลุ่มควบคุมหลังการทดลองเท่ากับ 52.65 (SD = 12.64) ผู้วิจัยได้นำมาคำนวณค่าอิทธิพลโดยใช้สูตรของกลาส (Glass, 1976) ดังนี้

$$d = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C} = \frac{86.17 - 52.65}{12.64} = 2.65$$

d = ขนาดอิทธิพล

$\bar{x}_E$ = ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{x}_C$ = ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

การศึกษานี้ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ดังนั้น ค่าอิทธิพล (effect size) หรือ f คำนวณจาก

$$f = d / 2 = 2.65 / 2 = 1.33$$

เมื่อ $f \geq .40$ เป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จากการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Cohen, 1988) เมื่อค่า $\alpha = .05$ และอำนาจการทดสอบ (power) ที่ระดับ .80, $u = 1$ (u = จำนวนกลุ่ม (k) - 1) ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน ดังนั้นการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 แห่ง ได้แก่ คลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 160 เตียง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็กจะให้บริการส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กพัฒนาการล่าช้าทุกประเภท เช่น กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม เด็กออทิสติก เด็กที่มีพยาธิสภาพของสมอง และเด็กพูดช้า โดยเปิดบริการทุกวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้าในแต่ละเดือนประมาณ 20 คน

คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด ขนาด 200 เตียง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กจะให้บริการส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กพัฒนาการล่าช้าทุกประเภท เช่น กลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม เด็กออทิสติก เด็กที่มีพยาธิสภาพของสมอง และเด็กพูดช้า โดยเปิดบริการทุกวันอังคาร เวลา 13.00-16.00 น. จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้าในแต่ละเดือนประมาณ 50 คน

การปฏิบัติพยาบาลต่อเด็กพัฒนาการล่าช้าของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง มีลักษณะที่เหมือนกัน ดังนี้ เมื่อเด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านพัฒนาการ เด็กทุกคนจะได้รับการพยาบาลตามปกติ นั่นคือ ในรายรับใหม่ บิดามารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า แต่ส่วนใหญ่มักจะเป็นมารดาจะได้รับความรู้จากพยาบาลเป็นรายครอบครัว เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ การดูแลทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที และเด็กทุกคนจะได้รับการนัดมาคลินิกทุกเดือน ในแต่ละครั้งเด็กจะได้รับการประเมินพัฒนาการ สาธิตการกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กเป็นรายบุคคล ให้มารดาสาธิตย้อนกลับ การฝึกกระตุ้นพัฒนาการ พร้อมทั้งให้แบบฝึกหัดเพื่อนำกลับไปฝึกเด็กที่บ้าน และนัดเด็กมาเพื่อติดตามประเมินผลการฝึกพัฒนาการเดือนละครั้ง นอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติแล้ว ทางโรงพยาบาลเสนาและโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ยังไม่มีโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผนในเรื่องของการให้ความรู้ การสร้างพลังใจ หรือการสนับสนุนในรูปแบบอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามมารดาสามารถสอบถามข้อสงสัยต่างๆ ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้จากพยาบาลและแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

1.1 คู่มือการสร้างพลังใจแก่มารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า (ดูภาคผนวก ก) สร้างโดยผู้วิจัย ประยุกต์จากแนวคิดการสร้างพลังใจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรังของกิบสัน(Gibson, 1995)

โดยมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มและรายบุคคลที่ครอบคลุมกระบวนการสร้างพลังใจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การจัดการกับสถานการณ์ และการคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยมารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 4 วัน รวมระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

1.2 หนังสือ “เรื่องสำคัญที่แม่ต้องรู้...เมื่อพัฒนาการของลูกล่าช้า” (ดูภาคผนวก ข) สร้างโดยผู้วิจัย มีลักษณะเหมือนหนังสือเล่มเล็ก (ขนาดกระดาษเอ 4 พับครึ่งเย็บเล่ม) สำหรับให้มารดา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี สาเหตุของการเกิดพัฒนาการล่าช้า แนวทางและบทบาทของมารดาในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

1.3 แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ (ดูภาคผนวก ค) สร้างโดยคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สถาบันราชานุกูล (2550) ซึ่งผู้วิจัยนำมาเรียบเรียงใหม่ โดยเลือกเฉพาะกิจกรรมสำหรับฝึกพัฒนาการแต่ละด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นไปได้ของมารดา ในการนำไปฝึกพัฒนาการให้กับบุตรเองที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาเล็กน้อยในเรื่องวิธีการฝึกพัฒนาการดังนี้

ก. พัฒนาการด้านการใช้ภาษา

- หัวข้อ การตอบสนองต่อเสียง (อายุ 2 เดือน)
- หัวข้อ การสื่อความหมาย (อายุ 12-15 เดือน)
- หัวข้อ การบอกความต้องการ และการพูดคำที่มีความหมาย 2-3 คำ

ติดต่อกัน (อายุ 2-3 ปี)

ข. พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก

- หัวข้อ การเลือกสีที่เหมือนกันและการใช้มือหยิบจับของ (อายุ 3-5 ปี)

แบบบันทึกนี้สำหรับให้มารดาใช้บันทึกว่า บุตรสามารถทำพัฒนาการแต่ละด้านในแต่ละกิจกรรมได้เมื่ออายุเท่าใด และมีวิธีฝึกพัฒนาการในแต่ละด้านแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก พัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง เพื่อให้มารดาใช้เป็นแนวทางในการฝึกบุตร โดยมารดาจะได้รับแบบบันทึกใหม่ทุกครั้งที่ต้องเริ่มฝึกกิจกรรมใหม่แก่บุตร ซึ่งผู้วิจัยเลือกแบบบันทึกที่เหมาะสมตามพัฒนาการที่ต้องการฝึกให้

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดูภาคผนวก ง) ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป รวบรวมโดยใช้การสัมภาษณ์และจากเวชระเบียน

- ข้อมูลทั่วไปของมารดา เช่น ปี พ.ศ. เกิด ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และระยะเวลาที่ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เป็นต้น

- ข้อมูลทั่วไปของเด็ก เช่น อายุ เพศ และการวินิจฉัยโรค เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งกรอบแนวคิดของแบบสอบถามมาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ แบ่งเป็น 3 หมวดใหญ่ โดยแต่ละข้อคำถามสอดคล้อง ครอบคลุมการดูแล ดังนี้

หมวดที่ 1 การฝึกพัฒนาการบุตรทั้ง 4 ด้าน จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น

- การฝึกพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว จำนวน 2 ข้อ

(ข้อ 1 และ 2)

- การฝึกพัฒนาการด้านการใช้ตาและมือ จำนวน 4 ข้อ

(ข้อ 3, 4, 5 และ 6)

- การฝึกพัฒนาการด้านการใช้ภาษา จำนวน 6 ข้อ

(ข้อ 7, 8, 9, 10, 11 และ 12)

- การฝึกพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม จำนวน 6 ข้อ

(ข้อ 13, 14, 15, 16, 17 และ 18)

หมวดที่ 2 การดูแลทั่วไปในการฝึกพัฒนาการ จำนวน 7 ข้อ

(ข้อ 19, 20, 21, 22, 23, 24 และ 25)

หมวดที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น

- การเรียกร้องสิทธิประโยชน์ที่เด็กพึงได้รับ จำนวน 3 ข้อ

(ข้อ 26, 27 และ 28)

- การติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ (ข้อ 29)

- การแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลเด็ก จำนวน 2 ข้อ

(ข้อ 30 และ 31)

- การเจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 2 ข้อ (ข้อ 32 และข้อ 33)

โดยระดับความมั่นใจมีพิสัยระหว่าง 0-100 โดยเริ่มจาก 0 คือ ไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถทำกิจกรรมการดูแลในข้อนั้นได้ ไปจนถึง 100 คือ มีความมั่นใจอย่างเต็มที่ว่า สามารถทำกิจกรรมการดูแลในข้อนั้นได้แน่นอน ลักษณะสเกลคำตอบ เป็นดังนี้



การแปลผลคะแนนใช้คะแนนเฉลี่ยทั้งฉบับ คะแนนสูง หมายถึง มารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงในการดูแลบุตรพัฒนาการล่าช้า คะแนนต่ำ หมายถึง มารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำในการดูแลบุตรพัฒนาการล่าช้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำคู่มือการสร้างพลังใจแก่มารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า หนังสือ “เรื่องสำคัญที่แม่ต้องรู้...เมื่อพัฒนาการของลูกล่าช้า” แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 3 คน (ดูภาคผนวก จ) ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาล 2 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา จากนั้นนำคู่มือการสร้างพลังใจแก่มารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า หนังสือ “เรื่องสำคัญที่แม่ต้องรู้...เมื่อพัฒนาการของลูกล่าช้า” แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

จากนั้น ผู้วิจัยทดลองใช้โปรแกรมการสร้างพลังใจกับมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ในการนำไปทดลองใช้จริง และนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าไปทดลองใช้กับมารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน โดยทำการสัมภาษณ์มารดาทั้ง 5 คน เพื่อตรวจสอบว่าสำนวนภาษา และรูปแบบของแบบสอบถาม เหมาะสมกับการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า ที่ได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดสอบหาความเที่ยง โดยทดลองใช้ (try out) กับมารดาของเด็ก พัฒนาการล่าช้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครวมเท่ากับ .92 และแต่ละหมวดของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง .73 - .95 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครวมเท่ากับ .92 และแต่ละหมวดของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง .78 - .90 (ดูภาคผนวก ฉ)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่า การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา สามารถขอเลิกได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

1.1 ดำเนินการเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล (ดูภาคผนวก ข)

1.2 ทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการดำเนินการทดลอง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ โดยสำรวจเพิ่มประวัติของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ห้องเวชระเบียน โรงพยาบาลเสนา และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อมารดาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดนำเด็กพัฒนาการล่าช้ามารับบริการที่คลินิก ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยฝากให้พยาบาลประจำคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา แจกใบปลิวแก่มารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้าทั้งสี่ด้าน และมีอายุแรกเกิด-5 ปี ซึ่งเนื้อหาในใบปลิวเป็นการประกาศเชิญชวนให้มารดาเข้าร่วมโครงการวิจัย ถ้าหากมารดาสนใจสามารถติดต่อกับพยาบาลประจำคลินิก

2.2 ผู้วิจัยขออนุญาตมารดาที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในการสำรวจเพิ่มประวัติของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเสนา และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และเมื่อมารดาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดนำบุตรมารับบริการที่คลินิก ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการเข้าร่วมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบตามเอกสารคำอธิบายโครงการวิจัย และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง เมื่อได้รับความยินยอมจากมารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้ว จึงดำเนินการวิจัยกับมารดากลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อน แล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัยกับมารดากลุ่มทดลอง

2.3 การดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มควบคุม จะกระทำในวันที่ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายให้มารับบริการจากโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการติดต่อให้เป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะมีการเตรียมการล่วงหน้า 1 เดือน โดยที่ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบถึงการนัดหมายพิเศษ นอกเหนือจากการนัดหมายตามปกติของโรงพยาบาล โดยให้มารดามาก่อนวันนัดหมาย 1 วัน เพื่อให้มารดาเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม (นั่นคือ กิจกรรมครั้งที่ 1) และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม

ทดลอง จะได้รับค่าพาหนะในการเดินทางเป็นเงิน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ซึ่งถ้าหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวันที่ทันที ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (วันแรกที่พบกลุ่มตัวอย่าง)

1. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และให้มารดาทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า
2. มารดาได้รับการพยาบาลตามปกติ (ประเมินพัฒนาการแก่เด็ก สหกิจวิธีการกระตุ้นพัฒนาการ การให้มารดาสาธิตกลับการกระตุ้นพัฒนาการ และให้แบบฝึกหัดการกระตุ้นพัฒนาการกลับไปฝึกเด็กที่บ้าน)
3. นัดหมายมารดาเพื่อติดตามผลการกระตุ้นพัฒนาการในสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 5 (วันที่นัดหมาย)

1. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล (post-test) โดยผู้วิจัยให้มารดาทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า
2. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัย หรือแสดงความคิดเห็น
3. กล่าวขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

กลุ่มทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมในมารดากลุ่มทดลอง (รายละเอียดดูในภาคผนวก ก) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ครั้งที่ 1 วันแรกที่พบกลุ่มตัวอย่าง (1 วันก่อนวันที่โรงพยาบาลนัด)

1. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และให้มารดาทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดา โดยจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่ม กลุ่มละ 3-4 คน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเปิดกลุ่ม (10 นาที) ก่อนจะเริ่มกลุ่มมีการปฏิบัติ ดังนี้

1. สร้างสัมพันธ์ภาพ (5 นาที)
2. แจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรม และกิจกรรมที่ดำเนินการ
3. ทำการตกลงเรื่องกฎและระเบียบและการรักษาความลับของกลุ่ม
4. ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการฝึกหายใจ (5 นาที)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินกลุ่ม (65 นาที) ผู้วิจัยปฏิบัติตามโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดา โดยในวันแรกจะดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) (20 นาที)

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยให้มารดาได้มีการตอบสนองในด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก สาเหตุของการเกิดพัฒนาการล่าช้า และลักษณะของเด็กพัฒนาการล่าช้า หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาได้เล่า พูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และวิธีการที่มารดาใช้ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุตร

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) (20 นาที)

ขั้นตอนนี้จะดำเนินการต่อเนื่องมาจากขั้นตอนที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาได้มีการสะท้อนคิดโดยสำรวจ และประเมินตนเองถึงสถานการณ์ และวิธีปฏิบัติในการดูแลบุตรพัฒนาการล่าช้าที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาได้เล่า พูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลบุตร รวมทั้งให้มารดามองหาข้อดีของตนเองและแหล่งประโยชน์ที่มีในการดูแลบุตร ซึ่งจะช่วยให้มารดาได้พัฒนาความรู้สึกมีพลังในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในการดูแลบุตร ทำให้มารดาได้ตระหนักว่า ตัวเองมีความรู้ ความสามารถ และเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลบุตร

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ (taking charge) (20 นาที)

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดาทราบบทบาทของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า และตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็น รวมทั้งมีความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ โดยกิจกรรมครั้งนี้มุ่งเน้นในเรื่องของการปกป้องสิทธิประโยชน์ที่บุตรพึงได้รับ การติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลบุตร และการเจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของมารดาในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า และเปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็น

เกี่ยวกับสถานการณ์ทั้ง 4 เรื่อง รวมทั้งให้กำลังใจแก่มารดาในการนำไปปฏิบัติด้วยความมั่นใจมากขึ้น เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่บุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังใจ (holding on) (5 นาที)

ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มารดารักษากำลังใจที่เกิดจากการได้ตระหนักถึงข้อดี แหล่งประโยชน์ ศักยภาพ และความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์เพื่อการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยผู้วิจัยให้มารดาทราบและตระหนักถึงข้อดีหรือความสามารถของตัวเองในการดูแลบุตรที่ผ่านมา และแสดงความเชื่อมั่นในความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร รวมทั้งสนับสนุนให้มารดาทดลองจัดการกับสถานการณ์ 4 ด้าน (การปกป้องสิทธิประโยชน์ที่บุตรพึงได้รับ การติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลเด็ก และการเจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพ) นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้มารดาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นถึงวิธีการให้กำลังใจตนเอง และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งตั้งปณิธานร่วมกันในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

ระยะที่ 3 ระยะปิดกลุ่ม (10 นาที) ผู้วิจัยได้นัดหมายกับมารดาในเรื่องของวัน เวลา สถานที่ และแจ้งเรื่องที่จะพูดคุยในครั้งต่อไป คือ การจัดกิจกรรมรายบุคคลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณมารดาในกลุ่มที่ให้ความสนใจและให้ความร่วมมือด้วยดี

ครั้งที่ 2 วันถัดมา (วันที่โรงพยาบาลนัด)

กิจกรรมครั้งนี้เป็นการสร้างพลังใจในขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ โดยจัดเป็นรายบุคคล เพื่อให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก รวมทั้งสร้างพลังใจแก่มารดาในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า (รวม 1 ชั่วโมง) ดังนี้

1. กล่าวทักทาย ต้อนรับ และชวนมารดาพูดคุย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย (5 นาที)
2. ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการฝึกหายใจ (5 นาที)
3. การสร้างพลังใจในวันที่ 2 ดำเนินกิจกรรมเฉพาะขั้นตอนการจัดการกับสถานการณ์ โดยครอบคลุมเฉพาะสถานการณ์ด้านที่ 5 คือ การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยใช้วิธีให้ข้อมูล แนะนำ สอน ฝึก และสาธิตย้อนกลับ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยประเมินพัฒนาการเด็ก และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพพัฒนาการปัจจุบันของเด็ก รวมทั้งอธิบายถึงการเตรียมเด็ก และความสำคัญของการกระตุ้นพัฒนาการให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ (10 นาที)

3.2 ผู้วิจัยสาธิตวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในขั้นต่อไปแก่มารดา ตามแบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ โดยครอบคลุมพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน (20 นาที)

3.3 ผู้วิจัยให้มารดาสาธิตกลับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการ โดยผู้วิจัยกล่าวคำชมเชย และให้กำลังใจ เพื่อให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตร (10 นาที)

3.4 ผู้วิจัยให้แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการแก่มารดา เพื่อนำกลับไปใช้ฝึกบุตรที่บ้าน (5 นาที)

3.5 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัย หรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม (5 นาที)

4. ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาที่มารดาสะดวกในการรับโทรศัพท์ (ในสัปดาห์ที่ 3) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการกระตุ้นพัฒนาการแก่บุตร และให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยแก่มารดา เพื่อใช้ติดต่อสอบถามการดูแลบุตรเพิ่มเติมได้ตลอดระยะเวลาที่มารดาเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

สัปดาห์ที่ 3

ครั้งที่ 3 การโทรศัพท์ติดตาม

กิจกรรมนี้เป็นการสร้างพลังใจในขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์ไปหามารดาเป็นรายบุคคล เพื่อติดตามความก้าวหน้าของมารดาในการกระตุ้นพัฒนาการแก่บุตร และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามปัญหาหรืออุปสรรค และแสดงความคิดเห็นภายหลังจากมารดานำทักษะกระตุ้นพัฒนาการไปปฏิบัติเองที่บ้าน รวมทั้งให้กำลังใจแก่มารดาในการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการแก่บุตร ซึ่งเวลาที่ใช้ในการโทรศัพท์แต่ละครั้งประมาณ 10 -15 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาและอุปสรรคที่มารดาพบระหว่างการนำเอาทักษะกระตุ้นพัฒนาการไปปฏิบัติเองที่บ้าน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยให้ข้อมูล คำแนะนำ และคำปรึกษาตามความต้องการของมารดาแต่ละราย รวมทั้งให้กำลังใจแก่มารดาเพื่อให้กระตุ้นพัฒนาการแก่บุตรอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้วิจัยนัดหมายมารดาในเรื่องของวัน เวลา และสถานที่ ในการติดตามประเมินผลครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 5

3. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

สัปดาห์ที่ 5

ครั้งที่ 4

กิจกรรมนี้เป็นการสร้างพลังใจในขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยจัดกิจกรรมรายบุคคล (รวม 1 ชั่วโมง) ดังนี้

1. กล่าวทักทาย ต้อนรับ และชวนมารดาพูดคุย (5 นาที)

2. ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยการฝึกหายใจ (5 นาที)

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นกับผู้วิจัยเกี่ยวกับความสำเร็จของตนเองในการดูแลบุตร 1 เดือนที่ผ่านมา รวมทั้งการแก้ปัญหาหรือเอาชนะปัญหาและอุปสรรคในด้านการจัดการกับสถานการณ์ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การปกป้องสิทธิประโยชน์ที่บุตรพึงได้รับ การติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลเด็ก การเจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพ และการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยใช้วิธีให้ข้อมูล คำแนะนำ สอน ฝึก และสาธิตย้อนกลับ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทบทวนและเน้นมารดาอีกครั้งถึงเรื่องความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลบุตรทั้ง 5 เรื่อง (5 นาที)

3.2 ผู้วิจัยประเมินความก้าวหน้าของพัฒนาการเด็ก พร้อมทั้งแจ้งให้มารดาทราบถึงผลการประเมินพัฒนาการเด็ก และกล่าวคำชมเชยมารดาในการดูแลบุตรที่ผ่านมา (10 นาที)

3.3 ผู้วิจัยสาธิตวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในขั้นต่อไปแก่มารดาตามแบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ โดยครอบคลุมพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน (20 นาที)

3.4 ผู้วิจัยให้มารดาสาธิตกลับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการ โดยผู้วิจัยได้กล่าวคำชมเชยและให้กำลังใจเมื่อมารดาทำได้ถูกต้อง เพื่อให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตร (10 นาที)

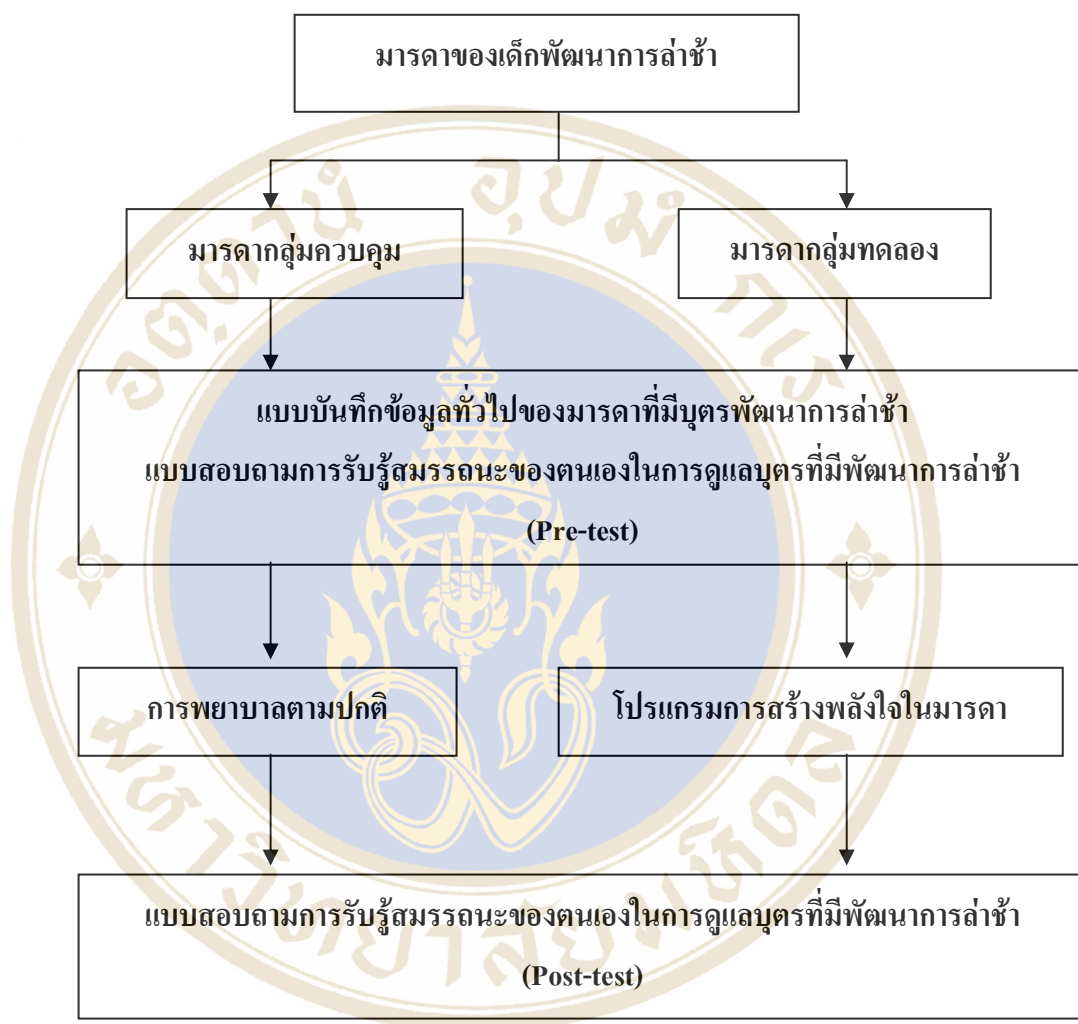
3.5 ผู้วิจัยให้แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการแก่มารดา เพื่อนำกลับไปใช้ฝึกบุตรที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย หรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม (5 นาที)

4. ผู้วิจัยนัดหมายในเรื่องของวัน เวลา และสถานที่ ในการติดตามประเมินผลครั้งต่อไป ซึ่งจะเป็นการนัดหมายเข้าสู่ระบบพยาบาลตามปกติ

5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล (post-test) โดยให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

สำหรับขั้นตอนของการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติบรรยาย เพื่อแสดงข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ ANCOVA ได้ เนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ANCOVA การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า หลังการทดลอง (post-test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) ผลการวิจัยวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
2. การทดสอบสมมติฐาน

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะของมารดากลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 50 คน แบ่งเป็นมารดากลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน และมารดากลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรของมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ดูภาคผนวก ข) ลักษณะของมารดากลุ่มตัวอย่างทั้ง 50 คน มีดังนี้

มารดากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) มีอายุระหว่าง 21-40 ปี โดยเฉลี่ยมีอายุ 29.82 ปี ($SD = 8.15$) เกือบทั้งหมดของมารดา (ร้อยละ 92) มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา การศึกษาโดยเฉลี่ยของมารดาอยู่ที่ 9.44 ปี ($SD = 3.13$) มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) เป็นแม่บ้าน มารดาส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,100 บาท ($SD = 7840.24$) และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) มีบุตร 1 คน มารดาเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้ามาก่อน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) มีผู้ช่วยในการดูแลเด็ก ด้านสุขภาพพบว่า มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) ไม่มีโรคประจำตัว ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของมารดากลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

ลักษณะทางประชากร	มารดากลุ่มตัวอย่าง			
	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$
อายุ (ปี)			16 - 46	29.82 $\pm$ 8.15
น้อยกว่า 20 ปี	9	18.0		
21-40 ปี	36	72.0		
41 ปี ขึ้นไป	5	10.0		
รวม	50	100.0		
สถานภาพสมรส				
คู่	46	92.0		
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	4	8.0		
รวม	50	100.0		
การศึกษา (ปี)			4 - 16	9.44 $\pm$ 3.13
4 - 6 ปี	14	28.0		
9 - 12 ปี	33	66.0		
16 ปี หรือมากกว่า	3	6.0		
รวม	50	100.0		
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	52.0		
ประกอบอาชีพ	24	48.0		
รวม	50	100.0		
รายได้ (บาท / เดือน)			3,000 - 45,000	10,100 $\pm$ 7840.24
$\leq 5,000$	16	32.0		
5,001 - 10,000	22	44.0		
10,001 - 15,000	7	14.0		
> 15,000	5	10.0		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	มารดากลุ่มตัวอย่าง			
	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$
จำนวนบุตร (คน)			1 - 3	1.64 $\pm$.749
1 คน	26	52.0		
มากกว่า 1 คน	24	48.0		
รวม	50	100.0		
ประสบการณ์การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า				
เคย	2	4.0		
ไม่เคย	48	96.0		
รวม	50	100.0		
ผู้ช่วยในการดูแลบุตร				
มี	39	78.0		
ไม่มี	11	22.0		
รวม	50	100.0		
โรคประจำตัวของมารดา				
มี	8	16.0		
ไม่มี	42	84.0		
รวม	50	100.0		

1.2 ลักษณะของเด็กกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรของเด็กพัฒนาการล่าช้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ดูภาคผนวก ข) ซึ่งลักษณะของเด็กกลุ่มตัวอย่างทั้ง 50 คน มีดังนี้

มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) ของเด็กกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48) มีอายุระหว่าง 1-12 เดือน โดยเฉลี่ยมีอายุ 19.18 เดือน ($SD = 13.35$) มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) ของเด็กกลุ่มนี้เป็นบุตรคนแรก เด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64) ได้รับการวินิจฉัยเป็น developmental delay ขณะที่เด็กที่เหลือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Down's syndrome มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56) พบบุตรมารับบริการจำนวน 3-4 ครั้ง หรือโดยเฉลี่ย 4.60 ครั้ง (นับถึงวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย) ที่คลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยเด็กกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการ และอีกร้อยละ 46 ได้รับการดูแลรักษาโดยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น กายภาพบำบัด การฝึกพูด หรือกิจกรรมบำบัด เป็นต้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรของเด็กพัฒนาการล่าช้ากลุ่มตัวอย่าง (n = 50)

ลักษณะทางประชากร	เด็กพัฒนาการล่าช้ากลุ่มตัวอย่าง			
	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$
เพศ				
ชาย	24	48.0		
หญิง	26	52.0		
รวม	50	100.0		
อายุ (เดือน)				
			6 - 55	19.18 $\pm$ 13.35
1 - 12 เดือน	24	48.0		
13 - 36 เดือน	20	40.0		
37 - 60 เดือน	6	12.0		
รวม	50	100.0		
ลำดับที่ของบุตร				
			1-4	1.66 $\pm$.772
1	26	52.0		
2 - 4	24	48.0		
รวม	50	100.0		
การวินิจฉัยโรค				
Down's syndrome	18	36.0		
developmental delay	32	64.0		
รวม	50	100.0		
จำนวนครั้งที่พาบุตรมารับบริการ (นับถึงวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย)				
				4.60 $\pm$ 1.18
1-2 ครั้ง	-	-		
3-4 ครั้ง	28	56.0		
5 ครั้ง หรือมากกว่า	22	44.0		
รวม	50	100.0		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	เด็กพัฒนาการล่าช้ากลุ่มตัวอย่าง			
	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	$\bar{X} \pm SD$
บริการที่เด็กได้รับ				
กระตุ้นพัฒนาการอย่างเดียว	27	54.0		
กระตุ้นพัฒนาการร่วมกับ	3	6.0		
กายภาพบำบัด				
กระตุ้นพัฒนาการร่วมกับ	13	26.0		
การฝึกพูด				
กระตุ้นพัฒนาการร่วมกับ	7	14.0		
กิจกรรมบำบัด				
รวม	50	100.0		

2. การทดสอบสมมติฐาน

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยให้มารดาทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า และนำข้อมูลที่ได้มาทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ให้คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นตัวแปรควบคุม ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ANCOVA (ดูภาคผนวก ฉ) พบว่า การกระจายของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองไม่เป็นแบบโค้งปกติ และตัวแปรต้นมีปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรควบคุม (covariate) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจึงไม่สามารถทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ ANCOVA ได้ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแบบนอนพารามेटริก (Non-parametric Statistics) โดยใช้ Mann-Whitney U test ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างมารดาในกลุ่มควบคุมและมารดาในกลุ่มทดลอง

คะแนน	มารดาในกลุ่มควบคุม (n = 25)			มารดาในกลุ่มทดลอง (n = 25)			Mann-Whitney U test
	$\bar{X} \pm SD$	Mean Rank	Sum of Ranks	$\bar{X} \pm SD$	Mean Rank	Sum of Ranks	
ก่อนการทดลอง	73.99 $\pm$ 11.14	27.78	694.50	73.80 $\pm$ 5.84	23.22	580.50	255.50
หลังการทดลอง	73.68 $\pm$ 10.99	13.06	326.50	91.18 $\pm$ 2.48	37.94	948.50	1.50 [*]

* $p < .001$

จะเห็นว่า ก่อนการทดลองมารดาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าไม่แตกต่างกัน ($U = 255.50$, $p = .269$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังการทดลองพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 1.50$, $p = .000$) สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้สนับสนุนสมมติฐานว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า สูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ ซึ่งอาจอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการสร้างพลังใจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) มาส่งเสริมให้มารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร เนื่องจากการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้านนั้น นับว่ามีความยากลำบาก รวมทั้งต้องใช้ความอดทนเป็นอย่างมาก เพราะเด็กกลุ่มนี้ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแล ทำให้มารดาส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และหมดกำลังใจในการดูแลบุตร ดังนั้น การสร้างพลังใจแก่มารดา จึงมุ่งให้มารดามีความเข้าใจและยอมรับกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับบุตร และเกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งทำให้มารดารับรู้คุณค่าในตนเอง มองเห็นข้อดีและความสามารถของตนเองในการดูแลบุตร จนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรอย่างไม่ย่อท้อ เพื่อให้บรรลุถึงความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรานุสย์ พุทธรักษา และคณะ (Puttharaksa, et al., 2006) พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังใจในผู้ดูแล มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม จากงานวิจัยที่ผ่านมาจนถึงผลจากการศึกษาครั้งนี้กล่าวได้ว่า โปรแกรมการสร้างพลังใจมีประสิทธิผลสูงในการช่วยให้มารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นในการดูแลเด็ก เหตุผลที่ทำให้โปรแกรมการสร้างพลังใจในการศึกษาครั้งนี้มีประสิทธิผลคืออาจอธิบายได้ว่า มาจากกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างพลังใจซึ่งมีหลากหลายกิจกรรม และแต่ละกิจกรรมมีเป้าหมายชัดเจน และลักษณะกิจกรรม / สื่อที่มารดาได้รับมีความสอดคล้องและส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดา ดังนี้

จากมโนคติของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) ได้ระบุชัดเจนว่า การสร้างพลังใจเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาตระหนักถึงความแข็งแกร่ง ข้อดี และความสามารถของตนเองใน

การจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ทำให้มารดาารู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมสภาพการณ์ และเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยกระบวนการสร้างพลังใจตามแนวคิดของกิบสันประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การจัดการกับสถานการณ์ และ 4) การคงไว้ซึ่งพลังใจ

ในขั้นตอนของการค้นพบสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้มารดาแต่ละคนได้ย้อนคิดและใคร่ครวญสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งได้เล่าพูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และวิธีการที่มารดาใช้ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุตร หลังจากนั้นให้มารดาวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองของศักยภาพในการดูแลบุตร ข้อดีอื่นๆ ของตนเอง แหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการดูแลบุตร หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีสอดแทรกการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับเด็กพัฒนาการล่าช้า และสรุปประเด็นโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการแลกเปลี่ยนในกลุ่มและเชื่อมโยงไปยังประเด็นที่ว่า มารดาเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลบุตรพัฒนาการล่าช้า จะเห็นได้ว่า เทคนิคการเรียนการสอนแตกต่างจากวิธีเดิมๆ ที่เคยปฏิบัติซึ่งมุ่งเน้นการให้ความรู้โดยใช้วิธีสอนเชิงบรรยายหรือพูดคุยกับมารดาเป็นรายบุคคล มารดาเป็นฝ่ายรับฟังมากกว่า (passive learners) แต่ในขั้นตอนดังกล่าวของกระบวนการสร้างพลังใจเป็นลักษณะที่มารดาหรือผู้เรียนรู้มีบทบาทเด่นในการเป็นผู้ให้ข้อมูล และเป็นผู้ชี้ประเด็นที่ได้เรียนรู้มาจากการประสบการณ์จริงของมารดาแต่ละคนภายในกลุ่ม (active learners) โดยมารดาแต่ละคนยังเป็นตัวแบบ (model) ซึ่งกันและกันด้วย ผลที่ได้รับจึงมากกว่าตัวข้อมูลเชิงความรู้ แต่เป็นผลทางด้านสังคมปัญญา (social cognition) มากกว่า นั่นคือเกิดสำนึกของการควบคุมสภาพการณ์ได้ (sense of control) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Bandura, 1997; Piper & Brown, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ได้ใช้โปรแกรมการสร้างพลังใจกับบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู และพบว่า ทำให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มมากขึ้น (Puttahraksa, et al., 2006; Sakulnook, 2002)

ขอให้สังเกตว่า งานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มุ่งทดสอบความรู้เกี่ยวกับเด็กพัฒนาการล่าช้าและวิธีการดูแล เนื่องจากการศึกษาของแมคคาร์ที และคณะ (McCarthy, et al., 2002) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจแก่บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด จำนวน 57 ครอบครัว (กลุ่มควบคุม 28 ครอบครัว และกลุ่มทดลอง 29 ครอบครัว) ว่าจะส่งผลอย่างไรต่อ 1) ความรู้ 2) สำนึกของการควบคุมสภาพการณ์ได้ในเรื่องของการจัดการอาการหอบหืด 3) ความสามารถในการตัดสินใจเรื่องของการจัดการอาการหอบหืด และ 4) ความสามารถในการดูแลบุตรของบิดามารดา ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพดีต่อทุกตัวแปรตามที่ศึกษา ยกเว้นในเรื่องของความรู้ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างบิดามารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การศึกษาของแมคคาร์ที และคณะ ย้ำให้

เห็นว่า โดยทั่วไปบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังมักจะแสวงหาข้อมูลในเชิงความรู้เรื่องโรคและวิธีการดูแลอยู่แล้ว จึงทำให้ความรู้ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่กระบวนการที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ด้วยการทำให้เกิดความตระหนักในข้อดี จุดเข้มแข็ง และความสามารถของตนเองต่างหากที่จะนำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลที่พึงประสงค์

ในขั้นตอนของการจัดการกับสถานการณ์ เป็นขั้นตอนฝึกให้มารดาเรียนรู้การดูแลบุตร ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิมจะมุ่งเน้นเฉพาะทักษะการทำกิจกรรมฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กเท่านั้น แต่เนื่องจากเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะจำเป็นต้องได้รับบริการหลายด้านตามความซับซ้อนของโรคหรืออาการ ดังนั้นนอกเหนือจากการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยสาธิตและสาธิตย้อนกลับ พร้อมมอบหมายให้มารดากระตุ้นพัฒนาการบุตรอย่างสม่ำเสมอแล้ว ในกระบวนการสร้างพลังใจยังได้ช่วยให้มารดาสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้โอกาสมารดาเรียนรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิประโยชน์ที่เด็กพึงได้รับ ช่องทางการติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็น การเจรจาต่อรองกับบุคลากรสุขภาพ ซึ่ง Dunst และ Trivette (1996) ระบุไว้ว่า การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างพลังใจ เพราะการพัฒนาศักยภาพของคนไปจุดสูงสุดนั้นต้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม นั่นคือ ต้องจัดหาโอกาสและวิธีการให้เกิดประสบการณ์การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เรียนรู้ให้เกิดความสามารถใหม่ๆ ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและความสามารถนำไปสู่สำนักของการควบคุมสภาพการณ์ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่มีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ มีอุปกรณ์และสื่อการเรียนการสอนที่ใช้ในขั้นตอนของการจัดการกับสถานการณ์ประกอบด้วย หนังสือสำหรับมารดา “เรื่องสำคัญที่แม่ต้องรู้...เมื่อพัฒนาการของลูกล่าช้า” และแบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการที่บอกวิธีการฝึกพัฒนาการในแต่ละด้านแต่ละกิจกรรม เพื่อให้มารดาใช้เป็นแนวทางในการฝึกบุตร และเมื่อมารดาสงสัยหรือไม่สามารถจำวิธีการฝึกกระตุ้นพัฒนาการได้ มารดาก็สามารถทบทวนวิธีการฝึกได้ตลอดเวลา ทำให้มารดาเกิดความเข้าใจ จดจำ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของซูชาติ มีรอด (2550) ที่พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีการให้ความรู้ด้วยคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของมารดาโดยให้ฝึกปฏิบัติจริงกับบุตรเป็นรายบุคคล ทำให้มารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้าวัย 1-3 ปี มีความรู้และการปฏิบัติด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Tonge และคณะ (Tonge, et al., 2006) ยังพบว่า การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่บิดามารดาในการดูแล

เด็กออทิสติกด้วยวิธีการสาธิตตามคู่มือ และให้บิดามารดาสาธิตกลับ ทำให้บิดามารดามีความเข้าใจในการดูแลเด็กมากขึ้น และทำให้ความวิตกกังวลในการดูแลบุตรลดลง

นอกจากนี้ในแบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ ยังมีช่องให้มารดาลงบันทึกอายุของบุตรที่พัฒนาผ่านพัฒนาการ (developmental tasks) ที่ระบุไว้ได้ การมอบหมายงานลักษณะนี้เป็นการฝึกมารดาให้มีความสนใจในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้คอยสนใจสังเกตความก้าวหน้าด้านพัฒนาการของบุตร และเมื่อมีความก้าวหน้าย่อมส่งผลให้มารดาตระหนักถึงความสำเร็จของตน เกิดกำลังใจ เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น

กิจกรรมในขั้นตอนการคงไว้ซึ่งพลังใจ ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์เพื่อติดตาม ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาแก่มารดาในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการบุตรที่บ้าน รวมทั้งให้คำชมและกำลังใจแก่มารดาเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองสามารถฝึกกระตุ้นพัฒนาการให้กับบุตรได้ ทำให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของแมคคาร์ที และคณะ (McCarthy, et al., 2002) ที่ใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามการดูแลบุตร โรคหอบหืดของบิดามารดาพบว่า บิดามารดามีสำนึกของการควบคุมสภาพการณ์ในการจัดการกับอาการหอบหืด มีความสามารถในการตัดสินใจจัดการกับอาการหอบหืด และมีความสามารถในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ยังเป็นวิธีการที่ช่วยให้มารดาสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือ หรือขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ทำให้มารดามีความเครียดในการดูแลบุตรลดลง เนื่องจากได้รับข้อมูล คำแนะนำและคำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินผลของกิจกรรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเป็นการบริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาถึงการใช้โทรศัพท์ติดตามอาการของเด็กหลังผ่าตัดใส่เยื่อแก้วหูเทียม และประเมินความพึงพอใจของบิดามารดาหรือผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับพบว่า การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเด็กและยังลดการรับรู้ภาระในการดูแลเด็กของผู้ดูแลอีกด้วย (Mui, Rasgon, Hilsinger, Lewis, & Lactao, 2005) สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามการดูแลบุตรของมารดา เช่น การศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ (Kanjana, 2006) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจในมารดา ซึ่งกิจกรรมหนึ่งของโปรแกรมคือ การใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัดสัปดาห์ละครั้ง จนถึงมารดานำบุตรมารับเคมีบำบัดตามนัดครั้งต่อไป จึงอาจกล่าวได้ว่า การใช้โทรศัพท์ติดตามในการศึกษานี้มีส่วนช่วยให้มารดาของบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ซักถามข้อสงสัย พุคคุยและปรึกษาปัญหาที่พบขณะนำทักษะกระตุ้นพัฒนาการไปปฏิบัติเองที่บ้าน ประกอบกับผู้วิจัยได้มอบแบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการแก่มารดา

เพื่อให้อ่านและทบทวนทักษะการกระตุ้นพัฒนาการด้วยตัวเองที่บ้าน ทำให้มารดาเกิดความเข้าใจ สามารถจดจำ และนำไปปฏิบัติตามวิธีที่ได้รับคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มารดาเกิดพลังใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การสร้างพลังใจแก่มารดาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และจากการดูตัวแบบจากมารดาคนอื่น ประกอบกับการได้รับสื่อที่ช่วยทบทวนความจำ ความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย และการได้รับคำชมเชยและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง ทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลบุตรที่เหมาะสมต่อไป



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1995) กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าจำนวน 50 คน ที่พาบุตรมารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกได้มารดากลุ่มละ 25 คน โดยใช้วิธีการจับคู่อายุของเด็กและการมีกลุ่มอาการดาวน์ในแต่ละกลุ่ม มารดากลุ่มควบคุมได้รับการดูแลและการฝึกกระตุ้นพัฒนาการตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกทั้งสองแห่ง ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเด็ก สาธิตและสาธิตย้อนกลับ การกระตุ้นพัฒนาการแก่เด็กเป็นรายบุคคล ส่วนมารดากลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจจากผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การจัดการกับสถานการณ์ และ 4) การลงมือซึ่งพลังใจ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้สึก และประสบการณ์ระหว่างมารดากับตนเอง การให้ข้อมูลความรู้ด้วยหนังสือ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีการกระตุ้นพัฒนาการร่วมกับการให้แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการแก่มารดาเพื่อนำกลับไปใช้ฝึกบุตรที่บ้าน และการใช้โทรศัพท์ติดตาม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลของมารดาและบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าพบว่า มารดาในกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 29.82 ปี ($SD = 8.15$) ร้อยละ 92 มีสถานภาพการสมรสคู่ และร้อยละ 66 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มารดาประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 52 เป็นแม่บ้าน และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,100 บาท ($SD = 7840.24$) มารดาร้อยละ 52 มีบุตรเพียงคนเดียว โดยมารดาเกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 96 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 78 ของมารดามีผู้ช่วยในการดูแลเด็ก และมีมารดาร้อยละ 16 ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ

สำหรับเด็กกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 52 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 48 มีอายุระหว่าง 1-12 เดือน โดยเด็กส่วนใหญ่หรือร้อยละ 64 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า (developmental delay) ส่วนนอกนั้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) มารดาร้อยละ 56 พาบุตรมารับบริการที่คลินิกจำนวน 3-4 ครั้ง (โดยนับถึงวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย) เด็กทั้งหมดได้รับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการ และในจำนวนนี้มีร้อยละ 46 ได้รับการรักษาโดยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น ฝึกกายภาพบำบัด การฝึกพูด หรือกิจกรรมบำบัด เป็นต้น

2) มารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า สูงกว่ามารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของตัวแปรแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความรุนแรงของพัฒนาการที่ล่าช้า ระยะเวลาที่พัฒนาการล่าช้า ความรู้เดิมของมารดาเกี่ยวกับพัฒนาการ และพัฒนาการล่าช้าของเด็ก ซึ่งตัวแปรแทรกซ้อนเหล่านี้อาจมีผลต่อตัวแปรที่ศึกษา

นอกจากนี้ งานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เลือกตัวอย่างแบบสุ่ม (random sampling) จึงทำให้มารดาแต่ละคนไม่ได้มีโอกาสเท่าเทียมกันในการถูกเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ไม่ได้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า มารดาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้พาบุตรมารับบริการที่คลินิกจนถึงวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย นับเป็นครั้งที่ 3 หรือครั้งที่ 4 ซึ่งนับว่าเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากการมารับบริการในครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 มารดาอาจรู้สึกสับสน ตกใจ และวิตกกังวลกับ

การรับรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยของแพทย์ อีกทั้งมารดายังไม่คุ้นเคยกับบุคลากรทางสุขภาพและวิธีการฝึกกระตุ้นพัฒนาการให้กับบุตร ทำให้มารดาไม่กล้าซักถามหรือขอข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาบุตร ในขณะที่การพบบุตรมารับบริการในครั้งที่ 3 มารดาเริ่มที่จะคุ้นเคยกับพยาบาลผู้ทำการฝึกพัฒนาการ และได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการไปบ้างแล้ว ทำให้มารดาเริ่มกล้าที่จะพูดคุย ซักถาม หรือขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลบุตร ดังนั้น การสร้างพลังใจให้กับมารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า จึงควรเริ่มให้ในครั้งที่ 3 หรือครั้งที่ 4 ของการมารับบริการ เพราะถ้าปล่อยระยะเวลาให้นานกว่านี้อาจส่งผลให้มารดาเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและหมดกำลังใจในการดูแลบุตรได้

2. ควรคำนึงเรื่องกลุ่มมารดาที่ไม่มีโทรศัพท์ อาจพลาดโอกาสการได้รับความรู้และพลังใจ ดังนั้น การนำโปรแกรมนี้มาใช้จะต้องพิจารณาประเด็นนี้ด้วย

3. ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการฝึกฝนทักษะที่สำคัญ เช่น ทักษะการจัดกิจกรรม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทักษะการให้การปรึกษา และทักษะการสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งเป็นทักษะจำเป็นในการนำโปรแกรมการสร้างพลังใจไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

1. งานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ศึกษา (random assignment) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้ามาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และลดโอกาสการเกิดความลำเอียงในการเลือกเข้ากลุ่มที่ศึกษา (selection bias)

2. ควรศึกษาติดตามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า (ซึ่งเกิดจากกระบวนการสร้างพลังใจในมารดา) ในระยะยาว เช่น ระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น เพื่อติดตามความคงทนของผลลัพธ์ของการสร้างพลังใจ โดยผลที่ได้สามารถนำมาใช้วางแผนการให้กิจกรรมเสริม หรือกระตุ้น (booster intervention) แก่มารดาต่อไป เพื่อให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการสร้างพลังใจในมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร เช่น เมื่อมารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรแล้ว นำไปสู่พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอย่างไร

ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็ก
พัฒนาการล่าช้า

EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON MOTHERS' SELF-EFFICACY IN THE
CARE OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DELAYS

รังสิณี ผลาภิรมย์ 5036745 NSPN/ M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทศนี ประสพภักดีคุณ, Ph.D. (Nursing),
กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, วท.ม. (สาขารณศาสตร)

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กพัฒนาการล่าช้าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านความสามารถทางร่างกายและสติปัญญา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจากผู้เลี้ยงดู ซึ่งส่วนมากก็คือ มารดา การการเป็นผู้ดูแลบุตรพัฒนาการล่าช้าส่งผลต่อตัวมารดาทั้งด้านร่างกายทำให้มีสุขภาพทรุดโทรมลงจากความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า (บุษกร อินทวิชัย, 2539) ด้านจิตใจทำให้เกิดความตึงเครียดและความวิตกกังวล (ยุพา สัมฤทธิ์มีผล, 2535) และอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดในชีวิตสมรส (รสนิณี เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539) นอกจากนี้มารดายังมีหน้าที่ในการติดต่อกับระบบบริการสุขภาพในการดูแลบุตรอีกด้วย ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกคับข้องใจต่อระบบบริการสุขภาพจนไม่กล้าซักถามหรือขอข้อมูล ไม่กล้าเจรจาต่อรองหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลบุตร ทำให้มารดาขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและการดูแลบุตร ตลอดจนสิทธิต่างๆ ของบุตรที่ควรได้รับ และขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้การรักษาและดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าขาดความรู้เรื่องพัฒนาการของเด็ก ขาดความ

ชำนาญ และขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลบุตร รวมทั้งเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดพลังใจจนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กได้อย่างต่อเนื่อง (นพวรรณ บัวทอง, 2549) ส่งผลให้มารดาละเลยต่อการส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตร ทำให้พัฒนาการของบุตรไม่ก้าวหน้าและมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเดิมมากขึ้น ดังนั้น การที่มารดาจะให้การดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องสร้างพลังใจแก่มารดา เพื่อให้มารดาได้นำจุดแข็งหรือข้อดี และความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ในการดูแลบุตร

การสร้างพลังใจ (empowerment) คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาตระหนักถึง ความแข็งแกร่ง ข้อดี และความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต (Gibson, 1995) ทำให้มารดาเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสภาพการณ์ในการดูแลบุตร ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ และผลลัพธ์ที่ตามมาคือ มารดาจะมองตนเองทางด้านบวกและเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำ กิจกรรมที่กำหนด (Bandura, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการสร้างพลังใจมีผลทำให้การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (Puttahraksa, Tilokskulchai, Sitthimongkol, Prasopkittikun, & Liknapichikul, 2006; Sakulnoom, 2002) นอกจากนี้ การสร้างพลังใจยังมีผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กดีขึ้นอีกด้วย (Kanjana, 2006) ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่า เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากต่อการเกิดพฤติกรรมตามมา ดังนั้น เมื่อมารดา มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมในการดูแลที่เหมาะสมตามมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำ โปรแกรมการสร้างพลังใจมาช่วยให้มารดาเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็ก พัฒนาการล่าช้า ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองดังกล่าวจะนำมาซึ่งพฤติกรรมในการดูแลที่เหมาะสม ในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กล่าวคือ มารดาจะให้การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการให้บุตรอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ย่อท้อกับปัญหาหรืออุปสรรค รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแล บุตร ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ นั่นคือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเด็กพัฒนาการล่าช้าและ ครอบครัว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ระหว่างมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ กับมารดากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ

สมมติฐานการวิจัย

มารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า สูงกว่ามารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้โมเดลการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) ที่ศึกษากระบวนการสร้างพลังใจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง โดยมองว่า กระบวนการสร้างพลังใจเป็นกระบวนการของการส่งเสริมและทำให้ความสามารถของมารดาเพิ่มขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการการได้รับการดูแลของบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เงื่อนไขก่อนเข้าสู่กระบวนการสร้างพลังใจคือ มารดาหรือผู้ดูแลต้องมีความรัก (love) ความผูกพัน (bond) และสัญญาใจ (commitment) ที่จะดูแลบุตรหลานของตนให้ดีที่สุด ซึ่งกระบวนการสร้างพลังใจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการที่มารดารับรู้ต่อสภาพความเป็นจริงที่เกิดกับบุตร และพยายามปฏิบัติทุกวิถีทางเพื่อดูแลบุตรให้ดีที่สุด 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นขั้นตอนที่มารดาได้ทบทวนสถานการณ์หรือปัญหา และประเมินได้ว่า ตนเองเป็นผู้ที่รู้จักและดูแลเด็กได้ดีกว่าบุคคลอื่น ทำให้มารดามีความพร้อมในการดูแลบุตร 3) การจัดการกับสถานการณ์ เป็นการฝึกให้มารดาดูแลบุตรซึ่งครอบคลุมใน 5 เรื่อง ได้แก่ การปกป้องสิทธิประโยชน์ที่เด็กพึงได้รับ การติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลเด็ก การเจรจาต่อรองกับบุคลากรทีมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก และ 4) การคงไว้ซึ่งพลังใจ เป็นขั้นตอนที่มารดาได้ตระหนักถึงความแข็งแกร่งและความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ได้สำเร็จ ซึ่งมารดาจะรักษาและพยายามคงไว้ซึ่งพลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ต่อไป ผลลัพธ์ที่ได้คือ มารดาจะมองเห็นตนเองในทางบวก (positive self-concept) เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) และสำนึกของการควบคุมสภาพการณ์ได้ (a sense of control)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำกระบวนการสร้างพลังใจของกิบสัน (Gibson, 1995) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างพลังใจให้กับมารดาที่ดูแลบุตรพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้มารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) ใช้วิธีการจับคู่อายุของเด็กและการมีกลุ่มอาการดาวนซ์ของเด็ก คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี power analysis (Cohen, 1988) ซึ่งค่าอิทธิพล (effect size) ได้มาจากการศึกษาในอดีตของภัทรานุรักษ์ พุทธรักษา และคณะ (Puttahraksa, et al., 2006) กำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างด้านมารดา ได้แก่ เป็นผู้ดูแลหลักมาตลอดและอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็ก สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีประวัติการรับบริการด้านสุขภาพจิต และสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ส่วนคุณสมบัติด้านเด็ก ได้แก่ เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า (developmental delay) ทั้งสี่ด้าน (ได้แก่ พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ด้านการใช้ภาษา และด้านทักษะทางสังคม และการช่วยเหลือตัวเอง) โดยยกเว้น เด็กออทิสติก และเด็กที่มีพยาธิสภาพทางสมอง เช่น cerebral palsy, epilepsy, microcephaly, hydrocephalus เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการสร้างพลังใจแก่มารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย สำหรับให้ผู้วิจัยใช้เป็นคู่มือการดำเนินโปรแกรมการสร้างพลังใจ

1.2 หนังสือ “เรื่องสำคัญที่แม่ต้องรู้ ... เมื่อพัฒนาการของลูกล่าช้า” สร้างโดยผู้วิจัยและให้มารดาไว้ศึกษา

1.3 แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ สร้างโดยคณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สถาบันราชานุกูล (2550) ให้มารดาสำหรับทบทวนและลงบันทึกพัฒนาการที่เด็กทำได้

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็ก จำนวน 18 ข้อ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นร้อยละของความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่องานที่กำหนดให้

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้ทดลองใช้โปรแกรมการสร้างพลังใจกับมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อดูความเหมาะสมของสำนวนภาษาและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบความเที่ยงกับมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 และเมื่อทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่าเดิม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูลทั้งสองแห่ง

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดากลุ่มควบคุมตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็ก และให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า (pre-test) จากนั้นมารดาได้รับการดูแลตามปกติ และในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยได้ให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าอีกครั้ง (post-test)

หลังเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองโดยทำการสัมภาษณ์มารดากลุ่มทดลองตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็ก และให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า (pre-test) จากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมการสร้างพลังใจ โดยแบ่งมารดาเป็นกลุ่มละ 3-4 คน แต่ละคนได้รับกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจในขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริงและขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มและให้มารดาพูดคุย แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

ครั้งที่ 2 ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจขั้นตอนการจัดการกับสถานการณ์ โดยจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย การประเมินพัฒนาการเด็ก สาธิตวิธีการกระตุ้นพัฒนาการ มารดาสาธิตย้อนกลับ และให้แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเพื่อนำกลับไปฝึกเองที่บ้าน

ครั้งที่ 3 ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจขั้นตอนการจัดการกับสถานการณ์และขั้นตอนการคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยใช้วิธีติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้คำแนะนำ และให้กำลังใจแก่มารดาในการฝึกพัฒนาการแก่บุตรอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 ดำเนินกระบวนการสร้างพลังใจขั้นตอนการจัดการกับสถานการณ์และขั้นตอนการคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคล ใช้วิธีพูดคุยและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลบุตรใน

ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และสถิติวิธีกระตุ้นพัฒนาการในเรื่องใหม่ จากนั้นผู้วิจัยได้ให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าอีกครั้ง (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และการทดสอบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney U test) ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติพารามетริกซ์

ผลการวิจัย

มารดาในกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 29.82 ปี ($SD = 8.15$) ร้อยละ 92 มีสถานภาพการสมรสคู่ และร้อยละ 66 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มารดาประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 52 เป็นแม่บ้าน และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,100 บาท ($SD = 7840.24$) มารดาร้อยละ 52 มีบุตรเพียงคนเดียว โดยมารดาเกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 96 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 78 ของมารดามีผู้ช่วยในการดูแลเด็ก และมีมารดาร้อยละ 16 ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ

เด็กกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 48 มีอายุระหว่าง 1-12 เดือน โดยเด็กส่วนใหญ่หรือร้อยละ 64 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการล่าช้า (developmental delay) นอกนั้นได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) มารดาร้อยละ 56 พาบุตรมารับบริการที่คลินิก เป็นครั้งที่ 3 หรือครั้งที่ 4 (โดยนับจากวันที่เริ่มเข้าร่วมโครงการวิจัย) โดยเด็กทั้งหมดได้รับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการ และในจำนวนนี้ ร้อยละ 46 ได้รับการดูแลรักษาโดยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น กายภาพบำบัด การฝึกพูด หรือกิจกรรมบำบัด เป็นต้น และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรของมารดาและเด็กในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า พบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าภายหลังการทดลอง สูงกว่ามารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 1.50, p = .000$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า
ก่อนและหลังการทดลองระหว่างมารดาในกลุ่มควบคุมและมารดาในกลุ่มทดลอง

คะแนน	มารดาในกลุ่มควบคุม (n = 25)			มารดาในกลุ่มทดลอง (n = 25)			Mann-Whitney U test
	$\bar{X} \pm SD$	Mean	Sum of Rank Ranks	$\bar{X} \pm SD$	Mean	Sum of Rank Ranks	
ก่อนการทดลอง	73.99 ± 11.14	27.78	694.50	73.80 ± 5.84	23.22	580.50	255.50
หลังการทดลอง	73.68 ± 10.99	13.06	326.50	91.18 ± 2.48	37.94	948.50	1.50 *

* $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากงานวิจัยที่ผ่านมารวมถึงผลจากการศึกษาครั้งนี้กล่าวได้ว่า โปรแกรมการสร้างพลังใจมีประสิทธิภาพสูงในการช่วยให้มารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นในการดูแลเด็ก เหตุผลที่ทำให้โปรแกรมการสร้างพลังใจในการศึกษานี้มีประสิทธิภาพคืออาจอธิบายได้ว่า มาจากกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างพลังใจซึ่งมีหลากหลายกิจกรรม และแต่ละกิจกรรมมีเป้าหมายชัดเจน และลักษณะกิจกรรม / สื่อที่มารดาได้รับมีความสอดคล้องและส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดา ดังนี้

ในขั้นตอนของการค้นพบสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้มารดาแต่ละคนได้ย้อนคิดและใคร่ครวญสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งได้เล่าพูดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และวิธีการที่มารดาใช้ตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของบุตร หลังจากนั้นให้มารดาวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นในแง่ของศักยภาพในการดูแลบุตร ข้อดีอื่นๆ ของตนเอง แหล่งประโยชน์ที่มีในการดูแลบุตร จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีสอดแทรกการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับเด็กพัฒนาการล่าช้า และสรุปประเด็นโดยใช้ข้อมูลที่ได้อจากการแลกเปลี่ยนในกลุ่มและเชื่อมโยงไปยังประเด็นที่ว่ามารดาเป็นบุคคลที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลบุตรพัฒนาการล่าช้า จะเห็นได้ว่า เทคนิคการเรียนการสอนแตกต่างจากวิธีเดิมๆ ที่เคยปฏิบัติซึ่งมุ่งเน้นการให้ความรู้โดยใช้วิธีสอนเชิงบรรยายหรือพูดคุยกับมารดาเป็นรายบุคคล โดยมารดาเป็นฝ่ายรับฟังมากกว่า (passive learners) แต่ในขั้นตอนดังกล่าว

ของกระบวนการสร้างพลังใจเป็นลักษณะที่มารดาหรือผู้เรียนรู้มีบทบาทเด่นในการเป็นผู้ให้ข้อมูล และเป็นผู้ชี้ประเด็นที่ได้เรียนรู้มาจากประสบการณ์จริงของมารดาแต่ละคนในกลุ่ม (active learners) มารดาแต่ละคนยังเป็นตัวแบบ (model) ซึ่งกันและกันด้วย ผลที่ได้รับจึงมากกว่าตัวข้อมูลเชิงความรู้ แต่เป็นผลทางด้านสังคมปัญญา (social cognition) มากกว่า นั่นคือ สำนึกของการควบคุมสภาพการณ์ ได้ (sense of control) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Bandura, 1997; Piper & Brown, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่ได้ใช้โปรแกรมการสร้างพลังใจกับบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู และพบว่า ทำให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มมากขึ้น (Puttahraksa, et al., 2006; Sakulnook, 2002)

ขอให้สังเกตว่า งานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มุ่งทดสอบความรู้เกี่ยวกับเด็กพัฒนาการล่าช้าและวิธีการดูแล เนื่องจากการศึกษาของแมคคาร์ที และคณะ (McCarthy, et al., 2002) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจแก่บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด จำนวน 57 ครอบครัว (กลุ่มควบคุม 28 ครอบครัว และกลุ่มทดลอง 29 ครอบครัว) ว่าจะส่งผลอย่างไรต่อ 1) ความรู้ 2) สำนึกของการควบคุมสภาพการณ์ได้ในเรื่องของการจัดการอาการหอบหืด 3) ความสามารถในการตัดสินใจเรื่องของการจัดการอาการหอบหืด และ 4) ความสามารถในการดูแลบุตรของบิดามารดา ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพดีต่อทุกตัวแปรตามที่ศึกษา ยกเว้นในเรื่องของความรู้ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างบิดามารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การศึกษาของแมคคาร์ที และคณะ ย้ำให้เห็นว่า โดยทั่วไปบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังมักจะแสวงหาข้อมูลในเชิงความรู้เรื่องโรคและวิธีการดูแลอยู่แล้ว จึงทำให้ความรู้ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่กระบวนการที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ด้วยการทำให้เกิดความตระหนักในข้อดี จุดแข็ง และความสามารถของตนเองต่างหากที่จะนำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลที่พึงประสงค์

ในขั้นตอนของการจัดการกับสถานการณ์ เป็นขั้นตอนฝึกให้มารดาเรียนรู้การดูแลบุตร ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิมจะมุ่งเน้นเฉพาะทักษะการทำกิจกรรมฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กเท่านั้น แต่เนื่องจากเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะจะต้องได้รับบริการหลายด้านตามความซับซ้อนของโรคหรืออาการ ดังนั้นนอกเหนือจากการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยสาธิตและสาธิตย้อนกลับ พร้อมมอบหมายให้มารดากระตุ้นพัฒนาการบุตรอย่างสม่ำเสมอแล้ว ในกระบวนการสร้างพลังใจยังได้ช่วยให้มารดาสามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จะเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้โอกาสมารดาเรียนรู้เกี่ยวกับการปกป้องสิทธิประโยชน์ที่เด็กพึงได้รับ ช่องทางการติดต่อกับระบบบริการสุขภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็น การเจรจาต่อรองกับบุคลากรสุขภาพ ซึ่ง Dunst และ Trivette (1996) ระบุไว้ว่า การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างพลังใจ เพราะการพัฒนาศักยภาพของคนไปจุดสูงสุดนั้นต้องผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม นั่นคือ ต้องจัดหาโอกาสและวิธีการให้เกิดประสบการณ์การมีส่วนร่วม

ในกิจกรรมต่างๆ เรียนรู้ให้เกิดความสามารถใหม่ๆ ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะและความสามารถนำไปสู่สำนักของการควบคุมสภาพการณ์ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่มีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ มีอุปกรณ์และสื่อการเรียนการสอนที่ใช้ในขั้นตอนของการจัดการกับสถานการณ์ประกอบด้วย หนังสือสำหรับมารดา “เรื่องสำคัญที่แม่ต้องรู้... เมื่อพัฒนาการของลูกล่าช้า” และแบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการที่บอกวิธีการฝึกพัฒนาการในแต่ละด้านแต่ละกิจกรรม เพื่อให้มารดาใช้เป็นแนวทางในการฝึกบุตร และเมื่อมารดาสงสัยหรือไม่สามารถจำวิธีการฝึกกระตุ้นพัฒนาการได้ มารดาก็สามารถทบทวนวิธีการฝึกได้ตลอดเวลา ทำให้มารดาเกิดความเข้าใจ จดจำ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของซุซาคิ มิร็อค (2550) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีการให้ความรู้ด้วยคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของมารดาโดยให้ฝึกปฏิบัติจริงกับบุตรเป็นรายบุคคล ทำให้มารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้าวัย 1-3 ปี มีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Tonge และคณะ (Tonge, et al., 2006) พบว่า การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่บิดามารดาในการดูแลเด็กออทิสติกด้วยวิธีการสาธิตตามคู่มือ และให้บิดามารดาสาธิตกลับ ทำให้บิดามารดามีความเข้าใจในการดูแลเด็กมากขึ้น และทำให้ความวิตกกังวลในการดูแลบุตรลดลง

นอกจากนี้ในแบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ ยังมีช่องให้มารดาลงบันทึกอายุของบุตรที่พัฒนาผ่านพัฒนาการ (developmental tasks) ที่ระบุไว้ได้ การมอบหมายงานลักษณะนี้เป็นการฝึกมารดาให้มีความสนใจในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้คอยสนใจสังเกตความก้าวหน้าด้านพัฒนาการของบุตร และเมื่อมีความก้าวหน้าย่อมส่งผลให้มารดาตระหนักถึงความสำเร็จของตน เกิดกำลังใจ เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น

กิจกรรมในขั้นตอนการคงไว้ซึ่งพลังใจ ผู้วิจัยใช้การโทรศัพท์เพื่อติดตามให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่มารดาในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการบุตรที่บ้าน รวมทั้งให้คำชมและกำลังใจแก่มารดาเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองสามารถฝึกกระตุ้นพัฒนาการให้กับบุตรได้ ทำให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของแมคคาร์ที และคณะ (McCarthy, et al., 2002) ที่ใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามการดูแลบุตรโรคหอบหืดของบิดามารดาพบว่า บิดามารดามีสำนักของการควบคุมสภาพการณ์ในการจัดการกับอาการหอบหืด มีความสามารถในการตัดสินใจจัดการกับอาการหอบหืด และมีความสามารถในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ยังเป็นวิธีการที่ช่วยให้มารดาสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือ หรือขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ทำให้มารดามีความเครียดในการดูแล

แลบุตรลดลง เนื่องจากได้รับข้อมูล คำแนะนำและคำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินผลของกิจกรรมที่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเป็นการบริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติตามกิจกรรมในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาถึงการใช้โทรศัพท์ติดตามอาการของเด็กหลังผ่าตัดใส่เยื่อแก้วหูเทียม และประเมินความพึงพอใจของบิดามารดาหรือผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับพบว่า การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเด็กและยังลดการรับรู้ภาระการดูแลเด็กของผู้ดูแลด้วย (Mui, Rasgon, Hilsinger, Lewis, & Lactao, 2005) และสำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่ใช้โทรศัพท์ติดตามการดูแลบุตรของมารดา เช่น การศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ (Kanjana, 2006) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจในมารดา ซึ่งกิจกรรมหนึ่งของโปรแกรมคือ การใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคเม็เม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัดสัปดาห์ละครั้ง จนถึงมารดานำบุตรมารับเคมีบำบัดตามนัดครั้งต่อไป จึงอาจกล่าวได้ว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามในการศึกษานี้มีส่วนช่วยให้มารดาของบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ซักถามข้อสงสัย พุดคุยและปรึกษาปัญหาที่พบขณะนำทักษะกระตุ้นพัฒนาการไปปฏิบัติเองที่บ้าน ประกอบกับผู้วิจัยได้มอบแบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการแก่มารดา เพื่อให้อ่านและทบทวนทักษะการกระตุ้นพัฒนาการด้วยตัวเองที่บ้าน ทำให้มารดาเกิดความเข้าใจ สามารถจดจำ และนำไปปฏิบัติตามวิธีที่ได้รับคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มารดาเกิดพลังใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การสร้างพลังใจแก่มารดาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และจากการดูตัวแบบจากมารดาคนอื่น ประกอบกับการได้รับสื่อที่ช่วยทบทวนความจำ ความเข้าใจ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย และการได้รับคำชมเชยและกำลังใจอย่างต่อเนื่อง ทำให้มารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลบุตรมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมดูแลบุตรที่เหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของตัวแปรแทรกซ้อนที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความรุนแรงของพัฒนาการที่ล่าช้า ระยะเวลาที่พัฒนาการล่าช้า ความรู้เดิมของมารดาเกี่ยวกับพัฒนาการและพัฒนาการล่าช้าของเด็ก ซึ่งตัวแปรแทรกซ้อนเหล่านี้อาจมีผลต่อตัวแปรที่ศึกษา

นอกจากนี้ งานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (random sampling) จึงทำให้มารดาแต่ละคนไม่ได้มีโอกาสเท่าเทียมกันในการถูกเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ไม่ได้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรของการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การสร้างพลังใจให้กับมารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า ควรเริ่มให้ในครั้งที่ 3 หรือครั้งที่ 4 ของการมารับบริการ เนื่องจากในครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 มารดายังไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่และวิธีการปฏิบัติ อาจทำให้มารดาไม่กล้าซักถามหรือขอข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาบุตร แต่ถ้าปล่อยระยะเวลานานเกินไป ก็อาจส่งผลให้มารดาเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดกำลังใจในการดูแลบุตรได้
2. ควรคำนึงเรื่องกลุ่มมารดาที่ไม่มีโทรศัพท์ อาจพลาดโอกาสการได้รับความรู้และพลังใจ ดังนั้น การนำโปรแกรมนี้มาใช้จะต้องพิจารณาประเด็นนี้ด้วย
3. ควรสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการฝึกฝนทักษะที่สำคัญ เช่น ทักษะการจัดกิจกรรม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทักษะการให้การปรึกษา และทักษะการสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งเป็นทักษะจำเป็นในการนำโปรแกรมการสร้างพลังใจไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัย

งานวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ศึกษา (random assignment) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้ามาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และลดโอกาสการเกิดความลำเอียงในการเลือกเข้ากลุ่มที่ศึกษา (selection bias) และควรติดตามการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรในระยะยาว เช่น ระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น เพื่อติดตามความคงทนของผลลัพธ์ของการสร้างพลังใจ

นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการสร้างพลังใจในมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร ยกตัวอย่างเช่น เมื่อมารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรแล้ว นำไปสู่พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอย่างไร

EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM ON MOTHERS' SELF-EFFICACY
IN THE CARE OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DELAYS

RUNGSINEE PALAPIROM 5036745 NSPN/ M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : TASSANEE PRASOPKITTIKUN,
Ph.D.(Nursing), KANNIKAR VICHITSUKON, M.Sc. (Public Health)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Children with developmental delay cannot help themselves fully due to physical and intellectual limitations. Consequently, they require continuing care over long periods of time from caregivers who mostly are their own mothers. By a heavy burden of caring for children with developmental delay, maternal physical condition is affected as health deteriorates due to fatigue (Intarawichai, 1996) and emotional condition by stress and anxiety (Samridmepol, 1992). Familial relationships and marital stress may also be affected (Iam-yingpanich, 1996). Moreover, the mothers may experience uncomfortable feelings when contacting healthcare service system. As a result, they become discouraged from asking questions or requesting information and hesitant about negotiating or expressing their views on medical treatment and nursing care for their children. Such experience leads to lacks of opportunities to receive accurate information regarding illnesses, care and treatment guidelines, rights for patients, and opportunities to involve in decision-making about treatment and care for their children. Moreover, caregivers who care for children with developmental delay lack knowledge of child development, practical skills and self-confidence in care for

their children. They feel too bored, discouraged, hopeless and powerless to consistently and continuously promote their children's development (Buathong, 2006). Their neglect of duty on promoting child development causes worse conditions of the delay. Therefore, to be able to effectively take care of children with developmental delay the mothers need to be empowered so that they can implement their own strengths and abilities in childcare.

Empowerment is aimed at promoting and supporting mothers toward perception of their strengths, advantages and abilities to handle various situations in their lives (Gibson, 1995) and giving them a sense of control over childcare situations in children with developmental delay. The outcomes of empowerment are that mothers view themselves positively and perceive their self-efficacy, or believe in their own ability to perform a designated task (Bandura, 1997). From literature review, it was found that empowerment programs lead to caregivers' increased self-efficacy in care for chronically ill children (Puttahraksa, Tilokskulchai, Sitthimongkol, Prasopkittikun, & Liknapichitkul, 2006; Sakulnoom, 2002). In addition, empowerment program helps caregivers take better care of their children (Kanjana, 2006). Bandura (1997) indicates that perceived self-efficacy is the most influential factor on subsequent behavior; therefore, when maternal perceived self-efficacy is increased, so is confidence in childcare ability and proper behaviors result. For these reasons, the researcher is interested in using empowerment to help mothers build self-efficacy in care for children with developmental delay which will lead to proper caring behaviors. That is, the mothers will take care and promote the development of their children consistently without yielding to problems or barriers. They will have confidence in their own ability to care for their children, thus leading to the desired outcomes, that is, improved life quality of children with developmental delay and their families.

Research Objectives

To compare the perceived self-efficacy of mothers in care for children with developmental delay between mothers who received the empowerment program and mothers who did not receive the empowerment program.

Research Hypothesis

The mothers who receive the empowerment program will have higher perceived self-efficacy in care for children with developmental delay than those who did not receive the empowerment program.

Conceptual Framework

This research employed the empowerment model of Gibson (1991; 1995) in exploring the empowerment process in mothers of children with chronic illnesses. The empowerment process is a process of advocacy and will enhance mothers' capabilities to meet needs in taking care of children with chronic illnesses. The conditions preceding the empowerment process were that mothers or caregivers must have love, bond and be committed to providing the best care to their own children. The empowerment process consisted of 4 steps, namely, 1) discovering reality: the mothers' perception of the actual conditions occurring with their children and their efforts to practice all methods to take the best care of their children; 2) critical reflection: the step where the mothers review their situations or problems and are able to assess themselves as being more familiar with and better able to care for their children than anyone else, which prepares them to care for their children; 3) taking charge: the step where the mothers are trained to care for their children and covers five aspects: protecting the rights and privileges to which their children are entitled, contacting the healthcare service system, exchanging information on childcare, negotiating with healthcare team staff and participating in the care of their children; 4) holding on: the step where the mothers considered their strength and ability in successfully managing situations. The mothers would maintain and try to retain their empowerment in further managing situations in the future. The outcome obtained was the mothers' positive self-concept, feelings of self-efficacy and a sense of control.

In the present study, the researcher applied the empowerment building process of Gibson (1995) as a guideline for the development of the empowerment program for mothers caring for children with developmental delay in order to increase the mothers' perceived self-efficacy in care for their children.

Research Methodology

A quasi-experimental research was conducted in order to study the effects of an empowerment program on the perceived self-efficacy of mothers in taking care of children with developmental delay.

Sample Group

The sample group for this study comprised mothers of children with developmental delay who came to receive services in the Clinic for Child Development Promotion at Sena Hospital and the Clinic for Child Development Stimulation at Phranakhon Si Ayutthaya Hospital of Phranakhon Si Ayutthaya Province during the months of May to August, 2009. The sample was selected by convenience sampling by matching child age and Down's syndrome. The sample size was calculated using power analysis (Cohen, 1988) wherein the effect size was obtained from a previous study by Puttahraksa and colleagues (Puttahraksa, et al., 2006). Testing power was specified as .80 and the level of statistical significance was .05. A sample size of 50 people was obtained and divided into control and experimental groups of 25 subjects each.

Eligible mothers were primary caregivers from the beginning and lived in the same house as the children; able to speak, read and write in Thai; free from prior history of obtaining mental health services; able to be accessed by phone. Eligible children were aged from newborn to 5 years of age; and diagnosed with developmental delay in four areas of gross motor, fine motor, language, and personal social development. Children with autism and cerebral pathology such as cerebral palsy, epilepsy, microcephaly, and hydrocephalus were excluded from the study.

Research instrumentation – the following two sets:

Set 1 Instrumentation for the study intervention:

1.1 A program handbook developed and used by the researcher as a guide for implementing the empowerment program,

1.2 A book “Important Things Mothers Need to Know...When Baby's Development is Delayed” developed by the researcher and given to the mothers for self-study,

1.3 A paper sheet showing developmental stimulation techniques with recording form developed by the Committee of Child Development Promotion,

Rachanukul Institution (2007) and given to the mothers for reviewing and recording developmental milestones.

Set 2 Instrumentation for data collection:

2.1 An interview form on personal information of the mothers and children, totally 18 items,

2.2 A self-administered questionnaire on perceived self-efficacy in care for children with developmental delay consisting of 33 items with 0-100 rating point representing for percentage of confidence in their own capabilities on the designated task.

All of the instruments passed the examination of a panel of three qualified experts for content validity. The empowerment program was also implemented on 5 mothers with characteristics similar to those of the study sample in order to determine language suitability and implementation feasibility with the study sample. The instruments were tested for reliability on 10 mothers with characteristics similar to the study sample, resulting in Cronbach's alpha coefficient of .92. The same magnitude of coefficient was also obtained when testing with all 50 study subjects.

Data Collection

This research passed consideration on research ethics conducted in human subjects by Mahidol University and both of the hospitals where data was collected.

Before conducting the experiment, the mothers in the control group were interviewed about personal information of the mothers and children. Afterwards, the mothers answered the self-administered questionnaire on perceived self-efficacy in care for children with developmental delay (pre-test). Then the mothers received routine care. At week 5, the mothers completed the same self-administered questionnaire once again (post-test).

Upon the completion of data collection for the control group, the mothers in the experimental group were interviewed about personal information of the mothers and children. Afterwards, the mothers answered the self-administered questionnaire on perceived self-efficacy in care for children with developmental delay (pre-test). Next, the mothers were divided into groups of 3-4 people wherein each group participated in the empowerment activities for approximately 1 to 1.5 hours for 5 weeks as follows:

Session 1 implementing the empowerment process with the steps of “discovering reality and critical reflection” by using group activities wherein the mothers were allowed to discuss and exchange experiences on caring for children with developmental delay.

Session 2 implementing the empowerment process with the step of “taking charge” by using individual approach wherein the children were assessed for their developmental status, and the mothers were demonstrated to perform developmental stimulation. Afterwards, the mothers returned the demonstration. A paper sheet showing developmental stimulation techniques with recording form were given to the mothers for use at home.

Session 3 implementing the empowerment process with the step of “taking charge and holding on” by using phone follow-ups to give advise and encouragement for consistent practice on developmental stimulation.

Session 4 implementing the empowerment process with the step of “taking charge and holding on” by using individual approach wherein discussion and information exchange on childcare during the previous month were encouraged. Next, the mothers were taught how to stimulate development on new developmental task. Finally, the mothers were allowed to answer the self-administered questionnaire on perceived self-efficacy in care for children with developmental delay once again (post-test).

Data Analysis

In this study, the data was analyzed by a computer program using descriptive statistics and the Mann-Whitney U test, because data characteristics failed to comply with the assumptions for the use of parametric statistics.

Research Findings

The average age for the mothers in the sample group was 29.82 (SD = 8.15); 92% of these mothers were married, 66% had graduated from high school; 52% or approximately half of the mothers, were housewives with average family incomes of 10,100 baht (SD = 7,840.24); 52% had one child, 96% or almost all of these mothers had never had previous experience in taking care of children with developmental delay; 78% had helpers to assist them in caring for their children and 16% had health issues.

52% of the children in the sample group were females. 48% of these children were 1-12 months old, 64%, or the majority of the children, were diagnosed with developmental delay while others were diagnosed with Down's syndrome. 56% of the mothers had taken their children to the clinic for the 3rd or 4th time (counted from the day they joined the research project) wherein all of the children were trained to stimulate development; of these children, 46% received other treatment as well e.g. physical therapy, speech training, or occupation therapy, etc. A comparison on the characteristics of the population of mothers and children in control and experimental groups showed no differences with statistical significance ($p > .05$).

According to the analysis of the different the scores for perceived self-efficacy in caring for children with developmental delay, it was found that mothers who received the empowerment program had higher scores for perceived self-efficacy in caring for children with developmental delay after the experiment than mothers who did not receive the empowerment program with statistical significance ($U = 1.50$, $p = .000$) as shown in Table 1.

Table 1 A comparison of the perceived self-efficacy of mothers in caring for children with developmental delay between mothers in the control group and mothers in the experimental group before and after the experiment.

scores	Mothers (control group) (n = 25)			Mothers (experimental group) (n = 25)			Mann-Whitney U test
	$\bar{X} \pm SD$	Mean Rank	Sum of Ranks	$\bar{X} \pm SD$	Mean Rank	Sum of Ranks	
pre experiment	73.99 ± 11.14	27.78	694.50	73.80 ± 5.84	23.22	580.50	255.50
post experiment	73.68 ± 10.99	13.06	326.50	91.18 ± 2.48	37.94	948.50	1.50 *

* $p < .001$

Discussion of the Research Findings

From previous studies, including the findings of the present research, it can be said that empowerment programs are highly effective in helping mothers to perceive increasing self-efficacy in childcare. The positive effects of the empowerment program in this study may be explained by the diversity of the activities in the empowerment program and the fact that each activity had clear goals. Furthermore, the characteristics of the activities/media that mothers received were relevant and promoted perception of self-efficacy in mothers as follows:

In the process of discovering reality and critical reflection, the researcher granted each mother opportunities to think and consider actual conditions, including discussion and exchanges of experiences regarding thoughts, emotions, feelings and methods the mothers used in response to the illnesses of their children. Afterwards, the mothers analyzed the situations and problems or obstacles occurring in view of childcare capacity, other good points and sources of benefits in childcare. Next, the researcher used the method of educational intervention on correct knowledge regarding children with developmental delay and summary of the issue by using data acquired from exchanges in the group and associated with the topic of mothers being the most appropriate individuals in caring for children with developmental delay. It is evident that educational techniques differ in that former techniques practiced placed emphasis on education by using descriptive teaching methods or talking with mothers individually wherein the mothers were passive learners. The aforementioned technique of empowerment, however, had characteristics wherein mothers or learners have exceptional roles in providing information and pointing out issues learned through the very real experiences of each mother. In groups of active learners, each mother is also a model for the others; therefore, the results were more than knowledge but also included social cognition. That is a sense of control and perception of self-efficacy (Bandura, 1997; Piper & Brown, 1998). This finding was in agreement with other studies that implemented empowerment programs with parents or caregivers and found that the program increased perceived self-efficacy (Puttahraksa, et al., 2006; Sakulnum, 2002).

The objective of this research was not intended to test knowledge about children with developmental delay and methods of care giving, because the study of

McCarthy and colleagues (2002) which studied the effects of the empowerment program in 57 parents of families with asthmatic children (28 families in the control group and 29 families in the experimental group) has already state the effects of such programs toward: 1) knowledge; 2) perceived self-efficacy in terms of controlling situations with regard to managing asthmatic symptoms; 3) decision-making capacity regarding management of asthmatic symptoms and 4) childcare capabilities of patients. The research findings found that the program was effective to each studied variable except in the topic of knowledge where it was discovered that there were no differences between the parents of the control group and the experimental group. The research of McCarthy and colleagues repeated that generally, parents with children who have chronic diseases already search for information in terms of knowledge regarding the disease and methods of providing care, which caused for the knowledge of both groups to not be different. But it was the processes that will help because good learning by causing realization in good points, strong points and capabilities of themselves will lead to desirable care giving behaviors.

The process of taking charge is a process of training mothers to learn about childcare, but former nursing practice guidelines emphasized only skills in performing activities to stimulate child development, because children with chronic diseases require services in various areas according to the complexity of their disease or symptoms. Therefore, other than practicing child development stimulation by demonstrating and feedback demonstration, including assignments for mothers to perform with their children on a continual basis. The process of empowerment also enabled mothers to have greater response to the needs of children, as can be seen from the current study wherein the researcher gave the mothers opportunities to learn about protection of rights their children are entitled to, channels of communication with healthcare service systems, exchanges of necessary data and negotiations with healthcare personnel. Dunst and Trivette (1996) stated that serious participation by family members is a significant component of empowerment, because maximum development of an individual's capabilities must pass the process of participation, which is to find opportunities and methods for creating participatory experiences in various activities and learning new capabilities, thus leading to skills development and

capabilities into perceived situational control, perceived self-efficacy and effective childcare behaviors.

The present study included equipment and educational media used for managing situations and consisted of a book for the mothers, “Important Things Mothers Need to Know...When Baby’s Development is Delayed” and methods for stimulating development for practice in each area of development for each activity for the mothers to use as guidelines for training their children. Moreover, when the mothers had doubts or were unable to remember methods for stimulating development, they would be able to review and practice these methods at all times, thus promoting understanding with ability to memorize and practice correctly and continually. This practice was in concurrence with the research of Chuchat Meerot (2007) who found that a program for promoting child development through education by manuals for promoting child development and participation in maternal learning by real practiced individually with children provided mothers with children with developmental delay aged 1-3 years with higher knowledge and practices associated with the promotion of child development than before the experiment and higher than the mothers in the control group. Furthermore, from the study of Tonge and colleagues (2006) it was found that the education, knowledge and skills of parents in providing care for autistic children by the method of demonstration according to a manual and having parents give feedback demonstration provided the parents with greater understanding about providing care for children while relieving their anxiety about childcare.

The form for recording developments and methods of stimulating development also included spaces for the mothers to record the ages of their children when they developed passed specific developmental tasks. This type of assignment trained the mothers to take interest in practicing to stimulate development on a continual basis while holding their interest in observing the developmental progress of their children. When progress does occur, the mothers will realize their success and take greater pride in themselves.

As for activities aimed at holding on, the researcher used telephones to follow-up, provide suggestions and consultations for mothers in practicing to stimulate child development at home, complementing and encouraging the mothers in order to create feelings of self-efficacy in practicing stimulation of development for their

children, so the mothers would believe in their capabilities to provide continual childcare. It was consistent with the studies of McCarthy and colleagues (2002) which using telephones to follow-up on parent caring for children with asthma found that the parent had perceived self-efficacy in terms of controlling situations with regard to managing asthmatic symptoms, decision-making capacity regarding management of asthmatic symptoms and increase capabilities of childcare. Moreover, telephone communication is also a method for enabling mothers to contact and request help or advice from the researcher conveniently and quickly, so the mothers would less childcare-related stress, because they received information, suggestions and consultation by telephone while also reducing expenses as compared with home visits to follow-up and evaluate activities provided for the sample group. The use of telephones is also an aggressive service for promoting mothers to continually practice childcare activities. From the literature review, it was revealed that studies conducted in foreign countries included the use of telephones in following-up on the symptoms of children following surgery for artificial eardrums and when the satisfaction of parents or caregivers in the services they received were evaluated, it was found that telephone follow-up visits reduce treatment expenses for children while also reducing perceived childcare burdens among caregivers (Mui, Rasgon, Hilsinger, Lewis, & Lactao, 2005). It was further found that research in Thailand has implemented telephones in following-up on the childcare of mothers. For example, the study of Arunrat Kanjana (2006), who explored the effects of a program for promoting motivation in mothers that the activity of program was consisted of using telephones in following-up on mothers caring for children sick with leukemia and receiving weekly chemo-therapy treatments until mothers took their children to receive chemo-therapy at the next appointment wherein it may be said that the use of telephone follow-ups in this study helped mothers of children with developmental delay to ask questions, discuss and consult about problems discovered while implementing skills to stimulate development at home. The researcher also handed out forms for recording and methods for stimulating development to the mothers, so they could read and review skills in stimulating development by themselves at home, thus helping the mothers understand, memorize and practice the methods they has learned correctly with motivation and encouragement in practicing childcare activities continually.

Therefore, it can be said that empowering mothers with the program developed by the researcher enabled the mothers to learn from their own real experiences and those of other mothers. Furthermore, the mothers received the media which helped the reviewed memory, understanding and able to reach easily, gave praise and encouraging continually. Then the mothers have greater confidence in their own capabilities for childcare, which will lead to proper childcare behavior.

Limitation of Research

This research had a limitation about extraneous variables that the researcher cannot control e.g. severity of developmental delay, period of time about developmental delay, knowledge of mother about developmental and developmental delay of children that extraneous variables may affect to the variables in this study.

Furthermore, this research didn't random sampling then the each of mother didn't equal opportunity into the sample groups. The sample groups in this study weren't the good representative of population.

Recommendations for Implementation of Research Findings

Nursing practice

1. Empowerment for mothers of children with developmental delay should begin in the third or fourth appointment for receiving services, because the mothers will not be familiar with the personnel and methods of practice at the first or second appointments then the mothers discouraged from asking questions or requesting information. Otherwise, if the process takes too long, the mothers will become discouraged, dispirited and disheartened in caring for their children.

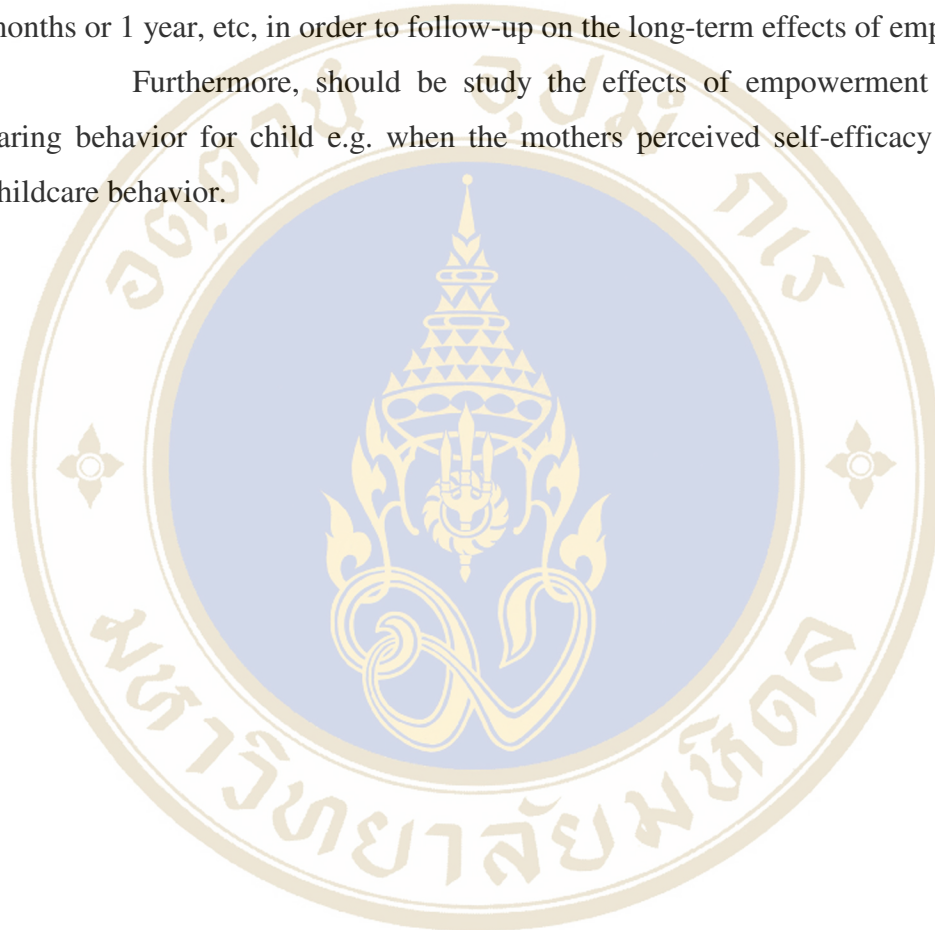
2. Nurses should be consider the mothers who had no the telephone may lose the chance to get information and empowerment. Therefore, implement the empowerment program should also consider this point too.

3. Nurses should be supported in receiving training on important skills such as skills in organizing activities by using group processes, skills in providing consultation and communication skills, etc, that the skill need to implement the empowerment program effectively.

Nursing research

The future studies should be random assignment of sample groups into study groups so the mothers were equal opportunity into the experimental group and control group and decrease the selection bias. Furthermore, there should be follow-up on perceived maternal self-efficacy in long-term childcare e.g. periods of 3 months, 6 months or 1 year, etc, in order to follow-up on the long-term effects of empowerment

Furthermore, should be study the effects of empowerment on maternal caring behavior for child e.g. when the mothers perceived self-efficacy how to lead childcare behavior.



เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2546. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ.
- คณะกรรมการโครงการส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลราชานุกุล. (2542). คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็ก: การทดสอบและฝึกทักษะ. เชียงใหม่: บีเอส. การพิมพ์.
- คณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สถาบันราชานุกุล. (2550). คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภารธรรม. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- จินตนา วัชรสินธุ์ มณีรัตน์ ภาณุรูป และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2549). รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง: กรณีศึกษาธาลัสซีเมีย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฬารักษ์ สมใจ. (2546). ภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาเด็กพัฒนาการล่าช้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉันทิกา จันทร์เป็ย. (2550). พัฒนาการและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ใน คณะจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ตำราการพยาบาลเด็ก (หน้า 10-35). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- ชูชาติ มีรอด. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ การปฏิบัติของมารดา และพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพวรรณ บัวทอง. (2549). อุปสรรคของผู้ดูแลในการปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการช้าในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิชรา เรืองคารกานนท์. (2541). พัฒนาการผิดปกติที่พบบ่อย. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์, และ สุรางค์ เขียมจรรยา (บรรณาธิการ), ตำรากุมารเวชศาสตร์ 3 (หน้า 57-76). กรุงเทพฯ: โอเอสติกพับลิชชิ่ง.

- นิตยา คชภักดี. (2541). พัฒนาการปกติและผิดปกติ. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์, และ
สุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชศาสตร์ 3* (หน้า 1-12). กรุงเทพฯ:
โฮลิสติกพับลิชชิง.
- นิตย์ ทศนิยม. (2545). การส่งเสริมสุขภาพ: มิติการสร้างพลังอำนาจ. *วารสารคณะพยาบาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 25(2-3), 103-114.
- บุษกร อินทริวัช. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การ
สนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญญาภรณ์ บุญยะส่ง. (2551). การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแล
เด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลในครอบครัว. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อม*, 31(1), 58-70.
- ปรียา ประณีตพลกรัง. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรรณี วาสิกนันท์. (2540). พัฒนาการล่าช้า. ใน คณาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, *กุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก* (หน้า 244-
248). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ยุพา สัมฤทธิ์มีผล. (2535). ผลกระทบของวัยรุ่นปัญญาอ่อนต่อพ่อแม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รสนิน เอี่ยมยิ่งพานิช. (2539). ภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตร
ปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลเสนา. (2550). รายงานสถิติผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร. (2545). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: บริษัท
อัลลายด์เพรส จำกัด.
- วาสนา เกษมสุข. (2545). ความผาสุกของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์ส่งเสริม
พัฒนาการเด็กภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). การเจ็บป่วยเรื้อรัง: แนวทางการช่วยเหลือด้วยครอบครัวบำบัด. *วารสาร
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 16(2), 3-16.
- สุคนธ์ ไข่แก้ว (2545). การเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน. *วารสารการพยาบาลศาสตร์*, 20(2), 71-76.

- สุภาวดี ชุ่มจิตต์. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลเด็กออทิสติกของบุคลากรโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานสถานการณ์การพัฒนาเด็กไทย (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อดิสรุศดา เพื่องฟู. (2549). Delayed development ใน ศรีสุกัลกษณ์ สิงคาลวณิช, ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, สมจิต ศรีอุดมขจร, และ สมใจ กาญจนางศ์กุล (บรรณาธิการ), ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. (หน้า 34-47). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- อรสิริ ภิเศก. (2542). แบบแผนการเผชิญปัญหาของครอบครัวเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dhiranathara, N. (2008). *Factors influencing burden experienced by caregivers of children with congenital heart disease*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1996). Empowerment, effective help-giving practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 22, 334-343.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Glass, G.V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5, 3-8.
- Kanjana, A. (2006). *The effects of empowerment program on maternal caring behavior for children with leukemia undergoing chemotherapy*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

- McCarthy, M. J., Herbert, R., Brimacombe, M., Hansen, J., Wong, D., & Zelman, M. (2002). Empowering parents through asthma education. *Pediatric Nursing*, 28(5), 465-473.
- Mui, S., Rasgon, B. M., Hilsinger, R. L., Lewis, B., & Lactao, G. (2005). Tympanostomy tubes for otitis media : Quality-of-life improvement for children and parents. *Ear, nose & throat Journal*, 84(7), 418-424.
- Piper, S. M., & Brown, P.A. (1998). Psychology as a theoretical foundation for health education in nursing: Empowerment or social control. *Nurse Education Today*, 18, 637-641.
- Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Predictors of care-giver stress in families of preschool aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 109-124.
- Puttharaksa, P., Tilokskulchai, F., Sitthimongkol, Y., Prasopkittikun, T., & Liknapichikul, D. (2006). Empowerment program on promoting perceived self-efficacy in caregivers of autistic children. *Thai Journal of Nursing Research*, 10(3), 180-190.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment introduction to the issue. *Prevention Human Service*, 3, 1-7.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313.
- Sakulnoom, K. (2002). *Effect of an empowerment program on perceived self-efficacy for self management among mothers of children with congenital heart disease*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *American. Academic Child Adolescent Psychiatry*, 45(5), 561-569.
- Wasant, P., Boonyawat, B., Tritilanunt, S., Vatanavicharn, N., Sathienkijakanchai, A., Ratanarak, P., et al. (2008). Factors influencing development of down syndrome children in the first three years of life: Siriraj experience. *Journal of Medical Association of Thailand*, 91(7), 1030-1037.



ภาคผนวก ก

คู่มือการสร้างพลังใจแก่มารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า

โปรแกรมการสร้างพลังใจสำหรับมารดาที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า สร้างขึ้นตามแนวคิดการสร้างพลังใจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรังของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การจัดการกับสถานการณ์ และการคงไว้ซึ่งพลังใจ โดยทั้ง 4 ขั้นตอนนี้จะเน้นการมีส่วนร่วมของมารดาโดยใช้ทั้งกระบวนการกลุ่มและรายบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก ผู้สอน ผู้แนะนำ ผู้ให้คำปรึกษาตลอดกระบวนการ โดยมีตั้งแต่การจัดโปรแกรม ดังนี้

- 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง
- 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 3) การจัดการกับสถานการณ์
- 4) การคงไว้ซึ่งพลังใจ

เมื่อมารดาได้รับการสร้างพลังใจแล้ว มารดาจะรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า รวมทั้งเกิดความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เด็กพัฒนาการล่าช้าและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสร้างพลังใจให้มารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

กลุ่มเป้าหมาย

มารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่มีบุตรอายุระหว่างแรกเกิดถึง 5 ปี

วิธีการ

รูปแบบของกิจกรรมเป็นลักษณะกิจกรรมกระบวนการกลุ่มและกิจกรรมรายบุคคล ดังนี้
- ครั้งที่ 1 กิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 3-4 คน ใช้เวลา 85 นาที

- ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 4 กิจกรรมรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที
 - ครั้งที่ 3 การโทรศัพท์ติดตาม ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาที
- รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ใช้เวลา 5 สัปดาห์ ติดต่อกัน

ผู้ดำเนินการ

นางรังสิณี ผลาภิรมย์ (ผู้วิจัย)

สถานที่

โรงพยาบาลเสนา และ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

อุปกรณ์ / สื่อ

1. หนังสือ เรื่องสำคัญที่แม่ต้องรู้... เมื่อพัฒนาการของลูกล่าช้า
2. แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ
3. อุปกรณ์การฝึกพัฒนาการสำหรับเด็กพัฒนาการล่าช้า

การประเมินผล

1. จากการสังเกตการมีส่วนร่วมของมารดาในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า
2. จากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของมารดาในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการแก่บุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า
3. จากการตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังใจของมารดา

ภาคผนวก ข

หนังสือ “เรื่องสำคัญที่แม่ต้องรู้...เมื่อพัฒนาการของลูกล่าช้า”



จัดทำโดย นางรังสินี ผลาภิรมย์

คลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โทร 035-217118 ต่อ 184 372

ภาคผนวก ค
แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ
พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว
อายุแรกเกิดถึง 12 เดือน

พัฒนาการ ของเด็ก	ความสามารถที่เด็ก ควรทำได้	ลูกทำได้ เมื่ออายุ	วิธีฝึกพัฒนาการ
การชันคอ (อายุ 2 เดือน)	ท่านอนคว่ำ เด็ก สามารถยกศีรษะ ตั้งขึ้นได้ 45 องศา นาน 5 วินาที		- วางลูกนอนคว่ำ ข้อศอกงอ ใช้ฝ่าแขนหนุนม้วน เล็กๆ วางได้ออก ใช้ของเล่นมีเสียงหรือเคลื่อนไหวได้ เรียกให้ลูกมอง ค่อยๆ ยกของเล่นขึ้น ให้ลูกมองตาม
การพลิก ตะแคงตัว (อายุ 4 เดือน)	ท่านอนหงาย เด็ก สามารถพลิกตะแคง ตัวได้		- วางลูกนอนหงาย แม่ถือของเล่นที่มีเสียงใน ระดับสายตาลูก เมื่อลูกมองของเล่นก็เคลื่อน ของเล่นไปด้านข้างช้าๆ เพื่อให้ลูกพลิกตัว ตามมา ถ้าลูกทำไม่ได้แม่ช่วยจับมือลูกให้ เอื้อมมือมาแตะของเล่น จากนั้นจับสะโพกลูก ให้พลิกตะแคงตัวตาม
การเตรียมกืบ (อายุ 5 เดือน)	ท่านอนคว่ำ เด็ก สามารถใช้ท่อนแขน ข้างหนึ่งรับน้ำหนัก ตัว และเอื้อมมืออีก ข้างไปหยิบของเล่น		- วางลูกนอนคว่ำ แขนยันพื้นให้ข้อศอกอยู่ ข้างหน้าไหล่ กระตุ้นให้ลูกเอื้อมไปหยิบของ เล่นข้างหน้า แม่อาจช่วยจับบริเวณบ่าข้าง หนึ่งของลูก อีกมือจับข้อมือลูกให้เอื้อมไป หยิบของเล่น (ควรฝึกทั้ง 2 ข้างสลับกัน)
การทรงตัวนั่ง (อายุ 6 เดือน)	เด็กสามารถนั่งได้ 10 นาทีก โดยไม่ล้ม และ ใช้มือถือของเล่นได้		- วางลูกนั่งบนพื้นและเล่นของเล่น แม่อาจ ช่วยจับบริเวณบ่าประคองไม่ให้ลูกล้ม แล้ว ค่อยๆ ปล่อยมือ เมื่อลูกนั่งทรงตัวได้ดีขึ้น

แหล่งที่มา: คณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. (2550). คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ
เด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

แบบบันทึกพัฒนาการและวิธีกระตุ้นพัฒนาการ

พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว

อายุแรกเกิดถึง 12 เดือน (ต่อ)

พัฒนาการ ของเด็ก	ความสามารถที่เด็ก ควรทำได้	ลูกทำได้ เมื่ออายุ	วิธีฝึกพัฒนาการ
การลุกขึ้นนั่ง จากท่านอน (อายุ 7 เดือน)	ท่านอนคว่ำ เด็ก สามารถลุกขึ้นมาอยู่ ในท่านั่งได้		- วางลูกนอนคว่ำ จับสะโพกลูกดึงไปด้าน หลัง ลูกจะดันตัวเหยียดแขน มือยันพื้นมาอยู่ ในท่าคลาน แล้วดึงตัวเฉียงไปทางด้านหลัง ให้อยู่ในท่านั่ง
การคลาน (อายุ 8 เดือน)	เด็กสามารถคลานได้ เองประมาณ 2 เมตร		- จับลูกอยู่ในท่าคลาน แม่คุกเข่าข้างหลังลูก ใช้มือจับสะโพกลูก กระตุ้นให้ลูกเอื้อมมือ ข้างหนึ่งไปหยิบของเล่น แม่ยกสะโพกไป ด้านนั้น เพื่อให้ก้นขาข้างตรงข้ามตาม ทำ สลับอีกข้างหนึ่ง และทำซ้ำจนลูกทำได้
การเกาะเดิน (อายุ 9 เดือน)	เด็กสามารถเกาะเดิน ไปด้านข้างได้ 4-5 ก้าว		- จับลูกยืนเกาะโต๊ะ วางของเล่นทางด้านขวา ห่างจากลูก 1 เมตร แม่คุกเข่าข้างหลังลูก ใช้ มือจับสะโพกลูกทั้งสองข้าง โยกไปทางซ้าย และขวาช้าๆ เพื่อให้ลูกเรียนรู้การลงน้ำหนัก จากนั้น กระตุ้นให้ลูกเกาะเดินไปหยิบของ เล่น โดยจับสะโพกลูกโยกมาด้านซ้าย เพื่อให้ ลูกก้าวขาขวาออก จากนั้นทำสลับอีกข้างหนึ่ง
การวิ่งเดิน (อายุ 10-12 เดือน)	เด็กสามารถเดินไป ข้างหน้า โดยช่วยจูง มือเด็กทั้งสองข้าง		- แม่อยู่ข้างหลังลูก จับบ่าลูกทั้งสองข้าง ดัน ไหล่ซ้ายไปข้างหน้าลูกจะก้าวขาขวา ดัน ไหล่ขวาไปข้างหน้าลูกจะก้าวขาซ้าย ทำ สลับกัน อาจเปลี่ยนไปจับที่สะโพกก็ได้

แหล่งที่มา: คณะกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. (2550). คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ
เด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

วันที่ตอบแบบสอบถาม

รหัสแบบสอบถาม

แบบสอบถามมารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ต้องการทราบวิธีการในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้เป็นความลับ และจะเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้จะประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการบริการที่เหมาะสมแก่ท่านและบุตรของท่านต่อไป
2. แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้
 ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน และบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า
 ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลของมารดาและบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

ข้อมูลเกี่ยวกับมารดา

1. ปี พ.ศ. เกิด
2. สถานภาพสมรสของท่าน ☐ คู่ ☐ แยกกันอยู่เพราะ
☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง / เลิกกันแล้ว
3. จบการศึกษาสูงสุด
4. อาชีพ
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บาท / เดือน
6. จำนวนบุตรมีชีวิต..... คน
7. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้ามาก่อนหรือไม่
☐ เคย ได้แก่ ☐ ไม่เคย
8. ท่านมีผู้ช่วยในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือไม่
☐ มี ได้แก่ ☐ ไม่มี
9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
☐ มี ได้แก่ ☐ ไม่มี
10. ท่านเคยไปรับบริการการปรึกษาด้านสุขภาพจิตหรือไม่
☐ เคย ที่
☐ ไม่เคย
11. เบอร์โทรศัพท์ของท่านที่ติดต่อได้.....

ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. วันเดือนปีเกิด วันที่ เดือน พ.ศ.
3. ปัจจุบันบุตรอายุ ปี เดือน
4. เป็นบุตรคนที่ ในจำนวนพี่น้องมีชีวิต
5. การวินิจฉัยโรค
 - ☐ Down's syndrome
 - ☐ Development Delay
 - ☐ อื่นๆ ระบุ.....
6. ท่านพาบุตรมารับบริการที่คลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็กครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร
(ให้ระบุเป็นครั้งที่ 1, 2, 3, 4, 5 หรือ มากกว่า 5 ครั้ง).....
7. บุตรของท่านได้รับการดูแลในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ กระตุ้นพัฒนาการ ☐ กายภาพบำบัด ☐ การฝึกพูด ☐ กิจกรรมบำบัด
 - ☐ การรักษาทางยา ได้แก่ ☐ การรักษาอื่นๆ ได้แก่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

คำชี้แจง เมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้ว ขอให้ท่านพิจารณาอย่างรอบคอบว่า **ท่านมีความมั่นใจมากน้อยเพียงใด** ในการทำกิจกรรมที่ระบุไว้แต่ละข้อให้สำเร็จ ขอให้ท่านเขียนระดับความมั่นใจของท่านเป็นเปอร์เซ็นต์จาก 0 ถึง 100 ในช่อง ด้านข้าง ดังตัวอย่าง



1. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถฝึกลูกให้ใช้ช้อนตักอาหาร เพื่อรับประทานได้ด้วยตนเอง

คำตอบของท่านข้อนี้ หมายความว่า

ท่านมีความมั่นใจ 45 เปอร์เซ็นต์ว่า ท่านสามารถฝึกให้ลูกใช้ช้อนตักอาหาร เพื่อรับประทานได้ด้วยตนเอง

ข้อความ

ระดับความมั่นใจ

1. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถฝึกการเคลื่อนไหวให้ลูกได้ เช่น ฝึกให้ลูกหัดนั่ง หัดคลาน หัดต้งไข่ หรือฝึกให้ก้าวเดิน เป็นต้น

2. ถึงแม้ว่าจะต้องใช้เวลามากเพียงใดก็ตาม แต่ฉันมั่นใจว่า ในที่สุดฉัน
สามารถฝึกให้ลูกเคลื่อนไหวร่างกายในเรื่องที่ยากขึ้นได้ เช่น
การขึ้นลงบันได การเตะบอล เป็นต้น



3. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถฝึกลูกให้มองตามสิ่งของที่เคลื่อนไปในทิศทางต่างๆ ได้ เช่น เคลื่อนที่ไปด้านซ้าย ด้านขวา ด้านบน และด้านล่าง เป็นต้น

32. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถพูดคุยต่อรองกับแพทย์ พยาบาล หรือนุรูลากร
ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลลูกของฉัน ได้

33. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถร่วมตัดสินใจในกระบวนการรักษากับแพทย์
พยาบาล หรือบุคลากรทางสุขภาพได้

□

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉันทิกา จันทรเปี้ย
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นางทิพย์ ถนัดช่วง
พยาบาลชำนาญการ และหัวหน้าหน่วยพัฒนาการเด็ก
หน่วยพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลศิริราช
3. นางจิม สกุนุ่ม
พยาบาลวิชาชีพ (วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต)
หน่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ภาคผนวก จ
การหาความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเอง
ในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

ตารางที่ 4 ความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า

เครื่องมือวิจัย	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α)	
	กลุ่มตัวอย่างสำหรับทดสอบความเที่ยง (n = 10)	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 50)
แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า (รวม 33 ข้อ)	.92	.92
หมวดที่ 1 การฝึกพัฒนาการบุตรทั้ง 4 ด้าน จำนวน 18 ข้อ (ข้อ 1-18)	.73	.90
หมวดที่ 2 การดูแลทั่วไปในการฝึกพัฒนาการ จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 19-25)	.88	.83
หมวดที่ 3 การดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 26-33)	.95	.78

ภาคผนวก ข

การรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



COA. No. MU-IRB 2009/047.2004

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. Effect of Empowerment Program on Mothers' Self Efficacy in Care for Children with Developmental Delay (Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Mrs. Rungsinee Palapirom

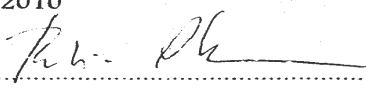
Name of Institution. Faculty of Nursing

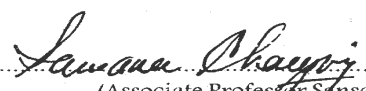
Approval includes. 1) MU-IRB Submission form version received date 9 April 2009
2) Participant Information sheet for case study version date 6 March 2009
3) Participant Information sheet for control study version date 9 April 2009
4) Informed Consent form for case study version date 6 March 2009
5) Informed Consent form for control study version date 6 March 2009
6) Questionnaire version received date 6 March 2009

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval. 20 April 2009

Date of Expiration. 19 April 2010

Signature of Chairman. 
(Professor Rutja Phuphaibul)
Vice Chair for Chair

Signature of Head of the Institute. 
(Associate Professor Sansanee Chaiyaroj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ภาคผนวก ข

การเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรของมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และสถิติทดสอบที (t-test)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มควบคุม (25 คน)		กลุ่มทดลอง (25 คน)		χ^2	t
	n (%)	$\bar{X} \pm SD$	n (%)	$\bar{X} \pm SD$		
อายุ (ปี)		30.88 $\pm$ 7.97		28.76 $\pm$ 8.35		.918 ^{ns}
สถานภาพสมรส					.695 ^{a, ns}	
คู่	23 (92)		23 (92)			
หย่าร้าง / แยกกัน	2 (8)		2 (8)			
การศึกษา (ปี)		9.92 $\pm$ 3.55		8.96 $\pm$ 2.64		1.086 ^{ns}
อาชีพ					.396 ^{ns}	
ไม่ได้ทำงาน	15 (60)		11 (44)			
ทำงาน	10 (40)		14 (56)			
รายได้ (บาท/เดือน)		12,000.00 $\pm$ 9594.92		8,200.00 $\pm$ 5090.84		1.749 ^{ns}
จำนวนบุตร (คน)		1.80 $\pm$.707		1.48 $\pm$.770		1.530 ^{ns}
ประสบการณ์การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า					.245 ^{a, ns}	
เคย	2 (8)		-			
ไม่เคย	23 (92)		25 (100)			

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะทาง ประชากร	กลุ่มควบคุม (25 คน)		กลุ่มทดลอง (25 คน)		χ^2	<i>t</i>
	n (%)	$\bar{X} \pm SD$	n (%)	$\bar{X} \pm SD$		
ผู้ช่วยในการดูแลบุตร					1.00 ^{ns}	
มี	19 (76)		20 (80)			
ไม่มี	6 (24)		5 (20)			
โรคประจำตัวของมารดา					.123 ^{a, ns}	
มี	2 (8)		6 (24)			
ไม่มี	23 (92)		19 (76)			

ns = The difference was not statistically significant.

a = Probability from fisher exact test.

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรของเด็กพัฒนาการล่าช้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และสถิติทดสอบที (t-test)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มควบคุม (25 คน)		กลุ่มทดลอง (25 คน)		χ^2	t
	n (%)	$\bar{X} \pm SD$	n (%)	$\bar{X} \pm SD$		
เพศ					.396 ^{a, ns}	
ชาย	14 (56)		10 (40)			
หญิง	11 (44)		15 (60)			
อายุ (เดือน)		19.16 $\pm$ 13.98		19.20 $\pm$ 12.98		-.010 ^{ns}
ลำดับที่ของบุตร		1.84 $\pm$.80		1.44 $\pm$.712		1.868 ^{ns}
การวินิจฉัยโรค					1.00 ^{ns}	
Down's syndrome	9 (36)		9 (36)			
Developmental Delay	16 (64)		16 (64)			
จำนวนครั้งที่พามา ร.พ. (นับถึงวันที่เข้าร่วมโครงการวิจัย)		4.80 $\pm$ 1.26		4.40 $\pm$ 1.08		1.206 ^{ns}

ns = The difference was not statistically significant.

ภาคผนวก ก

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญในการใช้สถิติ ANCOVA

1. คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาต้องมีการกระจายแบบโค้งปกติ ซึ่งการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นนี้ทำโดยการทดสอบการแจกแจงแบบปกติโดยใช้สถิติ kolmogorov-smirnov test (ดูตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 การทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลอง	.134	50	.025
คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลอง	.164	50	.002

จากการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติด้วยสถิติ kolmogorov-smirnov ผลพบว่า การกระจายข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาไม่เป็นแบบโค้งปกติ ทั้งคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลอง ($p < .05$) และคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลอง ($p < .05$)

2. ในกลุ่มที่ศึกษามีความแปรปรวนของคะแนนเท่ากัน (homogeneity of variance) (ดูตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรตามภายในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตัวแปรตาม	F	df1	df2	Sig.
คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองหลังการทดลอง	2.863	1	48	.097

จากตารางพบว่า คะแนนตัวแปรตามภายในกลุ่มที่ศึกษามีความแปรปรวนเท่ากัน ($p > .05$)

3. ตัวแปรควบคุม (covariate) ต้องไม่มีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับตัวแปรต้น (ดูตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การทดสอบปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างตัวแปรควบคุม (covariate) กับตัวแปรต้น

Sources	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มที่ศึกษา (Independent variable)	651.440	1	651.440	177.304	.000
คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง	893.318	1	893.318	243.137	.000
ก่อนการทดลอง (Covariate)					
กลุ่มที่ศึกษา * คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองก่อนการทดลอง	383.657	1	383.657	104.421	.000
Error	169.010	46	3.674		
Corrected Total	6874.470	49			

จากตารางพบว่า ตัวแปรต้นกับตัวแปรควบคุม (covariate) มีปฏิสัมพันธ์กัน ($F=104.421$, หรือ $p=.000$) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สามารถทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ ANCOVA ได้

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางรังสิณี ผลาภิรมย์
วัน เดือน ปีเกิด	2 เมษายน 2511
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี, 2528–2530: ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 2534-2536: ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550–2552: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเด็ก)
ทุนวิจัย	สภากาชาด
ที่อยู่ปัจจุบัน	โรงพยาบาลเสนา 51 หมู่ 1 ตำบลเจ้าเจ็ด อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13110 โทรศัพท์ 081-434-5637 E-mail : rungsinee_palapirom@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลเสนา อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
พ.ศ. 2528–ปัจจุบัน โทรศัพท์ 035-217-118-20 ต่อ 184