

แผนบริการเฉพาะครอบครัว : กรณีศึกษาเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2546

ISBN 974-04-4043-6

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แผนบริการเฉพาะครอบครัว : กรณีศึกษาเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี



.....

นายทวีศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยากุล

ผู้วิจัย

.....

อาจารย์จิตประภา ศรีอ่อน

Ph.D. (Deaf Studies)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

อาจารย์อรอนงค์ สงเจริญ

วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ศรีศมีดารา หุ่นสวัสดิ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์ไฉ่ กุศลวิเศษกุล

วท.ม. (ชีวสถิติ)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

อาจารย์พิมพ์ ขจรธรรม ปช.ด.

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

วิทยาลัยราชสุดา

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

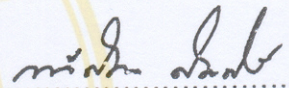
เรื่อง

แผนบริการเฉพาะครอบครัว : กรณีศึกษาเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี

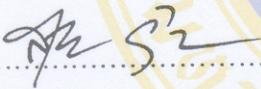
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

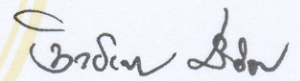
7 พฤศจิกายน 2546



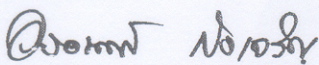
นายทวีศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยาภู
ผู้วิจัย



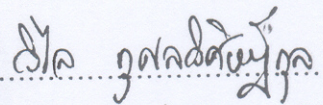
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวิมล อุดมพิริยะศักดิ์
กศ.ม. (การสอนเด็กที่มีความบกพร่องทาง
การได้ยิน)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



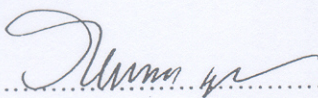
อาจารย์ จิตประภา ศรีอ่อน
Ph.D. (Deaf Studies)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



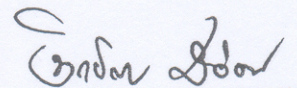
อาจารย์ อรอนงค์ สงเจริญ
วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ วิไล กุศลวิศิษฎ์กุล
วท.ม. (ชีวสถิติ)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์ รัศมีดารา หุ่นสวัสดิ์ Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



Copyright by Mahidol University
อาจารย์ จิตประภา ศรีอ่อน
Ph.D. (Deaf Studies)
ผู้อำนวยการ
วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ทำให้ข้าพเจ้าเข้าใจกระบวนการทำวิจัยและกระบวนการให้คำปรึกษาและแนะแนวในงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้เพิ่มมากขึ้น ข้าพเจ้าขอถือโอกาสนี้ขอบพระคุณ คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์ ดร. จิตประภา ศรีอ่อน ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านมนุษยศึกษา รองศาสตราจารย์ วิไล กุศลวิสิษฐ์กุล ผู้เชี่ยวชาญด้านชีวิตติ อาจารย์อรอนงค์ สงเจริญ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและเด็กปัญญาอ่อน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวิมล อุดมพิริยะศักดิ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กพิการในระยะแรกเริ่มที่ท่านได้เสียเวลาในการให้คำแนะนำที่มีค่า เรื่องการทำวิทยานิพนธ์ การตรวจ และปรับแก้ตลอดการให้กำลังใจแก่ข้าพเจ้าตลอดมา

ข้าพเจ้าขอขอบคุณ นายแพทย์เลียง ตั้งสิทธิโชค ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร คุณสุภัทรา ศรีเจริญกุล นักจิตวิทยา และคุณวันทนา โพธิ์ประทุม เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด จากโรงพยาบาลพิจิตร และครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัว ที่ให้ความอนุเคราะห์ และร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยอภัยยศยไมตรีที่ดียิ่ง และขอขอบคุณบิดา มารดา ภรรยา และเพื่อนๆทุกคนที่ได้ให้การสนับสนุนด้านกำลังใจแก่ข้าพเจ้าตลอดมา

นายทวิศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยากุล

แผนบริการเฉพาะครอบครัว:กรณีศึกษาเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด-6 ปี (A CASE STUDY OF INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLANS FOR MENTAL RETARDATION CHILDREN NEWBORN-6 YEARS)

ทวีศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยากุล 4337635 RSRS/M

ศศ.ม.(งานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : จิตประภา ศรีอ่อน, ศศ.ม. (ความผิดปกติทางการสื่อความหมาย), Ph.D.(Deaf Studies), วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล, วท.ม.(ชีวสถิติ), อรอนงค์ สงเจริญ, วท.ม.(จิตวิทยาคลินิก)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาถึงกระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี รวมทั้งปัญหาอุปสรรคของการจัดทำแผนบริการครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ครอบครัวและเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี ที่มารับบริการจากฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร ในปีงบประมาณ 2545 จำนวน 3 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ แบบบันทึก และแบบประเมิน ในระหว่างการดำเนินการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว เป็นระยะเวลา 5 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ในลักษณะของการบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี ทั้ง 3 ครอบครัว คือการจัดทำแผนบริการครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี เป็นรายครอบครัว ซึ่งกระบวนการจัดทำแผนบริการจะพิจารณาถึงปัญหาและความต้องการของเด็กและครอบครัวเป็นสำคัญ การให้บริการจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้อง และบุคคลอื่นที่ครอบครัวเห็นว่าควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับครอบครัว ในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว ซึ่งมีกระบวนการทั้งหมด 7 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการค้นหาครอบครัว (Finding case) ขั้นตอนการพบปะพูดคุยครั้งแรก (Initial Contact) ขั้นตอนการเตรียมประสานงานบริการต่างๆ (IFSP Interim) ขั้นตอนการตรวจประเมิน (MDT Evaluation) ขั้นตอนการประชุมจัดทำแผน (IFSP Meeting) ขั้นตอนการเริ่มบริการ (IFSP Begin) และขั้นตอนการทบทวนแผน (IFSP Review) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของแต่ละครอบครัวมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน เช่น ปัญหา ความต้องการ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่รับบริการ จำนวนครั้งและกิจกรรมที่ได้รับบริการ เป็นต้น ส่วนปัญหาอุปสรรคของการจัดทำแผนบริการ IFSP ครั้งนี้ พบว่าครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัว มีปัญหาอุปสรรคด้านการฝึก ด้านการจัดทำแผน ด้านเศรษฐกิจ และขาดบุคลากรด้านการแก้ไขการพูด และปัญหาอุปสรรคของบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ ด้านการจัดบริการ ด้านการจัดทำแผน และขาดบุคลากรที่เกี่ยวข้องบางสาขาวิชาชีพในการร่วมจัดทำแผนบริการ

คำสำคัญ : เด็กปัญญาอ่อน / แผนบริการเฉพาะครอบครัว

A CASE STUDY OF INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLANS FOR
MENTALLY RETARDED CHILDREN 0 - 6 YEARS

TAWEESAK SAKSRIWITAYAGUL 4337635 RSRS/M

M.A. (REHABILITATION SERVICE FOR PERSONS WITH DISABILITIES)

THESIS ADVISORS: JITPRAPA SRI-ON, Ph.D., WILAI KUSOLVISITKUL,
M.Sc., ORN-ANONG SONGCHAROEN M.Sc.

ABSTRACT

This study is a qualitative study. The instruments used for data collecting were informal interviews and participatory observation. The objective was to study the process of the Individualized Family Service Plans (IFSP) for families that have mentally retarded children, with age ranging from newborn to six years. The subjects were derived from specific sampling. They were three families with mentally retarded children who received services from the Section of Psychology, Pijit Hospital during the fiscal year 2002. Data were collected from informal interviews, data recording forms, and evaluation forms. The data collection took four months. Then they were presented in the form of descriptive analysis.

We found that the IFSP for the three families consists of seven steps which are case finding, initial contact with the families, IFSP interim, Multidisciplinary Team evaluation, IFSP meeting, beginning to provide services, and the IFSP review. The IFSP of each family differs in some details such as problems and needs, related personnel or staff, date and time of the sessions, number of sessions, and types of services. The problems that the children and their families encountered during the IFSP process were related to training, financial constraints, the lack of speech therapists, and problems in making IFSP plans. The problems that the personnel encountered were related to service provision, plan making, and lack of personnel in some related fields to participate in the process of plan making. The IFSP emphasizes problems and needs of the children and their families. During the plans, the families work closely with personnel and/or other people who should take part in the plans according to the families' consideration. The IFSP plans introduced in this study can be used as guidelines for other families that have children with mental retardation in taking care of their children so that they can fully utilize their potential.

KEY WORDS: MENTAL RETRADATION / INDIVIDUALIZED FAMILY
SERVICE PLAN

197 P. ISBN 974-04-4043-6

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญรูปภาพ.....	ญ

บทที่

1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ปัญหาคำถามในการวิจัย.....	4
ขอบเขตของงานวิจัย.....	4
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
2. วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความรู้เกี่ยวกับแผนบริการเฉพาะครอบครัวในประเทศสหรัฐอเมริกา.....	7
งานบริการที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนในประเทศไทย.....	26
งานวิจัยเกี่ยวกับ IFSP.....	34
พัฒนาการของเด็กทั่วไป และเด็กปัญญาอ่อน.....	36
ปฏิกิริยาของครอบครัวที่มีต่อลูกปัญญาอ่อน.....	48
งานวิจัยเกี่ยวกับเด็กปัญญาอ่อน.....	50

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากร.....	52
กลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
4. ผลการวิจัย.....	58
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่เป็นกรณีศึกษา.....	59
ตอนที่ 2 กระบวนการจัดทำแผน IFSP.....	60
ตอนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผน IFSP.....	116
ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่มีต่อกระบวนการ IFSP.....	118
ตอนที่ 5 ข้อมูลเชิงบรรยายเกี่ยวกับความพึงพอใจของครอบครัวที่มีต่อ กระบวนการ IFSP.....	119
5. สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	121
สรุป และอภิปรายผลการวิจัย.....	121
ข้อเสนอแนะ.....	150
บรรณานุกรม.....	150
ภาคผนวก.....	158
ประวัติผู้วิจัย.....	187
Executive Summary.....	188

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ	13
2	ระดับการสร้างสัมพันธภาพ	14
3	ความหมาย รายละเอียด และจุดมุ่งหมาย ของ ลักษณะของการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ และระดับสัมพันธภาพ	14
4	เปรียบเทียบรูปแบบของทีม	17
5	พัฒนาการของเด็กทั่วไปอายุ 0-6 ปี	41
6	สรุปพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนในแต่ละวัยโดยแบ่งตามระดับสติปัญญา	41
7	ลักษณะอาการของบุคคลปัญญาอ่อนช่วงอายุ แรกเกิด-8 ปี	43
8	การเปรียบเทียบพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวในขวบปีแรก ของเด็กปกติกับเด็กดาวน์ซินโดรม	45
9	แผนการดำเนินการวิจัย	56
10	ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่เป็นกรณีศึกษา	59
11	กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องเอจากหน่วยงานจิตเวช	75
12	กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องเอจากหน่วยงานกายภาพบำบัด	76
13	กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องเอจากหน่วยงานกิจกรรมบำบัด	77
14	กิจกรรมที่ครอบครัวน้องเอนำไปปฏิบัติที่บ้าน	78
15	ความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านต่างๆของน้องเอ	80
16	กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องบีจากหน่วยงานจิตเวช	95
17	กิจกรรมที่ครอบครัวน้องบีนำไปปฏิบัติที่บ้าน	96
18	ความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านต่างๆของน้องบี	97
	กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องซีจากหน่วยงานจิตเวช	110

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
20	กิจกรรมที่ครอบครัวน้องชีนำไปปฏิบัติที่บ้าน	113
21	ความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านต่างๆของน้องชี	115
22	ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผน IFSP	116
23	บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน IFSP ทั้ง 3 ครอบครัว	125
24	ผลการตรวจประเมินพัฒนาการของ 3 ครอบครัวโดยหน่วยงานจิตเวช	127
25	ผลการตรวจประเมินพัฒนาการของครอบครัวน้องเอโดยหน่วยงาน กิจกรรมบำบัด	128
26	รายละเอียดของการจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1	130
27	ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ในการจัดทำแผน IFSP	139

สารบัญรูปภาพ

รูปที่	หน้า
1	กระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว
2	แผนผังที่ตั้งบ้านครอบครัวน้องเอ
3	แผนภาพสมาชิกในครอบครัวน้องเอ
4	แผนผังที่ตั้งบ้านครอบครัวน้องบี
5	แผนภาพสมาชิกในครอบครัวน้องบี
6	แผนผังที่ตั้งบ้านครอบครัวน้องซี
7	แผนภาพสมาชิกในครอบครัวน้องซี
8	แผนภาพขั้นตอนกระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว
9	แผนภาพกระบวนการ IFSP ในภาพรวม

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะปัญญาอ่อนคือ สภาวะที่การพัฒนาสมองหยุดชะงักหรือพัฒนาไม่สมบูรณ์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ มีความบกพร่องของทักษะต่างๆในช่วงระยะวัยพัฒนาการ ทักษะต่างๆเหล่านี้ได้แก่ทักษะในด้านการรู้คิด (Cognitive) ภาษา (Language) การเคลื่อนไหว (Motor) และความสามารถทางสังคม (Social Abilities) ซึ่งทักษะทั้งหมดเหล่านี้เป็นสิ่งที่เกื้อหนุนต่อระดับเชาวน์ปัญญา (อุ๋นเรื่อน อำไพพัสดร์ , 2536 : 1)

จากผลการสำรวจ หาความชุกของภาวะปัญญาอ่อนในประเทศไทย โดยบุคลากรของโรงพยาบาลราชานุกูล ในปี พ.ศ. 2531-2532 ศึกษาจากจังหวัดใน 5 ภาคของประเทศจากจำนวนประชากร 221,929 ราย พบอุบัติการณ์ภาวะปัญญาอ่อนร้อยละ 0.4 หรือ 4 : 1000 นั่นคือประชากร 1,000 ราย จะพบบุคคลปัญญาอ่อน 4 ราย และจากรายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจากครัวเรือนทั่วประเทศพบว่า ปี 2529 มีคนพิการทั้งหมด 385,560 คน เป็นคนพิการทางสติปัญญาหรือปัญญาอ่อน 88,128 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2529 ; อ้างถึงใน ขนิษฐา เทวินทรภักดี , 2540 : 10-11) ปี 2534 มีคนพิการทั้งหมด 1,057,000คน มีคนปัญญาอ่อน 104,525.6 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2534) และปี 2539 มีคนพิการทั้งหมด 1,027,000 คน มีคนปัญญาอ่อน 160,200 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2539) จะเห็นได้ว่าในทุกครั้งที่มีการสำรวจสถิติที่เกี่ยวข้องกับคนพิการในแต่ละครั้ง จำนวนคนพิการทางสติปัญญา หรือบุคคลปัญญาอ่อนไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง จึงนับว่าภาวะปัญญาอ่อนเป็นปัญหาที่มีความสำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งปัญหาดังกล่าวไม่ได้เกิดอยู่ที่เฉพาะตัวบุคคลปัญญาอ่อนเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาของครอบครัวอีกด้วย ดังนั้นจึงยังมีครอบครัวของบุคคลปัญญาอ่อนที่ต้องเผชิญปัญหา กับความรู้สึกโศกเศร้า ทุกข์ใจ ความรู้สึกผิด หรืออับอาย และไม่มีที่พึ่ง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว และบุคคลปัญญาอ่อนเป็นอย่างมาก และย่อมส่งผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติต่อไป (ฉลวย จตุกุล และคนอื่นๆ ,2539 : 1)จากปัญหาดังกล่าวจึงเห็นได้ว่าการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลปัญญาอ่อนให้ดีขึ้นนั้น ควรเริ่มต้นพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่ช่วงวัยทารก หรือวัยเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ชวลา เขียรธนู และคนอื่นๆ (2539 :

10) ที่กล่าวว่า วัยเด็กเป็นวัยที่เหมาะสมต่อการพัฒนาได้ดีกว่าวัยที่เด็กโตแล้ว วิชา อินทรวงศ์ (2534 : 30-31 ; อ้างถึงใน นลวย จตุกุล และคนอื่นๆ , 2539 : 23) ได้เน้นให้เห็นถึงวัยเด็กในช่วง 5 ปีแรกของชีวิต เป็นช่วงที่สมองของเด็กสามารถที่จะพัฒนา และเรียนรู้ จดจำสิ่งต่างๆ ได้ดีที่สุด และ Bloom (1964 ; อ้างถึงใน นลวย จตุกุลและคนอื่นๆ , 2539 : 23) กล่าวว่า การพัฒนาบุคคลปัญญาอ่อนให้มีคุณภาพนั้น ต้องพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก เนื่องจากพัฒนาการทางสมองจะเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วในระยะปีแรกของชีวิต จากคำกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นได้ว่า ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับบุคคลปัญญาอ่อนที่ควรจะได้รับพัฒนาคุณภาพ หรือส่งเสริมพัฒนาการ คือช่วงวัยทารก ถึงวัยเด็ก (0-6 ปี) ซึ่งถ้าหากเด็กไม่ได้รับการพัฒนา หรือส่งเสริมพัฒนาการในช่วงเวลาดังกล่าวแล้ว ก็อาจจะทำให้เด็กปัญญาอ่อนเสียโอกาสที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพกลับมาให้ใกล้เคียงกับเด็กทั่วไปได้

นอกจากช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาคุณภาพ หรือส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนแล้ว ครอบครัวก็มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งจากปญญาเพื่อเด็ก พ.ศ. 2533 (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี และคนอื่นๆ , 2533 : 10) กล่าวว่า iva เด็กทุกคนไม่ว่าจะเป็นเด็กด้อยโอกาสในลักษณะใดก็ตาม เช่น เด็กพิการ เด็กเรื้อรัง เด็กถูกทอดทิ้งเป็นต้น ต้องได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดา หรือครอบครัวที่ให้ความรัก และความเข้าใจเพื่อเป็นฐานในการสร้างเสริมพัฒนาการทุกด้าน ได้แก่ พัฒนาทางกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม อารมณ์ ค่านิยม และเจตคติ โดยเฉพาะตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จนถึงอายุ 6 ปีแรกของชีวิต ซึ่งเป็นระยะสำคัญที่สุดในการวางรากฐาน และสร้างเสริมคุณภาพของตน

ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพ หรือการส่งเสริมพัฒนาการของบุคคลปัญญาอ่อน จึงควรเริ่มทำในระยะแรกช่วงต้นชีวิตของเด็ก โดยมีครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่จะมีบทบาทในการนำพาชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก (Musses and Conger , 1965 ; อ้างถึงใน พชรวิทย์ เกตุแก่นจันทร์ , 2539 : 23-24) แต่ในปัจจุบันเราจะพบว่าบทบาทของครอบครัวที่จะพัฒนาคุณภาพ หรือส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนนั้น เกิดจากการให้คำแนะนำ หรือการให้บริการจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพด้านต่างๆของหน่วยงานนั้นๆ โดยที่ครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วม หรือมีส่วนร่วมน้อย ในการแลกเปลี่ยนความคิด หรือความต้องการที่มีต่อตัวเด็ก ซึ่งจากการศึกษารูปแบบลักษณะงานที่ให้บริการเกี่ยวกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน ในหน่วยงานต่างๆของประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการเน้นการให้บริการจากเจ้าหน้าที่ต่างๆ มากกว่าที่ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการจัดบริการ เพื่อพัฒนาคุณภาพ หรือส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนน้อย ซึ่งแตกต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่การพัฒนาคุณภาพ หรือส่งเสริมพัฒนาการของเด็กพิการนั้นครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กพิการด้วย ดังจะเห็นได้จากกฎหมายการศึกษาสำหรับคนพิการ และกฎหมายการศึกษาสำหรับคนพิการรายบุคคล (Education for the Handicapped Act and The

Individuals with Disabilities Act ; IDEA, 1997 ; อ้างถึงใน คณะอนุกรรมการคัดเลือกและจำแนกความพิการเพื่อการศึกษา , 2543 : 68) กำหนดให้พ่อแม่มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็ก ส่วนในกรณี que เด็กมีอายุน้อยกว่า 3 ปี จะต้องมีการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (Individualized Family Service Plans : IFSP)

ดังนั้นการที่จะช่วยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนทาง การพัฒนาคุณภาพ หรือส่งเสริมพัฒนาการเด็กปัญญาอ่อนนั้น น่าจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็ก และครอบครัว ได้รับการพัฒนาไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยครอบครัวต้องมีบทบาทสำคัญในการวางแผนช่วยเหลือถูกร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวทางของการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (Individual Family Service Plan : IFSP) มาใช้ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนในระยะแรกเริ่มอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นกระบวนการที่ทำงานร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แผนบริการที่เหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว ซึ่งในแผนบริการเฉพาะครอบครัวจะประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการต่างๆ ที่จำเป็นในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งข้อมูลที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการพัฒนาคุณภาพ หรือส่งเสริมพัฒนาการเด็กอีกด้วย ซึ่งจากการทำงานประสานกันหลายฝ่าย และข้อมูลหลากหลายที่ได้รับ จะช่วยทำให้ครอบครัว มีความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพ หรือส่งเสริมพัฒนาการของเด็กมากขึ้น (Mary Beth Bruder , 2002)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ แผนบริการเฉพาะครอบครัว สำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี ซึ่งมีความแตกต่างจากการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (IFSP) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่จัดบริการในเด็กแรกเกิด - 3 ปี เนื่องจากจะพบได้ว่าในประเทศไทยยังมีสถานที่ให้บริการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) น้อย ส่วนใหญ่จะให้บริการอยู่ในโรงพยาบาล และศูนย์การศึกษาพิเศษเขต ซึ่งในประเทศไทยมีเพียง 13 เขตเท่านั้น (คณะกรรมการคัดเลือกและจำแนกความพิการเพื่อการศึกษา , 2543:16) และครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่ยังมีภูมิลำเนาที่ห่างไกลจากสถานที่ให้บริการช่วยเหลือเด็กระยะแรกเริ่มมาก อีกทั้งการศึกษาขั้นต้นของเด็กทั่วไปในประเทศไทยจะเริ่มต้นเมื่อมีอายุ 4 ปีขึ้นไป แต่สำหรับเด็กปัญญาอ่อนนั้นจะพบได้มากกว่าที่ครอบครัวจะนำเด็กมาเข้าโรงเรียน เด็กอาจจะมีอายุมากขึ้นแล้ว จึงทำให้การค้นพบความพิการเหล่านั้นล่าช้า เป็นเหตุให้ครอบครัวและเด็กปัญญาอ่อนเสียโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม ซึ่งจะเป็นการนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพทุกๆ ด้านของเด็กต่อไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาในเด็กปัญญาอ่อน ตั้งแต่แรกเกิด - 6 ปี ว่ามีกระบวนการจัดทำอย่างไร สามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ อย่างไร และมีปัญหาอุปสรรคในการจัดทำ และการนำไปใช้อย่างไรบ้าง ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยให้เข้าใจ

ถึงกระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (IFSP) สำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปีที่เหมาะสม และยังเป็นแนวทางในการให้บริการปรึกษาแก่ครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนอย่างครบวงจร เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการของลูกปัญญาอ่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษากระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี

ปัญหาในการวิจัย

1. แผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อนคืออะไร มีประโยชน์อย่างไร และมีกระบวนการจัดทำอย่างไร
2. ปัญหาและอุปสรรคในการจัดทำ และการนำแผนบริการเฉพาะครอบครัว สำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี ไปใช้มีอะไรบ้าง
3. แผนบริการเฉพาะครอบครัว สำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี สามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ อย่างไร
4. เราสามารถนำแผนบริการเฉพาะครอบครัว ไปใช้ในการให้บริการปรึกษาในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนอื่นๆได้อย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาเฉพาะกรณีในครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี ไม่จำกัดวุฒิการศึกษา ของพ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดู ที่มารับบริการ ณ ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

แผนบริการเฉพาะครอบครัว (IFSP) หมายถึง การจัดทำแผนบริการสำหรับครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี เป็นรายครอบครัว ซึ่งกระบวนการจัดทำแผนบริการจะพิจารณาถึงความต้องการตามลำดับความสำคัญของเด็กและครอบครัว การให้บริการจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้อง และบุคคลอื่นที่ครอบครัวเห็นว่าควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับครอบครัวในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว

ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ภาวะที่พัฒนาการของเด็กหยุดชะงัก หรือบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ มีความบกพร่องทางทักษะต่างๆในช่วงระยะวัยพัฒนาการ ทักษะเหล่านี้ได้แก่ ทักษะในด้านความรู้คิด (cognitive) ภาษา (language) การเคลื่อนไหว (motor) และความสามารถทางสังคม ซึ่งทักษะทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่เกื้อหนุนสติปัญญาของมนุษย์

ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับเด็กปัญญาอ่อน และมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ คือ พ่อแม่ และ/หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก

ผู้เลี้ยงดู หมายถึง ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง หมายถึง นักวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในกระบวนการให้บริการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักแก้ไขการพูด นักการศึกษา เป็นต้น

ผู้ประสานงานบริการ หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ติดต่อประสานงาน ระหว่างครอบครัว กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึงผู้วิจัย

บุคคลอื่นๆ หมายถึง ผู้ที่ไม่ใช่ญาติพี่น้องของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน แต่ครอบครัวเห็นว่าควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน IFSP

การให้บริการ หมายถึง การให้บริการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนระยะแรกเริ่ม จากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ระยะเวลาในการศึกษาใช้ระยะเวลา 5 เดือน
2. การศึกษากครั้งนี้เป็นการศึกษาครั้งแรก ที่ศึกษาเกี่ยวกับแผนบริการเฉพาะครอบครัว สำหรับเด็กปัญญาอ่อนในประเทศไทย จึงไม่มีงานวิจัยอื่นที่จะนำมาเป็นข้อมูลในการอ้างอิงได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงกระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว สำหรับเด็กปัญญาอ่อน
2. การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงปัญหา และอุปสรรค ในการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว และในการนำไปใช้กับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน
3. สามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการปรึกษาแก่ครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อน และครอบครัวที่มีลูกพิการด้านอื่นๆ
4. ครอบครัวที่ร่วมกระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว สามารถดำเนินการจัดทำแผนบริการนี้ต่อไปได้ด้วยตนเอง
5. ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน สามารถสร้างเครือข่าย ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างแต่ละครอบครัวได้

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้รวบรวมไว้ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับแผนบริการเฉพาะครอบครัวในประเทศสหรัฐอเมริกา
2. งานบริการที่เกี่ยวกับครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนในประเทศไทย
3. งานวิจัยเกี่ยวกับ IFSP
4. พัฒนาการของเด็กทั่วไป และเด็กปัญญาอ่อน
5. ปฏิกริยาของครอบครัวที่มีต่อลูกปัญญาอ่อน
6. งานวิจัยเกี่ยวกับเด็กปัญญาอ่อน

1. ความรู้เกี่ยวกับแผนบริการเฉพาะครอบครัวในประเทศสหรัฐอเมริกา (The Individualized Family Service Plans: IFSP)

1.1 ประวัติความเป็นมาของ IFSP (Advocates for Children, 2002)

จากสิ่งที่ผ่านมานี้ในอดีตจะพบได้ว่า ความพิการของมนุษย์นั้นทำให้คนพิการมีส่วนร่วมหรือได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อยมาก ดังนั้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทางการศึกษาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสร้างโอกาส การมีส่วนร่วม การมีวิถีชีวิตที่อิสระ และการได้รับความช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพ

การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา จึงเริ่มต้นขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1973 โดยสภานิติบัญญัติของสหรัฐอเมริกา ถูกแรงกดดันจากประชาชนในการตอบสนองต่อความต้องการพิเศษ และการช่วยเหลือในระยะแรกของคนพิการ (Early Intervention ; EI) จึงออกกฎหมายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการพิเศษออกมา เป็นกฎหมายทางการศึกษา (The Individual with Disabilities Education Act ; IDEA : 1973) ต่อมาในปี ค.ศ. 1975 พบว่ากฎหมายทางการศึกษา ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการได้มากนัก เนื่องจาก

- เด็กพิการกว่าครึ่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกายังไม่ได้รับการบริการที่เพียงพอ

- เด็กพิการจำนวน 1 ล้านคนในสหรัฐอเมริกาถูกกีดกันจากโรงเรียนของภาครัฐ
- เด็กพิการจำนวนมากมาไม่ถึงประสบความสำเร็จในการศึกษาของระบบโรงเรียน
- ครอบครัวต้องค้นหาบริการอื่นๆจากภายนอกโรงเรียน ที่มีระยะทางไกลและค่าใช้จ่าย

สูง

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นเป็นผลมาจากการออกกฎหมายที่เกี่ยวกับการศึกษาของคนพิการในส่วนของมาตรา 94-142 ซึ่งจะพบว่าในทุกๆรัฐของสหรัฐอเมริกาจะต้องออกกฎหมายรองรับเกี่ยวกับการศึกษาพิเศษของเด็กนักเรียนที่พิการ ที่ยังมีข้อบกพร่องเกี่ยวกับกฎหมายที่ยังให้บริการไม่ครอบคลุมในเรื่องของช่วงเวลาในการรักษา และช่วงเวลาของการพัฒนาการเจริญเติบโต ซึ่งยังไม่ได้รับการแก้ไขตลอด 10 ปีที่ผ่านมา

ในปี ค.ศ.1986 กฎหมายที่เกี่ยวกับการศึกษาของนักเรียนได้รับการแก้ไขในส่วนของมาตรา 99-457 ซึ่งจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการให้บริการเด็กในระยะแรกเริ่ม (EI) ในเด็กแรกเกิด และเด็กก่อนวัยเรียนที่มีปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาที่ล่าช้ามาเป็นกฎหมายทางการศึกษา (IDEA) ที่ให้ความสำคัญอยู่ 2 ส่วน คือ ในส่วนของกฎหมาย Part B ที่เน้นการให้บริการทางการศึกษาแก่เด็กพิการที่มีอายุตั้งแต่ 3 - 21 ปี และ Part C เน้นการให้บริการเด็กในระยะแรกเริ่มที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด - 3 ปี

ในปี ค.ศ.1997 สภานิติบัญญัติของสหรัฐอเมริกา ได้แก้ไขกฎหมาย IDEA ให้เป็นหลักประกันได้ว่าเด็กพิการจะได้รับการบริการ EI อย่างแน่นอนโดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- เป็นการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กแรกเกิด และเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความพิการและมีพัฒนาการล่าช้าเป็นสำคัญ
- เพื่อลดค่าใช้จ่ายทางการศึกษา
- ส่งเสริมความสามารถของครอบครัวเด็กพิการ
- ส่งเสริมความสามารถของรัฐ ตัวแทนของหน่วยงานที่ให้บริการ และผู้เตรียมการบริการ

จะเห็นได้ว่าอำนาจตามกฎหมาย IDEA (1997) จะใช้บังคับให้เด็กแรกเกิด และเด็กก่อนวัยเรียน จะต้องได้รับการ EI อย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น ในรัฐ Alabama จะมีศูนย์ Alabama Early Intervention System (ALEIS) จะเป็นผู้รับผิดชอบเตรียมบริการ EI ให้กับครอบครัว ซึ่งเด็กแรกเกิด และเด็กก่อนวัยเรียนที่พิการก็จะได้รับการ EI นั้น ต้องมีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี และจะต้องได้รับการประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่จะมีผลต่อการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (Individual Family Service Plan; IFSP) ซึ่งจะเป็นไปตามกฎหมาย IDEA Part C โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- เด็กต้องมีพัฒนาการล่าช้าในด้านต่าง ๆ อย่างน้อย 25 % เช่นพัฒนาการทางด้านร่างกาย ทักษะการปรับตัวตนเอง สังคม หรืออารมณ์ การสื่อสาร และความคิดสติปัญญา

- มีการวินิจฉัยว่า มีพยาธิสภาพที่ร่างกายหรือจิตใจ ที่มีผลทำให้พัฒนาการล่าช้า

ภายใต้กฎหมายทางการศึกษา IDEA Part C จะต้องมีการบริการ EI ที่เหมาะสมโดยมีผู้ประสานงานบริการ (Service Coordinator ; SC) เป็นผู้ประสานงานให้เด็กพิการที่มีอายุแรกเกิด – 3 ปี ได้รับบริการเหล่านั้น ซึ่งได้แก่

- ผู้ให้บริการเทคโนโลยีเครื่องช่วยคนพิการ
- นักกายภาพบำบัด
- นักตรวจการได้ยิน
- นักจิตวิทยา
- นักให้คำปรึกษา
- ผู้ประสานงานบริการ
- นักสังคมสงเคราะห์
- แพทย์
- พยาบาล
- นักแก้ไขการพูด
- นักโภชนาการ
- นักกิจกรรมบำบัด
- นักแก้ไขการมองเห็น

ดังนั้นกฎหมายทางการศึกษา IDEL 1997 , Part C จึงมีส่วนสำคัญในการใช้บังคับให้เด็กพิการ ครอบครัว และผู้ให้บริการต่าง ๆ ตระหนักถึงการดูแล และการส่งเสริมพัฒนาการให้กับเด็กพิการแรกเกิด และเด็กพิการก่อนวัยเรียน โดยจะมีการจัดบริการดูแลเด็กในระยะแรกเริ่ม (EI) ให้กับเด็กพิการและครอบครัว ซึ่งในส่วนของเด็กพิการที่มีอายุแรกเกิด – 3 ปี จะเป็นการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (IFSP) และเด็กพิการที่มีอายุมากกว่า 3 ปี – 21 ปี จะเป็นการจัดทำโปรแกรมการศึกษาเฉพาะบุคคล (IEP)

1.2 ความหมายของ IFSP

Mary Beth Bruder (2002) กล่าวว่า IFSP เป็นเอกสาร และแนวทางในการช่วยเหลือเด็กที่มีความพิการในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเป็นกระบวนการที่ทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว และผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แผนบริการที่เหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว ซึ่งแผนบริการนี้จะประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการต่างๆที่

จำเป็นในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งข้อมูลที่จะช่วยเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแล หรือส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอีกด้วย

สถาบัน Education Law Center (2002) กล่าวว่า IFSP เป็นการวางแผนบริการที่จัดทำขึ้นเพื่ออธิบายเกี่ยวกับ การบริการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษอายุต่ำกว่า 3 ปี เพื่อให้ครอบครัวของเด็กทราบว่าการบริการต่างๆ ที่ควรจะได้รับมีอะไรบ้าง มีบุคคลใดเกี่ยวข้องกับการให้บริการ จะสามารถรับบริการได้จากที่ใด และต้องใช้ระยะเวลาในการรับบริการนานเท่าใด

สถาบัน Nebraska Department of Education - Early Development Network (2002) กล่าวว่า IFSP เป็นทั้งกระบวนการ และเอกสารที่เป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือพัฒนาเด็ก ที่มีความต้องการพิเศษตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 3 ปี ซึ่งเกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวของเด็กและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

สถาบัน Connecticut Birth to Three System (2002) กล่าวว่า IFSP เป็นเสมือนแผนที่ในการเดินทาง (Roadmap) สำหรับเด็กและครอบครัวที่มีลูกพิการตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวทางของแผนบริการว่ามีจุดเริ่มต้นที่ไหน และจะดำเนินการต่อไปอย่างไร

สถาบัน Children of Deaf Adults (CODA's) (1988) กล่าวว่า IFSP เป็นแผนบริการสำหรับช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษในระยะแรกเริ่มที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 ปี รวมทั้งเด็กหูหนวกด้วย ในแผนบริการจะมุ่งถึงบริการต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อเด็กหูหนวก และครอบครัวโดยประกอบด้วย การบริการเยี่ยมบ้าน (Home Visits) การจัดการสอนหรืออบรมภาษามือสำหรับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก บริการต่างๆ จากครูผู้สอนเด็กหูหนวก นักตรวจการได้ยิน นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา และบุคลากรอื่นที่จำเป็น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า IFSP เป็นกระบวนการในการวางแผนจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กที่มีความพิการอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 ปี ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้อง และบุคคลอื่นๆ ที่ครอบครัวเห็นว่าควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเพื่อเป็นแนวทางสำหรับครอบครัวในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างถูกต้องวิธี และเหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว ในการจัดทำแผนบริการจะพิจารณาถึงความต้องการตามลำดับความสำคัญของเด็กและครอบครัว แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการวิจัยในเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี เนื่องจากในประเทศไทยยังมีสถานที่ให้บริการช่วยเหลือเด็กตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) น้อย ส่วนใหญ่จะให้บริการอยู่ในโรงพยาบาล และศูนย์การศึกษาพิเศษเขตซึ่งในประเทศไทยมีเพียง 13 เขตเท่านั้น (คณะกรรมการคัดเลือกและจำแนกความพิการเพื่อการศึกษา , 2543:16) และครอบครัวของเด็กพิการส่วนใหญ่ยังมีภูมิลำเนาที่ห่างไกลจากสถานที่ให้

บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มมาก อีกทั้งการศึกษาขั้นต้นของเด็กทั่วไปในประเทศไทยจะเริ่มตั้งเมื่อมีอายุ 4 ปีขึ้นไป แต่สำหรับเด็กพิการนั้นจะพบได้มากกว่าที่ครอบครัวจะนำเด็กมาเข้าโรงเรียน เด็กอาจจะมีอายุมากขึ้นแล้ว จึงทำให้การค้นพบความพิการเหล่านั้นล่าช้า เป็นเหตุให้ครอบครัวและเด็กพิการเสียโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม ซึ่งจะเป็นการนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพทุกๆด้านของเด็กต่อไป

1.3 หลักการของ IFSP (Nebraska Department of Education-Early Development Network , 2002)

1.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางการบริการ (Family Centered Service)

เป็นแนวความคิดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการบริการ โดยมีความเป็นมาเกี่ยวกับการให้บริการต่างๆสำหรับคนพิการในยุคต่างดังนี้

ยุคที่ 1 เป็นยุคที่คนส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อคนพิการ ซึ่งพบว่าถ้าภายในครอบครัวใดมีสมาชิกที่พิการเกิดขึ้น สมาชิกที่พิการเหล่านั้นก็ต้องออกไปจากครอบครัว หรือต้องไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ

ยุคที่ 2 เมื่อสมาชิกในครอบครัวพิการ จะได้รับการดูแลรักษาอย่างพิเศษ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพต่างๆเป็นผู้กำหนดทั้งสถานที่ และการรักษา ตามความต้องการของตน ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของครอบครัวนั้นๆ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนดำเนินการรักษาที่กำหนดขึ้น

ยุคที่ 3 เด็กพิการและครอบครัวสามารถพัฒนา และเติบโตขึ้นได้ตามรูปแบบวิถีชีวิตของตนเอง โดยได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน ชุมชน ครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ

ดังนั้นแนวคิดของ Family Centered Services จึงเป็นแนวคิดที่จะช่วยให้ครอบครัวที่มีลูกพิการ สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการช่วยเหลือนั้นสามารถแสดงออกมาได้ 2 รูปแบบ คือ

- แบบ Enabling เป็นรูปแบบที่ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้สร้างสรรค์โอกาส ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือพัฒนาคนพิการ ให้กับครอบครัวได้แสดงความสามารถ
- Empowering เป็นรูปแบบที่ครอบครัวสามารถพัฒนาตน ไปสู่การตัดสินใจ การควบคุม หรือจัดการกับความต้องการของตนได้ด้วยตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือพัฒนาคนพิการ

หลักการสำคัญของ Family Centered Services ประกอบด้วย

1. มีความเข้าใจว่าครอบครัวเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต
2. เอื้ออำนวยให้เกิดการประสานความร่วมมือ ระหว่างครอบครัวกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง ไม่เฉพาะแต่การประสานงานบริการเท่านั้น
3. มีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม รู้ถึงวัฒนธรรม ศาสนา และฐานะทางการเงินของครอบครัว
4. เข้าใจถึงจุดแข็ง และความแตกต่างของวิถีชีวิตในแต่ละครอบครัว
5. ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ
6. เข้าใจพัฒนาการที่จำเป็นของเด็กและครอบครัว
7. จัดหาบริการต่างๆอย่างต่อเนื่องให้กับครอบครัว
8. จัดให้มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ทำการประเมิน รักษา แนะนำบริการอย่างมีคุณภาพ
9. จัดให้มีบริการช่วยเหลือด้านอารมณ์ และด้านการเงินให้กับครอบครัว เช่นเดียวกับการให้บริการด้านการศึกษา และทางด้านการแพทย์
10. สนับสนุนให้เกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างครอบครัว
11. เคารพสิทธิของครอบครัวที่จะปฏิเสธ หรือบอกเลื่อนบริการที่จัดหาให้
12. วางแผนให้บริการต่างๆตามลำดับความสำคัญ และความต้องการของครอบครัว
13. การวางแผนบริการต่างๆต้องให้มีความยืดหยุ่น เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของแต่ละครอบครัว และให้เกิดประโยชน์ต่อเด็ก

1.3.2 ลักษณะของสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญ / บุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ (Family Professional Relationships)

การจัดทำแผน IFSP จะบรรลุเป้าหมายได้นั้น ผู้เชี่ยวชาญและครอบครัวจะต้องมีเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ช่วยเหลือกัน ซึ่งการที่จะทำงานร่วมกันได้จะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผลลัพธ์ของเป้าหมายที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ก็จะบรรลุถึงความสำเร็จได้ ผู้เชี่ยวชาญจะต้องมองครอบครัวเสมือนผู้ร่วมงาน โดยผู้เชี่ยวชาญจะต้องใช้ทักษะในเรื่องของการหาความรู้ใหม่ๆ ใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นพื้นฐานในการที่จะสร้างสัมพันธภาพในการทำงานให้เกิดขึ้น

ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญควรอยู่ในลักษณะของการให้คำปรึกษา (Consultant) ที่จะช่วยกันหาทางออกในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมให้ครอบครัวมีความ

สามารถในการแก้ไขปัญหาในอนาคตได้ด้วยตนเอง ซึ่งสามารถแสดงลักษณะของการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ

ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ Types of Consultation / Helping in Family – professional Relationships	
Short – term direct	บุคลากรที่เกี่ยวข้องจะมีลักษณะเป็นผู้จัดหาบริการมาให้แก่ครอบครัวเอง ซึ่งบริการที่จัดหานั้นจะตรงกับปัญหาที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องพบ มักจะไม่สนใจการสร้างสัมพันธภาพ และการให้บริการที่ต่อเนื่อง
Prescriptive	บุคลากรที่เกี่ยวข้องจะรวบรวมปัญหาที่ได้จากการสังเกต และสัมภาษณ์ หลังจากได้ข้อมูลแล้วบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้แนะนำบริการว่าควรจะทำอะไร วางแผนในการทำงานอย่างไร
Informational	บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้เตรียมข้อมูลให้กับครอบครัวโดยการอธิบาย อ่านข้อความ ให้ดูวิดีโอ หรืออธิบายทางโทรศัพท์ ซึ่งข้อมูลนั้นอาจเป็นการร้องขอจากครอบครัวเอง หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องคิดว่าครอบครัวน่าจะมีความต้องการ หรือมีปัญหาเหล่านั้น
Collaborative	บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ค้นหา รวบรวมข้อมูล ที่เกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการระดมความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อหาทางออก หรือทางเลือก ในการแก้ปัญหา และความต้องการเหล่านั้น จึงทำให้ทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวเกิดมีความรู้สึกที่สบาย สัมพันธภาพในการพบกันก็จะพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น จึงทำให้การช่วยเหลือหาทางออกนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่าลักษณะของการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ ในแต่ละลักษณะจะทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญ /บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นในแต่ละระดับนั้น ต้องขึ้นอยู่กับเวลา ความตั้งใจ การให้ความไว้วางใจ

กันของผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว ที่จะพยายามสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ดังนั้นระดับของสัมพันธภาพสามารถแสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 2 ระดับการสร้างสัมพันธภาพ

ระดับการสร้างสัมพันธภาพ			
Lowest (ต่ำ)			Highest (สูง)
Co - activity	Cooperation	Coordination	Collaboration

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า ลักษณะการให้คำปรึกษา / ช่วยเหลือ แบบ Co-Activity จะเป็นลักษณะของการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือที่มีระดับสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในระดับที่ต่ำ ส่วนลักษณะการให้คำปรึกษาแบบ Collaboration จะมีสัมพันธภาพในระดับที่สูง

จากตารางที่ 1 และ 2 สามารถกล่าวโดยสรุปถึงความหมาย รายละเอียด และจุดมุ่งหมายของลักษณะของการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ และระดับสัมพันธภาพ ดังนี้

ตารางที่ 3 ความหมาย รายละเอียด และจุดมุ่งหมาย ของ ลักษณะของการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ และระดับสัมพันธภาพความหมาย

ความหมายและการพัฒนาสัมพันธภาพ		
ระดับการสร้างสัมพันธภาพ	รายละเอียด	จุดมุ่งหมาย
1. No Relationship	ไม่มีการพบกันมาก่อน หรือไม่เอาใจใส่ต่อกัน	จะพัฒนาความสัมพันธ์อย่างฉันมิตร ซึ่งก่อนที่จะคุยกันในหัวข้อเรื่องใด จะต้องทำความรู้จักกันก่อน และครอบครัวจะต้องให้เหตุผลว่าจะพบใครบ้างในครั้งต่อไป
2. Social Relationship (Co – activity)	เป็นไปตามระเบียบที่ได้จัดวางไว้ ทั้งเรื่องเวลา สถานที่ในการให้บริการ	จะต้องมีประเด็นในการอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน และจะต้องมีมุมมอง ทักษะในเรื่องของความรู้ที่ดี มีความตั้งใจ และมีเหตุผล

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงความหมาย รายละเอียด และจุดมุ่งหมาย ของ ลักษณะของการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือ และระดับสัมพันธภาพความหมาย

ความหมายและการพัฒนาสัมพันธภาพ		
ระดับการสร้างสัมพันธภาพ	รายละเอียด	จุดมุ่งหมาย
3. Limited working Relationship (Co – operation)	เนื้อหาที่พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป มีการตักเตือน ร้องขอสำหรับการช่วยเหลือ	ให้ความสนใจกับวัตถุประสงค์เพียงอย่างเดียว จะให้การช่วยเหลือในมุมมองในส่วนหางานของคนเท่านั้น
4. Adequate Working Relationship (Co - ordination)	พูดคุยเนื้อหาที่เกี่ยวกับเรื่องนั้นโดยเฉพาะ ให้การยอมรับความคิดเห็นของครอบครัว แต่ไม่มีความยึดหยุ่น	จะช่วยกันระดมความคิดในการแก้ไขปัญหา และพิจารณาทางเลือก แบบเอาใจใส่ อธิบายและวางแผน ซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
5. Reciprocal Relationship (Collaborative)	ทั้งครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เปิดใจ แสดงความคิดเห็นใหม่ๆให้การช่วยเหลือกันมีความไว้วางใจ เอาใจใส่กันอย่างเห็นได้ชัดเจน	บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวมีการยอมรับ มีความพอใจ และมีความรู้สึกอบอุ่นที่จะทำให้แผนนั้นบรรลุความสำเร็จได้

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า ลักษณะการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือแบบ Collaboration เป็นลักษณะที่เอื้อต่อการทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญ/บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นในการจัดทำ IFSP จึงควรนำลักษณะการให้คำปรึกษา/ช่วยเหลือแบบ Collaboration มาใช้ในการจัดบริการ

1.3.3 ประสิทธิภาพของทีมแต่ละรูปแบบ (Effective Team Functioning)

กระบวนการ IFSP จะมีประสิทธิภาพได้ก็ต่อเมื่อ สมาชิกในทีมมีความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบของทีม ซึ่งรูปแบบของทีมอาจกล่าวได้เป็น 3 รูปแบบคือ

1) Multidisciplinary Team เป็นกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพด้านต่างๆ ที่จะทำงานแบบแยกส่วนกัน มีความเชี่ยวชาญต่างกัน โดยบุคลากรแต่ละคนจะให้บริการโดยตรงต่อครอบครัวแบบต่างคนต่างให้บริการ ซึ่งมักจะไม่ค่อยมีการประสานงาน หรือปรึกษารือบุคคลอื่นๆ

ข้อดี มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องมากกว่า 1 คนในการให้บริการ

ข้อเสีย ขาดการสื่อสารกันระหว่างบุคคล หรือทีมงานคนอื่นๆ ซึ่งทำให้การบริการนั้นเกิดช่องว่าง หรือความเข้าใจไม่ตรงกันได้

2) Interdisciplinary Team เป็นกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพด้านต่างๆ ที่จะทำงานแยกส่วนกัน มีความเชี่ยวชาญต่างกัน แต่จะมีบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทในการประสานงาน โดยจัดตั้งเป็นกลุ่มทำงาน และมีการพบปะประชุมกับครอบครัว เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด

ข้อดี - มีการทำงานเป็นกลุ่ม จะช่วยลดความซ้ำซ้อนในการทำงาน
- สมาชิกจะตระหนักถึงเป้าหมายการบริการตามลำดับความสำคัญ
- มีกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถหลากหลาย มาช่วยติดตามแก้ไขปัญหา

ต่างๆได้

ข้อเสีย - ครอบครัวที่มีความต้องการหลายๆด้าน จะต้องมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีความสามารถหลายๆด้านมาให้บริการ ซึ่งอาจจะทำให้ครอบครัวรู้สึกว่าเป็นภาระหนักในการไปรับบริการ

- การมีสมาชิกในกลุ่มหลายๆคน อาจจะเป็นการยากในการนัดหมายทั้งเรื่องเวลา และสถานที่

3) Transdisciplinary Team เป็นกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่จะร่วมมือกันทำงานไม่เฉพาะการแลกเปลี่ยนข้อมูล แต่จะรวมไปถึงบทบาท และความสัมพันธ์ที่จะนำไปสู่การวางเป้าหมายร่วมกัน มีการพัฒนาข้อมูล ความรู้ และทักษะต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการประชุมปรึกษารืออย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และพิจารณาถึงกิจกรรม หรือบริการต่างๆที่จัดหาให้ ซึ่งเป็นรูปแบบของทีมที่เหมาะสมสำหรับการจัดบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Early Intervention)

ข้อดี - สามารถจัดบริการได้โดยตรงให้กับครอบครัว และเด็กที่มีความต้องการในบริการที่หลากหลาย

- สมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนกับทีมได้

ข้อเสีย - สมาชิกในทีมจะต้องมีประสบการณ์ หรือความชำนาญในการให้บริการอย่างมาก ถ้าสมาชิกไม่มีประสบการณ์ดังกล่าวก็จะทำให้การจัดบริการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

จากรูปแบบของทีมทั้ง 3 รูปแบบ สามารถสรุปแสดงการเปรียบเทียบได้ดังตาราง (Lawrence J. Johnson ,et al. , 1994 : 100)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบรูปแบบของทีม

องค์ประกอบ	รูปแบบทีม		
	Multidisciplinary	Interdisciplinary	Transdisciplinary
ปรัชญาของทีม	ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากสมาชิกของทีมที่มีความหลากหลายวิชาชีพ	สมาชิกของทีมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ	สมาชิกทีมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก มีการเรียนรู้ การวางแผน การเตรียมบริการอย่างมีลายลักษณ์อักษร
บทบาทของครอบครัว	ครอบครัวพบกับสมาชิกทีมสาขาวิชาชีพต่างๆที่เป็นการทำงานแบบต่างคนต่างทำ	ครอบครัวสามารถหรือไม่สามารถที่จะพิจารณาเลือกสมาชิกของทีมเข้ามาทำงานร่วมกันได้	ครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกสมาชิกของทีมที่มีบทบาทกับครอบครัวของตนได้

ตารางที่ 4 (ต่อ) เปรียบเทียบรูปแบบของทีม

องค์ประกอบ	รูปแบบทีม		
	Multidisciplinary	Interdisciplinary	Transdisciplinary
ทิศทางการสื่อสาร	เป็นการสื่อสารในลักษณะของการให้ข้อมูล สมาชิกไม่ได้มีส่วนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน	มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ในลักษณะของการประชุมปรึกษาหารือ	สมาชิกของทีมสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล และวิธีการฝึก การเรียนรู้ ระหว่างสมาชิกของทีมด้วยกัน
พัฒนาการของทีม	จะมีลักษณะโดดเดี่ยว สมาชิกต่างคนต่างทำงาน	มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกด้วยกันมากขึ้น	มีการพัฒนาไปถึงจุดสูงสุดของบริการ รวมถึงการมีบทบาทของการส่งต่อไปยังโปรแกรมอื่นที่สูงขึ้นต่อไป
กระบวนการประเมิน	ประเมินโดยสมาชิกทีมที่มีนักวิชาชีพต่างๆ เป็นผู้ประเมิน	มีการประเมินจากสมาชิกของทีม และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผลการตรวจประเมิน	มีการประเมิน สังเกต บันทึก และอภิปรายข้อมูลร่วมกันระหว่างสมาชิกทีม
พัฒนาการของการจัดทำแผน IFSP	มีการร่วมกันวางแผนของสมาชิกทีม	มีการตั้งเป้าหมาย และแลกเปลี่ยนข้อมูลในการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวขึ้นมา	สมาชิกทีมและครอบครัวร่วมกันวางแผนบนพื้นฐานของปัญหาและความต้องการของครอบครัว

ตารางที่ 4 (ต่อ) เปรียบเทียบรูปแบบของทีม

องค์ประกอบ	รูปแบบทีม		
	Multidisciplinary	Interdisciplinary	Transdisciplinary
การสนับสนุนแผน IFSP	เป็นการสนับสนุนให้สมาชิกของทีมร่วมกันวางแผน	สนับสนุนให้สมาชิกของทีมร่วมกันวางแผนในส่วนต่างๆ และสามารถตอบสนองต่อการจัดทำแผนได้	สนับสนุนให้สมาชิกของทีมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อการจัดทำแผน ที่อาจมีผลต่อความสามารถของนักวิชาชีพต่างๆ และครอบครัว

1.3.4 Services Coordination

การประสานงานบริการเป็นหัวใจสำคัญของการติดต่อกับครอบครัว ที่ต้องการใช้บริการ โดยมีผู้ประสานงานบริการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานให้ข้อมูล สนับสนุน ช่วยเหลือตามความต้องการของครอบครัวเด็กพิการ เพื่อให้ครอบครัวของเด็กสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีทิศทาง และมีพลังในการต่อสู้ต่อไป

การประสานงานบริการมีองค์ประกอบหลายอย่าง คือ

- 1) การเยี่ยมครอบครัว เพื่อรวบรวมข้อมูล และสร้างสัมพันธภาพ
- 2) เชื้ออำนาจให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล
- 3) ในการพบกับครอบครัวเป็นครั้งแรกจะต้องทราบแหล่งที่ถูกส่งต่อมา
- 4) มีการติดต่อสื่อสารกับแหล่งที่ได้รับการส่งต่อ และบุคคลอื่นๆที่ครอบครัวต้องการอย่างสม่ำเสมอ
- 5) ระบุความต้องการ จุดแข็งตามลำดับความสำคัญ ของครอบครัวตลอดกระบวนการ
- 6) สนับสนุนให้ครอบครัวมีความมั่นใจในกระบวนการ IFSP
- 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการจัดตั้งทีม IFSP
- 8) สนับสนุนให้มีการสื่อสารระหว่างครอบครัว กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องคนอื่นๆ
- 9) ทำงานร่วมกับครอบครัวในการพัฒนาจุดแข็ง และทักษะที่จำเป็นในการช่วยเหลือเด็กพิการ

- 10) เอื้ออำนวย และสนับสนุนให้ครอบครัวมีการพัฒนาทักษะต่างๆ
 - 11) ปรับปรุงให้ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
 - 12) พัฒนา และคงไว้ซึ่งการติดต่อสัมพันธ์กับหน่วยงานที่ให้บริการ
 - 13) ประสานกับทีม IFSP ในการนำแผนบริการไปปฏิบัติ และมีการติดตามแผน
 - 14) เอื้ออำนวยให้มีการสื่อสารระหว่างครอบครัวกับทีม IFSP
 - 15) เอื้ออำนวยให้มีการร่วมมือกันแก้ปัญหา
 - 16) ช่วยปรับปรุงแผน IFSP ให้มีความเหมาะสมกับความต้องการของครอบครัว
- ในการประสานงานบริการจะมีการพบกับครอบครัวเด็กพิการอย่างน้อยเดือนละ 1

ครั้ง

1.4 ประโยชน์ของ IFSP

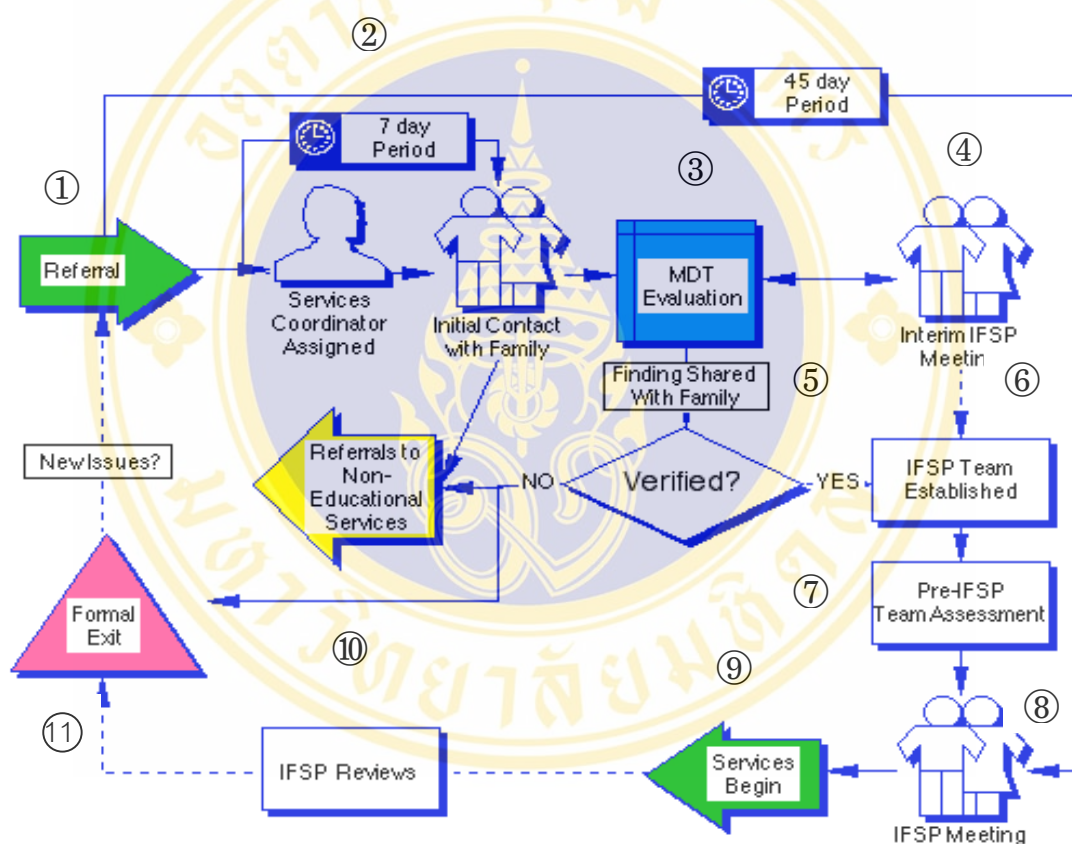
IFSP จะเอื้อประโยชน์ต่อครอบครัวของเด็กที่มีความพิการ และบุคลากรหรือนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดังนี้ (Mary Beth Brud , 2002 ; Nebraska Department of Education - Early Development Network , 2002 ; Connecticut Birth to Three System , 2002)

- 1) IFSP เป็นเสมือนแผนที่ ซึ่งจะเป็แนวทางในการพัฒนาเด็กอย่างถูกวิธี และเหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว
- 2) ทำให้ครอบครัวทราบว่าบริการต่างๆที่จำเป็นสำหรับเด็กและครอบครัว มีอะไรบ้าง สามารถรับบริการได้ที่ไหน ใช้ระยะเวลาในการบริการนานเท่าใด และจะเริ่มต้นกระบวนการช่วยเหลือเด็กอย่างไร
- 3) IFSP จะช่วยเพิ่มความสามารถ และความมั่นใจให้แก่ครอบครัวในการดูแล และกระตุ้นพัฒนาการของเด็กต่อไป
- 4) IFSP จะช่วยให้แต่ละครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็ก ร่วมถึงความต้องการของเด็กและครอบครัว
- 5) IFSP มีลักษณะการทำงานร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรหลายๆฝ่าย ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ ที่เป็นประโยชน์ต่อกัน ซึ่งจะทำให้การช่วยเหลือเด็กเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 6) การประชุมวางแผนร่วมกันจะช่วยตัดข้อมูล หรือบริการที่ไม่จำเป็นออกไปจึงทำให้ครอบครัวได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการมีความเหมาะสมสำหรับเด็ก และครอบครัวแต่ละครอบครัว

1.5 กระบวนการจัดทำ IFSP

กระบวนการจัดทำ IFSP สามารถแสดงได้ดังรูปต่อไปนี้

รูปที่ 1 แสดงกระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (Nebraska Department of Education - Early Development Network, 2002)



จากรูปที่ 1 สามารถอธิบายกระบวนการจัดทำ IFSP ได้ดังต่อไปนี้

1) Referral (ขั้นตอนการส่งต่อ)

เป็นขั้นตอนของการส่งต่อเด็กมาพบผู้ประสานงานบริการ (Service Coordinator) การส่งต่อต้องคำนึงถึง การได้รับความยินยอมจากครอบครัว ประโยชน์ที่เด็กจะได้รับ และต้องเป็นการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

2) Services Coordinator Assigned and Initial Contact with Family (ขั้นตอนพบครอบครัวครั้งแรก)

เป็นขั้นตอนของการพบกันครั้งแรกระหว่าง ผู้ประสานงานบริการ กับครอบครัว ซึ่งจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน โดยครอบครัวจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา หรือความต้องการของครอบครัวและเด็ก ส่วนผู้ประสานงานบริการ จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ระยะเวลาในการให้บริการ สิทธิ หน้าที่ ความรับผิดชอบของครอบครัว ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ประสานงานบริการจะต้องดำเนินการภายใน 7 วัน หลังจากได้รับการส่งต่อ

3) Multidisciplinary Team (MDT) Evaluation (ขั้นตอนการประเมินจากทีมบริการ)

เป็นขั้นตอนของการประเมินความสามารถ / พัฒนาการ ของเด็ก โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านวิชาชีพต่างๆ ดังนี้

- นักการศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน (ประเมินพัฒนาการทั่วไป)
- นักจิตวิทยา (ประเมินด้านสติปัญญา การแก้ปัญหา และความสามารถในการปรับตัว)
- นักแก้ไขการพูด (ประเมินความสามารถในการสื่อสาร)
- นักกายภาพบำบัด (ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว)
- นักกิจกรรมบำบัด (ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน)
- นักตรวจการมองเห็น (ประเมินความสามารถในการมองเห็น)
- นักตรวจการได้ยิน (ประเมินความสามารถในการได้ยิน)
- พยาบาล (ประเมินสุขภาพทั่วไป)
- แพทย์ (ประเมินพัฒนาการทั้งหมด)

บุคลากรที่เกี่ยวข้องจะใช้หลักในการประเมิน คือ การสังเกตเด็ก การสัมภาษณ์ครอบครัว และการแปลความหมายจากข้อมูล หรือรายงาน ซึ่งในการตรวจประเมินนี้จะดำเนินการในสถานที่ที่ครอบครัวสะดวก เช่น ที่บ้าน ชุมชน ศูนย์บริการทางการศึกษา หรือ โรงเรียน

ในการประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความสามารถ / พัฒนาการ และความต้องการของเด็ก สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการจัดหาบริการที่เหมาะสมกับเด็กภายใต้กฎหมายที่กำหนด โดยไม่เสียค่าบริการจนเด็กมีอายุครบ 3 ปี

4) Interim IFSP (ขั้นตอนประชุมทีมเบื้องต้น)

เป็นขั้นตอนของการประชุมเบื้องต้น โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ ครอบครัว และผู้ประสานงานบริการซึ่งขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการก่อนการประเมินความสามารถ / พัฒนาการเด็ก เพื่อพิจารณาว่าเด็กควรจะได้รับบริการประเมินอะไรบ้าง จากใครบ้าง หรือ ดำเนินการหลังจากการประเมินความสามารถ / พัฒนาการเด็ก เพื่อเตรียมการจัดตั้งทีมต่อไป

5) MDT Findings Shared with Family and Verified (ขั้นตอนชี้แจงผลการประเมิน)

เป็นขั้นตอนที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆที่ประเมินความสามารถ / พัฒนาการเด็ก แล้วนำผลการประเมินมาชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเบื้องต้นทราบ เพื่อเป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และลงความเห็นโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ว่าเด็กมีความพิการ หรือ พัฒนาการล่าช้า ที่จะเหมาะสมได้รับการบริการตามกฎหมายกำหนดหรือไม่ ถ้ามีความเหมาะสมที่จะได้รับการบริการก็จะเข้าสู่ขั้นตอนจัดตั้งทีมต่อไป

ในกรณีที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ลงความเห็น ว่า เด็กไม่มีความพิการหรือมี พัฒนาการล่าช้าตามที่กฎหมายกำหนด ผู้ประสานงานบริการจะดำเนินการส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่น ที่ให้บริการตามความต้องการของครอบครัว

6) IFSP Team Established (ขั้นตอนจัดตั้งทีม)

เป็นขั้นตอนที่ผู้ประสานงานบริการดำเนินการจัดตั้งทีม IFSP ซึ่งประกอบด้วย (Namita Jacob , 2001)

6.1 พ่อแม่ หรือผู้ปกครองของเด็ก ซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญในกระบวนการจัดทำ แผนบริการเฉพาะครอบครัว เนื่องจากพ่อแม่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก บอกความต้องการของ เด็กและครอบครัวได้ อีกทั้งพ่อแม่จะมีส่วนร่วมในการช่วยผู้ประสานงานบริการตัดสินใจว่าจะให้ บุคคลใดเข้ามามีส่วนร่วมในแผนบริการนี้บ้าง (Nancy E.S Gardner , 2002)

6.2 สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ที่พ่อแม่พิจารณาว่ามีส่วนร่วมในการดูแล หรือ พัฒนาเด็ก

6.3 บุคคลอื่นๆที่มีส่วนสนับสนุน การจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว เช่น เพื่อน หรือครอบครัวอื่นๆ ที่พ่อแม่ของเด็กพิจารณาว่าควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนบริการ และ อยากให้เข้าร่วมประชุมด้วย

6.4 ผู้ประสานงานบริการ ซึ่งจะเป็นผู้รับผิดชอบในการติดต่อประสานงานในการ จัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (Education Law Center , 2002)

6.5 ผู้ประเมินความสามารถ / พัฒนาการเด็ก

6.6 บุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ

7) Pre - IFSP Team Assessment (ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล)

เป็นขั้นตอนที่ทีม IFSP ทำการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตเด็ก การสัมภาษณ์ ครอบครัว และจากรายงานการประเมินความสามารถ / พัฒนาการเด็ก ซึ่งทีม IFSP ควรจะมีความ เข้าใจในข้อมูลดังต่อไปนี้

- 7.1 ระดับความสามารถ / พัฒนาการเด็ก
- 7.2 เข้าใจกิจวัตรประจำวันของเด็ก และครอบครัว
- 7.3 ความสามารถในการดูแลเด็ก ของครอบครัว และผู้ดูแล
- 7.4 เข้าใจสภาพแวดล้อมของเด็ก และครอบครัว
- 7.5 โอกาสในการใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ เช่น การคลานบนหญ้า การนั่งบนกระเบื้องทราย การเลือกเพลง วิดีโอ หรือของเล่น เป็นต้น
- 7.6 เข้าใจปัญหา และความต้องการของครอบครัว
- 7.7 เข้าใจจุดแข็ง และสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนครอบครัวซึ่งจะต้องมีความสัมพันธ์กับปัญหา และความต้องการ

8) IFSP Meeting (ขั้นตอนประชุมทีม)

เป็นขั้นตอนของการประชุม IFSP โดยสถานที่ และเวลาในการจัดประชุมนั้นจะขึ้นอยู่กับความสะดวกของครอบครัว รวมทั้งภาษาที่ใช้ในการสื่อสารจะต้องเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และชัดเจนสำหรับครอบครัว

ในการประชุมจัดทำ IFSP มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Mary Beth Bruder , 2002)

- 8.1 ทีมระบุความต้องการ ของครอบครัวตามลำดับความสำคัญ ที่เกี่ยวเนื่องกับพัฒนาการของเด็ก
- 8.2 ทีมระบุกิจกรรม / กิจวัตรประจำวัน ต่างๆของครอบครัว
- 8.3 ทีมทำการรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการให้ความสนใจ ใส่ใจกับคำถามของครอบครัวเด็กที่มีความพิการ เกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยเน้นไปที่ความต้องการของครอบครัวตามลำดับความสำคัญ ที่เกี่ยวเนื่องกับพัฒนาการเด็ก จากนั้นรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ เช่น ข้อมูลการประเมินความสามารถของเด็ก แล้วสะท้อนภาพหรือแสดงให้เห็นภาพอย่างชัดเจนถึงความสามารถของเด็ก ความต้องการ กิจกรรม เครื่องมืออุปกรณ์ สภาพแวดล้อม ที่จะทำให้เด็กพัฒนาขึ้น

8.4 การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน หลังจากประเมินข้อมูลต่างๆที่รวบรวมไว้แล้ว ในการประชุมจะนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของครอบครัวตามลำดับความสำคัญ ที่เกี่ยวเนื่องกับพัฒนาการของเด็ก ซึ่งแสดงถึงความคาดหวัง หรือ เป้าหมายของครอบครัว มาพิจารณาร่วมกัน ซึ่งเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน จะเน้นไปในเรื่องการเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการดูแล หรือ กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และเน้นให้เด็กได้มีส่วนร่วมการทำกิจกรรมต่างๆมากขึ้น

8.5 การมอบหมาย หรือแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ หลังจากระบุเป้าหมายแล้ว ทีมงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว จะมอบหมายงาน หรือแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริการ เพื่อให้แผนบริการดำเนินไปสู่จุดหมาย

8.6 ระบุวิธีการนำแผนบริการไปดำเนินการ เช่น กิจกรรม หรือของเล่นที่จะช่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก วิธีที่พ่อแม่จะช่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

ในการจัดประชุม IFSP จะดำเนินการภายใน 45 วัน หลังจากได้รับการส่งต่อมาพบผู้ประสานงานบริการ

9) Services Begin (ขั้นตอนเริ่มแผนบริการ)

จะเริ่มดำเนินการตามแผน IFSP ที่ได้จัดทำขึ้นภายใน 5 วันหลังจากได้รับการยินยอมจากครอบครัว ซึ่งครอบครัวสามารถปฏิเสธที่จะไม่ดำเนินการตามแผน ถ้าหากครอบครัวคิดว่าแผนนั้นไม่เหมาะสม

10) IFSP Reviews (ขั้นตอนทบทวนแผน)

เป็นการทบทวนแผน IFSP เพื่อพิจารณาว่าแผนที่นำไปใช้มีประสิทธิภาพหรือไม่ เมื่อนำแผนบริการไปใช้แล้วเด็กมีพัฒนาการ หรือความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ วิธีการหรือกิจกรรมที่นำไปใช้สามารถกระตุ้นพัฒนาการเด็กได้หรือไม่ ต้องการเปลี่ยนแปลงแผน IFSP หรือไม่ ซึ่งในการทบทวนแผนนี้ จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความก้าวหน้าของเด็ก และความก้าวหน้าหรือประสิทธิภาพของแผนบริการ เพื่อทบทวนหรือปรับปรุงให้แผนบริการมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว โดยจะทำการทบทวนแผนบริการทุกๆ 6 เดือน หรืออาจจะมีบ่อยครั้งกว่านั้นตามความต้องการของครอบครัว และตามความเหมาะสม

11) Formal Exit (ขั้นตอนออกจากกระบวนการ)

ครอบครัวอาจจะออกจากกระบวนการ IFSP ได้ เนื่องจากเหตุผลดังนี้

11.1 บุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ลงความเห็นว่าเด็กไม่เหมาะสมกับแผนบริการนี้

11.2 เด็กแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น และความล่าช้าของพัฒนาการนั้นมีระยะเวลาไม่ยาวนาน

11.3 ครอบครัวตัดสินใจไม่รับบริการต่อ

11.4 เด็กมีอายุมากกว่า 3 ปีขึ้นไป และต้องการรับบริการอื่นที่ดีขึ้น เช่น การส่งต่อเด็กไปรับบริการทางการศึกษา หรือเข้าสู่โปรแกรมการศึกษารายบุคคล (Individual Education Plan) เป็นต้น

1.6 องค์ประกอบของแผนบริการเฉพาะครอบครัว

แผนบริการเฉพาะครอบครัว จะต้องประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้ (Jacob ,N. , 2001 ; Mary Beth Bruder , 2002 ; Nancy E.S Gardner , 2002 ; Resources for Young Children and Families,Inc. , 2002)

1. ระดับพัฒนาการด้านต่างๆของเด็ก
2. การรวบรวมถึงความต้องการของครอบครัว
3. การกำหนดเป้าหมาย เกณฑ์ในการวัดผล วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาในการดำเนินการเพื่อวัดความก้าวหน้าของแต่ละครอบครัว
4. การจัดบริการที่จำเป็นในการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม โดยมีการกำหนดจำนวนครั้ง และวิธีการบริการ
5. การจัดบริการที่เหมาะสมกับลักษณะของแต่ละครอบครัว เช่น ความเป็นอยู่ วัฒนธรรม วิถีชีวิตในชุมชน
6. ระบุวันที่เริ่มบริการ และช่วงระยะเวลาที่คาดการณ์ไว้สำหรับบริการ
7. ระบุชื่อผู้ประสานงาน (Coordinator)
8. การเตรียมการเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนแผนบริการในขั้นต่อไป เช่น การปรับเปลี่ยนแผนบริการเฉพาะครอบครัว ไปสู่แผนการศึกษาเฉพาะบุคคล หรือ การปรับเปลี่ยนแผนไปสู่แผนบริการอื่นที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งโดยทั่วไปจะเริ่มเตรียมการเมื่อเด็กมีอายุตั้งแต่ 2 ปี 6 เดือน

2. งานบริการที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนในประเทศไทย

จากการศึกษางานบริการที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนในประเทศไทย มีดังนี้

2.1 หน่วยพัฒนาการเด็ก งานพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

จากการสัมภาษณ์ คุณฉวีวรรณ ชัยจันทร์ ถึงรูปแบบของการให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน พบว่ามีการให้บริการครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อนอยู่ 2 โครงการ คือ

1) โครงการกระตุ้นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ (Early Stimulation Program) โดยมีรูปแบบของการกระตุ้นพัฒนาการที่มุ่งเน้นพัฒนาการทุกด้านไปพร้อมๆกัน ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ซึ่งได้แก่

- Gross Motor พัฒนาด้านการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใหญ่ เช่น ชันคอ กลิ้งคว่ำ คลาน นั่ง ยืน เดิน

- Fine Motor พัฒนาด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น การใช้มือกำของเล่น ใช้ปลายนิ้วมือหยิบของเล่น การมอง การฟัง

- Language พัฒนาด้านภาษา เช่น ส่งเสียงอ้อแอ้ การหัวเราะ การพูด การสื่อสารภาษา

- Personal social พัฒนาด้านสังคมและอารมณ์ และการพัฒนานุคลิกภาพ

โดยมีขั้นตอนของการกระตุ้นพัฒนาการดังนี้

- ประเมินระดับพัฒนาการโดยใช้แบบทดสอบ D.D.S.T. (Denver Development Screening Test) และแบบฝึกหัดของพัฒนาการตามขั้นวัย (Check List Individual) ควบคู่กันไป

- วางแผนกระตุ้นพัฒนาการตามระดับพัฒนาการของเด็ก โดยฝึกกระตุ้นแต่ละขั้นตอน และสาธิตวิธีฝึกกระตุ้นให้บิดา มารดา หรือพี่เลี้ยงเด็ก เพื่อนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้านต่อไป

- การติดตามผลจะนัดเด็กมากระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เวลานัด 2 อาทิตย์ต่อครั้ง

- การจำหน่ายเมื่ออายุครบ 4 ปี หรือเมื่อเด็กมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ และแนะนำด้านการศึกษาให้กับผู้ปกครองตามความสามารถของเด็กแต่ละคน

2) คลินิกเด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยเหลือเด็กพิเศษเหล่านี้ ให้สามารถพัฒนาศักยภาพของเขาได้อย่างดีที่สุด เพื่อที่เขาจะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นภาระต่อสังคมน้อยที่สุด รูปแบบของการให้บริการในคลินิกกลุ่มอาการดาวน์ คือ เมื่อเป็นทารกแรกเกิด หรือเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการดาวน์ จะมีการแนะนำ และวางแผนการดูแลลูกของเขาแก่ครอบครัว โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาช่วยกันดูแล ตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึง 15 ปี ตั้งแต่การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ จักษุ โสตศอนาสิกการรังสี และระบบต่อมไร้ท่อ อีกทั้งยังมีการให้บริการต่างๆดังนี้

- การกระตุ้นพัฒนาการ และกายภาพบำบัด
- การฝึกทักษะการดำรงชีวิต
- การตรวจหู
- การฝึกพูด
- การประเมินทางด้านพฤติกรรม
- การให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุศาสตร์

ส่วนทีมที่ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กนั้น จะประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการเรียนรู้ และฝึกฝนด้านการส่งเสริมพัฒนาการมาแล้ว และมีการส่งต่อเพื่อปรึกษานุเคราะห์ด้าน

อื่นๆด้วยวิธีการส่งปรึกษา (Consultant) เช่นถ้าเด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว จะส่งต่อไปยังหน่วยงานกายภาพบำบัด หรือเด็กมีปัญหาโรคหัวใจ จะส่งต่อไปปรึกษาแพทย์ทางด้านโรคหัวใจ เป็นต้น

ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินโครงการ พบว่า มีปัญหาอุปสรรคด้านการประสานงาน การส่งต่อ เพื่อเข้าสู่โรงเรียน หลังจากเด็กได้รับการส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการแล้ว

2.2 ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 1 จังหวัดนครปฐม

จากการสัมภาษณ์ คุณสุภาวดี ทวีคูณ ถึงรูปแบบการให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน พบว่ามีการให้บริการในโปรแกรมการบริการช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) สำหรับเด็กปัญญาอ่อนที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีการช่วยเหลือครอบครัวในการเตรียมความพร้อม สำหรับเด็กปัญญาอ่อนก่อนวัยเรียน ทั้งที่บ้าน ศูนย์การศึกษาพิเศษ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ขั้นตอนการรับสมัคร และคัดกรองเด็กพิการเบื้องต้น
- ขั้นตอนการประเมิน โดยครูการศึกษาพิเศษ ซึ่งในส่วนของการบริการด้านความบกพร่องทางสติปัญญาจะมีครูผู้ประเมิน 3 คน
- ขั้นตอนการวางแผนจัดบริการ หลังจากการตรวจประเมิน โดยครูการศึกษาพิเศษแล้ว ก่อนที่จะมีการจัดบริการให้กับเด็กปัญญาอ่อน โดยมีการจัดประชุมวางแผนโปรแกรมการจัดการศึกษารายบุคคล (Individual Education Plan ; IEP) กับครอบครัว บุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ และผู้อำนวยการศูนย์ฯ ในการจัดบริการให้กับเด็ก
- ขั้นตอนการให้บริการ หลังจากประชุมเพื่อวางแผน IEP ให้กับเด็กปัญญาอ่อนแล้ว จะเริ่มดำเนินการตามแผนที่ได้จัดทำขึ้นเป็นระยะเวลา 3 เดือน
- ขั้นตอนการทบทวนแผน เป็นขั้นตอนการของการตรวจประเมินความก้าวหน้า และพิจารณาถึงปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการดำเนินการตามแผน

ในการจัดบริการของศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 1 จังหวัดนครปฐม จะมีการประสานงานกับหน่วยงานในเขตพื้นที่ใกล้เคียง ในการส่งต่อเด็กเพื่อเข้ารับบริการ ในกรณีที่ศูนย์ไม่สามารถ ให้บริการได้ เช่น การฝึกแก้ไขการพูด จะมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ เป็นต้น

ส่วนทีมที่ให้บริการสำหรับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนภายในศูนย์ ประกอบด้วย

- ครูการศึกษาพิเศษ
- นักกิจกรรมบำบัด
- นักกายภาพบำบัด

ซึ่งภายในศูนย์ยังมีการให้บริการด้านอื่นๆ ดังนี้

- งานให้บริการเด็กที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่มีอายุ 0-19 ปี เพื่อพัฒนาทักษะที่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิตอิสระ เช่น ทักษะ O&M ทักษะทางสังคม ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน และทักษะการสื่อสาร
- งานบริการด้านความบกพร่องทางการได้ยิน และสื่อความหมาย โดยใช้วิธีการบำบัด (การฝึกและแก้ไขการพูด) รวมไปถึงพื้นฐานทางด้านภาษามือ
- งานบริการด้านความบกพร่องทางด้านร่างกาย และสุขภาพ มีการพัฒนาฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้วิธีการกายภาพบำบัด
- งานบริการด้านความบกพร่องทางด้านสติปัญญา ฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเอง การสื่อสาร การรับรู้ ทักษะทางสังคมตามศักยภาพ
- งานบริการด้านความบกพร่องทางพฤติกรรม/อารมณ์/ออทิสติก มุ่งเน้นการพัฒนาตามกลุ่มความสนใจ การเลียนแบบ การรับรู้ และการปรับพฤติกรรม
- งานเรียนร่วม เปิดโอกาสให้เด็กที่มีความพิการทุกประเภทได้มีโอกาสเข้าเรียน ในสถานศึกษาที่จัดให้ มีการเรียนรู้เพื่อสร้างการยอมรับซึ่งกันและกันในสังคม
- การเยี่ยมบ้าน เป็นการบริการภายนอกที่จัดสำหรับผู้พิการที่ไม่สามารถเข้ามารับบริการภายในศูนย์ได้ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาผู้พิการเต็มตามศักยภาพที่มีอยู่

2.3 มูลนิธิคริสเตียนเพื่อเด็กพิการ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

จากการสัมภาษณ์ สอบถาม คุณสุชาดา ปั่นกิจดี ถึงรูปแบบการให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน พบว่า มีโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการโดยชุมชน ในเขตอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- ศึกษา ค้นหา พัฒนารูปแบบ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน
- การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการให้มีความสามารถเต็มศักยภาพ และประสานงานสนับสนุน เสริมขีดความสามารถของครอบครัว และชุมชน หน่วยงานให้สามารถจัดระบบสวัสดิการ สนับสนุนการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ
- เป็นสื่อกลางระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เด็กพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- สร้างความตระหนักต่อปัญหาความพิการในชุมชน เป็นขั้นตอนนำไปสู่การปรับทัศนคติ และยอมรับว่าเด็กพิการมีศักยภาพ ได้รับสิทธิ โอกาสเช่นปกติทั่วไป

ในส่วนของการบริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน พบว่าได้ดำเนินการให้บริการทั้งหมด 24 ครอบครัว โดยมีรูปแบบของการดำเนินการดังนี้

(1) ประสานงานระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ เพื่อชี้แจงความเป็นมา วัตถุประสงค์ และแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาระบบส่งต่อของโครงการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน และเกิดรูปธรรมการทำงานร่วมกันในระยะต่อไป

(2) ประสานงานระดับตำบล ที่ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยงานในพื้นที่ เช่น สถานีอนามัย โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษา (สพช.) และกรมสามัญศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และประสานแผนงานร่วมกัน และแลกเปลี่ยนกระบวนการทำงาน

(3) รวบรวมข้อมูลจำนวนเด็กพิการ และครอบครัวที่มีเด็กพิการ จากแหล่งข้อมูลอื่นๆ คือ จากประชาสงเคราะห์จังหวัด สำนักงานการศึกษาจังหวัด สถานีอนามัย เพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของเด็กพิการ และครอบครัวเด็กพิการในเบื้องต้น ก่อนวางแผนปฏิบัติการในชุมชน และทำการวิเคราะห์รายครอบครัว เพื่อจัดทำโปรแกรมการพัฒนาครอบครัว การดูแลฟื้นฟู ตามสภาพของเด็กและครอบครัวแต่ละราย

(4) รูปแบบการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการคือคัดแยกเด็กพิการ และครอบครัว เพื่อการจัดบริการ แยกตามประเภทความพิการ วิเคราะห์ประเภท และความสามารถครอบครัว การวางแผนการทำงานโดย

(4.1) จัดรูปแบบการบริการตามพื้นที่ใกล้บ้าน ในชุมชน โดย

- ครอบครัวมารับบริการ และฝึกดูร่วมกันตามโปรแกรมรายบุคคล
- การเยี่ยมบ้านเพื่อแนะนำการฟื้นฟู และติดตามความก้าวหน้า
- การปรับสภาพแวดล้อม และจัดทำอุปกรณ์ เครื่องช่วยอย่างง่ายโดยทักษะ

พ่อแม่ ช่างพื้นบ้าน

(4.2) การสร้างเครือข่าย ทีม โดยการดึงนักวิชาชีพออกไปทำงานในชุมชน

- แนะนำให้บริการ ฟื้นฟูรายบุคคล ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางแก้ปัญหาความ

พิการ

- เจ้าหน้าที่โครงการทำการติดตามต่อ กระตุ้นการฝึกตามโปรแกรม

(5) กำหนดวิธีการดำเนินงานดังนี้

(5.1) จัดระบบข้อมูลตามประเภทความพิการ แบ่งกลุ่มการบริการตามพื้นที่ใกล้

บ้าน

(5.2) จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ มีโปรแกรมการฝึกเป็นรายบุคคล มี Home Program สำหรับครอบครัว เช่น

- การกระตุ้นสมรรถภาพเด็กพิการช่วงอายุ 0-6 ปี
- การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการทางสมอง
- การฝึกพูดในเด็กพิการที่มีปัญหาทางการพูด และสื่อความหมาย
- การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการอัมพาตครึ่งท่อน
- การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการด้านสติปัญญา และการเรียนรู้ เช่น เด็กดาวน์

ซินโดรม เด็กออทิสติก เป็นต้น

- อบรมการจัดทำอุปกรณ์เครื่องช่วยอย่างง่าย และการปรับสภาพแวดล้อม

(6) ดำเนินการเยี่ยมทุกครอบครัวเก็บข้อมูล เพื่อประเมินวิเคราะห์ครอบครัวตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพรายบุคคลของแต่ละครอบครัว โดย

(6.1) จัดอบรมพ่อแม่ แม่ เครือญาติ เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การเลี้ยงดู ฟื้นฟู และการป้องกันความพิการ เสริมสร้างสุขภาพ สำหรับตัวเด็กพิการตลอดจนทักษะการใช้ชีวิตการอยู่ร่วมกันกับสังคมอย่างเข้าใจ เป็นพื้นฐานเพื่อการรวมกลุ่มผู้ปกครอง

(6.2) เยี่ยมบ้านโดยกำหนดเป็นแผนงานติดตามเพื่อการฟื้นฟูเด็กพิการ โดยการให้คำปรึกษา คำแนะนำ การส่งต่อเด็กพิการ และครอบครัว

(7) การประสานงาน อย่างเป็นรูปธรรมในการสนับสนุน กิจกรรมการดำเนินงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

(8) การเตรียมความพร้อมเด็กพิการ ครอบครัวก่อนการเรียนร่วม และการแนะนำสนับสนุนครูในโรงเรียนที่มีเด็กพิการเรียนร่วม

ส่วนทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วยครูอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรม เกี่ยวกับเด็กพิการมาก่อน และจะเป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการให้กับเด็กปัญญาอ่อน ตามหน่วยงานในเขตจังหวัดนครปฐม ในกรณีที่ครูอาสาสมัครไม่สามารถจัดบริการได้ เช่น การประสานงานกับหน่วยงานที่จะช่วยเหลือเด็กในการแก้ไขการพูด เป็นต้น

ดังนั้นประสบการณ์จากการเรียนรู้ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการจัดบริการให้กับครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนของมูลนิธิคริสเตียน พบว่า

- คนพิการเข้าไม่ถึงการบริการ
- ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนพิการน้อย

2.4 ศูนย์การศึกษาพิเศษ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต

จากการสัมภาษณ์ คุณ กรรวิการ์ หงษ์งาม ถึงรูปแบบการให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน พบว่า มีการให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนในศูนย์ EI (Early Intervention) ซึ่งเป็นศูนย์สำหรับการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มเด็กพิเศษ มีจุดมุ่งหมายที่จะให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการเลี้ยงดูเด็กพิการ ซึ่งมีอายุระหว่าง 0-7 ปี เพื่อให้เด็กได้มีพัฒนาการไปตามขั้นตอนเช่นเดียวกับเด็กปกติ ฝ่ายบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มเด็กพิเศษและครอบครัว ได้เปิดให้บริการตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2513 เป็นต้นมา โดยเริ่มต้นจากการให้บริการเด็กที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น 7 คน ในปัจจุบันมีเด็กมารับบริการจำนวน 119 คน โดยมารับบริการที่ศูนย์ทุกวันจำนวน 57 คน จำนวนที่เหลือได้จัดบริการรูปแบบอื่นตามความจำเป็นและความเหมาะสมเฉพาะราย เด็กที่มารับบริการส่วนใหญ่จะมีพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าที่ควรประมาณ 1-3 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน เด็กที่มารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เด็กออทิสติก เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และเด็กที่มีความพิการซ้ำซ้อน

เด็กทุกคนที่เข้ารับบริการจะต้องมีบิดา มารดา หรือผู้ดูแลร่วมทำกิจกรรมอยู่ด้วย ซึ่งเป็นการช่วยให้พ่อแม่มีโอกาสได้เรียนรู้วิธีการจัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการ เพื่อนำไปช่วยเหลือเด็กที่บ้านเป็นอย่างดี ดังนั้นรูปแบบของการจัดบริการครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อน พบว่าครูจะเป็นผู้จัดโปรแกรมตามขั้นตอนของโปรแกรมการศึกษารายบุคคล (IEP) ให้แก่เด็กทุกคน ซึ่งมีขั้นตอนของ IEP ดังนี้

- ขั้นส่งต่อ
 - ขั้นตรวจสอบประกอบด้วยการประเมินโดยคณะสหวิทยาการ (Multidisciplinary Assessment) และการประชุมเด็กเฉพาะกรณี หรือการประชุมเพื่อจัดทำโปรแกรม IEP
 - ขั้นตอนการเรียนการสอน ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผนการสอน และการติดตามความก้าวหน้าของนักเรียน ซึ่งจะมีระยะเวลาในการดำเนินการตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 ปี
- ส่วนทีมที่ให้การดูแลเด็กปัญญาอ่อนนั้นประกอบด้วย

- ครูการศึกษาพิเศษ
- ครูพี่เลี้ยง
- นักกายภาพบำบัด

ศูนย์การศึกษาพิเศษ สถาบันราชภัฏสวนดุสิตมีข้อจำกัด หรือปัญหาอุปสรรคบ้างในนโยบาย และการปฏิบัติ ด้านปัญหาด้านบุคลากร คือมีบุคลากรไม่ทุกสาขาวิชาชีพ ที่จะช่วย

สนับสนุนในการบริการแก่เด็กพิการให้ครบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา ด้านการแพทย์ ด้านสังคม

2.5 โครงการ Family Ward โรงพยาบาลราชานุกูล

จากการสัมภาษณ์ คุณสุวิญญา อภัยวานุกรณ์ ถึงรูปแบบการให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน พบว่า มีการให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนใน โครงการ Family Ward มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปัญญาอ่อนที่มีอายุ 3- 10 ปี โดยครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบของการให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนดังนี้

- ขั้นตอนการส่งต่อ ก่อนที่ครอบครัวและเด็กปัญญาอ่อน จะถูกส่งต่อมายังหน่วยโครงการ Family Ward จะต้องถูกคัดกรองโดยแพทย์ของทางโรงพยาบาล และแพทย์ลงความเห็น ว่า ครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อนควรได้รับการบริการจากใครบ้าง

- ขั้นตอนการตรวจประเมิน พัฒนาการ/ความสามารถ เป็นขั้นตอนการประเมิน พัฒนาการ/ความสามารถ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหรือบุคลากรต่างๆ ตามแพทย์ที่ได้ส่งปรึกษา เช่น ส่งปรึกษากายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด จิตวิทยา เป็นต้น ซึ่งในขั้นตอนนี้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการการตรวจประเมินด้วย และบอกถึงปัญหาความต้องการของตนเองในขั้นตอนนี้

- ขั้นตอนการประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นขั้นตอนการประชุมถึงปัญหา และการวางแผนแก้ปัญหาของทีม โดยครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการประชุม

- ขั้นตอนการดำเนินการ เป็นขั้นตอนการให้บริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยที่ครอบครัวต้องเข้ามารับการฝึกเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อน ที่โรงพยาบาลราชานุกูลแบบอยู่ประจำ เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งในระหว่างนั้นทีมสหสาขาวิชาจะเป็นผู้มาฝึกครอบครัว เพื่อที่จะให้ครอบครัวสามารถกลับไปดูแลและส่งเสริมพัฒนาการลูกของตนเอง

- ขั้นตอนการทบทวนกิจกรรมที่ฝึก จะมีการทบทวนกิจกรรมต่างๆที่ได้รับการฝึกมา จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเวลา 19.00 น. ทุกวัน เพื่อแก้ไขปัญหา หรือความต้องการให้กับครอบครัว

- ขั้นตอนการจำหน่าย ขั้นตอนนี้จะจำหน่ายเมื่อครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อน ได้ รับการฝึก และส่งเสริมพัฒนาการจากทีมครบ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นครอบครัวจะเป็นผู้ไปฝึกเด็กเองที่บ้าน และจะมีการนัดทุก 3 , 6 , 12 เดือน เพื่อดูความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคต่างๆ

จากการศึกษาการบริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน โครงการ Family Ward ของโรงพยาบาลราชานุกูล พบว่ามีปัญหา อุปสรรคในด้านต่างๆดังนี้

- ด้านบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพมีไม่เพียงพอ ในบุคลากรบางสาขาอาชีพ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถมาให้บริการเด็กในโครงการได้
- ด้านโปรแกรมการฝึกที่มีลักษณะที่ยาวนานเกินไปในแต่ละวันตั้งแต่ 8.30-19.30 น. ซึ่งครอบครัวที่ส่งให้คนชรา เช่นปู่ ย่า ตา ยาย มารับการฝึก จึงให้คนชรานั้นเหนื่อยในระหว่างการฝึก
- ครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผน ดูแล และส่งเสริมเด็กปัญญาอ่อน ทีมจะเป็นผู้วางแผนในการให้บริการเอง
- เกิดความซ้ำซ้อนในการฝึกส่งเสริมพัฒนาการ ของทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการศึกษางานบริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนในประเทศไทย พบว่าหน่วยงาน หรือโครงการต่างๆ เริ่มที่จะแสดงให้เห็นถึงการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการให้กับครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อน แต่ยังไม่มีหน่วยงานใดที่จะให้ครอบครัวได้มีบทบาทอย่างแท้จริงในการมีส่วนร่วม ในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพของลูกปัญญาอ่อนรวมทั้งร่วมแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของคนที่มีต่อกระบวนการฝึกและการวางแผนในการฝึกของบุคลากรต่างๆ จึงเห็นได้ว่าสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวนั้นส่วนใหญ่มักจะเกิดในระดับที่ไม่สูงมากนัก จะอยู่ในลักษณะของรูปแบบ Co-ordination คือเป็นสัมพันธภาพที่เพียงแต่จะช่วยกันระดมความคิดในการแก้ปัญหา และพิจารณาทางเลือกร่วมกัน แต่ยังคงขาดความยืดหยุ่น ดังนั้นการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว (IFSP) จึงมีความสำคัญต่อครอบครัวมาก ที่จะทำให้อาสาสมัครได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการอย่างแท้จริงเพื่อนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพแบบ Collaborative คือการได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการร่วมกัน เปรียบเสมือนเป็นการทำงานแบบเพื่อนร่วมงาน ไม่ใช่ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

3. งานวิจัยเกี่ยวกับ IFSP

Minke , Kathleen Marie (1991 : 1) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการ IFSP ในส่วนของโปรแกรมการดูแลเด็กในระยะแรกเริ่มที่มีอายุ 3 ปี โดยศึกษาจากโครงสร้างข้อมูลพื้นฐาน ของผลการประชุมการจัดทำแผน IFSP จำนวน 9 ครั้ง จากวิดีโอเทป และการสัมภาษณ์แบบมีส่วนร่วม ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เชิงสถิติบรรยาย จัดลำดับหมวดหมู่ของพัฒนาการ และโครงสร้างข้อ

มูลพื้นฐานของกระบวนการ IFSP ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวเด็กพิการตอบสนองทางบวกต่อกระบวนการ IFSP บุคลากรของทีมสามารถเลือกวิธีการรักษาได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ครอบครัวยังสามารถที่จะตัดสินใจในการหยุดรับบริการดังกล่าวได้ถ้าบุคลากรของทีมประเมินว่ามีความคาดหวังกับการให้บริการนั้นต่ำ แต่จะต้องมีการประชุม เตรียมการนำปัญหานั้นเข้าประชุมในครั้งต่อไป และเกิดความไว้วางใจกันระหว่างครอบครัวกับบุคลากรของทีม ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่จะทำให้ครอบครัวเกิด empowerment อีกทั้งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมหรือพัฒนาให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลลูกของตน โดยสรุปแล้ว พบว่า IFSP จะเป็นกระบวนการที่จะทำให้ครอบครัวสามารถตัดสินใจ หาทางเลือกที่จะดูแลลูกของตนได้อย่างเหมาะสมตรงกับความต้องการของตนเอง และยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ระหว่างบุคลากร หรือนักวิชาชีพที่ให้บริการ กับครอบครัวที่จะมารับบริการ

Katz , Laurie Joy (1992 : 1) ได้ทำการศึกษาถึงความเข้าใจในกระบวนการ IFSP ของครอบครัว และบุคลากรต่างๆ โดยศึกษาจากครอบครัวเด็กพิการ 5 ครอบครัว เป็นระยะเวลา 5 เดือน โดยศึกษาโปรแกรมการดูแลเด็กในระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) สัมภาษณ์เกี่ยวกับความเข้าใจในกระบวนการ IFSP โดยเน้นถึงความเข้าใจ และสัมพันธภาพ ระหว่างครอบครัวและบุคลากรต่างๆ ในการที่จะตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการ IFSP ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวและบุคลากรต่างๆ มีความเข้าใจในกระบวนการ IFSP ดี มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และยังพบอีกว่าโครงสร้างทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการเข้าร่วมในโปรแกรมการดูแลเด็กในระยะแรกเริ่ม (Early intervention)

Lee, byoug -In (1999 : 1) ได้ทำการศึกษาการยอมรับของครอบครัว และผู้ประสานงานบริการ (Service Coordination) ที่มีต่อการพัฒนา และส่งเสริมการให้ความช่วยเหลือตามแผนบริการ IFSP การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบสมมติฐาน 4 อย่าง คือ เป้าหมาย ผลลัพธ์ ความต้องการตามลำดับความสำคัญ และประสิทธิภาพของการบริการ ที่มีผลตามกฎหมายที่กำหนดหรือไม่ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามแบบปลายเปิด 6 ข้อ และมีส่วนของข้อเสนอแนะด้วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การนับความถี่ Chi square และการหาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับ และความแตกต่างระหว่างครอบครัว และผู้ประสานงานบริการ ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัว และผู้ประสานงานบริการส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อกระบวนการ IFSP ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

4. พัฒนาการเด็กทั่วไป และเด็กปัญญาอ่อน อายุ 0-6 ปี

4.1 ความหมายของพัฒนาการ

นิทยา คชภักดี (2536 : 22) กล่าวว่า พัฒนาการ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลง ด้านคุณภาพ หรือประสิทธิภาพ ของการทำหน้าที่ต่างๆของบุคคล ทำให้เพิ่มความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้นและทำสิ่งที่ยากและซับซ้อนขึ้นได้ ตลอดจนเพิ่มทักษะใหม่และความสามารถในการปรับตัวในภาวะใหม่ของบุคคลนั้น

สุชา จันทรเฒ (2540 : 40) ให้ความหมายของพัฒนาการว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านโครงสร้างและแบบแผนอินทรีย์ทุกส่วน การเปลี่ยนแปลงนี้จะก้าวหน้าไปเรื่อยๆเป็นขั้นๆ จากระยะหนึ่งไปอีกระยะหนึ่ง ทำให้เด็กมีลักษณะและความสามารถใหม่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นตามลำดับทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม

กล่าวโดยสรุป พัฒนาการ หมายถึง ลักษณะการเปลี่ยนแปลงจากช่วงอายุหนึ่งไปสู่ช่วงอายุหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีระบบแบบแผน มีลำดับขั้นตอน และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ซึ่งพัฒนาการแต่ละช่วงอายุมีความสำคัญแก่ชีวิต เพราะเป็นรากฐานของบุคคลเมื่อเจริญเติบโตขึ้นตามเวลาที่ผ่านมา

4.2 พัฒนาการของเด็กทั่วไป อายุ 0-6 ปี

Gesell (อ้างถึงใน อัมพร หัสศิริ 2542 : 19) กล่าวว่า พัฒนาการด้านต่างๆของเด็กจะปรากฏเป็นพฤติกรรม 4 ด้าน ดังนี้

1) พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Motor Behavior) ครอบคลุมการบังคับอวัยวะต่างๆของร่างกาย และความสัมพันธ์ด้านการเคลื่อนไหวทั้งหมดที่เกี่ยวกับการทรงตัว การนั่ง คลาน ยืน เดิน ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross Motor)

2) พฤติกรรมการปรับตัว (Adaptive Behavior) ครอบคลุมการเชื่อมโยงของการใช้มือและสายตา การถือวัตถุ การวาดภาพ ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อเล็ก (Fine Motor) และรวมถึงความคิดและการแก้ปัญหาในการปฏิบัติ หรือสติปัญญา

3) พฤติกรรมด้านภาษา (Language Behavior) ครอบคลุมด้านการติดต่อสื่อสาร การแสดงออกทางใบหน้า การออกเสียง การใช้ภาษาสื่อสารความเข้าใจกับผู้อื่น

4) พฤติกรรมด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคม (Personal-Social Behavior) ครอบคลุมการตอบสนองต่อบุคคลอื่น ด้านวัฒนธรรมทางสังคม เช่น การฝึกขับถ่าย การเล่น การช่วยเหลือตนเอง (Self – Help)

พัฒนาการของเด็กทั่วไป จะปรากฏเป็นพฤติกรรมด้านต่างๆ ดังตารางต่อไปนี้ (นิตยา
กษภักดี 2530 : 20-22 ; กิ่งแก้ว ปาจารย์ 2542)

ตารางที่ 5 พัฒนาการของเด็กทั่วไป อายุ 0-6 ปี

อายุ	การใช้กล้ามเนื้อ มัดใหญ่ (Gross Motor)	การใช้กล้ามเนื้อ มัดเล็ก/สติปัญญา (Fine Motor)	การสื่อความ หมาย และภาษา (Language)	นิสัยส่วนบุคคล และสังคม (Personal-Social)
แรกเกิด	นอนงอแขนขา เคลื่อนไหวเท้า กันทั้ง 2 ข้าง	มองเหม่อ จ้อง ได้เฉพาะระยะ 8- 9 นิ้ว	ร้องหยุดฟังเสียง	มองหน้าช่วงสั้น
1 เดือน	เริ่มชันคอผงหัว หันหน้า ซ้ายขวา ขาเริ่มเหยียดใน ท่าคว่ำ	กำมือแน่นจ้อง มองสิ่งต่างๆ มอง ตามไม่เกินเส้น กึ่งกลางของลำตัว	ทำเสียงในคอ	มองหน้า
2 เดือน	ท่าคว่ำชันคอได้ 45 องศา ทำนัยยก หัวเงยหน้าขึ้น	กำมือ หลวมๆ มองตามข้ามเส้น กึ่งกลางลำตัว	ฟังเสียง คุยด้วย แล้วยิ้ม ตอบหัน หาเสียง	สบ ตา ยิ้ม ตอบ แสดงความสนใจ
4 เดือน	ท่าคว่ำชันคอได้ 90 องศา ใช้มือ และแขนยันยก ตัวชูขึ้น (chest up) ทำนัยยกหัว ตั้งตรงได้	มองตาม 180 องศา มือ 2 ข้าง มาจับกันตรง กลาง ไขว่คว้า ของใกล้ตัว	ส่งเสียงอ้อแอ้ ได้ ตอบหัวเราะ	ยิ้มตอบ และยิ้ม ทัก ทำท่าดีใจ เวลาเห็นอาหาร หรือคนเลี้ยงดู

ตารางที่ 5 (ต่อ) พัฒนาการของเด็กทั่วไป อายุ 0-6 ปี

อายุ	การใช้กล้ามเนื้อ มัดใหญ่ (Gross Motor)	การใช้กล้ามเนื้อ มัดเล็ก/สติปัญญา (Fine Motor)	การสื่อความ หมาย และภาษา (Language)	นิสัยส่วนบุคคล และสังคม (Personal-Social)
6 เดือน	คว่ำและหงายได้ เอง ทำคว่ำไขว่ มือนั่งได้ ทำนั่ง ศีรษะไม่ตกไป ข้างหลัง นั่งได้ เองชั่วครู่ ทำจับ ยื่นเริ่มลงน้ำหนัก ที่เท้าทั้งสองได้	คว่ำของด้วยฝ่า มือ หยิบของมือ เดียว และเปลี่ยน มือได้ มองเห็น ทั้งใกล้ และ ไกล ใช้สองตา ประสานกันได้ดี	หันหาเสียงเรียก เล่นน้ำลาย ส่ง เสียงหลายเสียง	เริ่มกลัวคนแปลก หน้า
9 เดือน	นั่งได้ มั่นคง คลาน เกาะยืน	ใช้นิ้วหยิบของได้ เริ่มหยิบของเล็ก โดยใช้นิ้วหัวแม่ มือ และนิ้วชี้ได้ หยิบอาหารกินได้ เปิดหาของที่ซ่อน ไว้ได้	ฟังภาษาและเข้าใจ สีหน้าท่าทาง ได้ เปล่งเสียง เลียนเสียงไม่มี ความหมาย	เล่นจะเอ่ได้ ทำ ท่าโบกมือ สาธิต ตามไปเก็บของที่ ตก หรือร้องหา แม่
12 เดือน	เกาะเดิน ยืนเอง ได้ชั่วครู่ กางแขน ขาเพื่อทรงตัว	ใช้นิ้วหัวแม่มือ และ นิ้วชี้ หยิบ ของ เล็ก ๆ ได้ หยิบของใส่ถ้วย หรือกล่อง	เรียกพ่อแม่ หรือ พูดคำใด ๆ ที่มี ความหมาย ทำท่า ตามคำบอก	เลียนท่าทาง ร่วม มือเวลาแต่งตัว และชอบสำรวจ

ตารางที่ 5 (ต่อ) พัฒนาการของเด็กทั่วไป อายุ 0-6 ปี

อายุ	การใช้กล้ามเนื้อ มัดใหญ่ (Gross Motor)	การใช้กล้ามเนื้อ มัดเล็ก/สติปัญญา (Fine Motor)	การสื่อความ หมาย และภาษา (Language)	นิสัยส่วนบุคคล และสังคม (Personal-Social)
15 เดือน	เดินได้เอง	วางของซ้อนกัน 2 ชั้น	พูดถึงคำที่มีความ หมายหลายคำ ซึ่ง ส่วนต่างๆ ของ ร่างกายได้ตามคำ บอก	ใช้ช้อนตักแต่ยัง หกอยู่
18 เดือน	เดินคล่อง วิ่ง ยืน ก้มลงเก็บของ แล้วลุกขึ้นได้ไม่ ล้ม จูงมือเดียวขึ้น บันได	วางของซ้อนกัน ได้ 3 ชั้น จัดเขียน เป็นเส้นบน กระดาษ	รู้รูปภาพตามคำ บอกได้	ถือถ้วยดื่มเอง
2 ปี	เดินขึ้นลงบันได เตะลูกบอล กระโดด 2 เท้า	ขีดเส้นตรง และ โค้งเป็นวงๆ ได้ ตั้งของซ้อนกัน 6-7 ชั้น เปิด หนังสือทีละหน้า	พูด 2-3 คำต่อกัน ได้อย่างมีความ หมาย เรียกสิ่ง ของที่คุ้นเคยได้ บอกชื่อตัวเองได้	เลียนแบบผู้ใหญ่ ตักป้อนอาหารได้ เอง บอกเวลาจะ ถ่าย
3 ปี	ขึ้นบันไดสลับ เท้า ยืนขาเดียวได้ 1 วินาที ถีบจักร ยานสามล้อ	วาดวงกลมได้ ตามแบบ	เล่าเรื่องที่ตนเอง ประสบมา	ถอดรองเท้าและ ใส่ได้ รู้เพศตน เอง แบ่งของให้ คนอื่นได้บ้าง เล่นกับคนอื่น ควบคุมการถ่าย อุจจาระได้

ตารางที่ 5 (ต่อ) พัฒนาการของเด็กทั่วไป อายุ 0-6 ปี

อายุ	การใช้กล้ามเนื้อ มัดใหญ่ (Gross Motor)	การใช้กล้ามเนื้อ มัดเล็ก/สติปัญญา (Fine Motor)	การสื่อความ หมาย และภาษา (Language)	นิสัยส่วนบุคคล และสังคม (Personal-Social)
4 ปี	กระโดดขาเดียว	วาดรูปสี่เหลี่ยม ได้ตามแบบ รู้สี สี วาดรูปคนมี อวัยวะสองส่วน ได้	ร้องเพลง พูดเป็น ประโยคที่จำได้ ถามคำถาม	เล่นร่วมกับคน อื่นได้ ควบคุม การถ่ายปัสสาวะ ได้ (กลางวันแล้ว จึงกลางคืน)
5 ปี	กระโดดสลับขา ได้ กระโดดข้าม สิ่งกีดขวางเตี้ยๆ ได้โดยไม่ล้ม ยืน ขาเดียวได้นาน 8 วินาที	วาดรูปสี่เหลี่ยม ได้ตามแบบ วาด รูปคนมีอวัยวะ สามส่วนได้	พูดฟังเข้าใจได้ นับได้ถึง 20 ถาม คำถามเกี่ยวกับ ความหมาย และ เหตุผล จำตัว อักษรได้	แต่งตัวเอง เล่นโดยใช้ จินตนาการ
6 ปี	เดินต่อเท้าถอย หลังได้ ขว้าง บอลได้ไกล ใช้ มือสองมือรับลูก บอลที่โยนมา	วาดรูปคนมีราย ละเอียดมากขึ้น วาดรูปสี่เหลี่ยม ขนมเปียกปูนได้ ตามแบบ	รู้ซ้ายขวา นับ 1- 30 บอกวันใน สัปดาห์ รู้เวลา เข้าบ่าย อธิบาย ความหมายของ คำได้	ช่วยงานบ้าน เล่นอย่างมีกติกา ผูกเชือกรองเท้า เองได้ แต่งตัว เอง รู้จักใช้เงิน

4.3 พัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อน

พัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนนั้นมีความแตกต่าง หรือเบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติทุกด้าน จากการศึกษารายงานผลการวิจัยของนักวิชาการคนใดก็ตามจะพบว่า เด็กปัญญาอ่อนจะมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ พัฒนาการนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ คือ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้พัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนล่าช้า และไม่ถึงระดับบุคคลปกติ ซึ่งเราจะต้องหาวิธีการกระตุ้นอย่างถูกต้อง และเหมาะสมจึงจะช่วยให้การพัฒนาการในด้านต่างๆดีขึ้นได้

สำนักงานเลขาธิการ คณะกรรมการปัญญาอ่อนของกระทรวงสาธารณสุขการศึกษา และสวัสดิการของสหรัฐอเมริกา ได้สรุปพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนในแต่ละวัยโดยแบ่งตามระดับสติปัญญา ตามตารางดังนี้ (อ้างถึงในอรศรี แก้วเจริญ , 2539 : 44-46)

ตารางที่ 6 สรุปพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนในแต่ละวัยโดยแบ่งตามระดับสติปัญญา

ระดับสติปัญญา	วัยก่อนเข้าเรียน 0-5 ปี (พัฒนาการและวุฒิภาวะ)	วัยเรียน 6-20 ปี (การศึกษา)	วัยผู้ใหญ่ 21 ปีขึ้นไป (การฝึกอาชีพและการปรับตัวในสังคม)
ปัญญาอ่อนน้อย (Mild Grade)	-สามารถเรียนรู้ที่จะปรับตัวเข้าสังคมได้บ้าง -มีความบกพร่องทางอวัยวะรับความรู้สึกและอวัยวะการเคลื่อนไหวเล็กน้อย ซึ่งจะปรากฏผลเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น	- สามารถเรียนจบประถมศึกษาตอนต้นได้แต่อาจจะมากกว่าเด็กปกติ - บุคคลปัญญาอ่อนระดับนี้เรียกว่า Education	- สามารถเรียนรู้ที่จะปรับตัวในสังคมและประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้แต่บางครั้งต้องการคำแนะนำและการช่วยเหลือบ้าง
ปัญญาอ่อนปานกลาง (Moderate Grade)	-สามารถพูดสนทนากับบุคคลอื่นได้ -การเคลื่อนไหวเกือบปกติ -การปรับตัวในสังคมไม่ค่อยดี -สามารถฝึกให้ช่วยเหลือตัวเองได้	-สามารถฝึกอบรมมารยาททางสังคมได้ -สามารถฝึกทำงานได้แต่ต้องเป็นงานที่ไม่ใช้ความละเอียด -ฝึกให้เดินทางตามลำพังในสถานที่คุ้นเคยได้ -เรียนหนังสือได้บ้างเล็กน้อยไม่เกินระดับ 2	-สามารถมีอาชีพเลี้ยงตัวเองได้แต่ต้องเป็นงานที่ไม่ต้องอาศัยความชำนาญหรือละเอียดมากเช่นงานเรียง งานบรรจุของ เป็นต้น -ต้องอาศัยคำแนะนำและผู้ดูแลช่วยเหลือ

ตารางที่ 6 (ต่อ) สรุปพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนในแต่ละวัยโดยแบ่งตามระดับสติปัญญา

ระดับสติปัญญา	วัยก่อนเข้าเรียน 0-5 ปี (พัฒนาการและวุฒิภาวะ)	วัยเรียน 6-20 ปี (การศึกษา)	วัยผู้ใหญ่ 21 ปีขึ้นไป (การฝึกอาชีพและ การปรับตัวในสังคม)
ปัญญาอ่อนขนาด หนัก (Severe Grade)	- มีความบกพร่องทางอวัยวะการเคลื่อนไหวมาก - พูดได้เล็กน้อย - ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ - มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพียงเล็กน้อยหรือบางทีไม่มีเลย	- บุคคลปัญญาอ่อนระดับนี้เรียกว่า Trainable - สามารถและเรียนรู้ในการปรับตัวได้เล็กน้อย - สามารถฝึกที่จะช่วยเหลือตัวเองในสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวันได้บ้าง	- ช่วยเหลือตนเองได้บ้างแต่ต้องอยู่ในความดูแลจากผู้ใกล้ชิด
ปัญญาอ่อนหนักที่สุด (Profound grade)	- ปัญญาอ่อนมาก - มีความสามารถที่จะใช้อวัยวะการเคลื่อนไหวและอวัยวะรับรู้สื่กบ้างเล็กน้อย - ต้องอยู่ในความควบคุมดูแลของพยาบาล	- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ - อวัยวะการเคลื่อนไหวมีพัฒนาการบ้างเล็กน้อย	- เริ่มมีพัฒนาการทางการพูด - ต้องให้พยาบาลคอยดูแล

บุคคลที่เป็นปัญญาอ่อนนั้นจะมีการปรากฏออกมาให้สังเกตได้ทั้งทางหน้าตา ท่าทาง อุปนิสัยใจคอ ปฏิกริยาโต้ตอบ บุคลิกลักษณะ การพูด หรือการแสดงสื่อความหมาย การตัดสินใจ การกระทำกิจกรรมต่างๆ การแสดงออกทางจิตใจสำนึกหรือความนึกคิด การวางตัวใน

สังคม ฯลฯ ทั้งนี้การเจริญเติบโตทั้งทางร่างกาย และการพัฒนาการเป็นไปตามวัยมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งกับการพัฒนาการทางสติปัญญา ซึ่งลักษณะอาการที่บ่งชี้ความเป็นปัญญาอ่อนนี้สามารถสังเกตและแบ่งตามลักษณะพัฒนาการได้ดังนี้

1. ลักษณะและพฤติกรรมระยะแรกคลอด - 8 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 6 (อ้างถึงใน อรศรี แก้วเจริญ , 2539 : 47-48)

ตารางที่ 7 ลักษณะอาการของบุคคลปัญญาอ่อนในช่วงอายุแรกเกิด - 8 ปี

อายุ	ลักษณะและพฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อน
แรกคลอด	ลักษณะอาการที่จะเห็นได้ชัดเจนในรายที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น คาว์นซินโดรม มีหน้าตาที่บ่งบอกว่าเป็นปัญญาอ่อน เป็นต้น แต่ถ้าเด็กไม่มีความพิการช้าซ้อนทางร่างกายให้เห็น ก็จะสังเกตได้ไม่ชัดเจน
1 - 3 เดือน	ตาไม่จับจ้องวัตถุ มองเลือนลอย มีการแสดงตอบต่อการเห็น เช่น กระพริบตาเมื่อเห็นแสงจ้า หรือโบกมือเมื่อมีวัตถุผ่านอย่างใกล้ชิดโดยแกว่งของเล่นตรงหน้า เป็นต้น
4 - 6 เดือน	ไม่แสดงกิริยาว่าจำมารดาหรือคนเลี้ยงได้ สีหน้าเฉยเมย ตาอาจจะมองเลยผ่านไปสูงๆ มองฟ้า ตันไม้ เพดานบ้าน ยกแขนขาไปตามอัตโนมัติ เมื่ออุ้มยืนเด็กไม่ยืนขากับพื้น จะงอขาไว้หรือแข็งตัวไว้ มีพัฒนาการล่าช้าไม่สมวัย
8 - 12 เดือน	ไม่คว่ำ ไม่นั่ง ไม่คลาน สายตายังคงไม่มีจุดหมาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
1 - 2 ปี	นอนเล่นเฉยๆ ไม่มีพัฒนาการใดๆ ไม่พูดหรือพูดซ้ำๆ ยังนั่งเองไม่ได้
2 - 3 ปี	ยังเดินไม่ได้ จับดินสอไม่เป็น ยังไม่พูด
3 - 4 ปี	พูดไม่ชัด ลิ้นคับปาก พูดได้น้อยกว่า 100 คำ พูดประโยคง่ายๆ ยังไม่ได้ ไม่สามารถเข้าใจความคิดรวบยอด หรือความหมายของคำตั้งแต่ 2 คำได้ เรียงบล็อกซ้อนกัน 5 ชั้นไม่ได้ วาดรูปไม่ได้ และมีน้ำลายไหลจนโต

ตารางที่ 7 (ต่อ) ลักษณะอาการของบุคคลปัญญาอ่อนในช่วงอายุแรกเกิด - 8 ปี

อายุ	ลักษณะและพฤติกรรมของบุคคลปัญญาอ่อน
6 - 7 ปี	ยังไม่สามารถพูดได้คล่องเท่ากับเด็กที่ปกติที่มีอายุเท่ากัน วาดรูปไม่ได้ เข้ากับเพื่อนฝูงวัยเดียวกันไม่ได้ เข้ากับคนแปลกหน้าไม่ได้
7 - 8 ปี	มีกิริยาท่าทางแบบเด็กเล็กๆ เช่น ไม่เลี้ยวอาหาร ยังคงรับประทานอาหารอ่อน เช่น นม ข้าวต้ม ถ้าอาหารเป็นชิ้นๆจะไม่กลืนและปลิ้นออก เป็นต้น มือไม่หยิบจับของแม่แต่เขวคนมักไม่จับ เมื่อหิวอาจแสดงอาการร้องไห้ หงุดหงิด ตีใจ แต่ไม่หัวเราะ จำชื่อตนเองไม่ได้ เขียนชื่อตนเองไม่ได้ ยังไม่รู้ค่าของเงิน ไม่สามารถจำอักษรเดี่ยวได้ ไม่สามารถจำคำง่ายๆได้ ไม่สามารถเข้าใจความคิดรวบยอด หรือความหมายของคำตั้งแต่ 10 คำได้ บิดามารดาใกล้ชิดก็จำไม่ได้ เล่นนิ้วหรือมือตนเอง ชอบฉีกกระดาษเล่นหรือขว้างของ พูดด้วยไม่รู้เรื่อง บางรายพูดได้ชัดเจนแต่ไม่ติดต่อกัน ชอบเล่นกับเด็กเล็ก เนื่องจากพัฒนาการได้หยุดชะงักตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือภายหลังคลอด

ศศิณี โถกโต และคนอื่นๆ (2533 : 15) ได้ทำการศึกษาการเปรียบเทียบพัฒนาการในช่วงแรกของเด็กปกติและเด็กดาวน์ พบว่าเด็กปัญญาอ่อนมีพัฒนาการทางด้านการเคลื่อนไหวช้ากว่าเด็กปกติทุกด้าน ดังตาราง

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวในขวบปีแรกของเด็กปกติ กับเด็ก
ดาวน์ซินโดรม (Down Syndrom)

พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว	เด็กปกติ (เดือน)	เด็กดาวน์ซินโดรม (เดือน)
ชันคอ	3	7
คว่ำ	4	8
นั่ง	6	17
คลาน	8	14
ยืน	9	23
เดิน	12	30

2. พัฒนาการทางภาษา (รัตนา ถิ่นนัยธร , 2531 : 14-15)

สำหรับพัฒนาการทางด้านภาษาของเด็กปัญญาอ่อนระดับน้อย ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในช่วง 50 - 70 มีพัฒนาการทางการพูดช้ากว่าเด็กปกติ โดยเริ่มพูดคำแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 34 เดือน หรือ 2 ปี 10 เดือน และเริ่มพูดเป็นประโยคเมื่ออายุเฉลี่ย 39 เดือน หรือ 7 ปี 5 เดือน (Karlin and Strazzulla , 1952) และมีปัญหาการแปรเสียงร่วมกับความบกพร่องทางการพูดอื่นๆ เช่น จังหวะการพูด และเสียงผิดปกติ นอกจากนั้นเด็กที่มีระดับสติปัญญาคาบเส้นหรือใกล้คาบเส้น ซึ่งได้แก่เด็กที่มีระดับสติปัญญา 60-70 จะมีความบกพร่องทางภาษาเพียงเล็กน้อย (Wilson , 1945 ; อ้างถึงใน Jordan , 1972) และไม่พบเด็กปัญญาอ่อนที่พูดไม่ได้เลยในกลุ่มเด็กนี้ (Karlin and Kennedy , 1936) และเมื่อเด็กวัยรุ่นเด็กปัญญาอ่อนในกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการพูดค่อนข้างดี แม้ในวัยเด็กจะมีพัฒนาการทางภาษาไม่ดันทักก็ตาม (Schlanger , 1953 ; อ้างถึงใน Jordan , 1972) เด็กปัญญาอ่อนระดับปานกลาง ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในช่วง 30 – 50 มีความบกพร่องเกี่ยวกับพัฒนาการทางภาษาหลายด้าน เช่น มีความบกพร่องทางการพูดถึงร้อยละ 74 (Lyle , 1959 ; Sirkin and Lyon , 1941 ; อ้างถึงใน Jordan , 1972) ส่วน Schlanger (1957) ให้คำอธิบายการพูดของเด็กที่มีระดับสติปัญญาเท่ากับ 38 ว่า “พูดแบบไม่มีสาระ”

3. พัฒนาการทางสังคม (หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา , 2535 : 22)

ได้มีการถกเถียงกันว่าอะไรสำคัญกว่ากันต่อเด็กปัญญาอ่อนระหว่างความสามารถในการทำบทบาทในสังคมกับความสามารถในการเรียนรู้ทางวิชาการ ในที่สุดก็ยอมรับว่า ความสามารถในการอยู่ร่วมในสังคมสำคัญกว่า (Greenspan and Granfield , 1992 : 443) ความสามารถในการเรียนรู้ทางวิชาการ ดังนั้นเด็กปัญญาอ่อนจึงมีปัญหาทางสังคมมากมาย มีปัญหาในการคบเพื่อนบ่อยครั้ง มี Self – Concept ที่แย่ อย่างน้อยก็มีเหตุผล 2 ประการ อย่างแรกเด็กปัญญาอ่อนหลายคนดูเหมือนจะไม่รู้จักที่จะยกระดับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความบกพร่องจะเห็นได้ชัดในระดับวัยก่อนเข้าเรียน สอง แม้กระทั่งที่ไม่พยายามที่จะเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแล้วยังแสดงพฤติกรรมปิดกั้นความเป็นเพื่อน ตัวอย่างเช่น เด็กปัญญาอ่อนจะมีพฤติกรรมเมินเฉย และทำให้เกิดการแตกหักยุ่งเหยิงมากกว่าเพื่อนเด็กปกติร่วมชั้นเรียน

4. บุคลิกภาพและแรงจูงใจ (หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา , 2535 : 23)

ปัญหาหลายเรื่องเกี่ยวกับความสนใจ ความจำ การควบคุมบังคับตนเอง พัฒนาการด้านภาษา ความสัมฤทธิ์ทางวิชาการ และพัฒนาการทางสังคม ทำให้บุคคลปัญญาอ่อนตกอยู่ในอันตรายของการสร้างแรงจูงใจ ถ้าเขามีประวัติการประสบความล้มเหลวมายาวนานเขาก็จะอยู่ในอันตรายของการเกิดปัญหา Learned Helplessness

Learned Helplessness คือ สภาพการณ์ที่คนมีความเชื่อหรือรู้สึกว่าจะทำอะไรจะพยายามมากแค่ไหน ก็ยังประสบความล้มเหลว เชื่อว่าตนมีการควบคุมตนเองน้อยมากในเรื่องที่เกิดขึ้นและก็จะถูกควบคุม โดยผู้อื่นหรือเหตุการณ์ คนปัญญาอ่อนมีแนวโน้มที่จะล้มเลิกง่ายๆเมื่อพบงานที่มีความท้าทาย

5. ลักษณะทางร่างกาย (อรศรี แก้วเจริญ , 2539 : 46-49)

โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับสติปัญญาอ่อนเล็กน้อย (Mild Grade) ลักษณะทางร่างกายส่วนใหญ่ไม่ผิดปกติ แต่บุคคลซึ่งมีรูปร่างลักษณะหน้าตาผิดปกติ มักจะมีระดับสติปัญญาตั้งแต่ระดับอ่อนปานกลาง (Moderate Grade) ลงไป ซึ่งเราสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนจากลักษณะทางร่างกายดังนี้

5.1 ศีรษะ จะมีลักษณะหลิมเล็ก หรือใหญ่ผิดปกติจนเห็นได้ชัด บางคนศีรษะใหญ่จนร่างกายไม่อาจจะทานน้ำหนักไหว บางรายมีศีรษะบิดเบี้ยวและแบน

5.2 ผม เส้นผมหยาบแข็ง ขนตามร่างกายผิดปกติ ในขณะที่บางคนมีผมบางแต่ไม่ถึงกับศีรษะล้าน และมักเป็นโรคผิวหนังที่ศีรษะ

5.3 หน้าผาก มักจะแคบผิดปกติ ผมเกือบถึงคิ้ว

5.4 ตา มักจะหรี่เล็กน้อยและเป็นโรคเกี่ยวกับตา เช่น ตาแดง ตาแฉะ หรือสายตาสั้น

ปกติ ฯลฯ

- 5.5 หู ลักษณะรูหูผิดปกติ ส่วนมากเป็นโรคหูตึง หรือหูมีน้ำหนวก
- 5.6 ปาก ริมฝีปากหนา ปากเบะ มักมีน้ำลายไหลออกมา และเป็นปากนกกระจอก
- 5.7 ฟัน มักจะเขยิบ ฟันซี่โต จื่นไม่เป็นระเบียบ
- 5.8 ลิ้น มักโตเกินขนาดจนทำให้พูดไม่ชัด
- 5.9 ผิวหนัง มักจะหยาบกร้าน เป็นแผลง่าย มักเป็นโรคผิวหนัง
- 5.10 ร่างกายส่วนอื่นๆ เช่น ลำตัว แขน ขา มือเท้า มักใหญ่จนผิดปกติและไม่สม

กับวัย

6. ลักษณะพฤติกรรมทั่วไป (อรศรี แก้วเจริญ , 2539 : 49-52)

โดยทั่วไปแล้วบุคคลปัญญาอ่อนมักมีลักษณะการพูด การเข้าใจ และการตัดสินใจที่ช้า และผิดเสมอ ซึ่งลักษณะพฤติกรรมทั่วไปของบุคคลปัญญาอ่อนที่สังเกตได้ ดังนี้

- 6.1 การพูด มักจะเริ่มพูดช้ากว่าปกติ พูดไม่ค่อยชัด และพูดไม่รู้เรื่องเมื่ออายุจะ 6 - 7 ปีแล้วก็ตาม
- 6.2 การฟัง และความเข้าใจ เด็กปัญญาอ่อนมีความเข้าใจน้อย ต้องพูดซ้ำหลายครั้ง จึงจะทำความเข้าใจได้
- 6.3 ประสาทสัมผัส เด็กปัญญาอ่อนมีความรู้สึกทางประสาทสัมผัสซ้ำมาก เช่น อากาศหนาวจนคนอื่นต้องห่มผ้าแต่ตัวเองใส่เสื้อบางๆ บางรายได้รับอันตรายมีเลือดออกก็ยังเฉยอยู่ เป็นต้น
- 6.4 การเคลื่อนไหว มักจะมีปัญหาในการทำงานของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และกล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น ใช้นิ้วมือไม่คล่อง เดิน วิ่ง ซ้ำไม่กระชับกระฉ่ง
- 6.5 การตัดสินใจ เด็กปัญญาอ่อนมักจะตัดสินใจผิดพลาดๆ และผิดๆเสมอ เช่น เอาของสกปรกทิ้งลงบ่อน้ำ หรือไม่กลัวอันตรายชอบออกนอกบ้านยามวิกาล เป็นต้น มักถูกชักจูงให้ทำผิดได้ง่าย
- 6.6 สมาธิ เด็กปัญญาอ่อนมักขาดสมาธิ และมีช่วงความสนใจระยะสั้น
- 6.7 ความจำ เด็กปัญญาอ่อนมักจะจำอะไรไม่ค่อยได้แม้แต่ชื่อบิดามารดา บางรายถึงกับจำชื่อตนเองไม่ได้
- 6.8 อารมณ์ เด็กปัญญาอ่อนมีอารมณ์หวั่นไหวง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้เลย ใจน้อย แต่บางครั้งเมื่อทำอะไรแรงๆก็อดทนได้ ขาดความมั่นคงทางอารมณ์
- 6.9 ความสามารถในการเรียนรู้ต่ำ เด็กปัญญาอ่อนมักถูกมองว่าเป็นผู้ที่มีปัญหา ใน

เรื่องเกี่ยวกับการเรียน ความสามารถในการเรียน และการฝึกของเด็กปัญญาอ่อนนั้นจะช้ากว่าเด็กปกติ เด็กปัญญาอ่อนจะถูกจัดว่าเป็นพวกด้อยทุกๆด้าน

5. ปฏิกริยาของครอบครัวที่มีต่อลูกปัญญาอ่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของการมีบุตรพิการทางสติปัญญาต่อบิดามารดา และครอบครัว และศึกษามารดาที่ได้รับรู้ว่าบุตรเป็นเด็กพิการทางสติปัญญา ดังนี้

รตขง ทศนาณชลิ (2530 : 10) ได้ศึกษาความรู้สึกลูกของบิดา มารดาที่มีต่อลูกปัญญาอ่อนพบว่าบิดา มารดาแสดงออกมา 3 รูปแบบ คือ หนึ่งยอมรับความจริง ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างดี สองไม่ยอมรับว่าลูกของตนปัญญาอ่อน บิดเบือน สร้างสถานการณ์ต่างๆภายในบ้านใหม่ คิดว่าเด็กปัญญาอ่อนเป็นเด็กเกียจคร้าน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี และสามหนีความจริง ละเลยทอดทิ้งบุตร คิดว่าตนมีส่วนผิด ละเลยต่อบทบาทพ่อแม่ หลบสังคม มีพื้นฐานอารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด ซึมเศร้าหรือเคร่งเครียด

พนอม ธนนิมิตร (2530 : 21-23) พบว่าบิดามารดาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ 2 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 คือประเภทที่ยอมรับว่าลูกของตนเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มักรู้สึกละอายใจ เป็นโชคชะตาของตนเองที่มีลูกที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา น้อยใจ และลงโทษตัวเองจนเป็นเหตุให้เกิดอาการเหงเหงอ เหงเหงา หดห่อคล้ายอยากจนทำให้เสียหน้าที่การงาน บางคนเชื่อว่าเป็นเรื่องเวรกรรมแต่ปางก่อนที่ติดตามมา จึงมักจะมีอาการซึมเศร้า และกลับเป็นผู้ที่เอาใจลูกของตนมากเกินไปเพราะสงสารลูกมาก เกรงว่าสังคมจะดูถูกจึงเพิกเฉยต่อลูกของตน บางคนก็งกๆเงิ่นๆเอาไปไหนด้วยก็หลบๆซ่อนๆเกิดความสงสารลูก มีความเป็นห่วงและหวาดหวั่นว่าเมื่อเด็กโตขึ้นจะไม่มีเงินเลี้ยงตนเองจึงคิดมากเตรียมฝากฝังลูกไว้กับคนอื่น ว่ารุ่นใจว่าถ้าตนตายไปลูกจะอยู่กับใคร เกิดอาการกระวนกระวายใจในระยะแรกๆต่อไปจะกลายเป็นโรคประสาทได้ในที่สุด

ประเภทที่ 2 คือประเภทบิดามารดา หรือผู้ปกครองไม่ยอมรับว่าลูกของตนมีความบกพร่องทางสติปัญญา โดยแสดงออกในลักษณะไม่เข้าใจว่าลูกของตนมีความบกพร่องทางสติปัญญา จึงพยายามบังคับให้ลูกเข้าโรงเรียนในสถาบันใหญ่ๆจนในที่สุดก็ซ้ำชั้น หลายๆครั้งเข้าก็เสียเวลาเกิดความโมโห ก้าวร้าว คุ้ยค้น บังคับเด็กมากเกินไป ในที่สุดกลายเป็นเกลียดลูกตนเองว่าเรียนไม่ได้ตั้งใจที่มุ่งหวังไว้ เมื่อใครพูดถึงลูกก็มักจะพูดว่า "ลูกผมไม่จำเป็นต้องไปตรวจ ปัญญาดีแต่ไม่เอาถ่านเท่านั้นเอง" พยายามหาเหตุผลเข้าข้างตนเองจนเวลาล่วงเลยไปจึงรู้ว่าสายไปเสียแล้ว เกิดความกังวลขึ้น โยนความผิดให้ผู้อื่นโดยตำหนิว่าโรงเรียนสอนไม่ดีลูกจึงสอบตก

เอเวนส์ (Evens, E.C. 1976 : 12 ; อ้างถึงใน อริยา ดีประเสริฐ , 2543 : 13) กล่าวถึงความทุกข์ใจของพ่อแม่ที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็น 3 ระยะ คือ ตกใจ และเศร้าเสียใจอย่างมาก (Shock) รู้สึกคัดค้านไม่เชื่อ (Protest) รู้สึกหมดหวัง สิ้นคิด (Despair) ปลีกตัว (Detachment) และขั้นสุดท้ายคือยอมรับ (Acceptance)

ฟีเทอร์สโตน (Featherstone H. , 1982 ; อ้างถึงใน อริยา ดีประเสริฐ , 2543 : 13) กล่าวถึงความรู้สึกของพ่อแม่ที่มีลูกพิการว่าจะมีความรู้สึกตกใจ ไม่แน่ใจว่าลูกพิการจริงหรือไม่การวินิจฉัยถูกต้องเพียงใด รู้สึกเสียใจ กลัวว่าจะต้องอยู่กับเด็กพิการ กลัวการแพร่เชื้อที่ทำให้ลูกพิการ กลัวเหตุการณ์ที่เกิดจากความพิการของลูก โกรธคนที่บอกว่าลูกพิการ อายุที่ตนมีลูกพิการ อายุคู่สมรส อายุญาติมิตรและบุคคลทั่วไป ระแวงคนอื่นว่ามีพันธุกรรมไม่ดีและท้ายที่สุดคือเกิดความว้าวุ่น (ยูทธ ลวนะภานนท์ , 2528 : 60)

สรุปผลการวิจัยต่างๆพบว่าเด็กพิการทางสติปัญญานั้นมีผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจของพ่อแม่ และครอบครัวอย่างชัดเจน ปฏิกริยา หรือผลกระทบของพ่อแม่ที่มีต่อลูกพิการทางสติปัญญาต้องการความช่วยเหลือในอันที่จะผ่านระยะต่างๆดังนี้ (ฉลวย จตุกุล และ จิราวรรณ ธวัชโยธิน , 2539 : 11)

1) ตื่นตระหนก (Shock) ทันทีที่ทราบข่าวบุตรของตนผิดปกติ เป็นปัญญาอ่อนจะเกิดอาการตกใจ ในระยะนี้พ่อแม่ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารใดๆทั้งสิ้น จะแสดงอาการร้องไห้ แยกตัว หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

2) ปฏิเสธ (Denial) พ่อแม่จะรู้สึกว่าภาระอันโหดร้ายนี้ไม่น่าเกิดกับตนเอง และไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ขณะเดียวกันก็พยายามแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆหรือแพทย์คนอื่นอาจจะแสวงหาการรักษาทางด้านไสยศาสตร์ การปฏิเสธเป็นกลไกการจัดการแก้ปัญหาของพ่อแม่ต่อภาวะ Shock

3) โกรธ (Anger) พ่อแม่จะมีคำถามไม่รู้จกจบสิ้นเกี่ยวกับว่า ทำไมเหตุการณ์นี้จึงเกิดกับตน พ่อแม่จะรู้สึกโกรธว่ามีเพียงคนเดียวเท่านั้นที่มีลูกปัญญาอ่อน เมื่อพ่อแม่รู้สึกโกรธแสดงว่าพ่อแม่ไม่ได้ปฏิเสธต่อความเป็นจริง แต่จะแสดงความรับรู้ข้อเท็จจริงได้เหมาะสมยิ่งขึ้น การช่วยเหลือพ่อแม่ในระยะนี้คือการให้ระบายความโกรธ

4) ต่อรอง (Bargaining) พ่อแม่มักจะแสดงออกโดยการต่อรอง เช่น คาดหวังว่าลูกจะเรียนจบชั้นมัธยมได้จะสามารถเข้าโรงเรียนปกติได้ สามารถที่จะเรียนและช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งแสดงถึงการที่พ่อแม่ยอมรับถึงอนาคตของเด็กซึ่งสัมพันธ์กับระดับความสามารถของเด็กที่มี

5) ซึมเศร้า (Depression) เมื่อพ้นจากระยะโกรธ พ่อแม่อาจรู้สึกซึมเศร้าซึ่งจะสังเกตได้จากการแยกตัว (Withdrawal) พ่อแม่อาจมีอาการโศกเศร้า (Grief) เศร้าสลด (Mourning) และ

เสียใจ (Sorrow) ร่วมกับความรู้สึกยุ่งยากที่ไม่รู้จักจบ (Unfinished Business) การช่วยเหลือพ่อแม่ ได้ระบายความรู้สึก และช่วยเหลือจากการความเครียด ความขัดแย้ง ความเจ็บป่วย จะช่วยให้พ่อแม่ยอมรับลูกปัญญาอ่อนได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กปัญญาอ่อน

สุณีย์ บรรจง (2536 : 86-95) ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของเด็กปัญญาอ่อน ก่อนวัยเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ที่มารับบริการจากหน่วยงานทางการศึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ปกครองทั้งหมดระบุขั้นตอนพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเหมือนเด็กปกติ แต่พัฒนาการช้ากว่า และมีความสามารถจำกัด และเรียนรู้ได้น้อยกว่า 100%มีความรู้ที่ควรเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเช่นเดียวกับการเลี้ยงดูเด็กปกติ 60%มีความรู้ที่พัฒนาการด้านร่างกายของเด็กเหมือนเด็กปกติบางคนก็เจริญเติบโตช้า ป่วยง่ายหายยาก และมีจำนวนน้อยที่อ้วนเกินไป และมีปัญหาเรื่องการทรงตัว 72%มีความรู้ที่เด็กมีปัญหาเรื่องการพูดซ้ำจำไม่ได้ เรียนได้ช้าต้องสอนซ้ำๆจึงจะทำได้ พัฒนาการทางด้านอารมณ์ของผู้ปกครองส่วนใหญ่พบว่า 74%มีความรู้ที่เด็กส่วนใหญ่มีอารมณ์ดี แต่บางครั้งก็เอาแต่ใจตนเอง และ 36%จะโมโหร้าย พัฒนาการทางด้านสังคมผู้ปกครองส่วนใหญ่ 88%มีความรู้ที่เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองพอได้บ้าง 60%สามารถปรับตัวได้ดี และ 82%เล่นกับผู้อื่นได้ดี

รสนัน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539 : 48-57) ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนอายุ 4 - 15 ปี พบว่าคะแนนภาระในการดูแลโดยรวมพบว่าส่วนใหญ่รับรู้ภาระในการดูแลค่อนข้างไปทางต่ำปานกลาง มีความต้องการระดับปานกลาง มีความยุ่งยากในการดูแลค่อนข้างไปทางต่ำมากพบว่ากิจกรรมที่มีคะแนนภาระในการดูแลสูงได้แก่กิจกรรมการจัดการแก้ปัญหาพฤติกรรมของบุตร การเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงของบุตร และกิจกรรมการติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ กิจกรรมที่มีภาระในการดูแลต่ำ ได้แก่ กิจกรรมการช่วยเหลือบุตรในการเดิน การนอน การออกกำลังกาย และอื่นๆ ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนระดับความต้องการในการดูแลสูงได้แก่ กิจกรรมการแสดงความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจปลอบใจ กิจกรรมการจัดการแก้ปัญหาพฤติกรรมของบุตร กิจกรรมการเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ และการเฝ้าสังเกตพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงของบุตร

อริยา ดีประเสริฐ (2543 : 22-23) ได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่พาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาลราชานุกุลจำนวน 10 คน พบว่าผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของ

เด็กปัญญาอ่อนพอสมควร มีการโอบกอด และชวนเด็กให้พูดคุย ในบางครั้งรู้ว่าจะต้องพาเด็กมาฝึกพัฒนาการ มีการสังเกตอาการที่ผิดปกติ และหาความรู้ในเรื่องปัญญาอ่อนเพิ่มเติม ส่วนหน้าที่ในการดูแลที่บ้านพบว่าเป็นผู้ดูแลช่วยเด็กในการทำความสะดวกร่างกาย และกระตุ้นให้เด็กทำด้วยตนเอง ส่วนความกังวลใจเกี่ยวกับเลี้ยงดูคือการที่เด็กคือเอาแต่ใจตนเองเวลาสอนหรือฝึกเด็ก แต่เด็กไม่ยอมทำตามและร้องไห้เมื่อขัดใจก็จะปาล้างของ เจ็บป่วยบ่อย ร่างกายไม่แข็งแรง ทำให้ไม่อยากขัดใจเด็ก สงสารเด็ก

ณรงค์ สมแก้วและสุดารักษ์ วรรณรักษ์เจริญ (2540 : 19) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนกับวิธีการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนวัยก่อนเรียน (อายุ 3-6 ปี) พบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนกับวิธีการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r=0.51$) วิธีการเลี้ยงดูบุตรที่มีภาวะปัญญาอ่อนด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลในส่วนของมารดาส่วนใหญ่ให้บุตรรับประทานอาหารด้วยตนเองเป็นประจำ ด้านสังคมสอนให้บุตรแสดงความเคารพผู้ใหญ่ด้วยการไหว้เมื่อพบผู้ใหญ่ทุกครั้งเป็นประจำ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเด็กปัญญาอ่อน อายุ 0 - 6 ปี เป็นช่วงของการเจริญเติบโตในทุกด้านจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการหรือดูแลให้เหมือนกับเด็กปกติทั่วไป อีกทั้งพ่อ แม่ และบุคคลในครอบครัวยังมีส่วนสำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของเด็กปัญญาอ่อน ให้กลับมาใกล้เคียงกับเด็กปกติทั่วไป ซึ่งพ่อ แม่ และบุคคลในครอบครัวนั้นควรจะได้รับกำลังใจ และความรู้ความเข้าใจ ในด้านการส่งเสริมพัฒนาการ และการดูแลสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจของเด็ก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การวิจัยแบบ การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และวิธีสังเกตแบบมีส่วนร่วม ศึกษาถึงกระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อน อายุ 0-6 ปี รวมทั้งปัญหา และอุปสรรค ของการจัดทำแผนบริการในครั้งนี้

1. ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน และลูกปัญญาอ่อนประเภทเด็กดาวน์ซินโดรม แรกเกิด - 6 ปี ที่มารับบริการ ณ ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร ในปีงบประมาณ 2545 มีจำนวนทั้งหมด 4 ครอบครัว

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้จากวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน และลูกปัญญาอ่อนประเภทเด็กดาวน์ซินโดรม แรกเกิด - 6 ปี โดยมีอายุ 2 เดือน 1 คน , 1 ปี 9 เดือน 1 คน , 3 ปี 9 เดือน 1 คน จากครอบครัวที่มารับบริการ ณ ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร ที่มีความสนใจ และมีเวลาเข้าร่วมจัดทำ IFSP ตลอดกระบวนการวิจัยจำนวน 3 ครอบครัว

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ แบบบันทึก แบบประเมิน และแบบสอบถาม

3.1 แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นการสัมภาษณ์ครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประกอบการจัดทำแผน IFSP

แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก และครอบครัว มีข้อคำถามดังนี้

- ภูมิลำเนา
- จำนวนสมาชิกในครอบครัว
- ความเกี่ยวข้องของผู้เลี้ยงดูที่มีต่อเด็กปัญญาอ่อน
- สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- อาชีพหลักของครอบครัว
- อาชีพเสริมของครอบครัว
- รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวกับความพิการของเด็ก และผลกระทบของความพิการที่มีต่อครอบครัวมีแนวสนทนาดังนี้

- ครอบครัวทราบว่าลูกปัญญาอ่อนเมื่อไร
- เมื่อทราบว่าลูกปัญญาอ่อนแล้ว ครอบครัวมีความรู้สึกอย่างไร และทำอย่างไรต่อไป
- ระหว่างการเลี้ยงดูลูกปัญญาอ่อนมีปัญหาอุปสรรคอย่างไร และมีวิธีแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร
- เด็กมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อเล็ก ด้านภาษา และด้านนิสัยส่วนบุคคล และสังคม เป็นอย่างไร

ตอนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวที่มีเด็กปัญญาอ่อน

ตอนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็ง/จุดอ่อน และสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการ

3.2 แบบบันทึก จะใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ได้ระหว่างจัดทำกระบวนการ IFSP ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบบันทึก 3 แบบ คือ

1. แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วยชุดของแบบบันทึก 7 เรื่อง คือ
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
 - 1.2 แบบบันทึกปัญหาและความต้องการของครอบครัว
 - 1.3 แบบบันทึกจุดแข็งจุดอ่อนของครอบครัว
 - 1.4 แบบบันทึกเป้าหมายของการบริการ
 - 1.5 แบบบันทึกความก้าวหน้าของการบริการ
 - 1.6 แบบบันทึกการรับบริการ

1.7 แบบบันทึกรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมจัดทำ IFSP

2. แบบบันทึกสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยชุดของแบบบันทึก 2 เรื่อง คือ

2.1 แบบประเมินความสามารถ/พัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อน

2.2 แบบบันทึกการให้บริการ

3. แบบบันทึกสำหรับครอบครัว

3.1 แบบบันทึกกิจกรรมที่ครอบครัวนำไปปฏิบัติที่บ้าน

3.2 แบบบันทึกแผนการจัดบริการเฉพาะครอบครัว

3.3 แบบประเมิน ใช้แบบประเมิน 2 แบบ คือ

1. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวที่มีต่อกระบวนการจัดทำ IFSP

2. แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่มีต่อกระบวนการจัดทำ IFSP

3.4 แบบสอบถาม ใช้แบบสอบถาม 1 แบบ คือ

1. แบบสอบถามหน่วยงานที่ให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ขั้นเตรียมการ

1) รวบรวมข้อมูลจำนวนเด็กปัญญาอ่อนประเภทเด็กดาวน์ซินโดรมอายุ แรกเกิด - 6 ปี ที่มารับบริการฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร ในปีงบประมาณ 2545

2) เชิญชวน และ รับสมัครครอบครัวที่มีความสนใจ ร่วมจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัว

3) ผู้วิจัยคัดเลือกครอบครัว ที่มีคุณสมบัติ ตรงตามความต้องการของการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 3 ครอบครัว

4) สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการบริการเฉพาะครอบครัว และนัดหมาย เพื่อเริ่มจัดแผนบริการ

5) ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปัญญาอ่อน ในโรงพยาบาลพิจิตร

4.2 ขั้นตอนการ

ในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นตอนการค้นหากลุ่มตัวอย่าง และเชิญชวน รับสมัคร ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน เข้าร่วมในการวิจัย
 2. ขั้นตอนการพบปะพูดคุยกันครั้งแรกเพื่อ สัมภาษณ์ สอบถามข้อมูลเบื้องต้น และเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน โดยใช้แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ
 3. ขั้นตอนการประเมินความสามารถ/พัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อน โดยใช้แบบประเมิน และแบบบันทึกข้อมูล
 4. ขั้นตอนการประชุมเบื้องต้นเพื่อประสานการจัดตั้งทีม
 5. ขั้นตอนการชี้แจงผลการตรวจประเมินความสามารถ / พัฒนาการ ของเด็กปัญญาอ่อน ให้ครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ
 6. ขั้นตอนผู้ประสานงานบริการ ดำเนินการจัดตั้งทีม IFSP โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล
 7. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการ ของทีม
 8. ขั้นตอนการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันจัดทำแผนบริการ IFSP
 9. ขั้นตอนการเริ่มต้นบริการตามแผน IFSP ซึ่งมีระยะเวลาในการมารับบริการตามแผน IFSP ของครอบครัวปัญญาอ่อนเป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล
 10. ขั้นตอนการทบทวนแผน IFSP เป็นขั้นตอนการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน ปรับปรุงแผน IFSP ติดตามผลการจัดทำแผน IFSP และสรุปเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้
- ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก แบบประเมิน และแบบสอบถาม จากครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และผู้วิจัย ซึ่งมีช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัยดังตาราง

ตารางที่ 9 แผนการดำเนินการวิจัย

กิจกรรม	2545		2546		
	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม
1. ขั้นเตรียมการ	↔				
2. ขั้นดำเนินการ					
2.1 ประชุมครั้งที่ 1 เพื่อจัดทำแผน IFSP กับครอบครัวเด็ก ปัญญาอ่อน 3 ครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง		↔			
- ติดตามครอบครัวในการรับบริการตามแผน			↔	↔	↔
2.2 ประชุมครั้งที่ 2 เพื่อทบทวนแผน IFSP กับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน 3 ครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และยุติการวิจัย					↔

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดย นำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ แบบบันทึก และแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ในลักษณะของการบรรยาย

6. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 5 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 - มีนาคม 2546



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การเสนอผลการวิจัย เรื่อง แผนบริการเฉพาะครอบครัว : กรณีศึกษาเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี ในลักษณะเชิงบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่เป็นกรณีศึกษา

ตอนที่ 2 กระบวนการจัดทำแผน IFSP

2.1 กระบวนการจัดทำแผน IFSP ที่เป็นกรณีศึกษาที่ 1

2.2 กระบวนการจัดทำแผน IFSP ที่เป็นกรณีศึกษาที่ 2

2.3 กระบวนการจัดทำแผน IFSP ที่เป็นกรณีศึกษาที่ 3

ตอนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผน IFSP

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีต่อกระบวนการ IFSP

ตอนที่ 5 ความพึงพอใจของครอบครัวที่มีต่อกระบวนการ IFSP

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่เป็นกรณีศึกษา

เด็กปัญญาอ่อนที่ศึกษาชื่อ ค.ญ. เอ , ค.ญ. บี , ค.ญ. ซี (นามสมมติ) มีอายุ 1 ปี 9 เดือน , 2 เดือน , 3 ปี 9 เดือน ตามลำดับ สมาชิกครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่ ปู่ ย่า ป้า จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ถึง ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ เป็นส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างทั้งหมด เดินทางมารับบริการโดยรถจักรยานยนต์ทุกครอบครัว มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 2000-10000 เป็นส่วนใหญ่ และมารับบริการจากนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักจิตวิทยา ดังได้แสดงในตาราง

ตารางที่ 10 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่เป็นกรณีศึกษา

ครอบครัว	สมาชิกในครอบครัว	อายุ (ปี/เดือน)	ระดับการศึกษา	รายได้ (บาท)	อาชีพ	ผู้เลี้ยงดู	การเดินทางมารับบริการ	บุคคลที่เกี่ยวข้อง
1.	พ่อ	24/0	ป. 6	10,000	รับจ้าง		จักรยานยนต์	-นักจิตวิทยา
	แม่	16/0	ป. 6	4,000	รับจ้าง			-นักกายภาพบำบัด
	ปู่	55/0	ป. 4	-	-	✓		บำบัด
	ย่า	50/0	ป. 4	-	-	✓		-นักกิจกรรมบำบัด
	น้องชาย	1/2	-	-	-			บำบัด
	ค.ญ.เอ	1/9	-	-	-			-ผู้วิจัย
2.	พ่อ	27/0	ป. 6	3,000	รับจ้าง	✓	จักรยานยนต์	- นักจิตวิทยา
	แม่	23/0	ป. 6	-	-	✓		- ผู้วิจัย
	ป้า	30/0	ป. 4	2,000	รับจ้าง	✓		
	ค.ญ.บี	0/2	-	-	-	-		

ตารางที่ 10 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่เป็นกรณีศึกษา

ครอบครัว	สมาชิก ในครอบครัว	อายุ (ปี/เดือน)	ระดับ การศึกษา	รายได้ (บาท)	อาชีพ	ผู้ เลี้ยง ดู	การเดินทาง มารับบริการ	บุคคลที่เกี่ยวข้อง
3.	พ่อ	35/0	ปวช.	10,000	รับจ้าง	✓	จักรยานยนต์	- นักจิตวิทยา
	แม่	34/0	ป. 6	-	-			- ผู้วิจัย
	พี่ชาย	7/0	ป. 4	-	-			
	ด.ญ.ซี	3/9	-	-	-			

ตอนที่ 2 กระบวนการจัดทำแผน IFSP

2.1 กระบวนการจัดทำแผน IFSP ที่เป็นกรณีศึกษาที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 Finding Case

เป็นขั้นตอนของการค้นหาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ สำหรับครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาที่ 1 ใช้วิธีการค้นหาและคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากทะเบียนประวัติการรับบริการที่ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร ในปีงบประมาณ 2546 ซึ่งพบว่ามีจำนวนประชากรของครอบครัวที่มีลูกเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม มารับบริการอยู่ทั้งหมด 4 คน

ขั้นตอนที่ 2 Initial Contact

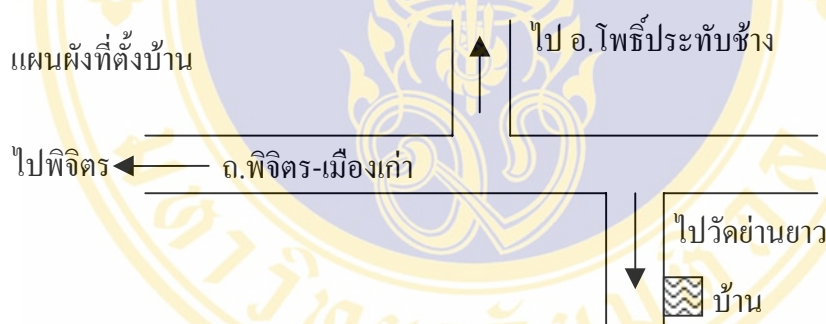
เป็นรูปแบบของการพบปะพูดคุยกันเป็นครั้งแรก เพื่อเป็นการสัมภาษณ์ข้อมูล/สอบถามและชักชวนครอบครัวที่มีลูกเป็นเด็กดาวน์ซินโดรมเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2545 หลังจากครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาที่ 1 ตอบตกลงในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้แล้วผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับเด็กและครอบครัว ซึ่งจะแบ่งบรรยายเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางกายภาพ

ครอบครัวของเด็กดาวน์ซินโดรมที่เป็นกรณีศึกษาที่ 1 ประกอบด้วย ปู่ ย่า พ่อ แม่ ตัวเด็กดาวน์ซินโดรม ชื่อน้องเอ (นามสมมติ) และน้องมิก (นามสมมติ) เป็นลูกพี่ลูกน้องกับน้องเอ โดยมีรายละเอียดของครอบครัวดังนี้

1.1 ที่ตั้ง/การคมนาคม บ้านของปู่ ย่า น้องเอตั้งอยู่ในหมู่ 8 ต.วังจิก อ.โพธิ์ประทับช้าง จ.พิจิตร อยู่ห่างจากโรงพยาบาลพิจิตร เป็นระยะทางประมาณ 27 กิโลเมตร ทางเข้าหมู่บ้านแยกจากถนนสายพิจิตร – เมืองเก่า เป็นถนนลาดยางโดยตลอดแต่เส้นทางในหมู่บ้านเป็นถนนดินลูกรังสลับกับถนนคอนกรีตเสริมเหล็กเป็นบางช่วง แม้สภาพถนนค่อนข้างดีแต่มีรถประจำทางรับจ้างเข้าตัวเมืองจังหวัดพิจิตร เพียงวันละ 2 เที่ยวไปกลับรอบเช้า 1 รอบและรอบบ่ายอีกหนึ่งรอบ ชาวบ้านในชุมชนส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์ส่วนตัวในการเดินทางไปมา บ้านของปู่ และย่า น้องเอ จะอยู่ห่างจากถนนพิจิตร – เมืองเก่า เลี้ยวขวาประมาณ 1 กิโลเมตร ก่อนถึงวัดย่านยาว สอบถามชาวบ้านในชุมชนว่าบ้านของปู่ ย่า น้องเออยู่บริเวณใด ชาวบ้านบริเวณนั้นรู้จักหมด ทำให้สามารถเข้าไปหาครอบครัวของน้องเอได้อย่างรวดเร็ว

รูปที่ 2 แสดงแผนผังที่ตั้งบ้านครอบครัวน้องเอ



1.2 สภาพบ้าน บริเวณและการใช้พื้นที่ในการอยู่อาศัย บ้านของปู่ ย่า น้องเอปลูกสร้างจากไม้ชั้นเดียว ภายในบ้านมีห้องนอน 2 ห้อง ห้องน้ำ 1 ห้อง และมีบริเวณสำหรับดูโทรทัศน์ พื้นบ้านเทพื้นซีเมนต์ขัดมัน สะอาด มีของเล่นวางเกะกะพอสมควร เนื่องจากปู่ ย่า เลี้ยงหลาน 2 คน บริเวณรอบบ้านปลูกต้นไม้ใหญ่มากพอสมควร ร่มรื่น ด้านหน้าบ้านติดกับถนนปูนซีเมนต์ที่เป็นทางเข้าหมู่บ้านไปวัดย่านยาว

1.3 การเดินทางเพื่อนำเด็กไปรับบริการที่โรงพยาบาล ในตำบลวังจิกมีรถประจำทางวิ่งบริการไปกลับระหว่างหมู่บ้านกับตัวเมืองพิจิตร วันละ 2 เที่ยว คือ เที่ยวเช้าและบ่าย ใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง ค่าโดยสารเที่ยวละ 10 บาท แต่ปู่และย่าของน้องเอไม่สะดวกในการใช้รถโดยสารประจำทางด้วยเหตุผลความจำเป็นดังนี้

- นอกจากตัวของน้องเอแล้วยังต้องหิ้วตะกร้าของใช้ของน้องเอด้วย ทำให้ไม่สะดวก

- ผู้ใช้รถประจำทางส่วนใหญ่เป็นแม่ค้าที่เข้าไปซื้อของจากตัวเมือง พิจิตรแล้วนำขึ้นรถมาด้วยเป็นจำนวนมากเพื่อกลับมาขายในหมู่บ้าน ทำให้เกิดความยุ่งยากและลำบากที่จะต้องนำน้องเอขึ้นไปเบียดเสียดบนรถโดยสารประจำทางเพื่อมาโรงพยาบาล

- รถประจำทางที่วิ่งระหว่างตัวเมืองพิจิตรกับหมู่บ้านจะไปจอดรับส่งที่สถานีขนส่งผู้โดยสาร จังหวัดพิจิตร เท่านั้น ไม่ได้วิ่งผ่านโรงพยาบาลพิจิตร ทำให้ปู่กับย่าต้องเสียค่ารถสามล้อรับจ้างเพิ่มขึ้น

- รถประจำทางเที่ยวกลับที่เป็นเที่ยวสุดท้ายเวลาประมาณ 11.00 น. ทำให้ปู่กับย่าไม่สามารถกลับมาขึ้นรถประจำทางได้ทันเวลา เนื่องจากกว่าจะรับบริการที่โรงพยาบาลพิจิตรเสร็จก็เวลาประมาณ 12.00 น. แล้ว

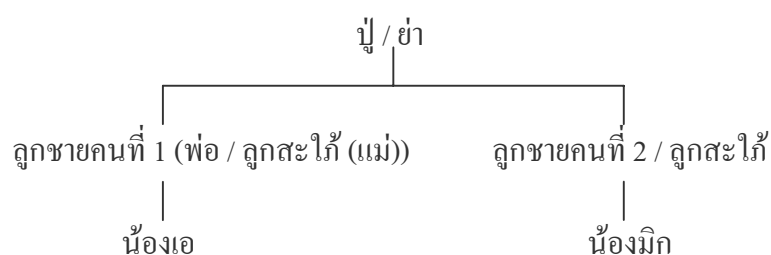
ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ปู่กับย่าจึงเลือกการเดินทางพาน้องเอมารับบริการด้วยวิธีขับรถจักรยานยนต์ส่วนตัว โดยมีปู่เป็นผู้ขับ น้องเอนั่งกลาง และย่านั่งท้าย ถึงจะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุก็ตามปู่กับย่าเลือกก็เลือกวิธีการเดินทางนี้เพราะประหยัดและได้รับความสะดวกสบาย

2. ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว

ครอบครัวน้องเอประกอบด้วยสมาชิก 6 คน คือ ปู่ ย่า พ่อ แม่ น้องมิก (ลูกชายของบุตรคนที่ 2 ของปู่ ย่า) และน้องเอ แต่ขณะที่ผู้วิจัยกำลังดำเนินการวิจัย พ่อแม่ของน้องเอทำงานอยู่กรุงเทพฯ ซึ่งสามารถแสดงแผนภาพจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้องเอได้ดังนี้

2.1 แผนภาพสมาชิกในครอบครัว

รูปที่ 3 แสดงแผนภาพสมาชิกในครอบครัวน้องเอ



2.2 บุคลิกลักษณะสมาชิกในครอบครัว

- ปู่ อายุ 55 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รูปร่างเตี้ย ผิวคล้ำ พูดค่อนข้างเก่ง ให้ข้อมูลและให้ความสนใจต่อตัวเด็กได้ดี จำรายละเอียดเกี่ยวกับน้องเอได้ตั้งแต่คลอดจนถึงการเลี้ยงดูในปัจจุบัน เช่น ผู้วิจัยถามว่า “น้องเอน้ำหนักแรกคลอดเท่าไร” ปู่สามารถตอบได้ทันทีว่า “2,500 กรัม” และยังเล่าถึงวันที่น้องเอคลอดอย่างต่อเนื่องได้ดี เช่น กล่าวว่า “ผมไปดูตั้งแต่วันที่น้องเอคลอด เขาต้องอยู่ในตู้อบตั้งนาน นึกว่าไม่รอดแล้ว” จากการสังเกตของผู้วิจัยทำให้ทราบว่าปู่ของน้องเอเริ่มที่จะเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยมากขึ้น

- ย่า อายุ 50 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รูปร่างท้วม ผิวดำแดง พูดค่อนข้างเก่งเหมือนปู่ มีมนุษยสัมพันธ์ ทักทายพูดคุยกับผู้วิจัยได้ดี แต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับน้องเอไม่ชัดเจนต้องมีปู่ช่วยพูดเสริม จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าไม่ใช่เพราะย่าไม่สนใจหลาน เพียงแต่การใช้คำพูดที่จะถ่ายทอดออกมานั้น ย่าจะถ่ายทอดได้ไม่ชัดเจนจะพูดอยู่เสมอว่า “อืม จำไม่ได้แต่ก็ไม่สบายบ่อยๆนะ ไซ้ไหมปู่” เป็นต้น

- น้องมิก เป็นเด็กผู้ชาย อายุ 1 ปี 2 เดือน จากการไปเยี่ยมบ้านของครอบครัวน้องเอ พบว่าน้องมิกจะซุกซนตามประสาเด็กในวัยนั้น ซึ่งน้องมิกอายุน้อยกว่าน้องเอ 7 เดือน แต่เด็กทั้ง 2 เล่นกันได้ จะมีบางครั้งที่น้องเอจะแย่งของเล่นของน้อง ไม่ให้น้องเล่นของเล่นของตัวเอง ดิน้องบ้างในบางครั้ง

- น้องเอ เป็นเด็กผู้หญิง อายุ 1 ปี 9 เดือน เป็นลูกคนแรกของพ่อแม่ และยังเป็นหลานคนแรกของปู่และย่าด้วย จากการไปเยี่ยมบ้านของครอบครัวน้องเอ พบว่าน้องเอเดินไม่ได้ ใช้วิธีการกอดตัวไปในการเคลื่อนย้ายตนเอง น้องเอมีนิสัยซุกซน ชอบเล่นของเล่น แต่เล่นไม่ได้นาน พอมีสิ่งของหรือของเล่นอื่นผ่านเข้ามา ก็จะเปลี่ยนไปเล่นอย่างอื่น ไม่กลัวคนแปลกหน้า เข้ามาเล่นกับผู้วิจัยได้ มาจับปากกาที่กระเป๋ของผู้วิจัยและจะเอาให้ได้ จนปู่กับย่าต้องห้ามปรามแต่ น้องเอไม่ได้สนใจในคำสั่งที่ปู่และย่าสั่ง จนต้องอุ้มน้องเอออกไป

3. ข้อมูลที่เกี่ยวกับเด็ก

3.1 ประวัติการตั้งครรภ์ แม่ของน้องเอตั้งครรภ์น้องเอเมื่อมีอายุเพียง 18 ปี ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ไม่มีประวัติเกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บครรภ์แต่อย่างใด ไปตามนัดตรวจครรภ์ทุกครั้ง น้ำหนักแรกคลอด 2,500 กรัม คลอดปกติที่โรงพยาบาลเลิศจีน กรุงเทพฯ หลังคลอดพบว่าน้องเอไม่ค่อยแข็งแรง ต้องอยู่ในตู้อบเกือบ 1 เดือน หลังจากนั้นปู่กับย่าก็นำน้องเอมาเลี้ยงที่บ้านปู่กับย่าที่จังหวัดพิจิตร

3.2 ประวัติเกี่ยวกับความพิการ หลังจากคลอดแล้วแพทย์พบว่าน้องเอเป็นเด็กดาวน์ซินโดรม จึงได้แจ้งพ่อแม่และปู่ย่าของน้องเอให้ทราบว่าน้องเอเป็นเด็กดาวน์ซินโดรม

โครมตั้งแต่วันแรกของการคลอด ในตอนแรกครอบครัวน้องเอทุกคนไม่รู้จักรว่าเด็กดาวน์ซินโดรมเป็นอย่างไร คืออะไร แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นเด็กที่จะมีปัญหาด้านพัฒนาการต่างๆ ถ้าช้ากว่าเด็กทั่วไป โดยเฉพาะทางด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ตอนนั้นพ่อแม่ ปู่และย่ารู้สึกตกใจ และเสียใจว่าทำไมต้องมาเกิดกับหลานคนแรกของตนเอง ย่าของน้องเอเล่าให้ฟังว่า “ฉันว่ามันน่าจะเกิดจากแม่ท้องเอกินยาขับเลือดในช่วงแรกที่เราท้อง” ผู้วิจัยสังเกตเห็นสีหน้า แววตา การแสดงท่าทางออกมาว่าโกรธโมโหและโทษลูกสะใภ้เป็นต้นเหตุทำให้น้องเอพิการ ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรมว่าเป็นอย่างไร เกิดขึ้นมาได้อย่างไร หลังจากที่ย่าของน้องเอคลายความโกรธโมโหและโทษสะใภ้เสียใจแล้วย่าก็กล่าวว่า “นึกเสียว่าเป็นกรรมก็แล้วกัน” ย่ายังกล่าวอีกว่าในช่วงที่คลายความเสียใจพอได้บ้างแล้วก็มาคิดกับป้าว่าจะนำหลานมาเลี้ยงที่จังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยสอบถามป้าว่าจะเลี้ยงดูน้องเอได้อย่างไร ย่ากล่าวว่า “ในช่วงแรกๆก็ไม่รู้ พยายามเลี้ยงให้เหมือนเด็กอื่นๆทั่วไป แต่ต้องระวังมากหน่อยเพราะน้องเอเจ็บป่วยง่าย ก็ต้องพามาหาหมออยู่สม่ำเสมอ ส่วนเรื่องพัฒนาการด้านต่างๆที่ผ่านมามีพบว่าน้องเอเริ่มชันคอได้เมื่ออายุประมาณ 7-8 เดือน หลังจากนั้นก็จะเริ่มคลาน แต่ส่วนใหญ่จะคืบ การคลานไม่ค่อยทำ อายุได้ 1 ปี น้องเอเริ่มที่จะนั่งได้แต่ยังไม่ยอมยืน จนปัจจุบันขณะนี้น้องเอมีอายุได้ 1 ปี 9 เดือนก็ยังไม่สามารถยืนเดินได้” ในช่วงของการเลี้ยงดูตลอด 1 ปี 9 เดือน ป้าพบอุปสรรคในการเลี้ยงดูคือ น้องเอจะเจ็บป่วยง่าย ต้องคอยระวังไม่ให้เจ็บป่วย ถ้าเป็นมากก็จะพาไปพบแพทย์ การเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือเป็นไข้หวัดแล้วจะมีการหอบเหนื่อยบ่อยๆ เนื่องจากน้องเอมีโรคประจำตัวคือไทรอยด์และหัวใจรั่ว

3.3 ประวัติการรับบริการ หลังจากคลอดแล้วพบว่าน้องเอต้องอยู่ในตู้อบเด็กที่โรงพยาบาลเลิศจิน เป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นป้าและย่านำมาเลี้ยงดูที่จังหวัดพิจิตร และได้มารับบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลพิจิตร โดยได้รับการตรวจเพื่อค้นหาโรคหัวใจรั่วและไทรอยด์ ซึ่งอาจจะเกิดกับเด็กที่มีอาการดาวน์ซินโดรมได้ พบว่าน้องเอมีอาการของโรคไทรอยด์และอาการของโรคหัวใจรั่ว ต้องมาพบแพทย์รับยาทุกเดือน และยังได้รับการเกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการจากหน่วยงานจิตเวชและกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูอีกด้วย

3.4 พัฒนาการด้านต่างๆ จากการสังเกตและสัมภาษณ์ของผู้วิจัย พบว่าพัฒนาการด้านต่างๆของน้องเอเป็นดังนี้

- พัฒนาการกล้ามเนื้อใหญ่ น้องเอเป็นเด็กหญิงผิวดำแดง ผอมตัวเล็กๆ อายุ 1 ปี 9 เดือน น้ำหนัก 9,500 กรัม ส่วนสูงประมาณ 75 เซนติเมตร ใบหน้ารูปกลม ศีรษะเล็ก คิ้วชี้เข้าหากัน (รูปร่างของใบหน้าเหมือนเด็กดาวน์ซินโดรม) พัฒนาการของกล้ามเนื้อใหญ่ตามอายุของน้องเอ อายุ 1 ปี 9 เดือน พบว่าน้องเอยังไม่สามารถทำได้ เมื่อเทียบกับพัฒนาการเด็ก

อื่นๆทั่วไปในวัยเดียวกัน เช่น การเดิน วิ่ง ขึ้น น่องเอะทำได้เพียงยืนเกาะโต๊ะ เก้าอี้ และขอบประตู เป็นต้น

- พัฒนาการกล้ามเนื้อเล็ก เมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการของเด็กอื่นๆทั่วไปในวัยเดียวกันกับน้องเอ พบว่าน้องเอยังไม่สามารถหยิบจับสิ่งของซ้อนกันได้ 3 ชั้น จัดเขียนเป็นเส้นบนกระดาษได้ น่องเอยังคงเล่นของเล่นเหมือนเด็กที่อยู่ในวัย 6 เดือน คือ หยิบของด้วยมือเดียวได้และเปลี่ยนมือได้ แต่ยังไม่สามารถทำในสิ่งที่ซับซ้อนได้ เล่นกับสิ่งของนั้นได้ไม่นาน ชอบทำลายและขว้างสิ่งของ

- พัฒนาการในด้านใช้ภาษา เมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการของเด็กอื่นๆทั่วไปในวัยเดียวกัน พบว่าน้องเอยังไม่สามารถพูดภาษาที่มีความหมายชัดเจนเป็นคำได้ จะพูดอยู่แต่คำที่ออกเสียงเป็นสระอู อาและออ เช่น มา เอา ไป เป็นต้น

- พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา น้องเอยังไม่สามารถรู้รูปภาพตามคำบอกได้ ซึ่งเด็กอื่นๆทั่วไปในวัยเดียวกันสามารถทำได้ น้องเอจะเข้าใจแต่คำที่พูดง่าย ๆ ได้ เช่น หม่าๆ อย่าทำ หวัดดีหรือหุ้ๆ เป็นต้น ถ้าพูดเป็นประโยคยาวๆหรือเป็นคำที่น้องเอไม่คุ้นเคยจะไม่เข้าใจและไม่สนใจในคำพูดนั้นๆ จะก้มหน้าเล่นของเล่นอย่างเดียว

- พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม ในพัฒนาการด้านนี้ บางอย่างก็ทำได้บางอย่างก็ทำไม่ได้ตามวัย สิ่งที่ได้บางครั้งก็ทำบางครั้งก็ไม่ทำ เช่น ถอดด้วยตัวเอง น้องเอก็ถอดตัวเองได้บางครั้งก็ไม่ทำ การจับถ่ายยังไม่สามารถบอกได้ จะปัสสาวะและอุจจาระเลย ซึ่งผู้วิจัยสังเกตเห็นได้ว่าน้องเอใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปอยู่

4. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวที่มีต่อเด็ก

จากแบบสัมภาษณ์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย พบว่าครอบครัวของน้องเอมีปัญหากับ

- การเดิน

- การพูด

และความต้องการของครอบครัวที่มีต่อเด็ก คือ

- อยากให้เดินได้

- พูดได้เพื่อสื่อความหมายให้เข้าใจได้ เช่น หิว ฉี่ อี เป็นต้น

5. ข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็ง/จุดอ่อนและสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนครอบครัว

5.1 จุดแข็งของครอบครัว จากการสังเกต/สัมภาษณ์ครอบครัวของน้องเอ พบว่าครอบครัวนี้มีปู่และย่าที่มี เจตคติ และความเข้าใจต่อความพิการของเด็กดี อีกทั้งยังช่วย

สนับสนุนการดูแลเลี้ยงดูน้องเมาตลอด เนื่องจากพ่อแม่ของน้องเมาต้องทำงานที่กรุงเทพฯ นานๆ จะกลับมาเยี่ยมบ้านสักครั้งตามวันหยุดของเทศกาลต่างๆ ปู่และย่าเป็นผู้รับภาระในการเลี้ยงดูน้องเมา

5.2 จุดอ่อนของครอบครัว พ่อแม่ของน้องเมาไม่ได้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเลยตั้งแต่หลังคลอด จะกลับบ้านเฉพาะวันหยุดเทศกาลเท่านั้น ความผูกพันที่สายใยของพ่อแม่ที่มีต่อลูกลดน้อยลง

6. ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำแผน IFSP

ก่อนที่จะเริ่มต้นของการจัดทำแผน IFSP ผู้วิจัยได้ทำการอธิบายถึงขั้นตอนของการจัดทำแผน IFSP ให้กับครอบครัวของน้องเมาเข้าใจก่อน ดังนี้

6.1 รับสมัครครอบครัวที่มีลูกเป็นเด็กกลุ่มภาวะดาวน์ซินโดรมอายุแรกเกิดถึง 6 ปี และมีความมั่นใจร่วมจัดทำแผน IFSP

6.2 ทำการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเพื่อรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการจัดทำแผน IFSP ได้ตลอดการวิจัย

6.3 ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการให้บริการกับเด็กกลุ่มภาวะดาวน์ซินโดรม

6.4 ประสานงานกับครอบครัวเพื่อนำเด็กมาตรวจประเมินพัฒนาการ/ความสามารถกับนักวิชาชีพต่างๆของโรงพยาบาลพิจิตร ซึ่งได้แก่ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักจิตวิทยา

6.5 จัดประชุมครั้งที่ 1 ระหว่างครอบครัวเด็กกับผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพเพื่อจัดทำแผน IFSP

6.6 ครอบครัวนำแผนบริการที่ได้จัดทำขึ้นไปปรับบริการต่างๆตามแผนเป็นระยะเวลา 4 เดือน ในระหว่างที่ครอบครัวไปปรับบริการตามแผนดังกล่าวนั้น หากมีปัญหาหรืออุปสรรคใดๆครอบครัวเด็กสามารถประสานงานกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคใดๆเกี่ยวกับแผนก็จะนำไปสู่การประชุมครั้งที่ 2

6.7 จัดประชุมครั้งที่ 2 หลังจากครอบครัวของเด็กได้นำแผนบริการนั้นไปใช้แล้วเป็นเวลา 4 เดือน เพื่อนำแผนบริการนั้นมาปรับปรุงหรือทบทวนว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคใดๆบ้าง ซึ่งจะนำไปสู่การจัดทำแผน IFSP ใหม่เกิดขึ้น และยุติการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้โดยจะมอบความรับผิดชอบในการดูแลครอบครัวเด็กให้กับผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพแต่ละท่านของโรงพยาบาลพิจิตรต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 IFSP Interim

เป็นขั้นตอนของการประสานงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆของโรงพยาบาล พิจิตร ที่สามารถให้บริการตรงกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวน้องเอได้ ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน IFSP สำหรับครอบครัวน้องเอ ได้แก่

1. แพทย์ (กุมารแพทย์)
2. นักจิตวิทยา
3. นักกายภาพบำบัด
4. นักกิจกรรมบำบัด
5. ครอบครัวน้องเอ ได้แก่ ปู่ ย่า
6. ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการ

สำหรับแพทย์เป็นผู้ตรวจประเมินเด็กว่ามีปัญหาทางด้านคลินิกอะไรบ้างและเป็นผู้พิจารณาว่าจะส่งเด็กมารับบริการอะไรบ้าง จะไม่ได้มีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานด้านข้อมูลทางการแพทย์ให้กับสมาชิกทีมที่ร่วมประชุมจัดทำแผน IFSP เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาเด็กจำนวนน้อย และผู้วิจัยไม่สามารถประสานงานในการเข้าร่วมการวิจัยได้ อีกทั้งทางโรงพยาบาลยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ขั้นตอนที่ 4 MDT Evaluation

เป็นขั้นตอนที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็กเพื่อนำผลการตรวจประเมิน IFSP มาชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเบื้องต้นทราบ และเป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการประชุมครั้งที่ 1 ซึ่งจะจัดประชุมในวันที่ 9 ธันวาคม 2545 และข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องเอ ในวันที่ 3-4 ธันวาคม 2545 มีดังนี้

1. แพทย์ น้องเอได้รับการตรวจประเมินทางการแพทย์ ในวันที่ 3 ธันวาคม 2545 โดยกุมารแพทย์ท่านหนึ่งจากโรงพยาบาลพิจิตร ผลการตรวจพบว่าน้องเอมีพัฒนาการช้าทุกด้าน และน้องเอยังมีอาการของโรคหัวใจรั่วและไทรอยด์ แพทย์จึงให้การรักษาดังนี้

- ให้อายา lanoxia กับ Eltroxin ซึ่งเป็นยารักษาเกี่ยวกับหัวใจและไทรอยด์
- ส่งปรึกษานักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ

2. นักจิตวิทยา น้องเอได้รับการตรวจประเมินจากนักจิตวิทยา โรงพยาบาล พิจิตร ในวันที่ 3 ธันวาคม 2545 ผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการ เป็นดังนี้

2.1 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พบว่า น้องเอมีระดับพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 8 เดือน

2.2 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา พบว่าน้องเอมีระดับพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 1 ปี

2.3 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา พบว่าน้องเอมีระดับพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 1 ปี 6 เดือน

2.4 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พบว่า น้องเอมีระดับพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 1 ปี 3 เดือน

2.5 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/ สังคม พบว่า น้องเอมีระดับพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 1 ปี 6 เดือน – 2 ปี

3. นักกายภาพบำบัด น้องเอได้รับการตรวจประเมินจากนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพิจิตร ในวันที่ 4 ธันวาคม 2545 ผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการ พบว่า

3.1 มีกำลังของกล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง

3.2 การทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า น้องเอยังไม่สามารถลุกขึ้น ยืนและเดินได้

3.3 การทรงตัว (balance) พบว่า น้องเอทรงตัวในท่านั่งได้ดีแต่การทรงตัวในท่านยืนยังทำไม่ได้

4. นักกิจกรรมบำบัด น้องเอได้รับการตรวจประเมินจากนักกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลพิจิตร ในวันที่ 4 ธันวาคม 2545 ผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการ เป็นดังนี้

4.1 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พบว่า น้องเอสามารถนั่งทรงตัวได้ แต่ไม่สามารถยืนเดินเองได้ต้องมีการจูงเดินหรือเดินเกาะเก้าอี้

4.2 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา พบว่าน้องเอสามารถคว้าจับสิ่งของไว้ในมือได้

4.3 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา พบว่าน้องเอทำตามคำสั่งต่างๆได้เมื่อผู้สั่งใช้ท่าประกอบ สนใจฟังการพูดและดูของเล่น

4.4 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พบว่า น้องเอสามารถเปล่งเสียงโต้ตอบได้แต่ไม่เป็นคำ ใช้ท่าทางชัดเจนเมื่อไม่ต้องการหรือไม่อยากทำอะไร

4.5 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม พบว่าน้องเอสามารถจ้องมองหรือร้องไห้เมื่อเห็นคนแปลกหน้า หยิบของกินเข้าปากได้เอง และสามารถเล่นกับเด็กอื่นๆได้

ขั้นตอนที่ 5 IFSP Meeting

เป็นขั้นตอนของการจัดทำแผน IFSP เพื่อรวบรวมข้อมูล ปัญหา ความต้องการ และกำหนดเป้าหมายในการบริการ รวมถึงการกำหนดวันเวลาและการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้วย ในการจัดประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ จะเป็นการจัดประชุมพร้อมกันทั้ง 3 ครอบครัว แต่จะเป็นการจัดทำแผนบริการที่แต่ละครอบครัว โดยมีครอบครัวน้องบี น้องซี เป็นผู้เข้าร่วมประชุม เนื่องจากครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัว สัมผัสใจ และมีความสะดวกในวันและเวลาดังกล่าว อีกทั้งยังเป็นการให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อเด็กปัญญาอ่อนด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วันเวลาและสถานที่ในการประชุม ครอบครัวของน้องเอเข้าร่วมในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ในวันที่ 9 ธันวาคม 2545 เวลา 9.00 – 10.00 น. ณ ห้องกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร

2. จำนวนสมาชิกทีม ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ของครอบครัวน้องเอ มีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมในการประชุมทั้งหมด 12 คน ประกอบด้วย

- 2.1 ครอบครัวน้องเอ ได้แก่ ปู่ ย่า และน้องเอ
- 2.2 ครอบครัวน้องบี ได้แก่ แม่ ป้า และน้องบี
- 2.3 ครอบครัวน้องซี ได้แก่ แม่ และน้องซี
- 2.4 นักกายภาพบำบัด
- 2.5 นักจิตวิทยา
- 2.6 นักกิจกรรมบำบัด
- 2.7 ผู้วิจัย

3. ปัญหา/ความต้องการของครอบครัว ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยในฐานะของผู้ประสานงานบริการได้ให้ครอบครัวน้องเอ ซึ่งได้แก่ ปู่และย่า แสดงความรู้สึกถึงปัญหาและความต้องการออกมาในการจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวน้องเอ คือ

- 3.1 ปัญหาเรื่องการเดิน ต้องการให้น้องเอเดินได้

3.2 ปัญหาเรื่องการพูด ต้องการให้น้องเอสามารถพูดเป็นคำๆได้ เช่น หม่ำๆ, ปู้, ย่า, พ่อ, แม่

4. ผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็ก ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการได้ขอให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการได้นำเสนอผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องเอให้กับครอบครัวของน้องเอ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆทราบ โดยเริ่มจากบุคลากรทางด้าน

4.1 นักจิตวิทยาได้กล่าวถึงผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการเข้าทุกด้านเมื่อเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปในวัยเดียวกัน ดังนี้

- พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว เทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 8 เดือน
- พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา เทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 1 ปี
- พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา เทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 1 ปี 6 เดือน
- พัฒนาการด้านการใช้ภาษา เทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 1 ปี 3 เดือน
- พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม เทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 1 ปี 6 เดือน – 2 ปี

4.2 นักกายภาพบำบัด ได้กล่าวถึงผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องเอว่ามีปัญหาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อของขาทั้ง 2 ขา การทรงตัวในท่านั่งและการเดิน

4.3 นักกิจกรรมบำบัด ได้กล่าวถึงผลการประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องเอว่าเข้าทุกด้าน เมื่อเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปในวัยเดียวกันดังนี้

- พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว น้องเอสามารถทรงตัวในท่านั่งได้ แต่การขึ้นและเดินยังต้องช่วยจับยืนเกาะเก้าอี้และงูงเดิน
- พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา น้องเอสามารถเอื้อมมือจับสิ่งของได้แต่ยังไม่สามารถจับสิ่งของ 2 มือพร้อมกันได้
- พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา น้องเอยังไม่เข้าใจในความหมายของคำได้แม้จะเป็นคำๆเดียวในการพูด จะต้องใช้ท่าทางในการประกอบ
- พัฒนาการด้านการใช้ภาษา น้องเอยังไม่สามารถพูดเป็นคำๆเดียวได้ จะใช้ท่าทางประกอบเวลาโกรธ โมโห เป็นต้น

- พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม น้องเอยังกลัวคนแปลกหน้า บางครั้งเล่นกับเด็กอื่นๆ ได้แต่บางครั้งไม่ได้ จะแย่งของเล่นเด็กคนอื่นๆ

5. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการ ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ครอบครัวของน้องเอ บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการได้ทำการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการสำหรับครอบครัวน้องเอ ดังนี้

5.1 เป้าหมายในการบริการ

- น้องเอสามารถยืนทรงตัวและเดินได้ด้วยตนเอง
- น้องเอสามารถพูดเป็นคำง่ายๆที่ใช้สำหรับชีวิตประจำวันได้ เช่น
หม่ำๆ ปู๋ ย่า เป็นต้น

- ส่งเสริมและคงสภาพของพัฒนาการด้านต่างๆทุกด้าน

5.2 แผนการให้บริการ

- นักจิตวิทยานัดวันเวลาที่น้องเอจะต้องมารับบริการ เดือนละ 1 ครั้ง เป็นอังคารที่สองของเดือน

- นักกายภาพบำบัดนัดวันเวลาที่น้องเอจะต้องมารับบริการ เดือนละ 1 ครั้ง เป็นอังคารที่สามของเดือน

- นักกิจกรรมบำบัด นัดวันเวลาที่น้องเอจะต้องมารับบริการ เดือนละ 1 ครั้ง เป็นอังคารที่สี่ของเดือน

6. สรุปแผน IFSP สำหรับครอบครัวน้องเอ

แผนบริการเฉพาะครอบครัว

สำหรับ

น้องเอและครอบครัว

9 ธันวาคม 2545

ทีมครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

- | | | |
|----------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 1. นาย..... | ความสัมพันธ์ | ปู่ |
| 2. นาง..... | ความสัมพันธ์ | ย่า |
| 3. นางสาว..... | ความสัมพันธ์ | นักจิตวิทยา |
| 4. นางสาว..... | ความสัมพันธ์ | นักกิจกรรมบำบัด |
| 5. นาย..... | ความสัมพันธ์ | นักกายภาพบำบัด |
| 6. นายทวิศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยาภู | ความสัมพันธ์ | ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการ |

1. ข้อมูลทั่วไป

วัน/เดือน/ปีเกิด 23 /2/2544 อายุ 1/9 ปี เพศ หญิง ประเภทความพิการ ดาวน์ซินโดรม
ที่อยู่ อ.โพธิ์ประทับช้าง จ.พิจิตร

2. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

ชื่อผู้ปกครอง 1. นาย..... ความสัมพันธ์ ปู่
2. นาง..... ความสัมพันธ์ ย่า
ที่อยู่ อ.โพธิ์ประทับช้าง จ.พิจิตร เบอร์โทรศัพท์.....

3. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประสานงานบริการ

ชื่อผู้ประสานงานบริการ นายทวิศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยาภู
ที่อยู่ โรงพยาบาลพิจิตร อ.เมือง จ.พิจิตร เบอร์โทรศัพท์ 056-611355 ต่อ 219

4. ปัญหาและความต้องการของครอบครัว

- (1) ปัญหาการเดินทาง ต้องการให้น้องเอเดินได้
- (2) ปัญหาการพูด ต้องการให้น้องเอพูดได้อย่างน้อยพูดคำว่าหมาๆ ปู่ ย่า พ่อ หรือ แม่

5. จุดเด่นและแหล่งสนับสนุนของครอบครัว

- (1) มี ปู่ และย่าที่เจตคติ และเข้าใจต่อความพิการของเด็กดี และยังเป็นผู้เลี้ยงดู

6. จุดอ่อนของครอบครัวเด็ก

- (1) พ่อและแม่ของน้องเอไม่ได้มีส่วนในการเลี้ยงดู

7. ข้อมูลด้านพัฒนาการของเด็ก

- (1) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 8 เดือน สามารถนั่งและเคลื่อนย้ายตนเองได้ แต่ยังไม่สามารถยืนทรงตัวและเดินได้

- (2) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณ อายุ 1 ปี สามารถหยิบจับของเล่นที่มีขนาดใหญ่ได้ แต่จับได้มือเดียวยังไม่สามารถจับ 2 มือพร้อมกันได้

- (3) พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 1 ปี 6 เดือน สามารถทำตามคำสั่งง่ายๆ ได้ เมื่อผู้สั่งใช้ท่าประกอบ สนใจฟังการพูดและดูของเล่น

- (4) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 1 ปี 3 เดือน สามารถเปล่งเสียงโต้ตอบได้ แต่ไม่เป็นคำ ใช้ท่าทางแสดงแทน เช่น โกรธ โมโห ขัดขึ้น

- (5) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ สามารถจ้องมองหรือร้องไห้เมื่อเห็นคนแปลกหน้า หยิบของกินเข้าปากได้เองและสามารถเล่นกับเด็กอื่นๆได้

8. ข้อมูลด้านสุขภาพ

- (1) รับยารักษาโรคไทรอยด์และหัวใจ คือ Lanoxia และ Eltroxin เดือนละ 1 ครั้ง

9. เป้าหมายของทีมภายใน 4 เดือน

- (1) น้องเอสามารถทรงตัวในท่ายืนและเดินพอได้
(2) น้องเอสามารถพูดคำว่า หม่ำๆ ได้

10. แผนการรับบริการ

เป้าหมายที่ 1 น้องจะสามารถยืนทรงตัวและเดินทางได้

ผู้รับผิดชอบ	1. นักกายภาพบำบัด	วันเวลานัด	ทุกวันอังคารที่ 3 ของเดือน
	2. นักกิจกรรมบำบัด	วันเวลานัด	ทุกวันอังคารที่ 4 ของเดือน
	3. นักจิตวิทยา	วันเวลานัด	ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน

เป้าหมายที่ 2 น้องจะสามารถพูดคำๆเดียวได้ เช่น หม่ำๆ พ่อ แม่

ผู้รับผิดชอบ	1. นักจิตวิทยา	วันเวลานัด	ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน
	2. นักกิจกรรมบำบัด	วันเวลานัด	ทุกวันอังคารที่ 4 ของเดือน

11. เริ่มแผนการรับบริการ

วันเดือนปีที่เริ่มแผน 10/12/2546

ลายเซ็น
ผู้ปกครอง

ลายเซ็น
ผู้ประสานงานบริการ

ขั้นตอนที่ 6 Service Begin

เป็นขั้นตอนของการเริ่มต้นบริการตามแผน IFSP ที่ได้ จัดทำภายหลังจากการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ซึ่งมีระยะเวลาในการรับบริการตามแผนเป็นเวลา 4 เดือน สำหรับครอบครัวน้องเอเริ่มต้นของการใช้แผน IFSP วันที่ 10 ธันวาคม 2545 และสิ้นสุดแผนบริการในวันที่ 25 มีนาคม 2546 ซึ่งมีรายละเอียดการให้บริการแก่ครอบครัวน้องเอดังนี้

1. การรับบริการจากหน่วยงานจิตเวช น้องเอมารับบริการจากนักจิตวิทยาในวันที่ 10 ธันวาคม 2545 ถึง วันที่ 11 มีนาคม 2546 รวมน้องเอและครอบครัวมารับบริการทั้งหมด 4 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งนักจิตวิทยาให้การบริการดังตาราง

ตารางที่ 11 กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องเอจากหน่วยงานจิตเวช

เดือน	กิจกรรม
ธันวาคม 2545 ถึง มกราคม 2546	- ประสานงานกับหน่วยงานกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดกระตุ้นพัฒนาการกล้ามเนื้อใหญ่ - ฝึกนำแท่งไม้ใส่ในร่องที่ประยุกต์จากกล่องกระดาษ และเจาะช่องนำดินสอหรือแท่งไม้ใหญ่วางลงในช่องนั้นๆ - ฝึกเด็กพูดเลียนแบบคำง่ายๆ ที่คิดค้น 2 – 3 คำ - ฝึกเด็กให้รู้จักวัตถุที่ตนเองคุ้นเคยโดยบอกว่า “นี่คืออะไร” - ฝึกเด็กให้ดื่มน้ำจากแก้ว โดยจับเองและหกน้อยที่สุด - ฝึกเด็กให้ทานอาหารเอง โดยพยายามให้หกน้อยที่สุด - ฝึกเด็กให้รู้ว่าถ้าปวดปัสสาวะควรไปที่กระโถนและถอดกางเกงลงก่อนนั่งกระโถน - ปลอ่ยกเด็กให้เล่นกับเด็กอื่นบ้างและเฝ้าดูห่างๆ
กุมภาพันธ์ 2546 ถึง มีนาคม 2546	- ฝึกนำแท่งไม้, วัตถุทรงกลม เช่น ปิงปอง, มะนาว ใส่ลงในช่องโดยประยุกต์ให้เป็นรางไข่แทน - ฝึกเด็กเลียนแบบคำพูดง่ายๆ โดยเน้นคำที่ออกเสียงง่ายๆ เช่น เสียงออ, อา - ฝึกให้เด็กรู้จักวัตถุที่คุ้นเคย โดยบอกเด็กว่า “นี่คืออะไร” - ฝึกเด็กดื่มน้ำ จากแก้วจับเอง โดยพยายามไม่ให้หก

ตารางที่ 11 (ต่อ) กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องเอจากหน่วยงานจิตเวช

เดือน	กิจกรรม
	- ฝึกเด็กหัดทานข้าวเอง โดยพยายามให้หกลน้อยที่สุด - ฝึกเด็กให้รู้ว่าถ้าปวดปัสสาวะควรไปที่กระโถน และถอดกางเกงออกก่อนปัสสาวะ - ปล่อยให้เด็กเล่นกับเด็กคนอื่นๆ โดยเฝ้าดูห่างๆ

2. การรับบริการจากหน่วยงานกายภาพบำบัด น้องเอมารับบริการจากนักกายภาพบำบัดในวันที่ 17 ธันวาคม 2545 ถึงวันที่ 18 มีนาคม 2546 รวมน้องเอและครอบครัวมารับบริการทั้งหมด 4 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งนักกายภาพบำบัดให้การบริการดังนี้

ตารางที่ 12 กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องเอจากหน่วยงานกายภาพบำบัด

เดือน	กิจกรรม
ธันวาคม 2545 ถึง มีนาคม 2546	- แนะนำการฝึกการทรงตัวแบบ dynamic และ Static - แนะนำการฝึกการเดินโดยมีสมาชิกในครอบครัวช่วยพาเดินหรือเกาะราวเดิน - ฝึกกำลังกล้ามเนื้อทั้ง 2 ข้าง

3. การรับบริการจากหน่วยงานกิจกรรมบำบัด น้องเอมารับบริการจากนักกิจกรรมบำบัดในวันที่ 24 ธันวาคม 2545 ถึงวันที่ 24 มีนาคม 2546 รวมน้องเอและครอบครัวมารับบริการทั้งหมด 4 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งนักกิจกรรมบำบัดให้การบริการดังนี้

ตารางที่ 13 กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องเอจากหน่วยงานกิจกรรมบำบัด

เดือน	กิจกรรม
ธันวาคม 2545 ถึง มกราคม 2546	- สร้างสัมพันธภาพ พูดคุย เล่นของเล่น ให้ญาติอยู่ใกล้ชิด - แนะนำให้หยิบจับของเล่น จากขนาดใหญ่ไปหาขนาดเล็ก การเอื้อมจับ และปล่อย - จับยื่นเกาะเก้าอี้, ลูกบอล - ยืน Tilt table, พยุงเดินด้วย Walker - แนะนำญาติให้เด็กลดการแสดงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ทำร้ายผู้อื่น, ขว้างปาสิ่งของ ใช้ศีรษะกระแทก - แนะนำญาติฝึก ADL เช่น การใช้ช้อน การจับแก้วน้ำดื่ม ยืนเกาะ โต๊ะหรือราว
กุมภาพันธ์ 2546 ถึง มีนาคม	- นั่งทำกิจกรรม เล่นของเล่นได้ระยะเวลานาน - ฝึกยืนเกาะโต๊ะ - แนะนำญาติกระตุ้นให้ยืนเกาะโต๊ะหรือราวบ่อยๆ , จูงมือหัดก้าวเดิน - แนะนำกระตุ้นทำ ADL เท่าที่ทำได้ - แนะนำญาติให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ทำร้ายตัวเอง, ทำร้ายผู้อื่น, ขว้างปาสิ่งของ - นั่งทำกิจกรรมด้วยของเล่น ได้ระยะเวลานาน ไม่ร้องไห้ หรือเปลี่ยนของเล่น - จับยืนเกาะโต๊ะหรือระเบียบงแล้วฝึกเดิน - ฝึกรับประทานอาหาร แปรงฟัน - ฝึกช้อนข้าว - ฝึกจูงมือเดิน และฝึกให้เล่นร่วมกับเด็กอื่น

4. กิจกรรมที่ครอบครัวนำไปปฏิบัติที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ครอบครัวน้องเอได้รับคำแนะนำจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ในการกลับไปทำที่บ้าน เพื่อกระตุ้นพัฒนาการของน้องเอ เนื่องจากโดยเฉลี่ยแล้วน้องเอมารับบริการเพียงเดือนละ 3 ครั้ง เท่านั้น ดังนั้นเวลาส่วนใหญ่

น้องเอจะอยู่กับครอบครัว ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากที่จะนำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับมาฝึกปฏิบัติที่บ้าน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมที่ครอบครัวน้องเอบันทึกไว้ดังนี้

ตารางที่ 14 กิจกรรมที่ครอบครัวน้องเอนำไปปฏิบัติที่บ้าน

เดือน	กิจกรรม	ปัญหาที่พบ	วิธีแก้ปัญหา	ความรู้สึกที่มีต่อ กิจกรรม
ธันวาคม 2545 ถึง มกราคม	1. ฝึกกินข้าว, น้ำ 2. สอนเรียกสิ่ง ต่างๆ เช่น อวัยวะ ต่างๆ 3. ฝึกเดิน 4. ฝึกพูดเรียก แม่, ไก่, หม่าม, เอามา, จ๊ะ	1. ชน 2. โมโห 3. ฝึกยากมาก	1. หยุดทำ 2. รอเด็กอารมณ์ ดีขึ้นก่อน 3. ทำตัวอย่างให้ เด็กดูก่อน เป็น ช่วงๆ	1. เข้าใจในกิจ กรรมต่างๆ ที่ฝึก ให้เด็กแต่มีความ รู้สึกว่าฝึกเด็กแบบ นี้ยากมาก
กุมภาพันธ์ 2546 ถึง มีนาคม	1. เดินตามขอบ เก้าอี้และราวระเบียง 2. เดินงูมือ เดิน ข้ามสิ่งกีดขวางโดย การงู 3. ฝึกพูดหมา, นม มา, มา 4. ฝึกเรียกหมา, ไก่ 5. ฝึกดื่มน้ำจาก แก้ว	1. ชน 2. โมโหร้าย	1. หยุดทำ 2. รอเด็กอารมณ์ ดีขึ้นก่อน 3. ทำตัวอย่างให้ เด็กดูก่อน เป็น ช่วงๆ	1. ฝึกเดินแบบนี้ ยากมาก

ขั้นตอนที่ 7 IFSP Review

เป็นขั้นตอนของการทบทวนแผน IFSP เพื่อพิจารณาว่าแผนที่นำไปใช้มีประสิทธิภาพหรือไม่ เมื่อนำแผนบริการไปใช้แล้วเด็กมีพัฒนาการหรือความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งในการทบทวนแผนนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างครอบครัวของเด็กและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แผนที่เหมาะสมสำหรับครอบครัว สำหรับแผน IFSP ของน้องเอนั้นหลังสิ้นสุดแผนบริการในวันที่ 25 มีนาคม 2546 ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานบริการได้นัดครอบครัวน้องเอมาประชุมในวันที่ 1 เมษายน 2546 เพื่อพิจารณา ทบทวนแผน IFSP ของครอบครัวน้องเอ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัญหา/อุปสรรค

1.1 ปัญหา/อุปสรรคด้านการฝึก ครอบครัวของน้องเอมีปัญหา/อุปสรรคในเรื่องของการนำกิจกรรมต่างๆที่ได้รับจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆไปฝึกทำที่บ้าน ยังไม่สามารถควบคุมการฝึกน้องเอได้ น้องเอจะทำบ้างไม่ทำบ้าง ชนและโมโห แต่ปู่และย่าก็ใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยหยุดทำ รอให้น้องเออารมณ์ดีขึ้นหรือต้องแสดงตัวอย่างการเล่นหรือกิจกรรมนั้นๆก่อน เช่น ปู่กับย่าต้องเล่นเป็นตัวอย่าง

1.2 ปัญหา/อุปสรรคในการจัดทำแผน ในการจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของครอบครัว แต่การจัดทำแผนครั้งนี้จะพบว่าครอบครัวมีส่วนในการนำเสนอความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อตัวน้องเอน้อย จะเป็นในลักษณะที่บุคคลที่เกี่ยวข้องหรือนักวิชาชีพจะเป็นผู้วางแผนในการให้บริการเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้จะพยายามให้สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวน้องเอแล้วก็ตาม เช่น การฝึกพูด บุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆจะฝึกให้พูดอย่างอื่น เช่น เห็นภาพหมาจะชี้ให้พูดว่าหมา เป็นต้น แต่เป้าหมายของการฝึกพูดครอบครัวต้องการฝึกพูดที่เป็นคำพูดเรียกบุคคลในครอบครัว การใช้ชีวิตประจำวัน เช่น หม่าๆ ปู่ ย่า เป็นต้น

2. ความก้าวหน้า หลังสิ้นสุดแผนบริการในวันที่ 25 มีนาคม 2546 ได้มีการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องเอจากบุคคลที่เกี่ยวข้องต่างๆ พบว่าน้องเอมีความก้าวหน้าของพัฒนาการในด้านต่างๆ ไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนในหน่วยงานกายภาพบำบัดพบว่า น้องเอมีความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวดีขึ้น โดยมีรายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 15 ความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านต่างๆของน้องเอ

หน่วยงาน	พัฒนาการด้านต่างๆ				
	การเคลื่อนไหว	กล้ามเนื้อมัดเล็ก/สติปัญญา	ความเข้าใจภาษา	การใช้ภาษา	การช่วยเหลือตนเอง/สังคม
1.จิตเวช					
ครั้งที่ 1 (3/12/45)	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 8 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 1 ปี	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 1 ปี 7 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 1 ปี 4 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 1 ปี 7 เดือน
ครั้งที่ 2 (27/3/46)	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 8 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 1 ปี	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 1 ปี 7 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 1 ปี 4 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไป อายุ 1 ปี 7 เดือน
2.กายภาพบำบัด					
ครั้งที่ 1 (3/12/45)	- กำลังกล้ามเนื้อขา 2 ข้างได้เกรด 2 - ไม่สามารถทรงตัวในท่ายืนได้ - ไม่สามารถเดินได้				

ตารางที่ 15 (ต่อ) ความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านต่างๆของน้องเอ

หน่วยงาน	พัฒนาการด้านต่างๆ				
	การเคลื่อนไหว	กล้ามเนื้อมัดเล็ก/สติปัญญา	ความเข้าใจภาษา	การใช้ภาษา	การช่วยเหลือตนเอง/สังคม
ครั้งที่ 2 (27/3/46)	- กำลึงกล้ามเนื้อขา 2 ข้างได้ - เกรด 3⁺ - สามารถเกาะเก้าอี้หรือวิ่งเดินได้ - นั่งทรงตัวได้				
3. กิจกรรมบำบัด					
ครั้งที่ 1 (3/12/45)	- จับขึ้นยืนจนเกาะเก้าอี้ไม่โยน - นั่งทำกิจกรรมได้	- คลำจับสิ่งของไว้ในมือได้	- ทำตามคำสั่งง่ายๆได้ - เมื่อผู้สั่งใช้ทำทางประกอบ - สนใจฟังคนพูดและดูของเล่น	- เปล่งเสียงโต้ตอบไม่เป็นคำ - ทำทางชัดเจนเมื่อไม่ต้องการหรือไม่อยากทำ	- จ้องมองหรือร้องไห้เมื่อเห็นคนแปลกหน้า - หยิบของกินเข้าปากได้เอง - เมื่อเล่นใกล้กับเด็กคนอื่นๆจะต่างคนต่างเล่น
ครั้งที่ 2 (27/5/46)	- เกาะยืนตามขอบเก้าอี้หรือราวระเบียง	- ใช้นิ้วชี้กับนิ้วโป้งหยิบของชิ้นเล็กๆจากพื้นได้	- ทำตามคำสั่งง่ายๆเมื่อผู้สั่งใช้ทำทางประกอบ	- ทำทางชัดเจนเมื่อไม่ต้องการหรือไม่อยากทำ	- จ้องมองหรือร้องไห้เมื่อเห็นคนแปลกหน้า

ตารางที่ 15 (ต่อ) ความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านต่างๆของน้องเอ

หน่วยงาน	พัฒนาการด้านต่างๆ				
	การเคลื่อนไหว	กล้ามเนื้อมัดเล็ก/สติปัญญา	ความเข้าใจภาษา	การใช้ภาษา	การช่วยเหลือตนเอง/สังคม
	- เดินโดยงูมือทั้ง 2 ข้างได้ 2-3 ก้าว	- คืบหาวัตถุได้ผ้าได้	- ชี้ไปที่สิ่งของเมื่อเรียกชื่อทีละอย่างได้บางครั้ง	- ออกเสียงเรียกผู้ดูแลเป็นประจำได้บางครั้ง	- หยิบของกินเข้าปากได้เอง

3. ปัญหาและความต้องการ หลังจากทราบปัญหาและอุปสรรคและความก้าวหน้าของน้องเอแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ครอบครัวน้องเอได้แสดงถึงปัญหาและความต้องการออกมา ปู่และย่าน้องเอยังคงบอกถึงปัญหาและความต้องการเหมือนเดิม คือ

3.1 ปัญหาเรื่องการเดิน ต้องการให้น้องเอเดินได้

3.2 ปัญหาเรื่องการพูด ต้องการให้น้องเอสามารถพูดเป็นคำต่างๆได้ เช่น หม่าๆ ปู่ ย่า พ่อ แม่ เป็นต้น

4. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการ ในการประชุมเพื่อทบทวนแผน IFSP ครั้งที่ 2 ครอบครัวของน้องเอ บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยได้ทำการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการสำหรับครอบครัวน้องเอ ดังนี้

4.1 เป้าหมายในการบริการ

- น้องเอสามารถยืนทรงตัวและเดินได้ด้วยตนเอง
- น้องเอสามารถพูดเป็นคำๆง่ายๆที่ใช้สำหรับชีวิตประจำวันได้

เช่น หม่าๆ ปู่ ย่า เป็นต้น

4.2 แผนการให้บริการ ยังคงใช้แผนบริการ IFSP เหมือนครั้งที่ 1

5. สรุปแผน IFSP สำหรับครอบครัวน้องเอ ยังคงใช้แผนบริการ IFSP ครั้งที่ 1

ตอนที่ 2.2 กระบวนการจัดทำแผน IFSP ที่เป็นกรณีศึกษาที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 Finding Case

เป็นขั้นตอนของการค้นหาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สำหรับครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาที่ 2 ใช้วิธีการค้นหาและคัดเลือกแบบเดียวกับครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 Initial Contact

เป็นขั้นตอนของการพบปะพูดคุยกันเป็นครั้งแรก เพื่อการสัมภาษณ์ข้อมูล/ สอบถามและซักชวนครอบครัวที่มีลูกเป็นเด็กดาวน์ซินโดรมเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2545 หลังจากครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาที่ 2 ตอบตกลงในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว ซึ่งจะแบ่งบรรยายเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางกายภาพ

ครอบครัวของเด็กดาวน์ซินโดรมที่เป็นกรณีศึกษาที่ 2 ประกอบด้วย พ่อ แม่ ป้า และตัวเด็กดาวน์ซินโดรม ชื่อน้องบี (นามสมมติ) โดยมีรายละเอียดดังนี้ ที่ตั้ง/การคมนาคม บ้านพ่อแม่ของน้องบีตั้งอยู่หมู่ 2 ต.โพธิ์ประทับช้าง อ. โพธิ์ประทับช้าง จ.พิจิตร อยู่ห่างจากโรงพยาบาลพิจิตร เป็นระยะทางประมาณ 24 กิโลเมตร บ้านพักอาศัยจะอยู่ติดกับถนนสาย พิจิตรไป อ. โพธิ์ประทับช้าง ก่อนถึง อ. โพธิ์ประทับช้าง ประมาณ 2 กิโลเมตร เป็นถนนลาดยางตลอด สาย มีรถประจำทางวิ่งระหว่างตัวเมืองจังหวัดพิจิตรไป อ. โพธิ์ประทับช้าง วันละ 4 เที่ยว ไปกลับ รอบเช้าเที่ยง บ่าย และเย็น ชาวบ้านในชุมชนส่วนใหญ่จะใช้รถจักรยานยนต์ส่วนตัวในการเดินทาง เช่นเดียวกับครอบครัวน้องบี จะมารับบริการที่โรงพยาบาลพิจิตรด้วยรถจักรยานยนต์ เนื่องจาก สะดวกและรวดเร็วกว่าในการเดินทางด้วยรถโดยสารประจำทาง จากการที่ผู้วิจัยเดินทางไปพบกับ ครอบครัวน้องบี พบว่าบ้านพ่อแม่ของน้องบีหาไม่ยาก สอบถามชาวบ้านในชุมชน หมู่ 2 จะรู้จักกันหมด ดังแสดงแผนที่ไว้ดังนี้

รูปที่ 4 แผนผังที่ตั้งบ้านครอบครัวน้องบี



2.2 สภาพบ้าน บริเวณและพื้นที่ในการอยู่อาศัย บ้านของพ่อแม่ น้องบี ปลูกสร้างจากไม้ชั้นเดียว หลังคามุงสังกะสีแบบง่ายๆ ประตูบ้านทำด้วยไม้อัด หน้าต่างเป็นแบบเปิดในลักษณะคั่นขึ้นใช้ไม้ค้ำ พื้นเพซีเมนต์ขัดมัน มีห้องน้ำแยกออกจากตัวบ้าน ไม่มีผนังห้องกัน เป็นห้องโล่งๆ มีที่นอน หมอน มุ้ง วางอยู่ด้านมุมของตัวบ้าน ส่วนด้านหน้าใกล้ประตูทางเข้าจะมี ชั้นวางทีวีเล็ก 1 เครื่อง ส่วนบริเวณรอบบ้านมีลักษณะทางลาดชันลงไปเป็นทุ่งหญ้ารกและที่นาปลูกข้าว บ้านที่ปลูกอาศัยในละแวกนั้นค่อนข้างห่างกันพอสมควร ไม่ได้อยู่รวมกันเป็นกลุ่มๆ

2.3 การเดินทางเพื่อนำเด็กไปรับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากการเดินทาง ไปรับบริการที่โรงพยาบาลพิจิตรมีความสะดวกสบาย ถนนลาดยางตลอดสาย มีรถโดยสารประจำทาง วันละ 4 เที่ยว แต่ครอบครัวของน้องบีเลือกที่จะนำน้องบีไปรับบริการที่โรงพยาบาลพิจิตร ด้วยวิธีการ ขี่รถจักรยานยนต์ส่วนตัวไป ด้วยเหตุผลดังนี้

- รวดเร็วและสะดวกสบาย
- ไม่เสียเวลาในการรอคอยรถโดยสารประจำทาง
- ประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า เนื่องจากถ้าเดินทางด้วยรถโดยสาร

ประจำทางจะต้องเสียค่าเดินทางคนละ 20 บาท 2 คน รวม 40 บาท และเสียค่ารถสามล้อจากสถานี ขนส่งผู้โดยสารไปโรงพยาบาลพิจิตรอีก 20 บาท รวมแล้วจะต้องเสียค่าใช้จ่าย 60 บาท ไปถึง 120 บาท ซึ่งถ้าเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์ส่วนตัวจะเสียค่าน้ำมันเพียง 40 บาทเท่านั้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น พ่อกับแม่ของน้องบีจึงเลือกการเดินทางด้วยวิธี ขี่รถจักรยานยนต์ส่วนตัว โดยมีพ่อเป็นคนขับ แม่อุ้มน้องบีซ้อนท้าย ถึงจะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ก็ตาม พ่อกับแม่ของน้องบีก็เลือกวิธีการเดินทางนี้ เพราะสะดวกรวดเร็วและประหยัดกว่า

2. ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว

ครอบครัวน้องบีประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ พ่อ แม่ น้องบี แต่ขณะที่ ผู้วิจัยกำลังดำเนินการวิจัยอยู่นี้จะมีป้าซึ่งเป็นพี่สาวของแม่ น้องบีมาช่วยดูแลเลี้ยงดูอยู่ด้วย เนื่องจาก

บ้านของป้าอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน ซึ่งสามารถแสดงแผนภาพจำนวนสมาชิกในครอบครัวนี้ได้ดังนี้

2.1 แผนภาพสมาชิกในครอบครัว

รูปที่ 5 แผนภาพสมาชิกในครอบครัวน้องบี



2.2 บุคลิกลักษณะสมาชิกในครอบครัว

- พ่อ อายุ 27 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่อเดือนประมาณ 3,000 บาท รูปร่างสูงไม่มากนัก ประมาณ 160 เซนติเมตร ผิวคล้ำ ผอม มีลักษณะนิสัยพูดน้อย ถามคำตอบคำ ผู้วิจัยพยายามใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้พ่อของน้องบีเล่าเรื่องราวต่างๆของน้องบี แต่พ่อน้องบีจะตอบสั้น เช่น ผู้วิจัยถามว่า “พ่อรู้สึกอย่างไรเมื่อรู้ว่าลูกเราเป็นเด็กดาวน์ซินโดรม” พ่อตอบว่า “รู้สึกเสียใจ” แล้วก็หยุดพูด ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ตั้งคำถามตลอด เช่น ผู้วิจัยถามต่อว่า “รู้สึกเสียใจแล้วทำอย่างไรต่อ” พ่อน้องบีก็ตอบสั้นๆว่า “ไม่รู้เหมือนกัน” จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าการพูดคุยกันครั้งแรกพ่อของน้องบียังไม่มีความไว้วางใจในผู้วิจัยมากนัก แต่ที่ตอบคำถามก็เพราะผู้วิจัยสวมบทบาทเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพิจิตรด้วย ซึ่งในการพบกันครั้งหลังๆ พบว่าพ่อของน้องบีมีความไว้วางใจมากขึ้น มีการพูดคุยกันมากขึ้น ไม่ต้องตั้งคำถามพ่อน้องบีก็พูดให้ผู้วิจัยฟังเลย เช่น “หมอ ผมว่าเขาก็ขึ้นคอเหมือนเด็กทั่วไปในวัยเดียวกันนะ” เป็นต้น

- แม่ อายุ 23 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ รูปร่างเตี้ย สูงประมาณ 150 เซนติเมตรกว่าๆ ท้วม ผิวคล้ำ มีลักษณะนิสัยพูดคุยเก่งพอสมควร จะตอบคำถามของผู้วิจัยอย่างรวดเร็วและบางครั้ง จะถามผู้วิจัยเสริมด้วย เช่น ผู้วิจัยถามว่า “แม่รู้สึกอย่างไรเมื่อรู้ว่าลูกเราเป็นเด็กดาวน์ซินโดรม” แม่ตอบว่า “รู้สึกเสียใจ ไม่รู้ว่าเป็นเวรกรรมอะไร” เมื่อน้องบีถามผู้วิจัยต่อด้วยว่า “แล้วหมอก็คิดว่าจะเลี้ยงดูง่ายไหม โรคนี้เป็นอย่างไร” จากการสัมภาษณ์และการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าแม่น้องบีมีความสนใจและดูแลเอาใจใส่น้องบีเป็นอย่างดี โดยจะอุ้มลูกและพูดคุยกับผู้วิจัยสลับกับมองลูกตลอดเวลา

- ป้า เป็นพี่สาวของแม่น้องบี อายุ 30 ปี จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 รูปร่างอ้วน สูงประมาณ 160 เซนติเมตร พูดคุยเก่ง จากการสังเกตของผู้วิจัยจะพบว่าป้าจะคอยเล่นกับน้องบีอยู่ตลอด มีความสนใจในตัวหลาน จะคอยตอบคำถามแทนแม่ของน้องบีเป็นบางครั้งด้วย เช่น ผู้วิจัยถามว่า “ตอนนี้ น้องบีขึ้นคอได้แค่ไหน” ป้าก็จะตอบแทนว่า “พอขึ้นคอได้แล้วหมอ”

- น้องบี อายุ 2 เดือน น้ำหนักประมาณ 4 กิโลกรัม รูปร่างหน้าตาคล้ายเด็กดาวน์ซินโดรม แม่อุ้มอยู่ตลอดเวลาขณะพูดคุยกับผู้วิจัย ไม่ดิ้นหรือร้องไห้เลย กรอกตามองไปมา

3. ข้อมูลที่เกี่ยวกับเด็ก

3.1 ประวัติการตั้งครรภ์ แม่ของน้องบีตั้งครรภ์น้องบีเมื่อมีอายุ 23 ปี ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ไม่มีประวัติเกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บครรภ์แต่อย่างใด ไปตามที่หมอนัดตรวจครรภ์ทุกครั้ง คลอดโดยผ่าออกเนื่องจากปากมดลูกไม่เปิด เป็นเวลา 6 ชั่วโมง แพทย์จึงพิจารณาว่าควรผ่าคลอดออกมา น้ำหนักแรกคลอด 2,900 กรัม สมบูรณ์แข็งแรงดี

3.2 ประวัติเกี่ยวกับความพิการ หลังจากคลอดน้องบีออกมาตั้งแต่วันแรก แพทย์เป็นผู้บอกพ่อและแม่น้องบีว่าน้องบีเป็นเด็กดาวน์ซินโดรม พ่อแม่น้องบีรู้สึกงง ไม่เข้าใจว่าน้องบีเป็นเด็กดาวน์ซินโดรมคืออะไร แล้วจะเป็นอย่างไรบ้าง อันตรายไหม พยาบาลโรงพยาบาลพิจิตรได้อธิบายว่าน้องบีเป็นเด็กดาวน์ซินโดรมนั้นจะมีลักษณะของพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติทั่วไป พ่อแม่รู้สึกกังวลมากขึ้นว่าจะเลี้ยงดูลูกอย่างไรดี แต่ยังไม่ค่อยเข้าใจว่าพัฒนาการที่ล่าช้าเป็นอย่างไรบ้าง ไม่กล้าที่จะซักถามพยาบาลมาก หลังคลอดน้องบีมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง สามารถดูดนมแม่ได้ แพทย์รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลพิจิตรได้ 4 วัน แพทย์ก็ให้กลับบ้านและนัดมาโรงพยาบาลพิจิตรเพื่อกระตุ้นพัฒนาการเมื่อลูกมีอายุได้ 2 เดือน

3.3 ประวัติการรับบริการ หลังจากมาพักที่บ้านแล้ว พ่อและแม่ก็พาน้องบีมารับบริการที่โรงพยาบาลพิจิตรตามวันนัดที่มารับวัคซีน เมื่อมีอายุได้ 1 เดือน และมาตรวจรับบริการเรื่องน้องบีไม่ค่อยถ่าย จะถ่ายยากมาก ท้องอืด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคลำไส้อุดตัน แพทย์โรงพยาบาลพิจิตรส่งตัวน้องบีไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เพื่อทำการผ่าตัดลำไส้เมื่อน้องบีอายุได้ 1 เดือน หลังจากการผ่าตัดพบว่าน้องบีมีอาการดีขึ้น ถ่ายได้เป็นปกติ คุณแม่ได้ดี แพทย์รักษาตัวอยู่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก อยู่ 2 อาทิตย์ แพทย์ให้กลับบ้านได้ และส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตรต่อไป ปัจจุบันนี้น้องบีไม่มีอาการของลำไส้อุดตันและมารับบริการด้านการกระตุ้นพัฒนาการที่โรงพยาบาลพิจิตรต่อไป

3.4 พัฒนาการด้านต่างๆ จากการสังเกตและสัมภาษณ์ของผู้วิจัย พบว่า พัฒนาการด้านต่างๆของน้องบี เป็นดังนี้

- พัฒนาการกล้ามเนื้อใหญ่ น่องบีเป็นเด็กหญิงผิวค่อนข้างขาว อ้วน สมบูรณ์ อายุ 2 เดือน 20 วัน น้ำหนักประมาณ 5,500 กรัม ความยาวลำตัวประมาณ 43 เซนติเมตร ใบหน้ารูปกลม ศีรษะขนาดปกติ คิ้วชี้เข้าหากัน (รูปร่างของใบหน้าเหมือนเด็กดาวน์ซินโดรม) พัฒนาการของกล้ามเนื้อใหญ่ตามอายุของน่องบี 2 เดือน 20 วัน พบว่าน่องบีมีพัฒนาการตามวัยของเด็กปกติทั่วไปวัย 2 เดือน คือสามารถชันคอได้ในท่าคว่ำ และเมื่อจับน่องบีนั่งก็สามารถยกหัว แยกหน้าขึ้นได้

- พัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา เมื่อเปรียบเทียบกับ พัฒนาการของเด็กอื่นๆทั่วไปในวัย 2 เดือน พบว่า น่องบีสามารถกำมือหลวมๆได้ เมื่อผู้วิจัยใช้นิ้วไปแตะที่ฝ่ามือของน่องบี

- พัฒนาการด้านการใช้ภาษาและความเข้าใจภาษา เมื่อเปรียบเทียบกับ พัฒนาการเด็กอื่นๆทั่วไปในวัย 2 เดือน พบว่า น่องบีสามารถฟังเสียง หันมองตามเสียงที่ดังๆได้ จากการสัมภาษณ์พ่อแม่ของน่องบี พบว่าน่องบียังไม่ส่งเสียงอ้อแอ้ได้

- พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม เมื่อเปรียบเทียบกับ พัฒนาการเด็กอื่นๆทั่วไปในวัย 2 เดือน พบว่าน่องบีสบตา ยิ้มตอบ แสดงความสนใจบ้างในบางครั้ง

4. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวที่มีต่อเด็ก

จากแบบสัมภาษณ์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย พบว่าครอบครัวของน่องบี มีปัญหาเกี่ยวกับ

- ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรม
- จะเลี้ยงดูลูกได้อย่างไร

และความต้องการของครอบครัวที่มีต่อเด็ก คือ

- อยากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรมว่าเป็นอย่างไร ต่อไปจะเป็นอย่างไร จะเลี้ยงดูอย่างไรดี

5. ข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็ง/จุดอ่อนและสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนครอบครัว

5.1 จุดแข็งของครอบครัว จากการสัมภาษณ์ครอบครัวของน่องบี พบว่า ครอบครัวของน่องบีมีป้าซึ่งเป็นพี่สาวของแม่มีส่วนร่วมสนับสนุนการเลี้ยงดูน่องบีมาตลอด เนื่องจากบ้านอยู่ใกล้เคียงกัน

5.2 จุดอ่อนของครอบครัว ลักษณะของครอบครัวน่องบีค่อนข้างเป็น ครอบครัวเดี่ยวที่แยกครอบครัวออกมา ประกอบอาชีพเองและฐานะยากจน ดังนั้นพ่อของน่องบีจึงไม่ค่อยมีเวลาที่จะช่วยเลี้ยงดู จะต้องออกไปรับจ้างทุกวัน

6. ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำแผน IFSP

ก่อนที่จะเริ่มต้นของการจัดทำแผน IFSP ผู้วิจัยได้ทำการอธิบายถึงขั้นตอนของการจัดทำแผน IFSP ให้กับครอบครัวเข้าใจก่อน ซึ่งขั้นตอนที่อธิบายดังกล่าวได้อธิบายเหมือนกับครอบครัวของน้องเอ

ขั้นตอนที่ 3 IFSP Interim

เป็นขั้นตอนของการประสานงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆของโรงพยาบาลพิจิตร ที่สามารถให้บริการตรงกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวน้องบีได้ ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน IFSP สำหรับครอบครัวน้องบี ได้แก่

1. แพทย์ (กุมารแพทย์)
2. นักจิตวิทยา
3. ครอบครัวน้องบี ได้แก่ พ่อ แม่ ป้า
4. ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการ

สำหรับแพทย์เป็นผู้ตรวจประเมินเด็กว่ามีปัญหาทางด้านคลินิกอะไรบ้างและเป็นผู้พิจารณาว่าจะส่งเด็กมารับบริการอะไรบ้าง จะไม่ได้มีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานด้านข้อมูลทางการแพทย์ให้กับสมาชิกทีมที่ร่วมประชุมจัดทำแผน IFSP เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาเด็กจำนวนน้อย และผู้วิจัยไม่สามารถประสานงานในการเข้าร่วมการวิจัยได้ อีกทั้งทางโรงพยาบาลยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ขั้นตอนที่ 4 MDL Evaluation

เป็นขั้นตอนที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็กเพื่อนำผลการตรวจประเมิน IFSP มาชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเบื้องต้นทราบ และเป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการประชุมครั้งที่ 1 ซึ่งจะจัดประชุมในวันที่ 9 ธันวาคม 2545 และข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องบี ในวันที่ 3 ธันวาคม 2545 มีดังนี้

1. แพทย์ น้องบีได้รับการตรวจประเมินทางการแพทย์ในวันที่ 3 ธันวาคม 2545 โดยกุมารแพทย์โรงพยาบาลพิจิตร ผลการตรวจประเมินพบว่า น้องบี มีพัฒนาการด้านต่างๆใกล้เคียง เด็กปกติทั่วไปทุกด้าน จึงแนะนำให้การรักษาโดยส่งปรึกษานักจิตวิทยา เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ

2. นักจิตวิทยา นื่องบีได้รับการประเมินจากนักจิตวิทยาโรงพยาบาลพิจิตรในวันที่ 3 ธันวาคม 2545 ผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการเป็นดังนี้

2.1 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พบว่า นื่องบีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 2 เดือน คือ เมื่อตั้งขึ้นจากท่านอนหงาย ศรีษะตกหงายไปข้างหลังเล็กน้อย

2.2 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พบว่านื่องบีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 2 เดือน คือ มองตามสิ่งของไปได้เป็นมุม 90° ในท่านอนหงาย

2.3 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา พบว่านื่องบีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่าเด็กอื่นๆทั่วไปอายุ 2 เดือน คือ มองหน้าได้นาน 5 วินาที

2.4 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการใช้ภาษาพบว่านื่องบีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่าเด็กอื่นๆทั่วไปอายุ 3 เดือน คือ ทำเสียงอ้อแอ้เมื่อมีคนคุยด้วย

2.5 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม พบว่านื่องบีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่าเด็กอื่นๆทั่วไปอายุ 2 เดือน คือ ยืมหรือส่งเสียงตอบเมื่อมีผู้พูดคุยและแตะต้องตัว

ขั้นตอนที่ 5 IFSP Meeting

เป็นขั้นตอนของการจัดทำแผน IFSP เพื่อรวบรวมข้อมูล ปัญหา ความต้องการ และกำหนดเป้าหมายในการบริการ รวมถึงการกำหนดวันเวลาและการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้วย ในการจัดประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ จะเป็นการจัดประชุมพร้อมกันทั้ง 3 ครอบครัว แต่จะเป็นการจัดทำแผนบริการที่แต่ละครอบครัว โดยมีครอบครัวน้องเอ น้องซี เป็นผู้เข้าร่วมประชุม เนื่องจากครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัว สนใจ และมีความสะดวกในวันและเวลาดังกล่าว อีกทั้งยังเป็นการให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อเด็กปัญญาอ่อนด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วันเวลาและสถานที่ในการประชุม ครอบครัวของนื่องบีเข้าร่วมในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ในวันที่ 9 ธันวาคม 2545 เวลา 10.00 – 11.00 น. ห้องกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ฝ่ายจิตเวชโรงพยาบาลพิจิตร

2. จำนวนสมาชิกทีม ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ของครอบครัว นื่องบี มีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมในการประชุมทั้งหมด 11 คน ประกอบด้วย

2.1 ครอบครัวนื่องบี ได้แก่ พ่อ แม่ ป้า และนื่องบี

2.2 ครอบครัวน้องเอ ได้แก่ ปู่ ย่า และน้องเอ

2.3 ครอบครัวน้องซี ได้แก่ แม่ น้องซี

2.4 นักจิตวิทยา

2.5 ผู้วิจัย

3. ปัญหา/ความต้องการของครอบครัว ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้ขอครอบครัวน้องบี ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ ป้า แสดงความรู้สึกลังปัญหาและความต้องการ ในการจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ปัญหาและความต้องการของครอบครัวน้องบี คือ

- ปัญหาเรื่องไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรมและการเลี้ยงดู ต้องการอยากมีความรู้ ความเข้าใจ และการเลี้ยงดู เกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรม รวมทั้งการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน

4. ผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็ก ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการได้ขอให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการได้นำเสนอผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องบี ให้กับครอบครัวของน้องบี และบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆทราบว่าเป็นอย่างไร โดยเริ่มจากบุคลากรทางด้าน

4.1 นักจิตวิทยาได้กล่าวถึงผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องบี มีพัฒนาการใกล้เคียงเด็กอื่นๆ ทั่วไป วัย 2 เดือน

- พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวใกล้เคียงกับเด็กอื่นๆ ทั่วไปอายุ 2 เดือน
- พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาใกล้เคียงกับเด็กอื่นๆ ทั่วไปอายุ 2 เดือน

- พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษาใกล้เคียงกับเด็กทั่วไปอายุ 2 เดือน
- พัฒนาการด้านการใช้ภาษาใกล้เคียงกับเด็กอื่นๆ ทั่วไป อายุ 3 เดือน
- พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคมเทียบกับเด็กอื่นๆ ทั่วไป อายุ 2 เดือน

5. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ครอบครัวของน้องบี บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยได้ทำการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการสำหรับครอบครัวน้องบีดังนี้

5.1 เป้าหมายในการบริการ

- ให้ความรู้ความเข้าใจและการเลี้ยงดูเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรมกับครอบครัวน้องบี และส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ทุกด้าน

5.2 แผนการให้บริการ

- นักจิตวิทยานัดวันเวลาที่น้องปีจะต้องมารับบริการในการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆทุกด้าน เดือนละ 1 ครั้ง เป็นอังคารที่สองของเดือน
- ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรมในวันเดียวกับนักจิตวิทยานัด

6. สรุปแผน IFSP สำหรับครอบครัวน้องปี



แผนบริการเฉพาะครอบครัว

สำหรับ

น้องปีและครอบครัว

9 ธันวาคม 2545

ทีมครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. นาย..... ความสัมพันธ์ พ่อ
2. นาง.....ความสัมพันธ์ มารดา
3. นาง.....ความสัมพันธ์ ป้า
4. นางสาว.....ความสัมพันธ์ นักจิตวิทยา
5. นายทวิศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยาภู ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการ

1. ข้อมูลทั่วไป

วัน/เดือน/ปีเกิด 9/10/2545 อายุ 2 เดือน เพศ หญิง ประเภทความพิการ ดาวน์ซินโดรม
ที่อยู่ อ.โพธิ์ประทับช้าง จ.พิจิตร

2. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

ชื่อผู้ปกครอง

1. นาย..... ความสัมพันธ์ พ่อ
2. นาง.....ความสัมพันธ์ มารดา
3. นาง.....ความสัมพันธ์ ป้า

ที่อยู่ อ.โพธิ์ประทับช้าง จ.พิจิตร เบอร์โทรศัพท์.....

3. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประสานงานบริการ

ชื่อผู้ประสานงานบริการ นายทวิศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยาภู
ที่อยู่ โรงพยาบาลพิจิตร อ.เมือง จ.พิจิตร เบอร์โทรศัพท์ 056-611355 ต่อ 219

4. ปัญหาและความต้องการของครอบครัว

- (1) ปัญหาเรื่องไม่มีความรู้ ความเข้าใจและการเลี้ยงดูเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรม ต้องการมีความรู้ ความเข้าใจและการเลี้ยงดูเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรม

5. จุดเด่นและแหล่งสนับสนุนของครอบครัว

- (1) มีป้าเป็นผู้ช่วยในการเลี้ยงดูแทนเมื่อพ่อและแม่ไปทำงานรับจ้าง

6. จุดอ่อนของครอบครัวเด็ก

- (1) พ่อไม่ค่อยได้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดู ต้องออกไปรับจ้างทำงานทุกวัน

7. ข้อมูลด้านพัฒนาการของเด็ก

- (1) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว

ระดับพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 2 เดือน สามารถดึงขึ้นจากท่านอนหงายศีรษะตกหงายไปข้างหลังเล็กน้อย

- (2) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา

ระดับพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 2 เดือน สามารถมองตามสิ่งของไปได้เป็นมุม 90° ในท่านอนหงาย

- (3) พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา

ระดับพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 2 เดือน สามารถมองเห็นได้นาน 5 วินาที

- (4) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา

ระดับพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 3 เดือน สามารถทำเสียงอ้อแอ้ เมื่อมีคนคุยด้วย

- (5) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม

ระดับพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 2 เดือน สามารถยิ้มหรือส่งเสียงตอบเมื่อมีผู้พูดคุยและแตะต้องตัว

8. ข้อมูลด้านสุขภาพ

- (1) เคยได้รับการผ่าตัดโรคกล้ามเนื้อตึงที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

9. เป้าหมายของทีมภายใน 4 เดือน

- (1) ให้ความรู้ ความเข้าใจ และการเลี้ยงดูเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรมกับครอบครัวน้องบี
- (2) ส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ทุกด้าน

10. แผนการรับบริการ

เป้าหมายที่ 1 ให้ความรู้ ความเข้าใจ และการเล็งดูเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรมกับครอบครัวน้องบี

เป้าหมายที่ 2 ส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆทุกด้าน

ผู้รับผิดชอบ	1. นักจิตวิทยา	วันเวลาด	ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน
	2. ผู้วิจัย	วันเวลาด	ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน

11. เริ่มแผนการรับบริการ

วันเดือนปีที่เริ่มแผน 10/12/2545



ขั้นตอนที่ 6 Service Begin

เป็นขั้นตอนของการเริ่มต้นบริการตามแผน IFSP ที่ได้ จัดทำภายหลังจากการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ซึ่งมีระยะเวลาในการรับบริการตามแผนเป็นเวลา 4 เดือน สำหรับครอบครัวน้องบีเริ่มต้นของการใช้แผน IFSP วันที่ 10 ธันวาคม 2545 และสิ้นสุดแผนบริการในวันที่ 11 มีนาคม 2546 ซึ่งมีรายละเอียดการให้บริการแก่ครอบครัวน้องบีดังนี้

1. การรับบริการจากหน่วยงานจิตเวช น้องบีมารับบริการจากนักจิตวิทยาในวันที่ 10 ธันวาคม 2545 ถึง วันที่ 11 มีนาคม 2546 รวมน้องบีและครอบครัวมารับบริการทั้งหมด 2 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งนักจิตวิทยาให้การบริการดังตาราง

ตารางที่ 16 แสดงกิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องบีจากหน่วยงานจิตเวช

เดือน	กิจกรรม
ธันวาคม 2545 ถึง มกราคม 2546	- ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และการเลี้ยงดูเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรม - ฝึกการมองตาม - ฝึกการนอน ทานอาหารที่บริหารกล้ามเนื้อ คอ และสะโพก - คุยกับลูกบ่อยๆ และจัดเวลาให้ทานนม หรือคุยเล่นกับลูก - แนะนำของเล่นชิ้นแรกให้ลูก คือ กระป๋วน
กุมภาพันธ์ 2546 ถึง มีนาคม 2546	- ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และพัฒนาการของเด็กดาวน์ซินโดรม - ฝึกการมองตาม และการค้นหาเสียงโดยสายตา - เล่นกับลูกโดยใช้รู้ทั้งใจ (กระป๋วน) เคลื่อนไหวไปมา ซ้าย-ขวา บน-ล่างและด้านหลังใบหู

2. การรับบริการจากผู้วิจัย น้องบีมารับบริการที่หน่วยงานจิตเวชในวันที่ 10 ธันวาคม 2545 ถึงวันที่ 11 มีนาคม 2546 ผู้วิจัยได้ให้บริการโดยให้คำปรึกษาแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับเด็กดาวน์ซินโดรมจำนวน 2 ครั้ง

3. กิจกรรมที่ครอบครัวนำไปปฏิบัติที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ครอบครัวน้อมใจได้ รับคำแนะนำจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ในการกลับไปทำที่บ้าน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของน้องบี เนื่องจากโดยเฉลี่ยแล้วน้องบีมารับบริการเพียง 2 เดือน 1 ครั้ง เท่านั้น ดังนั้นเวลาส่วนใหญ่ น้องบีจะอยู่กับครอบครัว ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญมากที่จะนำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับมาฝึกปฏิบัติที่บ้าน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมที่ครอบครัวน้อมใจบันทึกไว้ดังตาราง

ตารางที่ 17 กิจกรรมที่ครอบครัวน้อมใจนำไปปฏิบัติที่บ้าน

เดือน	กิจกรรม	ปัญหาที่พบ	วิธีแก้ปัญหา	ความรู้สึที่มีต่อ กิจกรรม
ธันวาคม 2545 ถึง มกราคม 2546	1. ฝึกการใช้ของเล่น ที่มีเสียง 2. ฝึกการมองตาม วัตถุโดยใช้สีสดใส 3. พุดคุยจ้องมอง เวลาให้นมลูก	- - -	- - -	1. ไม่มีปัญหา อะไรสามารถฝึก ได้ -
กุมภาพันธ์ 2546 ถึง มีนาคม 2546	ฝึกเห มีอน เดือน ธันวาคม - มกราคม	-	-	-

ขั้นตอนที่ 7 IFSP Review

เป็นขั้นตอนของการทบทวนแผน IFSP เพื่อพิจารณาว่าแผนที่นำไปใช้มี ประสิทธิภาพหรือไม่ เมื่อนำแผนบริการไปใช้แล้ว เด็กมีพัฒนาการหรือความก้าวหน้าตามเป้าหมาย ที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งในการทบทวนแผนนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างครอบครัว ของเด็กและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แผนที่เหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว สำหรับแผน IFSP ของน้องบีนั้น หลังสิ้นสุดแผนบริการในวันที่ 11 มีนาคม 2546 ผู้วิจัยได้นำครอบครัวน้องบีมา

ประชุมในวันที่ 14 มีนาคม 2546 เพื่อพิจารณาทบทวนแผน IFSP ของครอบครัวน้องบี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัญหา/อุปสรรค

1.1 ด้านการฝึก ครอบครัวน้องบีไม่มีปัญหาด้านการฝึกตามคำแนะนำของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.2 ด้านการจัดทำแผน ในการจัดประชุมเพื่อทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 พบว่าครอบครัวมีส่วนในการแสดงความคิดเห็นน้อยจะเป็นการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเป็นส่วนใหญ่

1.3 ด้านเศรษฐกิจ ในการจัดทำแผน IFSP ของครอบครัวน้องบี ครั้งนี้พบว่าครอบครัวน้องบีมีปัญหาด้านการเงิน ไม่สามารถมารับบริการได้บ่อยครั้ง จึงทำให้ครอบครัวน้องบีมารับบริการได้เพียง 2 ครั้ง ใน 4 เดือน

2. ความก้าวหน้า หลังสิ้นสุดแผนบริการในวันที่ 11 มีนาคม 2546 ได้มีการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องบี จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ พบว่าน้องบีมีความก้าวหน้าของพัฒนาการในด้านต่างๆ ทุกด้านดีขึ้น โดยมีรายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 18 ความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านต่างๆของน้องบี

หน่วยงาน	พัฒนาการด้านต่างๆ				
	การเคลื่อนไหว	กล้ามเนื้อมัดเล็ก/สติปัญญา	ความเข้าใจภาษา	การใช้ภาษา	การช่วยเหลือตนเอง/สังคม
1. จิตเวช ครั้งที่ 1 (3/12/45)	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 2 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 2 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 2 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 3 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 2 เดือน
ครั้งที่ 2 (13/3/46))	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 3 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 3 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 3 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 3 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 3 เดือน

3. ปัญหาและความต้องการหลังจากทราบปัญหาอุปสรรคและความก้าวหน้าของน้องบีแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ครอบครัวน้องบีได้แสดงถึงปัญหาและความต้องการออกมา พ่อและแม่ของน้องบี ยังคงต้องการส่งเสริมพัฒนาการของน้องบี แต่คงมารับบริการบ่อยครั้งไม่ได้ เนื่องจากปัญหาด้านการเงิน

4. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการ ในการประชุมเพื่อทบทวนแผน IFSP ครั้งที่ 2 ครอบครัวของน้องบี บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยได้ทำการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการสำหรับน้องบีดังนี้

4.1 เป้าหมายในการบริการ

- น้องบีได้รับการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

4.2 แผนการให้บริการยังคงใช้แผนบริการ IFSP เหมือนครั้งที่ 1

5. สรุปแผน IFSP ครั้งที่ 2 สำหรับครอบครัวน้องบี ยังคงใช้แผนบริการ IFSP เหมือนครั้งที่ 1 แต่ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับเป้าหมายใหม่ที่เพิ่มขึ้นมาจากการทบทวนแผน

ตอนที่ 2.3 กระบวนการจัดทำแผน IFSP ที่เป็นกรณีศึกษาที่ 3

ขั้นตอนที่ 1 Finding Case

เป็นขั้นตอนของการค้นหาครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สำหรับครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาที่ 3 ใช้วิธีการค้นหาและคัดเลือก แบบเดียวกับครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 Initial Contact

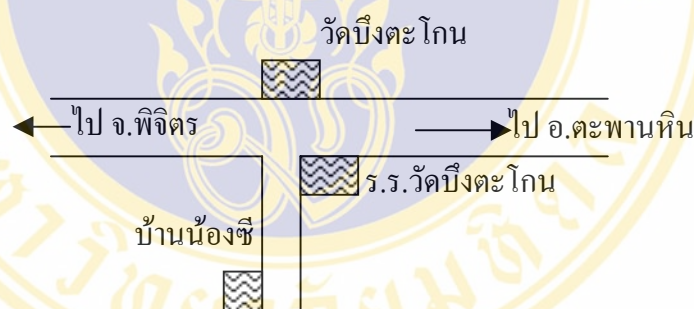
เป็นขั้นตอนของการพบปะพูดคุยกันเป็นครั้งแรก เพื่อเป็นการสัมภาษณ์ข้อมูล/ สอบถามและซักชวนครอบครัวที่มีลูกเป็นเด็กดาวน์ซินโดรม เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2545 หลังจากครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาที่ 3 ตอบตกลงในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับเด็กและครอบครัวซึ่งจะแบ่งบรรยายเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางกายภาพ

ครอบครัวของเด็กดาวน์ซินโดรมที่เป็นกรณีศึกษาที่ 3 ประกอบด้วย แม่ และตัวเด็กดาวน์ซินโดรม ชื่อ น้องซี (นามสมมุติ) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ที่ตั้ง/การคมนาคม บ้านของแม่ น้องซีตั้งอยู่ หมู่ 2 ต.ท่าหลวง อ.เมือง จ. พิจิตร อยู่ห่างจากโรงพยาบาลพิจิตรเป็นระยะทางประมาณ 7 กิโลเมตร บ้านพักอาศัยจะอยู่ในซอย แยกจากถนนสายพิจิตรไป อำเภอตะพานหิน เป็นถนนราดยางตลอดสาย การเดินทางจากจังหวัด พิจิตรของผู้วิจัยไปบ้านพักของน้องซี มีความสะดวกสบาย สามารถเดินทางได้หลายวิธี เช่น เดินทาง โดยรถโดยสารประจำทางสายพิจิตร-ตะพานหิน และรถจักรยานยนต์ส่วนตัว โดยถ้าออกจากจังหวัด พิจิตรไปตามถนนเส้นทางไปอำเภอตะพานหินระยะทาง 7 กิโลเมตร จะถึงวัดบึงตะโกนโดยมีซอย แยกจากถนนสายพิจิตร-ตะพานหิน อยู่ตรงข้ามกับวัดบึงตะโกน และติดกับโรงเรียนวัดบึงตะโกน ระยะทางจากปากซอยถึงบ้านของน้องซี ประมาณ 200 เมตร อยู่ทางขวามือของซอย จากการที่ผู้วิจัย เดินทางไปพบกับครอบครัวน้องซี พบว่าบ้านของแม่น้องซีหาไม่ยาก สอบถามกับชาวบ้านในชุมชน บริเวณนั้นรู้จักกันหมดดังแสดงแผนที่ไว้ดังนี้

รูปที่ 6 แผนที่ตั้งบ้านครอบครัวน้องซี



1.2 สภาพบ้านบริเวณและการใช้พื้นที่ในการอยู่อาศัย บ้านของแม่น้องซี ปลูกสร้างด้วยปูนเป็นบ้านชั้นเดียวลดระดับลงไปด้านหลังบ้านซึ่งจะเป็นห้องครัวมีห้องน้ำ 1 ห้อง ห้องนอน 2 ห้อง และบริเวณพื้นที่ทางเข้าประตูบ้านด้านหน้า จะมีลักษณะเหมือนห้องรับแขกมี โทรทัศน์ตั้งอยู่ 1 เครื่อง ภายในบ้านมีของเล่นเด็กมากมายวางอยู่ที่พื้นส่วนบริเวณรอบบ้านเป็นลาน ดินกว้างๆ มีบ้านปลูกด้วยไม้ 2 ชั้น มีใต้ถุนบ้านอยู่ ทั้ง 2 ด้าน เป็นบ้านญาติๆ ของพ่อน้องซี

1.3 การเดินทางเพื่อนำเด็กไปรับบริการ เนื่องจากการเดินทางไปรับ บริการที่โรงพยาบาลพิจิตรมีความสะดวกสบาย ถนนราดยางอย่างดีมีรถโดยสารประจำทางสาย พิจิตร-ตะพานหินทุกชั่วโมง แต่ครอบครัวของน้องซีเลือกที่จะนำน้องซีไปรับบริการที่โรงพยาบาล พิจิตรด้วยวิธีการขับรถจักรยานยนต์ส่วนตัวไปด้วยเหตุผลดังนี้

- รวดเร็ว สะดวกสบาย

- ไม่เสียเวลาในการรอคอยโดยสารรถประจำทาง
- ประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่า เนื่องจากถ้าเดินทางด้วยรถโดยสาร

ประจำทางจะต้องเสียค่าเดินทางคนละ 10 บาท 2 คน รวม 20 บาท และจะต้องเสียค่ารถสามล้อรับจ้างจากสถานีขนส่งผู้โดยสารไปโรงพยาบาลพิจิตรอีก 20 บาท รวมแล้วจะต้องเสียค่าใช้จ่าย 40 บาท ไปกลับ 80 บาท ซึ่งถ้าเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์ส่วนตัวจะเสียค่าน้ำมันไปกลับเพียง 20 บาทเท่านั้น

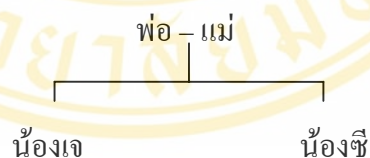
ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น แม่น้องซีจึงเลือกการเดินทางด้วยวิธีขับรถจักรยานยนต์ส่วนตัว โดยมีแม่เป็นผู้ขับและน้องซีนั่งอยู่ด้านหลังของแม่ ถึงจะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุก็ตาม แม่ของน้องซีก็เลือกวิธีการเดินทางนี้ เพราะสะดวกรวดเร็วและประหยัดกว่า

2. ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว

ครอบครัวน้องซีประกอบด้วยสมาชิก 4 คน คือ พ่อ แม่ พี่ชายของน้องซี ชื่อ เจ (นามสมมุติ) และน้องซี (นามสมมุติ) แต่ขณะที่ผู้วิจัยกำลังดำเนินการวิจัยอยู่นี้ จะไม่มีพ่อของน้องซีอยู่ร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากพ่อของน้องซีทำงานอยู่ จ.นครปฐม ซึ่งสามารถแสดงแผนภาพจำนวนสมาชิกภายในครอบครัวน้องซีได้ดังนี้

2.1 แผนภาพสมาชิกในครอบครัว

รูปที่ 7 แผนภาพสมาชิกในครอบครัวน้องซี



2.2 บุคลิกลักษณะสมาชิกในครอบครัว

- พ่อ อายุ 35 ปี จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งใน จ.นครปฐม มีรายได้เฉลี่ย 10,000 บาทต่อเดือน ในระหว่างดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยไม่ได้พบกับพ่อของน้องซีเลย เนื่องจากต้องทำงานที่ จ.นครปฐม ข้อมูลเบื้องต้นได้จากการสัมภาษณ์ แม่ของน้องซี ผู้วิจัยจึงไม่สามารถกล่าวถึงบุคลิกลักษณะของพ่อน้องซีได้

- แม่ อายุ 34 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านได้รับค่าใช้จ่ายภายในบ้านจากพ่อของน้องซี แม่ของน้องซีมีรูปร่างลักษณะค่อนข้างเตี้ย สูงประมาณ 155 เซนติเมตร พุศน้อยแต่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับน้องซีได้ชัดเจน ให้ความสนใจต่อน้องซีได้ดี จำรายละเอียดเกี่ยวกับตัวลูกได้หมดตลอดระยะเวลาที่มารับบริการประมาณ 3 ปี เช่น ผู้วิจัย

ถามว่า “น้องซีเดินได้เมื่ออายุเท่าไร” แม่ของน้องซีก็ตอบได้ทันทีว่า “1 ปี 5 เดือน” จากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่า เมื่อได้มีการพูดคุยกันมากขึ้น แม่ของน้องซีก็เริ่มที่จะพูดมากขึ้นด้วยให้รายละเอียดเกี่ยวกับตัวเด็กได้มากขึ้น แต่ยังไม่ถึงขนาดที่จะพูดมากหรือพูดโดยที่ผู้วิจัยไม่ได้ถาม

- เด็กชายเจ อายุ 7 ปี กำลังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 มีลักษณะนิสัยร่าเริง พุดเก่ง และเล่นกับน้องซีได้โดยที่ไม่ทะเลาะกันหรือแย่งของเล่นกัน จะคอยดูแลเอาใจใส่ตัวน้องดี เช่น คุณแม่สั่งให้เด็กชายเจไปหยิบของเล่นให้น้อง เขาก็ไปหยิบและนั่งเล่นกับน้องได้ด้วยดี

- น้องซีเป็นบุตรคนที่ 2 ของพ่อแม่ อายุ 3 ปี 9 เดือน จากการไปเยี่ยมบ้านพบว่าน้องซีจะค่อนข้างเรียบร้อย สามารถเล่นของเล่นอยู่กับที่ได้ มีสมาธิค่อนข้างดี ไม่ขว้างปาของเล่น สามารถฟังคำสั่งของแม่ได้ เช่น คุณแม่สั่งให้สวัสดีผู้วิจัยน้องซีก็สามารถสวัสดีได้ไม่ซุกซน รียบร้อย จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าน้องซีไม่กลัวคนแปลกหน้า เวลาทำอะไรไม่ที่คุณแม่ก็จะบอกน้องซีตลอดว่าทำให้อีกต้อง และแม่ก็ทำให้ดูเป็นตัวอย่างตลอด

3. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก

3.1 ประวัติการตั้งครรภ์ แม่ของน้องซีตั้งครรภ์ เมื่ออายุ 30 ปี ตลอดระยะเวลาตั้งครรภ์ไม่มีประวัติเกี่ยวกับอุบัติเหตุต่างๆหรือการบาดเจ็บครรภ์แต่อย่างใด ไปตามแพทย์นัดตรวจครรภ์ทุกครั้ง ลักษณะการคลอดเป็นการคลอดปกติตามธรรมชาติ น้ำหนักแรกคลอด 2,650 กรัม สมบูรณ์ และแข็งแรงดี

3.2 ประวัติเกี่ยวกับความพิการ หลังจากคลอดน้องซีออกมาตั้งแต่วันแรก แพทย์เป็นผู้บอกพ่อและแม่น้องซีว่าเป็นเด็กดาวน์ซินโดรม พ่อแม่ของน้องซีรู้สึกสับสน ไม่เข้าใจว่าเกิดดาวน์ซินโดรมเป็นอย่างไร จะดูแลเลี้ยงดูอย่างไร อันตรายไหม ได้รับเพียงแต่คำแนะนำเบื้องต้นต่างๆเกี่ยวกับโรคดาวน์ซินโดรมเป็นอย่างไร แต่ไม่ได้บอกว่าลูกของตนจะเป็นอย่างไรต่อไป หลังจากอยู่โรงพยาบาลได้เพียง 3 วัน แพทย์ก็ให้กลับบ้านและนัดมาโรงพยาบาลฟิสิกส์ เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ตั้งแต่อายุได้ 2 เดือน จนถึงปัจจุบันมารับบริการตลอด

3.3 ประวัติการรับบริการ หลังจากกลับมาพักที่บ้านแล้ว พ่อกับแม่น้องซีมารับบริการที่โรงพยาบาลฟิสิกส์ ตามแพทย์นัดมาตลอด เช่น นักรับวัคซีนและนัดมารับการกระตุ้นพัฒนาการตลอด 3 ปีที่ผ่านมา น้องซีไม่มีประวัติเกี่ยวกับโรคหัวใจ ไทรอยด์ หรือโรคอื่นๆแต่อย่างใด

3.4 พัฒนาการด้านต่างๆ จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย พบว่า พัฒนาการด้านต่างๆของน้องซี เป็นดังนี้

- พัฒนาการกล้ามเนื้อใหญ่ น้องซีเป็นเด็กหญิงผิวขาว รูปร่างสมส่วนตามวัย มีอายุ 3 ปี 9 เดือน ไบหน้ารูปกลม ศีรษะขนาดปกติ ลิ้นชี้เข้าหากัน (รูปของไบหน้า

เหมือนเด็กควานชินโครม) พัฒนาการของกล้ามเนื้อใหญ่ตามอายุของน้องซี 3 ปี 9 เดือน พบว่า มีพัฒนาการตามวัยของเด็กอื่นๆทั่วไป 3 ปี 9 เดือน คือ สามารถขึ้นบันไดสลับเท้า ขึ้นขาเดียวได้ 1 วินาที กระโดดขาเดียวได้

- พัฒนาการกล้ามเนื้อเล็ก เมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการของเด็กอื่นๆทั่วไปในวัย 3 ปี 9 เดือน พบว่าน้องซียังไม่สามารถวางกลมได้ตามแบบที่ผู้วิจัยลองทดสอบ

- พัฒนาการด้านการใช้ภาษาและการเข้าใจภาษา เมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการเด็กอื่นๆทั่วไปในวัย 3 ปี 9 เดือน พบว่ายังไม่สามารถพูดเป็นประโยคหรือเล่าเรื่องที่ตนเองประสบมา จะพูดแต่คำๆเดียว เช่น มา, เอา, ไป, แม่จ๋า ผู้วิจัยถามน้องซีว่าชื่ออะไร น้องซีมองแต่ไม่ตอบ แต่แม่เรียกชื่อเล่นก็สามารถหันมาหาได้แต่ไม่ทุกครั้ง

- พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม เมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการเด็กอื่นๆทั่วไปในวัย 3 ปี 9 เดือน พบว่ายังไม่สามารถถอดรองเท้าหรือใส่เสื้อเองได้ ไม่แบ่งของให้คนอื่นเล่น จะทำลายขว้างปาของเล่น จากการสอบถามแม่น้องซียังไม่สามารถบอกหรือควบคุมการจับถ่ายได้จะถ่ายออกมาเลย เล่นร่วมกับพี่ชายหรือเด็กอื่นๆไม่ค่อยได้ จะชอบดิ้น แย่งของเล่นเด็กอื่น

4. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวที่มีต่อเด็ก

จากการสัมภาษณ์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย พบว่าครอบครัวของน้องซีมีปัญหาเกี่ยวกับ

- พูดน้อย พูดเป็นคำๆ เช่น มา ไป เอา แม่จ๋า
- คือ ทำลายขว้างปาของเล่น

และความต้องการของครอบครัวที่มีต่อเด็กคือ

- อยากให้ลูกได้ฝึกพูด
- ปรับพฤติกรรมการเล่นรวมถึงการเล่นร่วมกับเด็กอื่นๆ

5. ข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็ง/จุดอ่อนและสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนครอบครัว

5.1 จุดแข็งของครอบครัว จากการสัมภาษณ์แม่น้องซี พบว่า แม่มีความสนใจในลูกมาก จะพยายามฝึกพัฒนาการของลูกอยู่เสมอตลอดระยะเวลา 3 ปี 9 เดือน แม่น้องซีมารับบริการตลอดตามนัดไม่เคยขาด

5.2 จุดอ่อนของครอบครัว ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว พ่อไปทำงานที่จังหวัดนครปฐม ญาติพี่น้องทางพ่อแม่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลเลี้ยงดูน้องซี แม่จะเป็นผู้ดูแลคนเดียวมาตลอด

6 ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำแผน IFSP

ก่อนที่จะเริ่มต้นของการจัดทำแผน IFSP ผู้วิจัยได้ทำการอธิบายถึงขั้นตอนของการจัดทำแผนบริการให้ครอบครัวเข้าใจก่อน ซึ่งขั้นตอนที่อธิบายดังกล่าวได้อธิบายเหมือนกับครอบครัวของน้องเอและน้องบี

ขั้นตอนที่ 3 IFSP Interim

เป็นขั้นตอนของการประสานงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆของโรงพยาบาลพิจิตร ที่สามารถให้บริการตรงกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวน้องซี ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน IFSP สำหรับครอบครัวน้องซี ได้แก่

1. แพทย์ (กุมารแพทย์)
2. นักจิตวิทยา
3. ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการ

สำหรับแพทย์เป็นผู้ตรวจประเมินเด็กว่ามีปัญหาทางด้านคลินิกอะไรบ้างและเป็นผู้พิจารณาว่าจะส่งเด็กมารับบริการอะไรบ้าง จะไม่ได้มีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานด้านข้อมูลทางการแพทย์ให้กับสมาชิกทีมที่ร่วมประชุมจัดทำแผน IFSP เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาเด็กจำนวนน้อย และผู้วิจัยไม่สามารถประสานงานในการเข้าร่วมการวิจัยได้ อีกทั้งทางโรงพยาบาลยังไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ขั้นตอนที่ 4 MDT Evaluation

เป็นขั้นตอนที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็กเพื่อนำผลการตรวจประเมิน IFSP มาชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเบื้องต้นทราบ และเป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการประชุมครั้งที่ 1 ซึ่งจะจัดประชุมในวันที่ 9 ธันวาคม 2545 และข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องซี ในวันที่ 3 ธันวาคม 2545 มีดังนี้

1. แพทย์ น้องซีได้รับการตรวจประเมินทางการแพทย์ ในวันที่ 3 ธันวาคม 2545 โดยกุมารแพทย์ โรงพยาบาลพิจิตร ผลการตรวจประเมินพบว่า น้องซีมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาและการช่วยเหลือตนเอง/สังคมล่าช้า จึงให้การรักษาโดยส่งปรึกษานักจิตวิทยาเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ

2. นักจิตวิทยา น้องซีได้รับการตรวจประเมินจากนักจิตวิทยาโรงพยาบาล พิจิตร ในวันที่ 3 ธันวาคม 2545 ผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการ เป็นดังนี้

2.1 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการ ด้านการเคลื่อนไหว พบว่า น้องซีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 4 ปี 6 เดือน คือสามารถวิ่งเตะลูกบอลได้

2.2 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา พบว่าน้องซีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่าเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 3 ปี 6 เดือน คือสามารถ ลอกกรุ๊ปเครื่องหมายบวก

2.3 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา พบว่าน้องซีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่าเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 3 ปี 9 เดือน คือ สามารถทำตามคำสั่ง 3 อย่างที่ต่อเนื่องได้

2.4 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พบว่า น้องซีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่าเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 2 ปี 9 เดือน คือร้องเพลงได้ถูกต้องหรือเกือบหมด มีผิดบ้าง

2.5 การตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการด้านการใช้ภาษา พบว่า น้องซีมีระดับพัฒนาการเทียบเท่าเด็กอื่นๆทั่วไปอายุ 4 ปี 2 เดือน คือสามารถเล่นเลียนแบบทาสู้ใหญ่ได้

ขั้นตอนที่ 5 IFSP Meeting

เป็นขั้นตอนของการจัดทำแผน IFSP เพื่อรวบรวมข้อมูล ปัญหา ความต้องการ และกำหนดเป้าหมายในการบริการ รวมถึงการกำหนดวันเวลาและการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ ของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้วย ในการจัดประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ จะเป็นการจัดประชุมพร้อมกันทั้ง 3 ครอบครัว แต่จะเป็นการจัดทำแผนบริการที่ละครอบครัว โดยมีครอบครัวน้องเอ น้องบี เป็นผู้เข้าร่วมประชุม เนื่องจากครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อน ทั้ง 3 ครอบครัว สนใจ และมีความสะดวกในวันและเวลาดังกล่าว อีกทั้งยังเป็นการให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อเด็กปัญญาอ่อนด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วันเวลาและสถานที่ในการประชุม ครอบครัวของน้องซี เข้าร่วมในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ในวันที่ 9 ธันวาคม 2545 เวลา 11.00 – 12.00 น. ห้องกระตุ้น พัฒนาการเด็ก ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร

2. จำนวนสมาชิกทีมในการประชุม เพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ของครอบครัว น้องบีมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมในการประชุมทั้งหมด 11 คน ประกอบด้วย

2.1 ครอบครัวน้องซี ได้แก่ แม่ และน้องซี

- 2.2 ครอบครัวน้องเอ ได้แก่ ปู่ ย่า และน้องเอ
- 2.3 ครอบครัวน้องบี ได้แก่ พ่อ แม่ ป้า และน้องบี
- 2.4 นักจิตวิทยา
- 2.5 ผู้วิจัย

3. ปัญหา/ความต้องการของครอบครัว ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้ให้ครอบครัวน้องซี ซึ่งได้แก่ แม่ และน้องซี แสดงความรู้สึกถึงปัญหาและความต้องการออกมาในการจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวน้องซี คือ

- 3.1 ปัญหาเรื่องการพูด ต้องการให้น้องซีพูดเป็นประโยค
- 3.2 ปัญหาเรื่องการถือ เข้ากับเด็กอื่นๆ ไม่ได้ ต้องการปรับพฤติกรรม

น้องซี

4. ผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็ก ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการได้ขอให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการได้นำเสนอผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องซี ให้กับครอบครัวของน้องซี และบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆทราบว่าเป็นอย่างไร โดยเริ่มจากบุคลากรทางด้าน

4.1 นักจิตวิทยา ได้กล่าวถึงผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องซีว่ามีพัฒนาการใกล้เคียงเด็กอื่นๆทั่วไปในวัยเดียวกัน ดังนี้

- พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว เทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 4 ปี 6 เดือน

- พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา เทียบเท่าเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 3 ปี 6 เดือน

- พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา เทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 3 ปี 9 เดือน

- พัฒนาการด้านการใช้ภาษา เทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 2 ปี 9 เดือน

- พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม เทียบเท่าเด็กอื่นๆทั่วไป อายุ 4 ปี 2 เดือน

5 กำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการ ในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 ครอบครัวของน้องซี บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการได้ทำการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการสำหรับครอบครัวน้องซี ดังนี้

5.1 เป้าหมายในการบริการ

หวัคดี

- น้องซีสามารถพูดเป็นประโยคอย่างน้อย 2 คำได้ เช่น กินข้าว,
- ปรับพฤติกรรมการเล่นและเข้าสังคมกับเด็กอื่นๆ ได้
- ส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน

5.2 แผนการให้บริการ

เป็นอังคารที่สองของเดือน

สถานบริการในการฝึกพูด

- นักจิตวิทยานัดวันเวลาที่น้องซีจะต้องมารับบริการเดือนละ 1 ครั้ง
- ผู้วิจัยให้คำแนะนำในวันแรกของการรับบริการที่จิตเวชเกี่ยวกับ

6 สรุปแผน IFSP สำหรับครอบครัวน้องซี

แผนบริการเฉพาะครอบครัว

สำหรับ

น้องซีและครอบครัว

9 ธันวาคม 2545

ทีมครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. นาง.....ความสัมพันธ์ มารดา
2. น.ส.....ความสัมพันธ์ นักจิตวิทยา
3. นายทวีศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยากุล ความสัมพันธ์ ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการ

1. ข้อมูลทั่วไป

วัน/เดือน/ปีเกิด 23/2/2542 อายุ 3/9 ปี เพศ หญิง ประเภทความพิการ ดาวน์ซินโดรม
ที่อยู่ อ.เมือง จ.พิจิตร

2. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

ชื่อผู้ปกครอง 1. นาง.....ความสัมพันธ์ มารดา
ที่อยู่ อ.เมือง จ.พิจิตร เบอร์โทรศัพท์.....

3. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประสานงานบริการ

ชื่อผู้ประสานงานบริการ นายทวีศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยากุล
ที่อยู่ โรงพยาบาลพิจิตร อ.เมือง จ.พิจิตร เบอร์โทรศัพท์ 056-611355 ต่อ 219

4. ปัญหาและความต้องการของครอบครัว

- (1) ปัญหาเรื่องการพูด
- (2) ปัญหาเรื่องพฤติกรรมของน้องซี เช่น เล่นกับเด็กอื่นๆไม่ได้

5. จุดเด่นและแหล่งสนับสนุนของครอบครัว

- (1) มีแม่ที่รักเอาใจใส่สนใจลูกอยู่ตลอดเวลา

6. จุดอ่อนของครอบครัวเด็ก

- (1) พ่อต้องทำงานที่จังหวัดนครปฐม ไม่ได้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดู

7. ข้อมูลด้านพัฒนาการของเด็ก

(1) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 4 ปี 6 เดือน สามารถวิ่งมาเตะลูกบอลได้

(2) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณ อายุ 3 ปี 6 เดือน สามารถถลอกรูปสัญลักษณ์บวกลบได้

(3) พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 3 ปี 9 เดือน สามารถทำตามคำสั่ง 3 อย่างที่ต่อเนื่องได้

(4) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 2 ปี 9 เดือน สามารถร้องเพลงได้ถูกต้องหรือเกือบหมด มีผัดบ้าง

(5) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม

ระดับพัฒนาการเทียบกับเด็กอื่นๆทั่วไปประมาณอายุ 4 ปี 2 เดือน สามารถเล่นเลียนแบบผู้ใหญ่ได้

8. ข้อมูลด้านสุขภาพ

(1) สมบูรณ์แข็งแรงดี

9. เป้าหมายของทีมภายใน 4 เดือน

- (1) น้องชีสามารถพูดเป็นประโยคอย่างน้อย 2 คำได้ เช่น กินข้าว, หวัดดี
- (2) ปรับพฤติกรรมการเล่นและเข้าสังคมกับเด็กอื่นๆได้
- (3) ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

10. แผนการรับบริการ

เป้าหมายที่ 1 น้องชีสามารถพูดเป็นประโยคอย่างน้อย 2 คำได้

ผู้รับผิดชอบ 1. นักจิตวิทยา วันเวลาดนัด ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน

เป้าหมายที่ 2,3 ปรับพฤติกรรมการเล่นและเข้าสังคมกับเด็กอื่นๆได้และส่งเสริมพัฒนาการ

ผู้รับผิดชอบ 1. นักจิตวิทยา วันเวลาดนัด ทุกวันอังคารที่ 2 ของเดือน

11. เริ่มแผนการรับบริการ

วันเดือนปีที่เริ่มแผน 10/12/2545

ลายเซ็น
ผู้ปกครอง

ลายเซ็น
ผู้ประสานงานบริการ



ขั้นตอนที่ 6 Service Begin

เป็นขั้นตอนของการเริ่มต้นบริการตามแผน IFSP ที่ได้ จัดทำภายหลังจากการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ซึ่งมีระยะเวลาในการรับบริการตามแผนเป็นเวลา 4 เดือน สำหรับครอบครัวน้องซีเริ่มต้นของการใช้แผน IFSP วันที่ 10 ธันวาคม 2545 และสิ้นสุดแผนบริการในวันที่ 11 มีนาคม 2546 ซึ่งมีรายละเอียดการให้บริการแก่ครอบครัวน้องซีดังนี้

1. การรับบริการจากหน่วยงานจิตเวช น้องซีมารับบริการจากนักจิตวิทยาในวันที่ 10 ธันวาคม 2545 ถึง วันที่ 11 มีนาคม 2546 รวมน้องซีและครอบครัวมารับบริการทั้งหมด 4 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งนักจิตวิทยาให้การบริการดังตาราง

ตารางที่ 19 กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องซีจากหน่วยงานจิตเวช

เดือน	กิจกรรม
ธันวาคม 2545 ถึง มกราคม 2546	- ฝึกให้ลูกกรูปลีเหลี่ยมและวงกลม หลังจากนั้นก็พยายามให้เด็กวาดตามคำสั่ง - ฝึกนำกระดาษสี 4 สี มาสอนเด็กว่า “มีสีอะไร” และบอกเด็ก หลังจากนั้นฝึกเด็กให้แยกสีต่างๆ - ฝึกเด็กให้รู้จักว่าตัวอักษรแต่ละตัวคืออะไร และหัดให้เด็กจับคู่ตัวอักษรและคำที่มีมือถือตัวอักษรนั้น - ฝึกเด็กเลียนแบบการวาดรูปตัววี - ฝึกเด็กให้รู้จักวัตถุที่มีผิวสัมผัสแข็ง, นุ่ม, หยิบ และเรียบ จากการนำวัตถุที่มีผิวสัมผัสดังกล่าวให้เด็กสัมผัสและบอกเด็ก - ฝึกเด็กให้รู้จักอันดับแรก-อันดับสุดท้ายจากการเล่นกับพี่ชาย - ฝึกเด็กพูดคำง่ายๆและมีความหมายต่างๆกันออกไป หลังจากนั้นเพิ่มคำพูดที่ติดต่อกัน 2-3 คำ มากขึ้นด้วย - ฝึกการช่วยเหลือตนเอง เช่น ฝึกเทน้ำจากเหยือกโดยพยายามไม่ให้หกและวางเหยือกกลับที่เดิม - ฝึกสอนเด็กให้รู้ว่าหนูอายุเท่าไร บ้านอยู่ที่ไหน - ฝึกเด็กให้รู้จักกรูปลีเหลี่ยมและวงกลม และพยายามฝึกให้เด็กวาดโดยเริ่มจากการลอกกรูปล่อน

ตารางที่ 19 (ต่อ) กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องชีจากหน่วยงานจิตเวช

เดือน	กิจกรรม
กุมภาพันธ์ 2546 ถึง มีนาคม 2546	- ฝึกบอกเด็กว่า “นี่คือสีอะไร” เพื่อให้เด็กรู้จักแยกสีและรู้จักว่าชื่อสีอะไร - ฝึกเด็กให้รู้จักกับตัวอักษรแต่ละตัว แล้วฝึกให้เด็กจับคู่อักษรกับรูปภาพและคำที่สอดคล้องกับตัวอักษรนั้นๆ - ฝึกเด็กหัดลอกรูปเครื่องหมายบวก - ฝึกเด็กให้รู้จักแยกความแตกต่างของผิวสัมผัสหยาบ, เรียบ, แข็ง, นุ่ม - ฝึกเด็กให้รู้จักอันดับแรก-อันดับสุดท้าย - ฝึกเด็กให้พูดคำง่ายๆ ที่ต่อกัน 2-3 คำมากขึ้น - ฝึกการกระโดดขาเดียว (ขาข้างใดก็ได้) 2-3 ครั้ง และชวนเด็กทำตาม - ฝึกการกระโดดไปข้างหน้าหลายๆ ครั้งติดกัน แล้วบอกให้เด็กกระโดดไปพร้อมกัน เริ่มจาก 2 ครั้ง แล้วเพิ่มขึ้นไปเรื่อยๆ - ฝึกให้เด็กจับคู่เหมือน - แนะนำให้ผู้ปกครองคัดกระดาษแข็งที่มีตัวอักษรที่เป็นคำที่ต่างกัน 4 คำ เช่น นก, ไก่, จาน, ลูกบอล และทำบัตรคำแต่ละคำเพื่อให้เด็กนำไปจับคู่คำ - ฝึกวาดรูปกากบาทโดยจับมือเด็กลากเส้นลงมาแล้วลากเส้นขวาง - ฝึกสัมผัสผิวต่างๆ กัน เช่น แข็ง-นุ่ม และหยาบ-เรียบ แล้วให้เด็กสัมผัสบอกว่าคืออะไร หลังจากนั้นทดสอบด้วยการให้เด็กหยิบหรือเลือกผิวสัมผัสที่เป็นคู่ตรงข้ามกัน - ฝึกเด็กทำตามคำสั่ง เช่น “ไปโต๊ะของหนู หยิบดินสอกับกระดาษแล้ววาดภาพ” - ขณะเด็กเล่นของเล่นฝึกให้เด็กนำของเล่นไปวางในตำแหน่งต่างๆ เช่น “ต่อจาก”, “ระหว่าง”, “ไว้กับ”, “ข้างหน้า”, “ข้างหลัง” - ฝึกเด็กให้รู้จักกับอวัยวะต่างๆ โดยจับมือเด็กไปสัมผัสกับแต่ละส่วนของร่างกายจนครบ 19 ส่วน แล้วแต่ละส่วนบอกให้เด็กรู้ว่าคืออะไร หลังจากนั้นเพิ่มจาก 19 ส่วน เป็น 22 ส่วน - วางของหลายๆ ประเภทที่ต่างกัน (ของเล่น, ยานพาหนะ, ผลไม้, เครื่องมือช่าง เป็นต้น) แล้วฝึกให้เด็กรู้จักและลองหยิบให้แต่ละประเภท

ตารางที่ 19 (ต่อ) กิจกรรมการรับบริการของครอบครัวน้องชีจากหน่วยงานจิตเวช

เดือน	กิจกรรม
	- วาดภาพที่แสดงให้รู้ว่า “กลางวัน”, “กลางคืน” แล้วลองให้เด็กหัดชี้ - ฝึกศัพท์ให้เด็กรู้จักมากกว่าเดิมแล้วให้เด็กพูดตาม - นำสิ่งของหลายๆอย่างที่เด็กไม่รู้จักมาให้ดูและชี้ไปที่ของเล่นเหล่านั้นพร้อมกับถามว่า “นี่อะไร” บอกให้เด็กพูดตาม ต่อไปกระตุ้นให้เขาถามเอง - สอนให้เด็กออกเสียงคำต่อไปนี้ ม-หม่า, มี, มา, ไม่, เหมียว, พ-พี, พ่อ, พัด, ป-ปาก, ปู, ปา, ปิด, ภ-ภาพ, ภูผา, บ-บ้าน ใบไม้, ดอกบัว, เครื่องบิน - ให้เด็กฟังเพลงสั้นๆ เช่น เพลงช้าง แล้วให้เด็กร้องตาม - หัดให้เด็กออกเสียงพยัญชนะ ต ด ท ธ น ก ข ค โดยแก้ไขทุกครั้งที่พูดผิดและให้พูดตาม - บอกเด็กว่าอายุเท่าไร แล้วลองถามเมื่อตอบถูกชมเชยทุกครั้ง ถ้าตอบผิดให้บอกอายุที่ถูกต้องและถามใหม่ จนเด็กตอบถูกต้อง - สอนเด็กที่จะถามคำถาม โดยเริ่มที่จะถามคำถาม เช่น บ้านหนูอยู่ไหน ถนนอะไร ตำบลอะไร จนเด็กตอบถูกต้อง - ให้เด็กฝึกการทาบแขนบนขนมโป้งทุกครั้งที่จะทาน - ฝึกเด็กให้ใช้ห้วเข็มขัดโดยจับมือเด็กให้ทำตาม - ผูกเชือกกรองเท้าให้เด็กดูซ้ำๆและให้เด็กทำตามไปพร้อมกัน

2. การรับบริการจากผู้วิจัย น้องชีมารับบริการที่หน่วยงานจิตเวชในวันที่ 10 ธันวาคม 2545 ถึงวันที่ 11 มีนาคม 2546 ผู้วิจัยได้ให้บริการเป็นจำนวน 4 ครั้ง โดยให้คำปรึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ในการฝึกพูด เนื่องจากโรงพยาบาลจิตตร ไม่มีบุคลากรทางด้านนักแก้ไขการพูด ซึ่งผู้วิจัยแนะนำให้ฝึกการแก้ไขการพูด กับนักแก้ไขการพูด โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ จังหวัดนครปฐม โดยประสานงานกับฝ่ายจิตเวช ในการออกไปส่งตัวไปรับบริการที่โรงพยาบาลดังกล่าว สาเหตุที่จะต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดนครปฐมเพราะ แม่ของน้องชีจะไปเยี่ยม พ่อของน้องชีที่ทำงานในจังหวัดนครปฐม

3. กิจกรรมที่ครอบครัวนำไปปฏิบัติที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ครอบครัวน้องชีได้รับคำแนะนำจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆในการกลับไปทำที่บ้าน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของน้องชี

เนื่องจากโดยเฉลี่ยแล้วน้องซีมารับบริการเพียงเดือนละครั้งเท่านั้น ดังนั้นเวลาส่วนใหญ่ของน้องซีจะอยู่กับครอบครัว ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญมากที่จะนำกิจกรรมต่างๆที่ได้รับมาฝึกปฏิบัติที่บ้าน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมที่ครอบครัวน้องซีบันทึกไว้ดังตาราง

ตารางที่ 20 กิจกรรมที่ครอบครัวน้องซีนำไปปฏิบัติที่บ้าน

เดือน	กิจกรรม	ปัญหาที่พบ	วิธีแก้ปัญหา	ความรู้สึกที่มีต่อ กิจกรรม
ธันวาคม 2545 ถึง มีนาคม 2546	1. ฝึกพูด - ดูรูปเรียกตาม - เรียกตามสิ่งที่เห็น 2. เรื่องสี การระบาย สี หัดเขียน จีด จับคู่ 3. ฝึกการสัมผัสไม้ เบาะ หรือวัสดุที่หา ได้ภายในบ้าน 4. ฝึกกลัมนื้อ, สอนกระโดด, หลบ สิ่งกีดขวาง	- น้องซีคือ ไม่ ยอมให้ความ ร่วมมือ	- ทำเป็นไม่สนใจ สักพัก - แสดงตัวอย่างให้ดู	- มีสมาธิมากขึ้น - เข้าใจในกิจกรรม มากขึ้น - เข้าใจในตัวเด็ก มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 7 IFSP Review

เป็นขั้นตอนของการทบทวนแผน IFSP เพื่อพิจารณาว่าแผนที่นำไปใช้มีประสิทธิภาพหรือไม่ เมื่อนำแผนบริการไปใช้แล้ว เด็กมีพัฒนาการหรือความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งในการทบทวนแผนนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างครอบครัวของเด็กและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แผนที่เหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว สำหรับแผน IFSP ของน้องซีนั้น หลังสิ้นสุดแผนบริการในวันที่ 11 มีนาคม 2546 ผู้วิจัยได้นำครอบครัวน้องซีมาประชุมในวันที่ 14 มีนาคม 2546 เพื่อพิจารณาทบทวนแผน IFSP ของครอบครัวน้องซี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัญหา/อุปสรรค

1.1 ด้านการฝึก ครอบครัวน้องซี มีปัญหา/อุปสรรคในเรื่องของการนำกิจกรรมต่างๆที่ได้รับการฝึกจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ไปฝึกที่บ้าน ซึ่งไม่สามารถควบคุมการฝึกของน้องซีได้ น้องซีจะดื้อ ไม่ให้ความร่วมมือในการฝึก จะทำบ้างไม่ทำบ้าง ขว้างปาของเล่น แต่แม่ของน้องซีก็ใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยทำเป็นแกล้งไม่สนใจเขาหรือไม่ก็แสดงตัวอย่างในการฝึกให้เขาดู เช่น แม่ต้องเข้าไปร่วมเล่นกับเขาด้วย

1.2 ในการจัดทำแผน ในการจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของครอบครัวน้องซีเป็นหลัก แต่การจัดทำแผนครั้งนี้ พบว่าครอบครัวของน้องซียังไม่ได้รับการตอบสนองตามปัญหาและความต้องการของเขาที่ได้วางเป้าหมายร่วมกัน จะเป็นการให้บริการตามที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นคนให้บริการเอง เช่น ครอบครัวน้องซีวิตกกังวลเรื่องพฤติกรรมของน้องซีที่ดื้อ เล่นกับเด็กอื่นๆไม่ค่อยได้ แต่กิจกรรมที่ให้บริการของบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวน้องซี จะเป็นการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านมากกว่า

2. ความก้าวหน้า หลังสิ้นสุดแผนบริการในวันที่ 11 มีนาคม 2546 ได้มีการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของน้องซีจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ พบว่าน้องซีมีความก้าวหน้าของพัฒนาการในด้านต่างๆทุกด้านดีขึ้น โดยมีรายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 21 ความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านต่างๆของน้องซี

หน่วยงาน	พัฒนาการด้านต่างๆ				
	การเคลื่อนไหว	กล้ามเนื้อมัดเล็ก/สติปัญญา	ความเข้าใจภาษา	การใช้ภาษา	การช่วยเหลือตนเอง/สังคม
1. จิตเวช ครั้งที่ 1 (3/12/45)	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 4 ปี 6 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 3 ปี 6 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 3 ปี 9 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 2 ปี 9 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 4 ปี 2 เดือน
ครั้งที่ 2 (13/3/46))	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 4 ปี 6 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 3 ปี 6 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 4 ปี 1 เดือน	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 5 ปี	- มีพัฒนาการในระดับเด็กทั่วไปอายุ 4 ปี 10 เดือน

3. ปัญหาและความต้องการ หลังจากทราบปัญหาอุปสรรคและความก้าวหน้าของน้องซีแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ครอบครัวน้องซีได้แสดงถึงปัญหาและความต้องการออกมา แม่ของน้องซีไม่ได้สะท้อนปัญหาพฤติกรรมของน้องซีออกมาในครั้งนี้เหมือนในครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจึงถามถึงปัญหาเรื่องพฤติกรรมดังกล่าวว่ายังเป็นปัญหาสำหรับแม่หรือไม่ แม่ของน้องซีกล่าวว่าไม่มีปัญหาดังกล่าว พฤติกรรมของน้องซีดีขึ้น สามารถเล่นกับเด็กอื่นๆได้ ขว้างปาของน้อยลง ไม่ดื้อ ฟังตามคำสั่งดีขึ้น แต่ขณะนี้มีปัญหาเรื่องการหาโรงเรียนให้กับน้องซี ซึ่งถึงเกณฑ์ที่จะต้องเข้าโรงเรียนแล้ว แม่ของน้องซีปฏิเสธโรงเรียนศึกษาพิเศษ ในจังหวัดพิจิตร ถึงแม้จะอยู่ใกล้กับบ้านของน้องซีก็ตาม แต่แม่ของน้องซีต้องการให้น้องซี เรียนโรงเรียนเรียนร่วมมากกว่า

4. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการ ในการประชุมเพื่อทบทวนแผน IFSP ครั้งที่ 2 ครอบครัวของน้องซี บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยได้ทำการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการสำหรับน้องซีดังนี้

4.1 เป้าหมายในการบริการ

- น้องซีได้รับการส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านต่อ
- ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับโรงเรียนเรียนร่วมในจังหวัดพิจิตร
- ประสานกับโรงเรียนที่ครอบครัวน้องซีต้องการ

4.2 แผนการให้บริการ ในส่วนของการส่งเสริมพัฒนาการ นักจิตวิทยา ยังคงนัดต่อเนื่องในวันและเวลาเดิมเหมือนแผน IFSP ครั้งที่ 1 แต่ในส่วนของการให้คำปรึกษา แนะนำและประสานงานเกี่ยวกับโรงเรียน ผู้วิจัยและนักจิตวิทยาเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกับครอบครัว ของน้องซี

5. สรุปแผน IFSP ครั้งที่ 2 สำหรับครอบครัวน้องซี ยังคงใช้แผนบริการ IFSP เหมือนครั้งที่ 1 แต่ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับเป้าหมายใหม่ที่เพิ่มขึ้นที่มาจากการทบทวนแผน

ตอนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผน IFSP

ในการวิจัยครั้งนี้พบปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผน IFSP ของแต่ละครอบครัว ดังตาราง

ตารางที่ 22 ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผน IFSP

ครอบครัว	ปัญหาอุปสรรค
น้องเอ	1. ด้านการฝึก ครอบครัวของน้องเอมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของการนำกิจกรรมต่างๆที่ได้รับจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆไปฝึกทำที่บ้าน ยังไม่สามารถควบคุมการฝึกน้องเอได้ น้องเอจะทำบ้างไม่ทำบ้าง จนโมโห ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวไม่เข้าใจเรื่องการปรับพฤติกรรมและการให้แรงเสริม 2. การจัดทำแผน IFSP ในการจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของครอบครัว แต่การจัดทำแผนครั้งนี้จะพบว่าครอบครัวมีส่วนในการนำเสนอความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อตัวน้องเอน้อย จะเป็นในลักษณะที่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง หรือนักวิชาชีพจะเป็นผู้วางแผนในการให้บริการเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้จะพยายามให้สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวแล้วก็ตาม 3. ขาดบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการจัดทำแผน IFSP ของน้องเอ ครอบครัวมีความต้องการในเรื่องของการฝึกพูดมาก แต่ทางโรงพยาบาลไม่มีนักแก้ไขการพูด ซึ่งทางผู้วิจัยได้ประสานงานให้นักจิตวิทยา ช่วยดูแลปัญหา และความต้องการ

ตารางที่ 22 (ต่อ) ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผน IFSP

ครอบครัว	ปัญหาอุปสรรค
น้องบี	ด้านการฝึกพูด พร้อมกับแนะนำการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครหลายแห่ง แต่ครอบครัวของน้องเอไม่สะดวกที่จะเดินทางไปรับบริการ 1. ด้านการจัดทำแผน IFSP ในการจัดประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 1 พบว่าครอบครัวน้องบีมีส่วนในการแสดงความคิดเห็นน้อยจะเป็นการแสดงความคิดเห็นจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นส่วนใหญ่ 2. ด้านเศรษฐกิจ ในการจัดทำแผน IFSP ของครอบครัวน้องบีครั้งนี้ พบว่ามีปัญหาด้านการเงิน พ่อต้องออกไปทำงานรับจ้างทุกวัน จึงทำให้ไม่สามารถมารับบริการได้บ่อยครั้ง ครอบครัวน้องบีจึงมารับบริการตลอดการดำเนินการวิจัยเพียง 2 ครั้งในระยะเวลา 4 เดือน
น้องซี	1. ด้านการฝึก ครอบครัวน้องซีมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของการนำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับการฝึกมาจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ไปฝึกที่บ้าน ซึ่งไม่สามารถควบคุมการฝึกของน้องซีได้ น้องซีจะคือไม่ให้ความร่วมมือในการฝึก จะทำบ้าง ไม่ทำบ้าง ขว้างปาของเล่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าครอบครัวไม่เข้าใจเรื่องการปรับพฤติกรรมและการให้แรงเสริม 2. การจัดทำแผน IFSP ในการจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของครอบครัวน้องซีเป็นหลัก แต่การจัดทำแผนครั้งนี้พบว่าครอบครัวของน้องซียังไม่ได้รับการตอบสนอง ตามปัญหาและความต้องการของเขาที่ได้วางเป้าหมายร่วมกัน
บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัย	1. การจัดบริการ พบว่าการจัดบริการตามความต้องการ และปัญหาของครอบครัวมีปัญหาอุปสรรคโดยเฉพาะการนัดเวลามารับบริการไม่สามารถตอบสนองต่อความสะดวกสบายในการมารับบริการได้ เนื่องจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในแต่ละสาขาวิชาชีพมีผู้ป่วยอื่นๆ ที่ต้องให้บริการ ดังนั้นวันเวลาที่นัดครอบครัวมารับบริการนั้น

ตารางที่ 22 (ต่อ) ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำแผน IFSP

ครอบครัว	ปัญหาอุปสรรค
	อาจจะเป็นวันเวลาที่สะดวกต่อการให้บริการสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องมากกว่าสะดวกต่อครอบครัว รวมถึงจำนวนครั้งที่แต่ละครอบครัวต้องมารับบริการพบว่าถ้าตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของครอบครัวนั้น จะได้จำนวนครั้งที่มารับบริการน้อยเฉลี่ยเพียงเดือนละครั้งเท่านั้น เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบของทีมที่นำมาให้บริการครอบครัวกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นรูปแบบของทีม Multidisciplinary ซึ่งมีลักษณะการทำงานร่วมกันของทีมแบบแยกส่วนกัน มีความเชี่ยวชาญต่างกัน โดยบุคลากรแต่ละคนให้บริการโดยตรงต่อครอบครัวแบบต่างคนต่างให้บริการ จะไม่ค่อยประสานงาน หรือปรึกษาหารือบุคคลอื่นในทีม 2. ทีมที่จะดูแลครอบครัว พบว่าทางโรงพยาบาลยังขาดบุคลากรอีกหลายด้านที่จะมาดูแลในปัญหาและความต้องการของครอบครัว โดยเฉพาะนักแก้ไขการพูด และแพทย์ที่จะเป็นส่วนหนึ่งของทีม เนื่องจากแพทย์มีจำนวนน้อย และไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้ 3. การจัดทำแผน พบว่าในระหว่างการดำเนินการตามแผนที่ได้จัดทำขึ้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องบางสาขาวิชาชีพยังขาดทักษะ และประสบการณ์ในการให้บริการเด็กปัญญาอ่อน ทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการเด็กลดลง ครอบครัวจึงเกิดความไม่มั่นใจในการมารับบริการ 4. ขาดบุคลากรที่เป็นผู้มองภาพรวมของการจัดทำแผน IFSP อย่างแท้จริง ซึ่งตัวผู้วิจัยเองยังขาดทักษะ ความรู้และประสบการณ์ ในสาขาวิชาชีพต่างๆ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนได้

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีต่อกระบวนการ IFSP

จากแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีต่อกระบวนการ IFSP ครั้งนี้พบว่า

1. นักจิตวิทยา

นักจิตวิทยา ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนบริการเฉพาะครอบครัว (IFSP) ว่าเป็นการจัดการที่เป็นระบบ มีทีมที่ชัดเจนในการร่วมกันรับผิดชอบต่อผู้ป่วย มีแบบแผนที่แน่นอน ทำให้

ง่ายต่อการเข้าใจในการเข้ามารับบริการของผู้ป่วย และนักวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง แต่การจัดทำแผน IFSP ในการวิจัยครั้งนี้ยังขาดบุคลากร หรือนักวิชาชีพอื่นๆที่มีส่วนในการจัดทำแผน IFSP เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ที่ควรมีส่วนร่วมในการจัดบริการในครั้งแรกให้กับครอบครัว

2. นักกายภาพบำบัด

นักกายภาพบำบัด ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนบริการเฉพาะครอบครัว (IFSP) ว่าเป็นการจัดบริการที่มีแบบแผนในการบริการให้กับผู้ป่วย และครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการตอบสนองตามปัญหาและความต้องการของครอบครัวอีกด้วย แต่การจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ ยังขาดบุคลากรที่มีส่วนสำคัญในการจัดทำแผน เช่น แพทย์ และยังขาดบุคลากรที่จะตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวด้วย เช่น นักแก้ไขการพูด

3. นักกิจกรรมบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับแผนบริการเฉพาะครอบครัว (IFSP) ว่าเป็นการจัดบริการที่ดี ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดบริการตามปัญหาและความต้องการของครอบครัวเอง ซึ่งทำให้ครอบครัวมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการมีส่วนร่วมในการดูแลลูกของตนเองโดยมีนักวิชาชีพต่างๆเป็นผู้ช่วย อีกทั้งยังเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในสาขาต่างๆกับครอบครัว เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน แต่การจัดทำแผนในครั้งนี้ตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวมากเกินไป เช่น ครอบครัวของเด็กขอมาทำแค่ 4 ครั้งในระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งน้อยเกินไป อยากให้มีการบริการที่มีจำนวนครั้งมากกว่านี้ ซึ่งบางครั้งน่าจะเกิดการตกลงกันระหว่างครอบครัวกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลว่าครอบครัวควรมาที่ครั้งครอบครัวต้องการ หรือสะดวกที่จะมารับบริการเท่าไร

ตอนที่ 5 ความพึงพอใจของครอบครัวที่มีต่อกระบวนการ IFSP

จากแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของครอบครัวที่มีต่อกระบวนการ IFSP ครั้งนี้พบว่า

1. ความพึงพอใจเกี่ยวกับสถานที่ และสิ่งแวดล้อม ทั้ง 3 ครอบครัวมีความพึงพอใจในสถานที่ และสิ่งแวดล้อมในการบริการ และการประชุม เนื่องจากได้รับความสะดวกสบาย และการต้อนรับเป็นอย่างดี

2. ความพึงพอใจเกี่ยวกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ

2.1 นักจิตวิทยา ทั้ง 3 ครอบครัวมีความพึงพอใจในการให้บริการของนักจิตวิทยามาก ให้บริการดี เข้าใจในสภาพครอบครัว ช่วยชี้แนะและให้คำแนะนำในการฝึกปฏิบัติให้กับเด็ก ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีแนวทางในการฝึก

2.2 นักกายภาพบำบัด ครอบครัวมีความพึงพอใจในการให้บริการ และการรักษามาก ช่วยฝึกเด็กให้สามารถพอกเดินได้ มีพัฒนาการที่ดีขึ้น เอาใจใส่ต่อเด็กดี ครอบครัวยังมีความรู้สึกมั่นใจในการเลี้ยงดูเด็กต่อไป

2.3 นักกิจกรรมบำบัด ครอบครัวมีความพึงพอใจในการให้บริการของนักกิจกรรมบำบัดมาก ช่วยกระตุ้นพัฒนาการให้กับเด็ก และแนะนำการฝึกต่างๆที่สำคัญกลับไปทำที่บ้าน มีความเอาใจใส่ต่อครอบครัว และเด็กดี ถึงแม้เด็กจะร้องไห้ด้วยความกลัวบ้าง

3. ความพึงพอใจเกี่ยวกับผลการให้บริการ ทั้ง 3 ครอบครัวมีความพึงพอใจในผลของการให้บริการเด็กๆทั้ง 3 คน มีพัฒนาการ/ความสามารถที่ดีขึ้น สามารถทำอะไรต่างๆที่ครอบครัวต้องการพอได้ เช่นการพูด การยืนเดิน ถึงแม้ว่าจะยังยืนเดินด้วยตนเองไม่ได้ในครอบครัวที่ 2 แต่เมื่อเทียบกับในช่วงแรกของการรับบริการเด็กก็พยายามที่จะเกาะยืนเดินมากกว่าจะนั่งเพียงอย่างเดียว

4. ความพึงพอใจเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำแผน IFSP ทั้ง 3 ครอบครัวมีความพึงพอใจในกระบวนการจัดทำแผน IFSP มาก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ครอบครัวมีความรู้สึกที่ดี ทำให้สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวอื่นๆได้

4.2 ทำให้มีความรู้ และแลกเปลี่ยนปัญหากันว่าครอบครัวอื่นๆเป็นอย่างไร แล้วเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับครอบครัวของตนเอง ก็จะรู้สึกเข้าใจว่าทำไมลูกของเราถึงเป็นอย่างนี้

4.3 ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีแนวทางในการเลี้ยงดู และฝึกพัฒนาการของลูกได้

4.4 ทำให้ง่ายต่อการมารับบริการ เนื่องจากครอบครัวจะรู้ว่าผู้รับผิดชอบคือใคร วันเวลานัดเมื่อไร

5. ข้อเสนอแนะ ทั้ง 3 ครอบครัวมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความพึงพอใจว่ามีความรู้สึกที่ดี ที่ลูกได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และยังได้รับคำแนะนำในการฝึกที่บ้าน มีคนมาเอาใจใส่ดูแลจนมีความรู้สึกว่าลูกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น แต่อยากให้ทางโรงพยาบาลพิจิตรช่วยเหลือในเรื่องของการหาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการฝึกพูดให้กับลูกของตน

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การวิจัยแบบการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการจัดทำแผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี ที่มารับบริการ ณ ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร จำนวน 3 ครอบครัว ในปีงบประมาณ 2545 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ แบบบันทึก และแบบประเมินระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2545 – มีนาคม 2546 หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะของการบรรยาย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำแผน IFSP ทั้ง 3 ครอบครัว นำมาสรุปและอภิปรายผลตามปัญหามานำในการวิจัย ดังนี้

1. แผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อนคืออะไร

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า แผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี ของทั้ง 3 ครอบครัว คือ การจัดทำแผนบริการครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี เป็นรายครอบครัว ซึ่งกระบวนการจัดทำแผนบริการจะพิจารณาถึงปัญหาและความต้องการของเด็กและครอบครัวเป็นสำคัญ การให้บริการจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้อง และบุคคลอื่นที่ครอบครัวเห็นว่าควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสำหรับแต่ละครอบครัว

แผนบริการ IFSP ในประเทศสหรัฐอเมริกา จะจัดบริการให้กับเด็กพิการที่มีอายุระหว่างแรกเกิด – 3 ปี ตามประมวลกฎหมายการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 1997 (Education for the Handicapped Act and The Individuals with Disabilities Act ; IDEA,

1997; อ้างถึงใน คณะกรรมการคัดเลือกและจำแนกความพิการเพื่อการศึกษา , 2543:68) สำหรับเด็กพิการที่มีอายุมากกว่า 3 ปี จะเป็นการจัดทำโปรแกรมการศึกษาเฉพาะบุคคลแทน (Individual Education plans, IEP) แต่การวิจัยครั้งนี้จะเป็นการศึกษาถึงการจัดทำแผน IFSP ให้กับเด็กปัญญาอ่อนจนถึงอายุ 6 ปีทั้งนี้เพราะว่าในประเทศไทยยังมีสถานที่ให้บริการช่วยเหลือเด็กตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) น้อย ส่วนใหญ่จะให้บริการอยู่ในโรงพยาบาล และศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต ซึ่งในประเทศไทยมีเพียง 13 เขตเท่านั้น (คณะกรรมการคัดเลือกและจำแนกความพิการเพื่อการศึกษา , 2543:16) และครอบครัวของเด็กพิการส่วนใหญ่ยังมีภูมิลำเนาที่ห่างไกลจากสถานที่ให้บริการช่วยเหลือเด็กระยะแรกเริ่มมาก อีกทั้งการศึกษาขั้นต้นของเด็กทั่วไปในประเทศไทยจะเริ่มต้นเมื่อมีอายุ 4 ปีขึ้นไป แต่สำหรับเด็กพิการนั้นจะพบว่าที่ครอบครัวจะนำเด็กมาเข้าโรงเรียนเด็กอาจจะมีอายุมากขึ้นแล้ว จึงทำให้การค้นพบความพิการเหล่านั้นล่าช้า เป็นเหตุให้ครอบครัวและเด็กพิการเสียโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม ซึ่งจะเป็นการนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพทุกๆด้านของเด็กต่อไป

2. มีกระบวนการจัดทำแผน IFSP อย่างไร

ในการศึกษาครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 3 ครอบครัวครั้งนี้ มีกระบวนการจัดทำแผน IFSP ทั้งหมด 7 ขั้นตอน ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนของแต่ละครอบครัวบ้าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 Finding Case

เป็นขั้นตอนของการค้นหาครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี ที่จะนำมาใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้สำหรับครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 3 ครอบครัว ใช้วิธีการค้นหาและคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากทะเบียนประวัติการรับบริการที่ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลจิตร ในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งพบว่ามีจำนวนประชากรของครอบครัวที่มีลูกเป็นเด็กปัญญาอ่อนอยู่ทั้งหมด 4 ครอบครัว

สถาบัน Nebraska Department of Education – Early Development Network(2002) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าขั้นตอนแรกของกระบวนการ IFSP จะเป็นขั้นตอนของการส่งต่อเด็ก (Referral) มาพบผู้ประสานงานบริการ ซึ่งการส่งต่อนี้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผน IFSP โดยมีตัวแทนที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ (Local Agencies) เป็นผู้ให้ข้อมูลก่อนว่าเมื่อครอบครัวมีลูกที่พิการแล้วควรได้รับการช่วยเหลือที่เขตไหน เป็นอย่างไร อีกทั้งยังต้องคำนึงถึงการได้รับความยินยอมจากครอบครัว ประโยชน์ที่เด็กจะได้รับและเป็นไปตามกฎหมาย แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการค้นหา เข้าพบกับครอบครัว และเชิญชวนครอบครัวที่จะนำมาเข้าร่วมกระบวนการจัด

ทำแผน IFSP ซึ่งครอบครัวทั้ง 3 ครอบครัวสมัครเข้าร่วมกระบวนการ IFSP ด้วยความเต็มใจ ถึงแม้จะยังไม่มีกฎหมายมาบังคับก็ตาม

ขั้นตอนที่ 2 Initial Contact

เป็นขั้นตอนของการพบปะพูดคุยกันเป็นครั้งแรก เพื่อเป็นการสัมภาษณ์ข้อมูล/สอบถาม และเชิญชวนครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 3 ครอบครัวตอบตกลงในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับเด็กและครอบครัว ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางกายภาพ ซึ่งได้แก่
 - 1.1 ที่ตั้ง/การคมนาคม
 - 1.2 สภาพบ้าน บริเวณและพื้นที่ในการอยู่อาศัย
2. ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว
 - 2.1 แผนภาพสมาชิกในครอบครัว
 - 2.2 บุคลิกลักษณะสมาชิกในครอบครัว
3. ข้อมูลที่เกี่ยวกับเด็ก
 - 3.1 ประวัติการตั้งครรภ์
 - 3.2 ประวัติเกี่ยวกับความพิการ
 - 3.3 ประวัติการรับบริการ
 - 3.4 พัฒนาการด้านต่างๆ
4. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวที่มีต่อเด็ก
5. ข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็ง/จุดอ่อนและสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนครอบครัว
 - 5.1 จุดแข็งของครอบครัว
 - 5.2 จุดอ่อนของครอบครัว
6. ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำแผน IFSP

ซึ่งการสัมภาษณ์ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับเด็ก และครอบครัวดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษาดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน ผู้วิจัยจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว โดยการสร้างสรรค์บรรยากาศที่เต็มไปด้วยความอบอุ่น เป็นมิตร ความจริงใจ ความไว้วางใจ และการรักษาความลับของสิ่งที่ได้สัมภาษณ์ข้อมูลต่างๆ ไม่ใช่เฉพาะจะสร้างให้เกิดขึ้นในการพบกันครั้งแรกเท่านั้น (วัชรีย์ ทรัพย์มี , 2533:231) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพยายาม

สร้างสัมพันธภาพแบบ Collaborative คือการสร้างสัมพันธภาพแบบการให้ความช่วยเหลือร่วมมือกัน ซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่อยู่ในระดับเดียวกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Nebraska Department of Education-Early development network , 2002)

2. ทักษะในการให้บริการปรึกษา (วัชร ทรัพย์มี , 2533:257)

- 2.1 ทักษะในการฟัง (Listening Skills)
- 2.2 ทักษะในการนำ (Leading Skills)
- 2.3 ทักษะในการสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก (Reflecting Skills)
- 2.4 ทักษะในการสรุปประเด็น (Summarizing Skills)
- 2.5 ทักษะในการให้ข้อมูล (Informing Skills)
- 2.6 ทักษะในการให้กำลังใจ (Reassuring Skills)
- 2.7 ทักษะในการตีความหมาย (Interpreting Skills)

ซึ่งในสถาบัน Nebraska Department of Education – Early Development Network (2002) พบว่าเป็นขั้นตอนของการพบกันครั้งแรกระหว่างผู้ประสานงานบริการกับครอบครัว (Services Coordinator Assigned and Initial Contact with Family) ซึ่งจะเป็นการให้และแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน โดยครอบครัวจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการของครอบครัวและเด็ก ส่วนผู้ประสานงานบริการจะเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม ระยะเวลาในการให้บริการ สิทธิ หน้าที่ ความรับผิดชอบของครอบครัว ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการได้ให้คำปรึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องคาว์ชันโดรมด้วย ขั้นตอนนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเพียง 1 วันของครอบครัวน้องเอ 2 วันของครอบครัวน้องบี และ 3 วันของครอบครัวน้องซี หลังจากได้ค้นหาครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนในขั้นตอนที่ 1 แล้ว

ขั้นตอนที่ 3 IFSP Interim

เป็นขั้นตอนของการประสานงานบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆของโรงพยาบาลพิจิตร เพื่อนำมาจัดตั้งทีมในการให้บริการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวทั้ง 3 ครอบครัว ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน IFSP สำหรับครอบครัวทั้ง 3 ครอบครัว ดังตาราง

ตารางที่ 23 บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผน IFSP ทั้ง 3 ครอบครัว

บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ครอบครัวน้องเอ	ครอบครัวน้องบี	ครอบครัวน้องซี
1. แพทย์	✓	✓	✓
2. นักจิตวิทยา	✓	✓	✓
3. นักกายภาพบำบัด	✓		
4. นักกิจกรรมบำบัด	✓		
5. ผู้วิจัยในฐานะผู้ประสานงานบริการ	✓	✓	✓

ในขั้นตอนนี้แพทย์เป็นผู้ตรวจประเมินเด็กว่ามีปัญหาทางด้านคลินิกอะไรบ้าง และเป็นผู้พิจารณาว่าจะส่งเด็กมารับบริการอะไรบ้าง ไม่ได้มีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานด้านข้อมูลทางการแพทย์ให้กับสมาชิกที่ร่วมประชุมจัดทำแผน IFSP

สถาบัน Nebraska Department of Education – Early Development Network (2002) จะพบว่าขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการประชุมเบื้องต้น เพื่อจัดตั้งทีมโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ ครอบครัวและผู้ประสานงานบริการ ซึ่งขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการก่อนการประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็ก เพื่อพิจารณาว่าเด็กควรจะได้รับบริการประเมินอะไรบ้าง จากใคร หรืออาจจะดำเนินการภายหลังจากการประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็ก เพื่อเตรียมการจัดตั้งทีมต่อไป แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการเตรียมจัดตั้งทีมก่อนการตรวจประเมิน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประสานงานกับบุคลากรต่างๆ ในโรงพยาบาลพิจิตร ตามปัญหาและความต้องการของครอบครัวที่ได้จากการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลไว้แล้ว และยังพบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา (Nebraska Department of Education – Early Development Network , 2002) ครอบครัวและเด็กพิการสามารถถูกส่งต่อมายังศูนย์บริการครอบครัว (Family Center) ได้ทันที ภายในศูนย์จะมีบุคลากรต่างๆ ที่ให้บริการพร้อมอยู่แล้วจึงสามารถจัดตั้งทีมได้เลย แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ยังต้องอาศัยการประสานงานเพื่อให้บุคลากรต่าง ๆ มาให้บริการตามปัญหาและความต้องการของครอบครัวก่อนที่จะนำบุคลากรเหล่านั้นมาจัดตั้งทีม ทั้งนี้เพราะการให้บริการในลักษณะนี้ เป็นการดำเนินงานครั้งแรกที่จัดทำขึ้นในโรงพยาบาลพิจิตร บุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการการจัดทำแผน IFSP ผู้

วิจัยจึงต้องใช้วิธีการประสานงานพร้อมกับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำแผน IFSP กับบุคลากรต่างๆก่อน

ขั้นตอนที่ 4 MDT Evaluation

เป็นขั้นตอนที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ ประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็กแล้ว นำผลการตรวจประเมิน IFSP มาชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเบื้องต้นทราบ เพื่อเป็นข้อมูลในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินความสามารถ/พัฒนาการของครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 3 ครอบครัว มีดังนี้

1. แพทย์ จากการตรวจประเมินทางการแพทย์โดยกุมารแพทย์ โรงพยาบาลพิจิตร พบว่าเด็กทั้ง 3 คน มีพัฒนาการดังนี้
 - 1.1 น้องเอ มีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน และยังมีอาการของโรคหัวใจรั่วและไทรอยด์ แพทย์จึงให้การรักษาทายาโดยให้ยา Ianoxia และ Eltroxin ทุกเดือนร่วมกับการส่งปรึกษานักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด
 - 1.2 น้องบี มีพัฒนาการใกล้เคียงเด็กอื่นๆทั่วไป แพทย์จึงส่งปรึกษานักจิตวิทยาเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน
 - 1.3 น้องซี มีพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษาและการช่วยเหลือตนเอง/สังคม แพทย์จึงส่งปรึกษานักจิตวิทยาเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน
2. นักจิตวิทยา จากการตรวจประเมินโดยนักจิตวิทยา โรงพยาบาลพิจิตร พบว่าเด็กทั้ง 3 คน มีพัฒนาการดังตาราง

ตารางที่ 24 ผลการตรวจประเมินพัฒนาการของ 3 ครอบครัวโดยหน่วยงานจิตเวช

ครอบครัว	พัฒนาการ				
	การเคลื่อนไหว	กล้ามเนื้อมัดเล็ก/สติปัญญา	การใช้ภาษา	การเข้าใจภาษา	การช่วยเหลือตนเอง/สังคม
น้องเอ	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 8 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 1 ปี	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 1 ปี 3 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 1 ปี 6 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี
น้องบี	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 2 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 2 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 3 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 2 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 2 เดือน
น้องซี	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 4 ปี 6 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 3 ปี 6 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 2 ปี 9 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 3 ปี 9 เดือน	- มีพัฒนาการเทียบเท่ากับเด็กอื่นๆทั่วไปวัย 4 ปี 2 เดือน

3. นักกายภาพบำบัด จากการตรวจประเมินโดยนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลพิจิตร พบว่า น้องเอ มี

- 3.1 กำลังกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง
- 3.2 ยังไม่สามารถลุกขึ้นยืนและเดินได้
- 3.3 ทรงตัวในท่ายืนไม่ได้

4. นักกิจกรรมบำบัด จากการตรวจประเมินโดยนักกิจกรรมบำบัดพบว่าน้องเอ มีพัฒนาการดังตาราง

ตารางที่ 25 ผลการตรวจประเมินพัฒนาการของครอบครัวน้องเอโดยหน่วยงานกิจกรรมบำบัด

ครอบครัว	พัฒนาการ				
	การเคลื่อนไหว	กล้ามเนื้อมัดเล็ก/สติปัญญา	การใช้ภาษา	การเข้าใจภาษา	การช่วยเหลือตนเอง/สังคม
น้องเอ	- สามารถนั่งทรงตัวได้ จับยืน จูงเดินเกาะเก้าอี้ได้	สามารถคว้าจับสิ่งของไว้ในมือได้	- สามารถเปล่งเสียงโต้ตอบได้ แต่ไม่เป็นคำ ใช้ท่าทางชัดเจน เมื่อไม่ต้องการหรือไม่อยากทำอะไรจะไม่พูด	- ทำตามคำสั่งต่างๆ ได้เมื่อผู้สั่งใช้ท่าประกอบสนใจ ฟัง การพูดและดูของเล่น	- สามารถจ้องมองหรือร้องไห้เมื่อเห็นคนแปลกหน้า หยิบของกินเข้าปากได้เองและสามารถเล่นกับเด็กอื่นๆ ได้

ในสถาบัน Nebraska Department of Education-Early Development Network (2002) จะพบว่าขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนของการประเมินความสามารถ/พัฒนาการของเด็กโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านวิชาชีพต่างๆ ซึ่งมีหลักในการประเมิน คือ การสังเกตเด็ก การสัมภาษณ์ครอบครัวและการแปลความหมายจากข้อมูลหรือรายงาน ซึ่งในการตรวจประเมินนี้ จะดำเนินในสถานที่ที่ครอบครัวสะดวก เช่น ที่บ้าน ชุมชน ศูนย์บริการการศึกษาหรือโรงเรียน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สถานที่ในการตรวจประเมินที่โรงพยาบาลพิจิตรเป็นหลัก ทั้งนี้เพราะเป็นการยากมากที่จะประสานงานให้บุคลากรต่างๆ ออกไปประเมินนอกสถานที่โดยเฉพาะแพทย์ ซึ่งทางโรงพยาบาลพิจิตรมีแพทย์จำนวนน้อยมากเพียง 2 คนเท่านั้น และครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 3 ครอบครัวสะดวกที่จะมารับการตรวจประเมินในสถานที่ดังกล่าวข้างต้น

ขั้นตอนที่ 5 IFSP Meeting

เป็นขั้นตอนของการจัดประชุมทำแผน IFSP เพื่อรวบรวมข้อมูล ปัญหา ความต้องการและกำหนดเป้าหมายในการบริการ รวมถึง การกำหนดวันเวลา และการแบ่งหน้าที่ความ

รับผิดชอบของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง



ตารางที่ 26 (ต่อ) รายละเอียดของการจัดทำแผน IFSP

รายละเอียดของการจัดทำแผน IFSP						
ครอบครัว	วันเวลา/สถานที่	จำนวนสมาชิก	ปัญหา/ความต้องการ	เป้าหมาย	แผนการให้บริการ	ข้อมูลอื่นๆ
น้องปี	วันและสถานที่ เดียวกันน้องเอ แต่ เวลา 10.00-11.00 น.	11 คน ประกอบด้วย - ครอบครัวน้องปี - ครอบครัวน้องเอ - ครอบครัวน้องซี - นักจิตวิทยา - ผู้วิจัย	- เรื่องไม่มีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับเด็ก ดาวน์ซินโดรม ต้องการอยากรู้ความรู้ ความเข้าใจและการ เลี้ยงดูเกี่ยวกับเด็ก ดาวน์ซินโดรม	ให้มีความรู้ความเข้าใจ และการเลี้ยงดูเกี่ยวกับ เด็กดาวน์ซินโดรม - ส่งเสริมพัฒนาการ ด้านต่างๆ ทุกด้าน	- พบนักจิตวิทยาทุก วันอังคารที่ 2 ของ เดือน - พบผู้วิจัยในวัน เดียวกับที่นักจิต วิทยานัด	- เคยได้รับการผ่า ตัดลำไส้จุดต้นที่ โรงพยาบาลพุทธ ชิน-ราช จังหวัด พิษณุโลก
	- วันและสถานที่ เดียวกันน้องเอ แต่ เวลา 11.00-12.00 น.	11 คน ประกอบด้วย - ครอบครัวน้องเอ - ครอบครัวน้องปี - ครอบครัวน้องซี - นักจิตวิทยา - ผู้วิจัย	- เรื่องการพูดต้องการ ให้น้องซีพูดเป็น ประโยค - เรื่องการสื่อสาร กับเด็กอื่นๆ ไม่ได้ ต้องการปรับพฤติ กรรมน้องซี	- น้องซีสามารถพูดเป็น ประโยคอย่างน้อย 2 คำ ได้เช่น กินข้าว, หวัดดี - ปรับพฤติกรรมการ เล่นและเข้าสังคมกับ เด็กอื่นๆ ได้ - ส่งเสริมพัฒนาการทุก ด้าน	- พบนักจิตวิทยาทุก วันอังคารที่ 2 ของ เดือน - - พบผู้วิจัยใน วันเดียวกับที่นักจิต วิทยานัด	

ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าก่อนถึงขั้นตอนของการประชุม เพื่อจัดทำแผน IFSP จะมีขั้นตอนของการนำผลการประเมินมาชี้แจงให้ครอบครัวเด็กพิการทราบว่าผลการประเมินเป็นเช่นใด เข้ากับหลักเกณฑ์ของกฎหมายที่กำหนดหรือไม่ ขั้นตอนของการจัดตั้งทีมและขั้นตอนก่อนการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP (Nebraska Department of Education-Early Development Network, 2002 ; Nancy E.S Gardner, 2002 ; Education law Center, 2002) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการลดขั้นตอนดังกล่าวไปรวมกับขั้นตอนของ IFSP Interim และขั้นตอนของการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP Meeting แทน เนื่องจากครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มีเวลามากเพียงพอที่จะดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของสหรัฐอเมริกาได้ ผู้วิจัยจึงต้องปรับลด และรวมบางขั้นตอนเข้าไว้ด้วยกัน

ส่วนขั้นตอนของการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ของการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความแตกต่างจากขั้นตอนของประเทศไทย จะแตกต่างบ้างในส่วนของบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ทางโรงพยาบาลไม่มีผู้เชี่ยวชาญในสาขาการฝึกแก้ไขการพูด และขาดแพทย์ร่วมประชุมจัดทำแผน เนื่องจากเหตุผลดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ผู้วิจัยจะเป็นเพียงผู้ประสานงานนำข้อมูลของการตรวจประเมินของแพทย์มากล่าวในที่ประชุมแทน

ในการจัดประชุม IFSP ของการวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการภายใน 15 วัน หลังจากได้ค้นหาและชักชวนครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 3 ครอบครัวแล้ว ซึ่งต่างจากของสถาบัน Nebraska Department of Education-Early Development Network (2002) ที่จะจัดขึ้นภายใน 45 วัน หลังจากได้รับการส่งต่อมาพบผู้ประสานงานบริการ

ขั้นตอนที่ 6 Service Begin

เป็นขั้นตอนของการเริ่มต้นบริการตามแผน IFSP ที่ได้ จัดทำภายหลังจากการประชุมเพื่อจัดทำแผน IFSP ซึ่งมีระยะเวลาในการรับบริการตามแผนเป็นเวลา 4 เดือน สำหรับครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 3 ครอบครัว พบว่า

ครอบครัวน้องเอเริ่มต้นของการใช้แผน IFSP วันที่ 10 ธันวาคม 2545 ถึงวันที่ 25 มีนาคม 2546 รวมครอบครัวน้องเอมารับบริการทั้งหมด 12 ครั้ง แยกเป็นนักจิตวิทยา 4 ครั้ง นักกายภาพบำบัด 4 ครั้ง นักกิจกรรมบำบัด 4 ครั้ง

ครอบครัวน้องบีเริ่มต้นของการใช้แผน IFSP วันที่ 10 ธันวาคม 2545 ถึงวันที่ 11 มีนาคม 2546 รวมครอบครัวน้องบีมารับบริการทั้งหมด 2 ครั้ง

ครอบครัวน้องซีเริ่มต้นของการใช้แผน IFSP วันที่ 10 ธันวาคม 2545 ถึงวันที่ 11 มีนาคม 2546 รวมครอบครัวน้องซีมารับบริการทั้งหมด 4 ครั้ง

ข้อมูลรายละเอียดของการให้บริการแก่ครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 3 ครอบครัว ศึกษาได้ในผลการวิจัย

ในส่วนของสถาบัน Nebraska Department of Education-Early Development Network (2002) จะพบว่าขั้นตอนของการเริ่มต้นบริการตามแผน IFSP จะจัดทำขึ้นภายใน 5 วัน หลังจากได้รับการยินยอมจากครอบครัว แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะเริ่มต้นจัดบริการตามแผน IFSP ในวันถัดมาเลย คือ ภายใน 1 วัน หลังจากครอบครัวทั้ง 3 ครอบครัวยินยอม

ขั้นตอนที่ 7 IFSP Review

เป็นขั้นตอนของการทบทวนแผน IFSP เพื่อพิจารณาว่าแผนที่นำไปใช้มีประสิทธิภาพหรือไม่ เมื่อนำแผนบริการไปใช้แล้วเด็กมีพัฒนาการหรือความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งในการทบทวนแผนนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างครอบครัวของเด็ก และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้แผนที่เหมาะสมสำหรับครอบครัว

แผน IFSP ที่นำไปใช้ครั้งนี้ครอบครัวทั้ง 3 ครอบครัวใช้เวลาในการดำเนินการตามแผน IFSP เป็นระยะเวลา 4 เดือน หลังจากนั้น ได้นัดประชุมเพื่อทบทวนแผนและจัดทำแผน IFSP ขึ้นมาใหม่เป็นครั้งที่ 2 เพื่อให้เหมาะสมกับครอบครัวแต่ละครอบครัวมากที่สุด ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัญหาอุปสรรค

1.1 ด้านการฝึกจะพบว่าครอบครัวของน้องเอและน้องซีมีปัญหา/อุปสรรคในเรื่องของการนำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องไปฝึกทำที่บ้านยังไม่สามารถควบคุมการฝึกได้ เด็กจะทำบ้างไม่ทำบ้าง ชนและโมโห

1.2 ด้านจัดทำแผน ทั้ง 3 ครอบครัวมีปัญหา/อุปสรรคในการจัดทำแผน ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น นำเสนอความคิด ความรู้สึกลงของตนเองที่มีต่อลูกน้อย ส่วนใหญ่ในที่ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นผู้จัดการวางแผนทั้งหมด จึงทำให้การรับบริการของครอบครัวเป็นไปตามเป้าหมายของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจาก

- ระดับการศึกษา ครอบครัวเด็กทั้ง 3 ครอบครัวมีระดับการศึกษาที่ต่ำ มีเพียงครอบครัวน้องซีเท่านั้น ที่พ่อและแม่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า แม่ของน้องซีจะแสดงความคิดเห็น และนำเสนอความคิด ความรู้สึกลงของตนเองออกมาพอสมควรมากกว่าอีก 2 ครอบครัว

- ความรู้เกี่ยวกับความพิการของเด็ก จากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในขั้นตอนที่ 2 จะพบว่าทุกครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความพิการของลูก จะสอบถามเกี่ยวกับเรื่องความพิการเป็นอย่างไร จะหายไหม จะเลี้ยงดูลูกของตนต่อไปอย่างไร เป็นต้น

- วัฒนธรรม จะพบว่าวัฒนธรรมของประเทศไทยในการจัดบริการนั้น จะมีลักษณะเป็นรูปแบบของผู้ให้บริการ กับผู้รับบริการ ซึ่งผู้รับบริการยังต้องเป็นผู้ที่คอยรับแนวทางในการให้บริการจากผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งตรงกับรูปแบบแนวคิดของ Family Centered Service (Nebraska Department of Education-Early Development Network , 2002) แบบ Enabling คือ เป็นรูปแบบกระบวนการที่ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ที่สร้างสรรค์โอกาสให้ครอบครัวแสดงความสามารถ แทนที่ผู้รับบริการจะแสดงความสามารถพัฒนาตนไปสู่การตัดสินใจ การควบคุม หรือจัดการกับความต้องการของตนได้ด้วยตนเอง (Empowering)

1.3 ด้านเศรษฐกิจ ในการจัดทำแผน IFSP ของครอบครัวน้องบี พบว่าครอบครัวน้องบีมีปัญหาด้านการเงิน ไม่สามารถมารับบริการได้บ่อยครั้ง จึงทำให้น้องบีมารับบริการได้เพียง 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 เดือน

2. ความก้าวหน้าหลังสิ้นสุดแผนบริการ IFSP พบว่าเด็กปัญญาอ่อนที่เป็นกรณีศึกษาทั้ง 3 ครอบครัว มีพัฒนาการที่ดีขึ้นทุกด้าน

3. ปัญหาและความต้องการ หลังจากทราบปัญหาและอุปสรรค ความก้าวหน้าของเด็ก ทั้ง 3 คนแล้ว พบว่าการจัดทำแผน IFSP ครั้งที่ 2 ครอบครัวทั้ง 3 ครอบครัว ยังคงปัญหาและความต้องการเดิมอยู่ยกเว้นครอบครัวน้องบีที่มีปัญหาด้านการเงินไม่สามารถที่จะพาน้องบีมารับบริการได้อีก

4. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการ ในการประชุมเพื่อทบทวนแผน IFSP ครั้งที่ 2 ครอบครัวทั้ง 3 ครอบครัว บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้วิจัยได้ทำการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการให้บริการ ซึ่งเป้าหมายและแผนการให้บริการยังคงใช้เหมือนแผน IFSP ครั้งที่ 1 ยกเว้นครอบครัวน้องบีที่จะต้องมีการวางแผนกำหนดเป้าหมายในการให้บริการที่ชุมชนหรือบ้าน เพื่อสะดวกต่อการรับบริการของครอบครัวน้องบี แต่ยังคงต้องประสานงานทำโครงการที่จะนำทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องไปให้บริการภายนอกโรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง

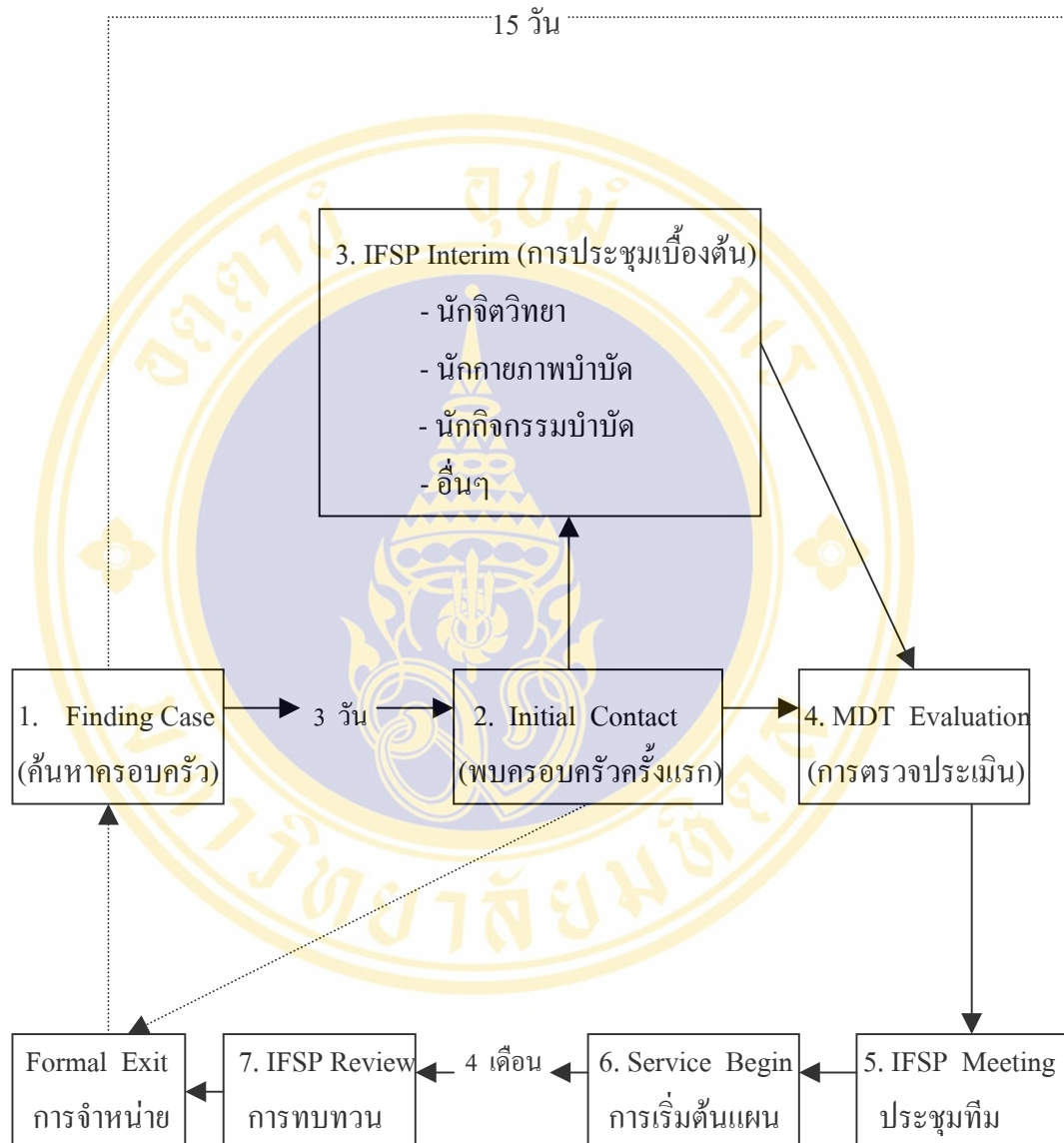
ในส่วนของสถาบัน Nebraska Department of Education-Early Development Network (2002) จะพบว่าขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการทบทวน แผน IFSP เช่นเดียวกันกับขั้นตอนของการทบทวนแผนในงานวิจัยนี้ จะแตกต่างกันในเรื่องของช่วงเวลาของแต่ละที่จะทบทวนแผนบริการทุกๆ 6 เดือน แต่งานวิจัยนี้จะทบทวนแผนทุก 4 เดือน เนื่องจากมีข้อจำกัดของเวลาในการดำเนินการวิจัย หลังจากขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนของการจำหน่ายออก (Formal Exit) ซึ่งในการ

วิจัยครั้งนี้ไม่มีขั้นตอนนี้เนื่องจากยังคงให้บริการครอบครัวเด็กปัญหาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัวอยู่ แต่ในของต่างประเทศจะมีเกณฑ์จำหน่ายออกจากแผน (Nebraska Department of Education-Early Development Network , 2002) คือ

- บุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ลงความเห็นว่เด็กไม่เหมาะสมกับแผนบริการนี้
- เด็กแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่มีความก้าวหน้ามากขึ้นและความล่าช้าของพัฒนาการนั้นมีระยะเวลาไม่ยาวนาน
- ครอบครัวตัดสินใจไม่รับบริการต่อ
- เด็กมีอายุมากกว่า 3 ปีขึ้นไป

กระบวนการจัดทำแผนเฉพาะครอบครัว (IFSP) สำหรับครอบครัวเด็กปัญหาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปเป็นแผนภาพขั้นตอนได้ดังนี้

รูปที่ 8 แผนภาพขั้นตอนกระบวนการจัดทำแผนบริการ IFSP



3. แผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี มีประโยชน์อย่างไร

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าแผนบริการ IFSP เอื้อประโยชน์ต่อครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัว บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และผู้วิจัยดังนี้

3.1 แผนบริการ IFSP เอื้อประโยชน์ต่อครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัว คือ

- IFSP เป็นเสมือนคู่มือหรือแผนที่ให้ครอบครัวใช้เป็นแนวทางในการพาเด็กมารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ทำให้ครอบครัวทราบว่าบริการต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับเด็กและครอบครัวมีอะไรบ้าง สามารถรับบริการได้ที่ไหน เวลาใด ใช้ระยะเวลาในการรับบริการนานเท่าใด

- ทำให้ครอบครัวเข้าใจในปัญหา ความสามารถและพัฒนาการของเด็กกว่าเป็นอย่างไร สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะเพิ่มความสามารถและความมั่นใจให้แก่ครอบครัวในการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการของเด็กต่อไป

- การจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้เป็นการจัดทำแผนที่นำกลุ่มครอบครัวทั้ง 3 ครอบครัวมาพบกันในการประชุมแผน ทำให้ครอบครัวแต่ละครอบครัวได้มีโอกาสการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประคับประคองความรู้สึกที่มีต่อลูกของตนเอง และเห็นตัวอย่างจากครอบครัวอื่นว่าเขาผ่านอุปสรรคหรือวิธีการเลี้ยงดูลูกของตนในช่วงเวลานั้นมาอย่างไร ซึ่งตรงกับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม ที่กล่าวว่า การให้บริการปรึกษาเป็นกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลซึ่งมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือต้องการจะแก้ปัญหาคือปัญหาหนึ่งร่วมกัน มาปรึกษาหารือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่ม ซึ่งสมาชิกในกลุ่มจะมีโอกาสได้แสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็นของแต่ละคน เป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตนเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา และได้ใช้ความคิดในการปัญหา หรือปรับปรุงตนเอง อีกทั้งได้รับฟังความรู้สึก และความคิดเห็นของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าผู้อื่นก็มีความรู้สึกขัดแย้ง หรือความคิดเห็นเช่นเดียวกับตน ไม่ใช่เขาค้นคนเดียวที่มีปัญหา (วัชร ทรัพย์มี, 2533 : 271-272)

- ช่วยให้ครอบครัวได้รับรู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับความพิการนั้นรวมถึงวิธีการดูแลเลี้ยงดูและจัดการกับความพิการของเด็ก

- ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน IFSP ด้วยทำให้การจัดบริการตรงกับปัญหาและความต้องการของครอบครัว รวมถึงครอบครัวมีความรู้สึกรับผิดชอบในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากขึ้น

3.2 แผนบริการ IFSP เอื้อประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ

- ช่วยทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบขอบเขต หน้าที่ ความรับผิดชอบและวันเวลาที่จะให้บริการของตนเอง

- IFSP มีลักษณะการทำงานร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องหลายๆ ฝ่ายทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อกัน ซึ่งจะทำให้การช่วยเหลือเด็กเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

- สามารถติดตามความก้าวหน้าของพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก ที่ได้จัดทำแผน IFSP ไว้ได้อย่างต่อเนื่อง

- การประชุมวางแผนร่วมกันจะช่วยตัดข้อมูลและบริการที่ซ้ำซ้อนหรือไม่จำเป็นออกไปจึงทำให้ครอบครัวได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการ มีความเหมาะสมสำหรับเด็กและครอบครัวแต่ละครอบครัว

- ทำให้มีทีมและแบบแผนที่แน่นอนชัดเจนและง่ายต่อการเข้าใจในการเข้ามารับบริการของครอบครัวและเด็ก

3.3 แผนบริการ IFSP เอื้อประโยชน์ต่อผู้วิจัย คือ

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยในฐานะที่จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ จะสามารถนำไปใช้ได้ ในลักษณะของ

- การนำทักษะต่างๆของการให้คำปรึกษา มาใช้ในการจัดทำแผน IFSP ซึ่งการนำทักษะต่างๆของการให้คำปรึกษามาใช้จะทำให้ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน เกิดความเข้าใจตนเอง และความเข้าใจในความพิการ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหา หรือความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับความพิการของเด็ก และยังสามารถช่วยให้ครอบครัวเข้าใจปัญหา ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจด้วยตนเอง อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนด้วยตนเองมากกว่าการพึ่งนักวิชาชีพ

- การเรียนรู้วิธีการจัดทำแผน IFSP ว่ามีกระบวนการอย่างไร ปัญหาอุปสรรค มีอะไรบ้างและจะแก้ไขปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นอย่างไร

- การเกิดความเข้าใจในสำคัญของแผนบริการ IFSP ว่ามีความจำเป็นมาก เพราะการจัดทำแผน IFSP นั้นจะเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนในการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของตนเองมากกว่าการพึ่งนักวิชาชีพเพียงอย่างเดียว

- การรู้วิธีการสืบค้นหาครอบครัวและเด็กพิการในชุมชนต่างๆ

- การส่งต่อให้กรณีของทีมไม่สามารถให้บริการตามปัญหาและความต้องการของครอบครัวและเด็กได้ ในการวิจัยครั้งนี้ทีมยังขาดบุคลากรด้านการแก้ไขการพูด ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำในการส่งต่อไปยังแหล่งบริการที่บุคลากรเหล่านั้นอยู่ เช่น ครอบครัวน้องชี มีความต้องการเรื่องของการฝึกพูดและพ่อของน้องชีทำงานอยู่ที่จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีนักแก้ไขการการพูดอยู่ที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ อีกทั้งแม่ของน้องชีจะเดินทางไปเยี่ยมพ่อของน้องชีอยู่พอดี ผู้วิจัยจึงแนะนำและประสานงานกับแพทย์ในการออกไปส่งต่อไปฝึกพูดที่โรงพยาบาลดังกล่าว

- รู้วิธีการประสานงานและการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ และครอบครัว ซึ่งจะทำให้เข้าใจในปัญหาความต้องการของครอบครัวเด็กและบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้

- ทำให้พบว่า IFSP เป็นกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงปัญหาและจัดบริการอย่างองคร่วม

4. ปัญหาอุปสรรคในการจัดทำและการนำแผนบริการ IFSP ไปใช้มีอะไรบ้าง

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัญหาอุปสรรคของการจัดทำแผนบริการ IFSP ดังตาราง

ตารางที่ 27 ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขในการจัดทำแผน IFSP

ขั้นตอน	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1. Finding Case	1. ในช่วงเริ่มต้นของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นหาครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนในชุมชนเขต จ.นครปฐม เพื่อนำมาเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนที่ผู้วิจัยจะมาดำเนินการวิจัยที่ จ.พิจิตร พบปัญหาอุปสรรคในการค้นหาครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่จะนำมาเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ 1.1 ได้รับการตอบรับข้อมูลจากแบบสอบถามที่ส่งไปตามสถานีอนามัยไม่ครบทุกสถานีใน จ.นครปฐม จะตอบกลับเพียง 30% ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด 1.2 ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนในเขตพื้นที่ จ.นครปฐม ที่ได้รับข้อมูลมาจากแบบสอบถามไม่สนใจในการเข้าร่วมบริการเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจาก	1.1 ควรมีการจัดระบบการค้นหาเด็กปัญญาอ่อนในชุมชน โดยอาจมีศูนย์รวบรวมข้อมูลเด็กปัญญาอ่อนทั้งหมดไว้ในสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง มีผู้รับผิดชอบแน่นอนและผู้รับผิดชอบควรรู้จักความพิการของเด็กด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้บริการง่ายต่อการเข้าถึงครอบครัวได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตารางที่ 27 (ต่อ) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขในการจัดทำแผน IFSP

ขั้นตอน	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
	- ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้น้อยต่อครอบครัวน้อย ไม่สามารถพาเด็กไปรับบริการตามสถานที่มาบริการได้ ถ้าพาไปต้องขาดรายได้ ถึงแม้ผู้วิจัยจะออกค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้ทั้งหมด แต่ครอบครัวก็ยังกลัวการตกงานและขาดรายได้ในอนาคต หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย - ปัญหาด้านสถานที่บริการใน จ.นครปฐม มีสถานที่ที่ให้บริการแก่ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนค่อนข้างมากมายและยังอยู่ใกล้กับกรุงเทพมหานคร ทำให้ครอบครัวไม่เชื่อมั่นในสถานที่ที่ผู้วิจัยจัดหาให้ ถึงแม้จะชักชวนครอบครัวเด็กไปดูสถานที่เหล่านั้นก่อนการวิจัยแล้วก็ตาม ส่วนการดำเนินการวิจัยในจังหวัดพิจิตรไม่พบปัญหาดังกล่าว เนื่องจาก ผู้วิจัยใช้วิธีการค้นหาครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนจากทะเบียนประวัติการมารับบริการ ฝ่ายจิตเวช โรงพยาบาลพิจิตร และชักชวนเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งครอบครัว	- ควรมีการออกกฎหมายสนับสนุน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยให้ครอบครัวสามารถหยุดงานหรือมีเงินชดเชยเพื่อนำเด็กไปรับบริการได้ ทั้งนี้เพราะครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการเลี้ยงดูเด็กมากกว่าผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยง - ควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมให้หน่วยงานในท้องถิ่นจัดทำแผน IFSP เนื่องจากกระบวนการ IFSP จะช่วยทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจในความพิการ รู้สิทธิรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการดูแลเลี้ยงดูลูกของตนเอง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะทำให้ครอบครัวเข้าใจว่าผู้เชี่ยวชาญในสถานที่ต่างๆ ไม่ได้มีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลเด็กมากไปกว่าครอบครัว

ตารางที่ 27 (ต่อ) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขในการจัดทำแผน IFSP

ขั้นตอน	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
2. Initial Contact	ไม่ได้ปฏิเสธอย่างไร อาจเนื่องจาก จ.พิจิตร มีสถานที่บริการสำหรับเด็กปัญญาอ่อน ในระยะแรกเริ่มเพียงโรงพยาบาลพิจิตร เท่านั้น จึงไม่มีปัญหาของการเลือกสถานที่ในการรับบริการ 2. ในขั้นตอนนี้จะมีปัญหาในช่วงของการพูดคุยกับครอบครัวเป็นครั้งแรก ครอบครัวของเด็กจะพูดคำตอบตามคำถามของผู้วิจัย และจะเริ่มพูดคุยกันมากขึ้นในครั้งหลังๆ ถึงแม้ผู้วิจัยไม่ถาม เนื่องจากในการพูดคุยครั้งหลังๆ ครอบครัวเริ่มที่จะ รู้จักผู้วิจัยและเกิดความไว้วางใจในตัว ผู้วิจัยมากขึ้นด้วย	2. ในขั้นตอนนี้ควรใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษาให้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้การพูดคุยเป็นการพูดคุยกันตามธรรมชาติ ไม่ใช่การตั้งคำถามเพียงอย่างเดียว ถึงแม้จะเป็นการตั้งคำถามควรตั้งคำถามแบบปลายเปิด
3. IFSP Interim	3. ในขั้นตอนนี้จะมีปัญหาเรื่องของการประสานงานแพทย์ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผน IFSP จากการวิจัยครั้งนี้ แพทย์มีส่วนร่วมเพียงการตรวจประเมินเด็กในครั้งแรกก่อนการประชุม เพื่อจัดทำแผนเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถที่จะประสานงานให้แพทย์เป็นส่วนหนึ่งของทีมได้	3. ควรมีกระบวนการสร้างความตระหนักให้กับแพทย์ ให้แพทย์เห็นถึงความสำคัญของการจัดทำแผน IFSP เพื่อทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับการให้บริการแก่ครอบครัวเด็กพิการ
4. MDT Evaluation	4. ในขั้นตอนนี้ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยมีหน้าที่เพียงแต่ประสานครอบครัวให้ไปรับการตรวจประเมินจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	4. ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ในการตรวจประเมินให้ลงรายละเอียดข้อมูล

ตารางที่ 27 (ต่อ) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขในการจัดทำแผน IFSP

ขั้นตอน	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
5. IFSP Meeting	ข้อต่างๆ ส่วนวิธีการตรวจประเมินขึ้นอยู่กับผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ตรวจประเมินเอง ซึ่งมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของความละเอียด และความชัดเจนของผลการตรวจประเมิน ที่มีผลต่อการวางแผน เป้าหมายในการกำหนดกิจกรรมที่มีความละเอียด 5. ในขั้นตอนนี้มีปัญหาอุปสรรคด้านการจัดทำแผน IFSP ในการจัดแผน IFSP ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของครอบครัว แต่การจัดทำแผนครั้งนี้พบว่าครอบครัวมีส่วนในการนำเสนอความคิดเห็นของตัวเองที่มีต่อตัวเด็กน้อยจะเป็นในลักษณะที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องหรือนักวิชาชีพจะเป็นผู้วางแผนในการให้บริการเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้จะพยายามให้สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวแล้วก็ตาม เนื่องจาก 5.1 ระดับการศึกษาของครอบครัวที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยพบว่ามีความรู้การศึกษาเพียงประถมศึกษา ยกเว้นครอบครัวน้องซีที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย	มากขึ้น 5. ควรใช้เทคนิคของการให้คำปรึกษา แนะนำ และการสร้างสัมพันธภาพแบบการให้ความช่วยเหลือร่วมมือและประสานงาน (Coordination and Collaboration) เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และพลังความสามารถ (Empower) ของครอบครัวออกมา

ตารางที่ 27 (ต่อ) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขในการจัดทำแผน IFSP

ขั้นตอน	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
	5.2 ความรู้เกี่ยวกับความพิการของเด็ก พบว่าในขั้นตอนของการสัมภาษณ์ ข้อมูลต่างๆ จะพบว่าทุกครอบครัวจะมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความพิการของเด็ก 5.3 วัฒนธรรม จะพบว่าระบบการให้บริการในประเทศไทยจะมีลักษณะเป็นแบบผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ รูปแบบลักษณะดังกล่าวจะทำให้ผู้รับบริการจะไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น จะเป็นผู้คอยรับการบริการจากผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว	
6. Service Begin	6. ในขั้นตอนนี้ จะมีปัญหาอุปสรรคต่างๆ ดังนี้ 6.1 ด้านการฝึก ครอบครัวเด็ก ปัญญาอ่อนทั้ง 3 ครอบครัว ยกเว้นครอบครัวน้องปีจะมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของการนำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ไปฝึกทำที่บ้าน ยังไม่สามารถควบคุมการฝึกเด็กได้ เด็กจะทำบ้างไม่ทำบ้าง ชน โมโห 6.2 ขาดบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการจัดทำแผน IFSP ซึ่งครอบครัวน้องเอและน้องซีมีความต้องการในเรื่องของการฝึกพูดมาก แต่ทางโรงพยาบาลไม่มีนักแก้ไขการพูด	6.1 ปรับกิจกรรม และเทคนิคการทำกิจกรรมของครอบครัวที่มีต่อเด็ก โดยให้ความรู้เรื่องการปรับพฤติกรรมและวิธีการฝึกโดยประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น 6.2 ประสานงานให้นักจิตวิทยาเป็นผู้ให้บริการในเบื้องต้นและผู้วิจัยให้คำปรึกษาในการส่งต่อไปรับบริการในสถานที่อื่นๆ ที่ครอบครัวสะดวก

ตารางที่ 27 (ต่อ) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขในการจัดทำแผน IFSP

ขั้นตอน	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
	6.3 ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวนี้ไม่มีปัญหาด้านการเงิน พ่อต้องออกไปทำงานรับจ้างทุกวัน จึงทำให้ไม่สามารถรับบริการได้บ่อยครั้ง ครอบครัวนี้จึงมารับบริการตลอดการดำเนินการวิจัยเพียง 2 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน 6.4 การจัดทำแผน พบว่าในระหว่างการดำเนินการตามแผนที่ได้จัดทำขึ้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องบางสาขาวิชาชีพยังขาดทักษะ และประสบการณ์ในการให้บริการเด็กปัญญาอ่อน ทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการเด็กลดลง ครอบครัวจึงเกิดความไม่มั่นใจในการมารับบริการ 6.5 การจัดบริการ พบว่าการจัดบริการตามความต้องการ และปัญหาของครอบครัวมีปัญหาอุปสรรคโดยเฉพาะการนัดเวลามารับบริการไม่สามารถตอบสนองต่อความสะดวกสบายในการมารับบริการได้ เนื่องจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในแต่ละสาขาวิชาชีพมีผู้ป่วยอื่นๆที่ ต้องให้บริการ ดังนั้นวันเวลาที่นัดครอบครัวมารับบริการ	6.3 ควรให้มีการจัดทำแผน IFSP เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อนและเป็นการสร้างพลังความสามารถของครอบครัวเด็กพิการด้วย อีกทั้งควรมีการสนับสนุนด้านการเงินโดยอาจมีการประสานงานให้ได้รับการช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล 6.4 ควรมีการประเมินทีมที่จะนำมาให้บริการว่ามีทักษะและประสิทธิภาพในการให้บริการแต่ละสาขาวิชาชีพต่างๆ อย่างไร เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ 6.5 ควรมีการจัดรูปแบบทีมที่จะให้บริการแบบ Transdisciplinary ซึ่งจะเป็นรูปแบบที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพต่างๆ ทำงานประสานร่วมมือกัน ไม่เฉพาะการแลกเปลี่ยนข้อมูล แต่จะรวมไปถึงบทบาท และความสัมพันธ์ที่จะนำไปสู่การวางแผนเป้าหมาย

ตารางที่ 27 (ต่อ) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขในการจัดทำแผน IFSP

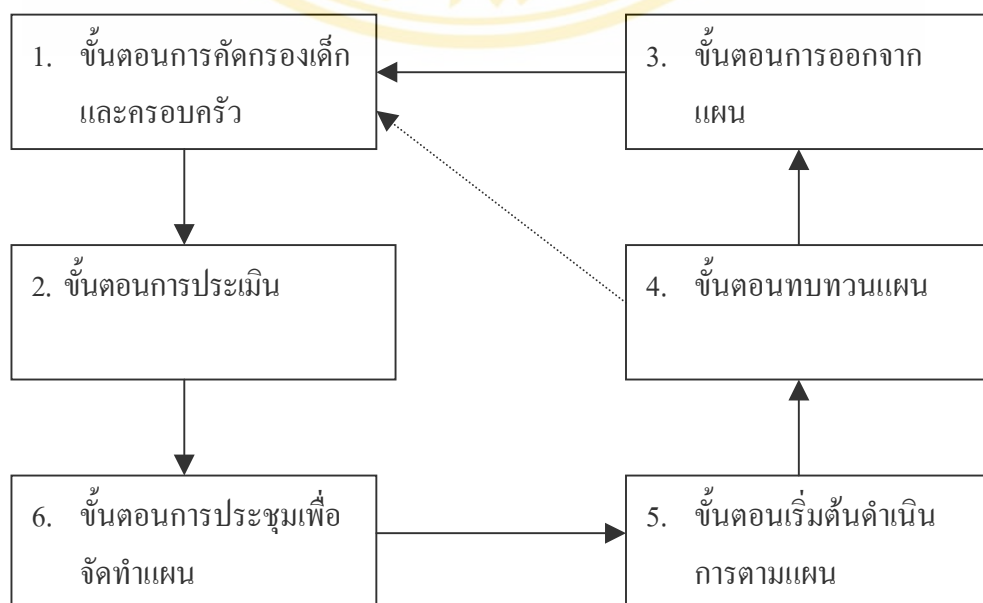
ขั้นตอน	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
	นั่นอาจจะเป็นวันเวลาที่สะดวกต่อการให้บริการสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องมากกว่าสะดวกต่อครอบครัว รวมถึงจำนวนครั้งที่แต่ละครอบครัวต้องมารับบริการพบว่าถ้าตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของครอบครัวนั้นจะได้จำนวนครั้งที่มารับบริการน้อยเฉลี่ยเพียงเดือนละครั้งเท่านั้น เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบของทีมที่นำมาให้บริการ ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นรูปแบบของทีม Multidisciplinary ซึ่งมีลักษณะการทำงานร่วมกันของทีมแบบแยกส่วนกัน มีความเชี่ยวชาญต่างกัน โดยบุคลากรแต่ละคนให้บริการโดยตรงต่อครอบครัวแบบต่างคนต่างให้บริการ จะไม่ค่อยประสานงาน หรือปรึกษารือบุคคลอื่นในทีม	ร่วมกันมีการพัฒนาข้อมูลความรู้ และทักษะต่างๆอย่างสม่ำเสมอ มีการประชุมปรึกษาหารืออย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และพิจารณาถึงกิจกรรม หรือบริการต่างๆที่จัดหาให้
7. IFSP Review	7. ในขั้นตอนนี้จะมีปัญหาอุปสรรคในส่วนของการประชุมเพื่อทบทวนแผนได้ในช่วงแรกผู้วิจัยต้องโทรศัพท์ตาม เพื่อให้ครอบครัวมาร่วมการทบทวนแผนเนื่องจากพ่อและแม่ของน้องบีต้องออกไปรับจ้างทำงาน ไม่มีเวลาพำน้องบีมา	7. ควรมีการปรับยืดหยุ่นในการติดตามเยี่ยมบ้าน

5. แผนบริการเฉพาะครอบครัวสำหรับเด็กปัญญาอ่อนสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่อย่างไร

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แผนบริการ IFSP สำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมายที่จะให้การช่วยเหลือครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นชุมชน ในโรงพยาบาล หรือโรงเรียนก็ตาม เพื่อที่จะพยายามตอบสนองต่อความต้องการทางด้านพัฒนาการและปัญหาอื่นๆของเด็กในครอบครัวแต่ละครอบครัวอาจจะมีขั้นตอนของกระบวนการที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันก็ได้ เช่น บางครอบครัวอาจมีแค่ 5 ขั้นตอน หรือบางครอบครัวมี 7 ขั้นตอน เป็นต้น แต่การวิจัยครั้งนี้ทั้ง 3 ครอบครัวมีขั้นตอนของกระบวนการ IFSP เหมือนกันทั้ง 7 แต่แตกต่างกันในเรื่องของปัญหา ความต้องการ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่รับบริการ จำนวนครั้งและกิจกรรมที่ได้รับบริการ ซึ่งจากการจัดทำแผนบริการ IFSP ครั้งนี้ ทั้ง 3 ครอบครัวมีปัญหาและอุปสรรคที่แตกต่างกันหรือเหมือนกันดังได้กล่าวไว้ข้างต้น

ดังนั้นแผนบริการ IFSP สำหรับเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด – 6 ปี ที่จัดทำขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีความเป็นไปได้ที่จะสามารถนำไปใช้ได้จริงกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน หรือเด็กพิการอื่นๆได้ ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบของกระบวนการในการจัดทำแผน IFSP ในภาพรวมได้ดังนี้

รูปที่ 9 แผนภาพกระบวนการ IFSP ในภาพรวม



1. ขั้นตอนการคัดกรองเด็กและครอบครัว (Finding and Referral Case) เป็นขั้นตอนแรกที่จะเป็นการค้นหา คัดกรองครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อน เข้าสู่แผนบริการ IFSP อีกทั้งยังเป็นขั้นตอนของการพูดคุยพบปะกันครั้งแรก (Initial Contact) กับผู้ประสานงานบริการ (Service Coordinator) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆระหว่างครอบครัวเด็กกับผู้ประสานงานบริการ

2. ขั้นตอนการประเมิน (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่สองหลังการคัดกรอง ค้นหา และแลกเปลี่ยนข้อมูลมาแล้ว จะเป็นขั้นตอนของการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการของเด็ก โดยบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินด้วย ซึ่งรูปแบบของทีมที่จะนำมาตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการควรเป็นรูปแบบของทีม Transdisciplinary

3. ขั้นตอนการประชุมเพื่อจัดทำแผน (IFSP Meeting) เป็นขั้นตอนของการนำข้อมูลต่างๆที่ได้รับตั้งแต่ขั้นตอนแรก และขั้นตอนที่สอง มาแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก เพื่อนำมาตั้งเป้าหมาย และจัดทำแผนบริการให้กับครอบครัวของเด็ก ซึ่งขั้นตอนนี้จะรวมขั้นตอนของ IFSP Interim ไว้ด้วย

4. ขั้นตอนการเริ่มต้นดำเนินการตามแผน (IFSP Begin) เป็นขั้นตอนของการดำเนินการตามแผนที่จัดทำไว้

5. ขั้นตอนการทบทวนแผน (IFSP Review) เป็นขั้นตอนของการทบทวนแผน ซึ่งอาจมีระยะเวลาในการทบทวนแผนประมาณ 3 – 6 เดือน หรือตามที่ครอบครัวต้องการ

6. ขั้นตอนการออกจากแผน (Formal Exit) เป็นขั้นตอนที่ออกจากแผน IFSP ซึ่งควรมีหลักเกณฑ์ของการออกจากแผนดังนี้

- บุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ลงความเห็นเห็นว่าเด็กไม่เหมาะสมกับแผนบริการนี้
- เด็กแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น และความล่าช้าของพัฒนาการนั้นมีระยะเวลาไม่ยาวนาน

- ครอบครัวตัดสินใจไม่รับบริการต่อ
- เด็กมีอายุมากกว่า 3 ปีขึ้นไป และต้องการรับบริการอื่นที่ดีขึ้น เช่น การส่งต่อเด็กไปรับบริการทางการศึกษา หรือเข้าสู่โปรแกรมการศึกษารายบุคคล (Individual Education Plan) เป็นต้น

ในแต่ละขั้นตอนของการจัดทำแผน IFSP ควรยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family Center) ซึ่งควรจะนำรูปแบบของการให้คำปรึกษา และการสร้างสัมพันธภาพแบบการให้ความช่วยเหลือร่วมมือกัน และประสานงาน (Coordination and Collaboration) เพื่อให้สมาชิกทีม และครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก และพลังความสามารถ (Empowerment) ของครอบครัว และทีมออกมา

6. เราสามารถนำแผนบริการเฉพาะครอบครัว ไปใช้ในการให้บริการปรึกษาในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนได้อย่างไร

จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย แผนบริการ IFSP สามารถนำไปใช้ในการให้บริการปรึกษาในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนได้ดังนี้

6.1 การประสานงาน การจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ ส่วนใหญ่จะใช้การประสานงานเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นการประสานงานเพื่อสืบค้นหาครอบครัวเด็ก การเข้าถึงและเชิญชวนครอบครัวเด็กเข้าร่วมในการวิจัยและการประสานงานกับบุคลากรต่างๆในโรงพยาบาล เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการให้คำปรึกษาแนะแนวในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการนั้นจะต้องใช้การประสานงานในการเชื่อมโยงสิ่งต่างๆเข้าหากัน ไม่ว่าจะเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลคน ชุมชน หรือสิ่งอื่นๆที่มีความจำเป็นสำหรับการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการให้มีประสิทธิภาพ

6.2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Rapport Building) และทำตนเองให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน เนื่องจากครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนยังไม่เกิดความไว้วางใจ ฉะนั้นจะต้องใช้เวลาและเทคนิคของการใส่ใจ เพื่อที่จะได้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับเด็กปัญญาอ่อนให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดบริการและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสร้างความสัมพันธภาพแบบการให้ความช่วยเหลือร่วมมือกัน (Collaborative) ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพในระดับเดียวกันระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการจะไม่ค่อยจะเกิดขึ้นได้ภายในการพบกันครั้งแรก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่เป็นการประสานงานเป็นส่วนใหญ่ (Coordination)

6.3 รับฟังปัญหาต่างๆอย่างใส่ใจ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจในปัญหาและสามารถวางแผนการให้บริการได้อย่างถูกต้อง

6.4 ข้อมูลที่จำเป็นหรือจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนและข้อมูลที่ได้รับมาต้องคำนึงถึงว่าเอาข้อมูลไปใช้เพื่ออะไร ต้องเพื่อนำมาทำแผนเท่านั้น สำหรับข้อมูลที่ควรรู้ ได้แก่

- ครอบครัวค้นพบความพิการนั้นได้เมื่อใด
- ใครเป็นผู้บอกว่าลูกพิการ
- เข้าใจความพิการได้อย่างไร
- มีความรู้สึกต่อความพิการนั้นอย่างไร
- พัฒนาการเด็กอยู่ในระดับใด
- ครอบครัวมีความวิตกกังวลในเรื่องใดของเด็ก

- ครอบครัวคิดว่าเรื่องอะไรเป็นสิ่งที่ต้องเร่งฝึกมากที่สุดสำหรับเด็ก
 - แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือมีอะไรบ้าง ที่ไหน
- ซึ่งทำให้สามารถช่วยเหลือเด็กได้เร็ว ถูกต้องและเหมาะสมต่อวัย

6.5 มีความรู้ด้านพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงอายุอย่างละเอียดและชัดเจน ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาได้

6.6 วิธีการจัดการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนอย่างเป็นระบบว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบ มีคุณลักษณะเป็นอย่างไร มีความรู้ด้านเด็กปัญญาอ่อนหรือไม่ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบว่าผู้รับผิดชอบดังนี้

- แพทย์
- นักจิตวิทยา
- นักกายภาพบำบัด
- นักกิจกรรมบำบัด

6.7 การส่งต่อ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนบริการ IFSP ที่จะต้องมีการส่งต่อ ส่งต่ออย่างไร ให้ใคร เมื่อไร เช่น การส่งต่อไปฝึกแก้ไขการพูดกับนักแก้ไขการพูด การส่งต่อไปยังโรงเรียนในกรณีที่เด็กถึงวัยเข้าเรียนหรือพร้อมที่จะเข้าเรียนได้แล้ว

6.8 การติดตาม หลังจากจัดทำแผนบริการ IFSP เสร็จเรียบร้อยแล้วมีระยะเวลาในการปฏิบัติตามแผน 4 เดือน ดังนั้นในระหว่าง 4 เดือน จะต้องมีการติดตามความก้าวหน้าของแผน IFSP ว่ามีปัญหาอย่างไร ปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ไหม เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษา ที่จะต้องมีการติดตามถึงการให้บริการที่ได้จัดบริการไปแล้วนั้นว่ามีปัญหาอย่างไรจะแก้ไขให้เหมาะสมได้อย่างไร เป็นต้น

6.9 การทบทวนแผน ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแนะแนวได้ว่าแผนที่ได้วางไว้ครั้งแรกเป็นอย่างไร มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ปัญหาอุปสรรคมีบ้างไหม อย่างไร เช่น แผนบริการ IFSP ครั้งแรกจัดขึ้นที่โรงพยาบาล แต่ครอบครัวเด็กมีปัญหาไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ ซึ่งเราอาจจะทบทวนแผนเพื่อวางแผนเป้าหมายใหม่ที่จะให้บริการครอบครัวเด็กได้หรืออาจจะต้องไปจัดบริการที่ชุมชนหรือบ้านของครอบครัวเด็ก เป็นต้น

6.10 การสร้างเครือข่าย การพบปะกันเพื่อประชุมจัดทำแผน IFSP ในงานวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายระหว่างกลุ่มผู้ปกครองที่มีลูกเป็นเด็กปัญญาอ่อนด้วยกัน ครอบครัวที่มีลูกปัญญาอ่อนที่มีอายุมากกว่าก็จะเป็นตัวอย่างให้ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่มีอายุน้อยกว่า จะมีการพูดคุยนัดเวลาปรึกษาหารือกันในกลุ่มที่มีลูกพิการเหมือนกันและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไปด้วยกัน ซึ่งสามารถนำไปใช้ให้คำปรึกษา ในการสร้างเครือข่ายให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

6.11 การพบกลุ่ม จะเห็นได้ว่าการจัดทำแผนบริการ IFSP ในครั้งนี้จะจัดประชุมพร้อมกันทั้ง 3 ครอบครัว โดยดำเนินการทีละครอบครัว ซึ่งในระหว่างจัดทำแผนจะพบว่าการให้ความช่วยเหลือกัน นำประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งรูปแบบนี้เป็นลักษณะของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จึงทำให้การจัดทำแผน IFSP นั้นมีประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยครั้งนี้ได้พบว่าควรมีการดำเนินการในการจัดทำแผน IFSP ดังนี้

1.1 แผน IFSP ควรมีการจัดทำสำหรับเด็กปัญญาอ่อนตั้งแต่แรกเกิด หรือตั้งแต่แรกเริ่มของการค้นพบ และวินิจฉัย เพื่อเป็นการช่วยเหลือครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การลดความสามารถหรือพัฒนาการที่ช้า การแก้ไขสภาพปัญหาที่ปรากฏ การป้องกันความเสื่อมถอยของอวัยวะ และการจำกัดความพิการที่จะเกิดขึ้น โดยดำเนินการร่วมกับนักวิชาชีพต่างๆ

1.2 กระบวนการ IFSP ที่จะจัดทำขึ้นสำหรับเด็กปัญญาอ่อนควรมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Finding or Referral case เป็นขั้นตอนของการค้นหา หรือส่งต่อครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อนมารับบริการจัดทำแผน IFSP และยังเป็นขั้นตอนที่ผู้ประสานงานบริการ (Service Coordinator) ได้พบกับครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อนเป็นครั้งแรก (Initial Contact) เพื่อเป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น ค้นหาปัญหาและความต้องการ รวมถึงการให้คำปรึกษาเบื้องต้น (Counseling) กับครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อน

ขั้นตอนที่ 2 Evaluation เป็นขั้นตอนที่ผู้ประสานงานบริการจะประสานงานบริการกับนักวิชาชีพต่างๆมาให้บริการกับครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อน ตามปัญหาและความต้องการของครอบครัว และยังเป็นขั้นตอนที่ผู้ประสานงานบริการ นำเด็กปัญญาอ่อนมารับการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการ กับนักวิชาชีพต่างๆที่ได้จัดตั้งขึ้นตามปัญหาและความต้องการของครอบครัว ซึ่งทีมที่จะนำมาตรวจประเมินควรเป็นทีมที่มีรูปแบบ Transdisciplinary

ขั้นตอนที่ 3 IFSP Meeting เป็นขั้นตอนของการประชุมร่วมกันระหว่างครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน นักวิชาชีพต่างๆ และผู้ประสานงานบริการ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น ผลการตรวจประเมินความสามารถ/พัฒนาการ ปัญหาความต้องการของครอบครัว รวมถึงการจัดทำแผนบริการให้กับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนด้วย ซึ่งแผนบริการที่ได้ควรประกอบด้วย

- วันเวลาสถานที่มารับบริการ
- เป้าหมายในการรับบริการ
- การบริการที่ได้รับ
- ผู้ให้บริการคือใคร
- ผู้ประสานงานคือใคร

ขั้นตอนที่ 4 IFSP Begin เป็นขั้นตอนของการเริ่มต้นรับบริการของครอบครัว และเด็กปัญญาอ่อนตามแผนที่ได้วางไว้ร่วมกัน ระหว่างครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 5 IFSP Review เป็นขั้นตอนของการทบทวนแผน IFSP เพื่อพิจารณาว่าแผนที่นำไปใช้มีประสิทธิภาพหรือไม่ เมื่อนำแผนบริการไปใช้แล้ว เด็กมีพัฒนาการหรือความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งในการทบทวนแผนนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างครอบครัวของเด็กและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้แผนที่เหมาะสมสำหรับครอบครัว

2. ควรมีการจัดระบบการค้นหาเด็กปัญญาอ่อนในชุมชน โดยอาจมีศูนย์รวบรวมข้อมูลเด็กปัญญาอ่อนทั้งหมดไว้ในสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง มีผู้รับผิดชอบแน่นอนและผู้รับผิดชอบควรรู้จักความพิการของเด็กด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้บริการง่ายต่อการเข้าถึงครอบครัวได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการจัดทำแผนบริการ IFSP ขึ้นในประเทศไทย เพื่อให้ครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการสนับสนุน ส่งเสริม การเลี้ยงดูและพัฒนาการด้านต่างๆของเด็ก

4. ควรมีการจัดทำการศึกษาตัวอย่างของแผนบริการ IFSP กับครอบครัวเด็กพิการขึ้นในประเทศไทยอย่างมีรูปแบบที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อศึกษาว่ารูปแบบควรจะเป็นอย่างไร ใครจะเป็นผู้ประสานงานบริการ และผู้ประสานงานบริการควรมีคุณสมบัติอย่างไร

5. ก่อนการจัดทำแผนบริการ IFSP ควรมีการจัดการกับความวิตกกังวลโดยใช้เทคนิคของการสร้างสัมพันธภาพแบบ Collaboration และพาครอบครัวพบกับครอบครัวตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ โดยอาจใช้สื่อวิดีโอหรือการจัดสัมมนาการเลี้ยงดูลูกปัญญาอ่อนให้ประสบความสำเร็จได้อย่างไร

6. ในการจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้ ควรมีการวางเป้าหมายในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้ครอบครัวเห็นถึงความก้าวหน้าของเด็กปัญญาอ่อนได้ดียิ่งขึ้น

7. นักให้คำปรึกษาในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ (Rehabilitation Counseling) เป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการจัดทำแผนบริการ IFSP โดยเฉพาะในส่วนหน้าที่ผู้ประสานงานบริการ (Service Coordinator) ดังนั้นการจัดทำแผน IFSP ให้ประสบความสำเร็จควรสร้างความสัม

พันธภาพระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องและครอบครัวแบบการให้ความช่วยเหลือร่วมมือกัน (Collaboration)

8. ถึงแม้การศึกษาการจัดทำแผน IFSP ครั้งนี้เป็นเพียงแค่งานวิจัยแต่ควรมีการให้บริการจัดทำแผน IFSP ทั้ง 3 ครอบครัวอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อเป็นการสนับสนุน ช่วยเหลือครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

9. บุคลากรที่เกี่ยวข้องต่างๆ ควรมีทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ในการให้บริการเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งจะทำให้การจัดบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

10. ควรมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ เป็นผู้มองภาพรวมของการจัดทำแผน IFSP อย่างแท้จริง ซึ่งตัวผู้วิจัยเองยังขาดทักษะ ความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ ในการบริการของสาขาวิชาชีพต่างๆ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนได้อย่างครอบคลุม

11. ควรมีการประเมินทีม Team Assessment ที่จะนำมาให้บริการกับครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนว่ามีความสามารถ หรือประสิทธิภาพในการให้บริการหรือไม่อย่างไร เนื่องจากทีมเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการนำเด็กมารับบริการ กับบุคลากรเหล่านั้น ซึ่งจะเป็นการทำให้ครอบครัวหยุดที่จะนำเด็กไปรับบริการที่อื่นๆต่อไป

12. ในการวิจัยครั้งนี้ ในส่วนของขั้นตอนของการจัดประชุมแผน จะพบได้ว่าเป็นการจัดประชุมแผนพร้อมกันทั้ง 3 ครอบครัว ซึ่งมีข้อดีในเรื่องของการได้แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของแต่ละครอบครัวที่มีต่อตัวเด็ก แต่ก็มีข้อเสียเช่นกันในกรณีที่ครอบครัวบางครอบครัวอาจจะแสดงความคิดเห็นความรู้สึกที่มีต่อตัวเด็กหรือครอบครัวเป็นการส่วนตัว ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไปควรที่จะจัดประชุมเพื่อจัดทำแผนแบบรายครอบครัว

13. ในการวิจัยครั้งนี้จะพบได้ว่าบทบาทของนักให้คำปรึกษาในงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีน้อย จะมีเพียงการสอบถามบทบาทของผู้ประสานงานบริการมากกว่า ซึ่งจากการวิจัยถ้าผู้วิจัยนำบทบาทของผู้ให้คำปรึกษามาใช้ให้มากขึ้นก็จะสามารถช่วยเหลือสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถแสดงศักยภาพภาพในครอบครัวได้ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการทำให้ครอบครัวสามารถเข้าใจ และมีเจตคติต่อความพิการของเด็กได้

บรรณานุกรม

- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2542). การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรีนพรีนท.
- กรมสุขภาพจิต. (2539). คู่มือดูแลบุคคลปัญญาอ่อน. โรงพยาบาลราชานุกูล กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรวิการ์ หงษ์งาม. 25 กันยายน 2546. ครูการศึกษาพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต. สัมภาษณ์
- กองโรงพยาบาลราชานุกูล. (2537). การศึกษาความรู้เรื่องพัฒนาการเด็กและทัศนคติของชุมชนที่มีต่อศูนย์พัฒนาเด็กราชานุกูล. รายงานการวิจัย สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ขนิษฐา เทวินทรภักดี. (2540). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ : สู่การพัฒนาที่ยั่งยืนของคนพิการ. กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- คณะกรรมการคัดเลือกและจำแนกความพิการเพื่อการศึกษา. (2543). คู่มือการคัดแยกและส่งต่อคนพิการเพื่อการศึกษา. กระทรวงศึกษาธิการ.
- ฉวีวรรณ ชัยจันทร์. 1 ตุลาคม 2546. พยาบาลวิชาชีพ หน่วยกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลศิริราช. สัมภาษณ์.
- ฉลวย จตุกุลและคนอื่นๆ. (2539). การวิเคราะห์ประเมินผลโครงการอบรมทักษะการเป็นพ่อแม่เด็กปัญญาอ่อน. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ชวลา เขียรธนูและคนอื่นๆ. (2539). ความรู้เรื่องปัญญาอ่อน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ห้องคอมพิวเตอร์ ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลราชานุกูล.
- นงลักษณ์ สมแก้ว และอื่นๆ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนกับวิธีการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตรมีภาวะปัญญาอ่อน. รายงานการวิจัย กลุ่มงานพยาบาลกองโรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นิตยา คชภักดี. (2530). จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2535). ระบาคติวิทยาของคนพิการ และผู้สูงอายุในประเทศไทย. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลราชานุกูล กระทรวงสาธารณสุข.
- ประณต คำนิม. (2526). จิตวิทยาเด็ก. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- ประณีต กมขามงคล. (2544). การศึกษาพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็กทารกกลุ่มดาวน์วัยแรกเกิด - 12 เดือน ซึ่งมารดาได้รับการสอนการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน. ปรินญาณินท์ การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกการศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พัชรวิทย์ เกตุแก่นจันทร์. (2539). สมองกับการเรียนรู้. เอกสารประกอบการสอน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พนอม ธนมิตร. (2530). รีโมติเวชั่นในเด็กปัญญาอ่อน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 22(1) , 27-39.
- พรรณี แสงชูโต. (2529). ชุดเลี่ยมลูกให้พัฒนา, ตอนรักลูกตั้งแต่อยู่ในครรภ์. โรงพยาบาลราชานุกุล.
- รัตนา ถิ่นชัยธร. (2531). การศึกษาการฟังเข้าใจภาษาไทยในเด็กปัญญาอ่อนระดับเรียนรู้ได้. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมาย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสขง ทศนาญชลี. (2530). ชีวิตและผลงานของนายแพทย์รสขง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต. (18-19).
- รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. (2539). ภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชร ทรัพย์มี. (2533). ทฤษฎีและกระบวนการให้บริการปรึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ศูนย์พัฒนาหลักสูตร. (2538). แนวการจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับเรียนรู้ได้. กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ.
- ศรียา นิยมธรรม. (2523). พัฒนาการทางภาษา. เอกสารประกอบการสอน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศรียา นิยมธรรมและประภัสสร นิยมธรรม. (2543). พัฒนาการทางภาษา. กรุงเทพฯ.
- ศศิณี โภคโต และคนอื่นๆ. (2533). การเปรียบเทียบพัฒนาการในช่วงขวบปีแรกของเด็กดาวน์และเด็กปกติ. รายงานการวิจัย นิสิตแพทย์โครงการศึกษาแพทย์แนวใหม่ รุ่นที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันทรเอม. (2540). จิตวิทยาเด็ก. กรุงเทพฯ. : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาดา ปั่นกิจดี. 29 กันยายน 2546. ครูอาสาสมัคร มูลนิธิคริสเตียน อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. สัมภาษณ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2541). รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคนพิการในวัยเรียน และวัยก่อนเรียน. เอกสารทางวิชาการ หมายเลข 230 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรัชัญญา อภัยนุรักษ์. 2 ตุลาคม 2546. พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยชาย 3 โรงพยาบาลราชานุกูล. สัมภาษณ์

สุนีย์ บรรจุ. (2536). การศึกษาอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความบกพร่องของสติปัญญาที่มารับบริการจากหน่วยงานการศึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีและคนอื่นๆ. (2533). รายงานการประชุมสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 1 ด้านการพัฒนาเด็ก 30-31 สิงหาคม 2533 ณ ตึกสันติไมตรีทำเนียบรัฐบาล. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2536). รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534. โรงพิมพ์อักษรไทย.

_____. (2545). รายงานการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539.
เอกสารอัดสำเนา.

สุภาวดี ทวีคุณ. 30 กันยายน 2546. ครูการศึกษาพิเศษ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 1 จังหวัดนครปฐม. สัมภาษณ์

หน่วยงานศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา. (2535). แนวทางการพัฒนาหลักสูตรพิเศษสำหรับเด็กร่างกายพิการเนื่องจากสมองและสติปัญญาในระดับอายุทางพัฒนาการ 0-7 ปี. กระทรวงศึกษาธิการ

อุ้นเรือน อำไพพิสตร์. (2536). ภาวะปัญญาอ่อน. เอกสารวิชาการประกอบการบรรยายเรื่องภาวะปัญญาอ่อน. โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2538). การศึกษาทัศนคติของมารดาต่อบุตรปัญญาอ่อนกลุ่ม DOWN'S SYNDROME ในโครงการกระตุ้นพัฒนาการของฝ่ายจิตวิทยา. รายงานการวิจัย
โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อัมพร หัสศิริ. (2542). การใช้คู่มือตรวจวินิจฉัยเพื่อคัดกรองพัฒนาการ (DISC) ในเด็กพัฒนาการล่าช้า จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อรศรี แก้วเจริญ. (2539). ปัญญาอ่อน. ภาควิชาการศึกษาพิเศษ คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนดุสิต.

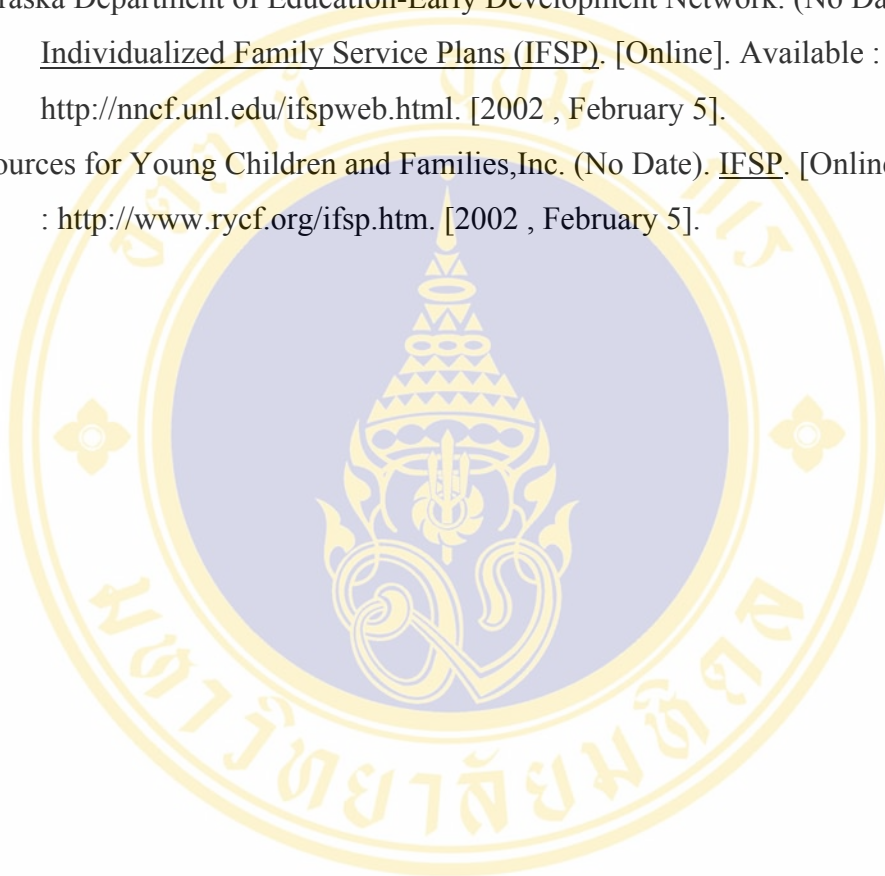
- อริยา ดีประเสริฐ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Advocates For Children . (No Date). Early Intervention. [Online]. Available :
<http://www.advocatesforchildren.org/pubs/ei.html> [2002 , February 5].
- Children of Deaf Adults (COPA's). (1998). IFSP's and IEP's. What do all those letters
mean?. [Online]. Available : <http://home.inreach.com/torsi/IFSPIEP.html>.
[2002 , February 5].
- Connecticut Birth to Three System. (No Date). What is an IFSP. [Online]. Available :
www.birth23.org/Families/IFSP.asp. [2002 , February 5].
- Early Childhood Network. (No Date). IFSP Decision Making Process. [Online].
Available : <http://www.cdd.umn.edu/EC/ECN/ifsp-decision.html>. [2002 ,
February 5].
- Education Law Center. (No Date). Early Intervention Services for Children Below
Age 3 – the Individualized Family Service Plan. [Online]. Available : . [2002 ,
February 5].
- Katz , Laurie Joy. (1992). Family and Staff Perception of the (Early Intervention)
Individual Family Service Plan (Early Intervention , Special Need). Thesis
(ED.D) University of Massachusetts.
- Lawrence J. Johnson, et al. (1994). Meeting Early Intervention Challenges Issues
form Birth Three. Paul.h.Brookes Publishing Co.
- Lee , Byoung – In. (1999). Family and Service Coordination Agreements in the
Development and Implementation of the Individualized Family Service
Plan (IFSP) (Disability Education). Thesis (PH.D.) University of Nevada ,
Las Vegas.
- Mary Beth Bruducer. (No Date). The Individualized Family Service Plans (IFSP).
[Online]. Available : <http://www.kidneeds.com>. [2002 , February 5] .
- Minke , kathleen Marid. (1991). The development of Individualized Family
Service Plan in Tree Early Intervention Programs : A Data – Based
Construction (Family Service Plans , Handicaps). Thesis PH.D. Indiana
University.

Namita Jacob. (2001). Early Intervention Workshop "Working with Families".
Unpublished Manuscript.

Nancy E.S Gardner. (No Date). What is the Individualized Family Service Plan?.
[Online]. Available : <http://www.nbrc.net/plan.html>. [2002 , February 5].

Nebraska Department of Education-Early Development Network. (No Date). The Individualized Family Service Plans (IFSP). [Online]. Available :
<http://nncf.unl.edu/ifspweb.html>. [2002 , February 5].

Resources for Young Children and Families, Inc. (No Date). IFSP. [Online]. Available
: <http://www.rycf.org/ifsp.htm>. [2002 , February 5].





แบบสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ
การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย
เรื่องแผนบริการเฉพาะครอบครัว : กรณีศึกษาเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาและแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็ก และครอบครัว
- 2) เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความพิการของเด็ก และผลกระทบของความพิการที่มีต่อครอบครัว
- 3) เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของครอบครัวที่มีต่อเด็กปัญญาอ่อน
- 4) เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็ง/จุดอ่อน และสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา และความต้องการ

ชื่อเด็ก.....อายุ.....ปี..... เดือน

ผู้ให้สัมภาษณ์ชื่อ 1.....มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

2.....มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

3.....มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้สัมภาษณ์ชื่อ.....วันที่สัมภาษณ์.....

ตอนที่ 1 (ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว)

1. ประเภทความพิการ.....บัตรผู้พิการเลขที่.....

2. ประวัติเด็ก

ชื่อ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

3. ประวัติครอบครัว

3.1 ชื่อบิดา.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

ศาสนา.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์.....ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....วุฒิการศึกษา.....

3.2 ชื่อมารดา.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....

ศาสนา.....อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์.....ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่.....ซอย.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....วุฒิการศึกษา.....

4. ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพทางกายภาพของครอบครัว

4.1 การคมนาคม

- การเดินทางไปบ้านครอบครัวเด็ก

- สภาพบ้าน บริเวณ และพื้นที่ในการอาศัย

ลักษณะบ้าน ส่วนตัว.....เช่า.....ถ้าเช่าเดือนละ.....บาท

ลักษณะบริเวณบ้าน.....

.....

.....

.....

.....

- การเดินทางเพื่อนำเด็กไปรับบริการ.....

.....

4.2 สถานภาพบิดา/มารดา.....

4.3 ปัจจุบันเด็กอาศัยอยู่กับ.....

4.4 บิดามารดามีบุตรด้วยกัน.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

4.5 มีญาติพี่น้องที่พิการหรือไม่.....(ถ้ามีระบุว่าใคร/พิการอะไร).....

.....

4.6 เด็กถูกเลี้ยงดูแบบใด.....เข้มงวด.....ประชาธิปไตย.....ปล่อยตามอิสระ.....ช่วยเหลือ
ทุกอย่าง.....อื่นๆโปรดระบุ.....

4.7 ทักษะที่พ่อแม่ผู้ปกครองมีต่อเด็ก.....

.....

5. ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวเด็ก

5.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน ผู้ใหญ่.....คน เด็ก.....คน

ประกอบด้วย 1.....เกี่ยวข้องกับ.....

2.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.....เกี่ยวข้องกับ.....

4.....เกี่ยวข้องกับ.....

5.....เกี่ยวข้องกับ.....

6.....เกี่ยวข้องกับ.....

7.....เกี่ยวข้องกับ.....

8.....เกี่ยวข้องกับ.....

9.....เกี่ยวข้องกับ.....

5.2 อาชีพหลักของครอบครัว.....

5.3 อาชีพเสริมของครอบครัว.....

5.4 รายได้ครอบครัว พ่อ.....บาท/เดือน แม่.....บาท/เดือน อื่นๆ.....

.....น้อย.....พอกินพอใช้.....ดี.....เหลือเก็บ

5.5 แผนภาพสมาชิกในครอบครัว

5.6 บุคลิกลักษณะของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน

.....

.....

.....

.....

.....

5.7 ผู้ที่มีส่วนในการเลี้ยงดูเด็ก

1. 2.

3. 4.

6. ประวัติสุขภาพ/การเจ็บป่วย/การคลอดของเด็ก

6.1 ขณะตั้งครรภ์มารดามีอาการเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือไม่

.....ไม่มี มี โปรดระบุ.....

6.2 ลักษณะการคลอด

.....ปกติ ผ่าออก ปกติแต่คลอดยาก คลอดก่อนกำหนด

.....อื่นๆ โปรดระบุ.....

6.3 น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม

6.4 สาเหตุความพิการที่เกิดจากสาเหตุใด

.....ไม่ทราบสาเหตุ แม่เป็นหัดเยอรมัน แพ้ท้องมาก คลอดก่อน

.....คลอดยากมีปัญหาระหว่างคลอด ตัวเหลือง มารดาทานยาขับเลือด/ทำ

แท้ง ลมชัก หุ้มน้ำหนวก กรรมพันธุ์ อุบัติเหตุอย่างแรง

.....อื่นๆ โปรดระบุ.....

6.5 การมองเห็น.....ปกติ.....บกพร่อง.....ใส่แว่นตา.....อื่นๆ.....

6.6 การได้ยิน.....ปกติ.....บกพร่อง.....ใส่เครื่องช่วยฟัง.....อื่นๆ.....

6.7 การพูด.....ปกติ.....พูดไม่ชัด.....ไม่พูด.....อื่นๆ.....

6.8 ลักษณะทางร่างกาย.....

.....

.....

.....

6.9 เด็กมีโรคประจำตัวหรือไม่.....ไม่มี.....มีโปรดระบุ.....

.....

ชื่อยาที่กินประจำ.....

รับยาจากโรงพยาบาล.....

7. พฤติกรรมและอารมณ์

.....อยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิด ตื่นตื่นง่าย เห็นแก่ตัว

.....สมาธิสั้น หัวน้าวง่าย พูดปด/โกหก ขี้แ้ว

.....ไม่แยแส ร่าเริง ชอบทำลายของ ชอบลักขโมย

.....ชอบตี/ทำร้ายผู้อื่น ชอบตีทำร้ายตัวเอง กล้าแสดงออก เก็บตัว

.....ขี้แ้ว/หลบหนี พูดมากแต่ไม่รู้เรื่อง ปัสสาวะรดที่นอน

.....พฤติกรรมซ้ำๆ อื่นๆ.....

9. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

9.1 เด็กได้รับการยอมรับจากครอบครัว.....

.....

.....

9.2 ความประพฤติดของเด็เมื่ออยู่ที่บ้าน.....

.....

.....

9.3 บุคคลที่มีอิทธิพลต่อเด็กในทางบวก (สนับสนุน เข้าใจ ช่วยเหลือเด็ก).....

.....

9.4 บุคคลที่มีอิทธิพลต่อเด็กในทางลบ (ทำให้เด็กไม่กล้าแสดงออก ไม่มีความสุข).....

.....

9.5 สิ่งที่เด็กชอบมากที่สุด.....

9.6 สิ่งที่เด็กไม่ชอบ กลัว มากที่สุด.....

9.7 ประวัติการรับบริการด้านต่างๆ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 (ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความพิการของเด็ก และผลกระทบของความพิการที่มีต่อครอบครัว)

1. พ่อแม่ทราบว่าคุณพิการเมื่อไร.....
 ทราบได้อย่างไร.....
 ใครเป็นคนบอก.....
2. เมื่อทราบแล้วพ่อแม่มีความรู้สึกอย่างไร.....

 ทำอย่างไรต่อไป.....

3. เกิดผลกระทบกับคู่สมรสของคุณหรือไม่อย่างไร.....

4. มีใครบ้างที่ช่วยดูแลลูกของคุณและช่วยเหลืออย่างไร.....

5. ระหว่างการเลี้ยงดูลูกพบปัญหา/อุปสรรคอย่างไร.....

 มีวิธีแก้ปัญหอย่างไร.....

6. พัฒนาการของเด็กที่สัมผัส ชักถามและสังเกตเห็น
 - 6.1 พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว.....

6.2 พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.3 พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.4 พัฒนาการด้านการใช้ภาษา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.5 พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง /สังคม.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสในการใช้สิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ เช่น คลานบนหญ้า.....

.....

.....

ตอนที่ 3 (ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของครอบครัวที่มีต่อเด็ก....)

1. ปัญหาของครอบครัวที่มีต่อลูก (ยังไม่จัดลำดับ)

.....

.....

.....

.....

.....

2. ความต้องการของครอบครัวที่มีต่อลูก (ยังไม่จัดลำดับ)

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 4 (ข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็ง/จุดอ่อน และสิ่งที่จะช่วยสนับสนุนครอบครัวที่มีความ สัมพันธ์กับ ปัญหาและความต้องการ)

1. จุดแข็งของครอบครัว

.....

.....

.....

.....

.....

2. จุดอ่อนของครอบครัว

.....

.....

.....

.....

.....

แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาและแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อเด็ก.....โทรศัพท์.....
สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....
.....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....วันที่รับบริการ.....
ประวัติการรับบริการ.....
.....
.....

ครอบครัว/ผู้ดูแล

1. ชื่อ.....โทรศัพท์.....
สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....
บทบาท.....
2. ชื่อ.....โทรศัพท์.....
สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....
บทบาท.....
3. ชื่อ.....โทรศัพท์.....
สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....
บทบาท.....
4. ชื่อ.....โทรศัพท์.....
สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....
บทบาท.....

แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย
แบบบันทึกปัญหาและความต้องการของครอบครัว
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาและแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อเด็ก.....

ครั้งที่/วันที่	ปัญหา	ความต้องการ

แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย
แบบบันทึกจุดแข็งและจุดอ่อนของครอบครัว
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาและแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อเด็ก.....

ครั้งที่/วันที่	จุดอ่อน	จุดแข็ง

แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย
แบบบันทึกเป้าหมายการบริการ
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาและแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมายการบริการของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อเด็ก.....

เป้าหมายการบริการ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การบริการ/ผู้ให้บริการ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย
แบบบันทึกความก้าวหน้าของการบริการ
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาและแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของการบริการครบถ้วนกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อเด็ก.....

ครั้งที่/วันที่	เป้าหมาย	ความก้าวหน้า

แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย
แบบบันทึกการรับบริการ
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาและแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรับบริการของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อเด็ก.....

บริการ	สถานที่	จำนวนครั้ง	วันที่เริ่ม บริการ	วันที่สิ้นสุด บริการ	ผู้พามา รับ บริการ

แบบบันทึกสำหรับผู้วิจัย
แบบบันทึกรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมจัดทำ IFSP
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาและแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับรายชื่อผู้เข้าร่วมในการประชุมจัดทำแผน IFSP

ชื่อเด็ก.....

ครั้งที่/วันที่	ชื่อ-นามสกุล	บทบาท/หน้าที่	ลายมือชื่อ

แบบบันทึกสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
แบบประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็กปัญญาอ่อน
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัดอุประสงค์

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็กปัญญาอ่อน
2. เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินตามแผนบริการที่ได้จัดทำขึ้น

ชื่อเด็ก.....

1. วันที่เริ่มต้นประเมิน.....วันสิ้นสุดการประเมิน.....
จำนวนครั้งที่ผู้ปกครองนำเด็กไปศูนย์ฯ มาประเมิน.....ครั้ง

2. การให้ความร่วมมือของผู้ปกครอง.....

การให้ความร่วมมือของเด็ก.....

3. ปัญหา/อุปสรรคในการประเมินความสามารถ/พัฒนาการเด็ก

4. ผลการประเมิน

ครั้งที่/วันที่	พัฒนาการด้านต่างๆ				
	การเคลื่อนไหว	กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา	ความเข้าใจภาษา	การใช้ภาษา	การช่วยเหลือตนเอง/สังคม

แบบบันทึกสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
แบบบันทึกการให้บริการ
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ ของหน่วยงานต่างๆที่ได้จัดบริการตาม

แผน IFSP

ชื่อหน่วยงาน.....

ชื่อเด็ก.....

เดือน	กิจกรรม

แบบบันทึกสำหรับครอบครัว
แบบบันทึกกิจกรรมที่ครอบครัวนำไปปฏิบัติที่บ้าน
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมข้อมูลกิจกรรมต่างๆที่ครอบครัวได้รับการฝึกจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง แล้วนำไปปฏิบัติที่บ้าน

ชื่อเด็ก.....

ครั้งที่/ วันที่	กิจกรรม	ปัญหาที่พบ	วิธีแก้ปัญหา	ความรู้สึกละหว่าง กิจกรรม

แบบบันทึกสำหรับครอบครัว
แบบบันทึกแผนการจัดบริการเฉพาะครอบครัว
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแผนการจัดบริการเฉพาะครอบครัว ของแต่ละครอบครัว

แผนบริการเฉพาะครอบครัว

สำหรับ

น้อง.....และครอบครัว

..... ธันวาคม.....

ทีมครอบครัวและบุคลากรที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. ความสัมพันธ์
2. ความสัมพันธ์
3. ความสัมพันธ์
4. ความสัมพันธ์
5. ความสัมพันธ์

1. ข้อมูลทั่วไป

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... เพศ.....ประเภทความพิการ.....
 ที่อยู่.....

2. ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

- ชื่อผู้ปกครอง
1. ความสัมพันธ์
 2. ความสัมพันธ์
 3. ความสัมพันธ์

ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์.....

3. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประสานงานบริการ

ชื่อผู้ประสานงานบริการ.....
ที่อยู่

4. ปัญหาและความต้องการของครอบครัว

- (1)
- (2)
- (3)

5. จุดเด่นและแหล่งสนับสนุนของครอบครัว

- (1)
- (2)
- (3)

6. จุดอ่อนของครอบครัวเด็ก

- (1)
- (2)
- (3)

7. ข้อมูลด้านพัฒนาการของเด็ก

- (1) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว

.....
.....

- (2) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา

.....
.....

- (3) พัฒนาการด้านความเข้าใจภาษา

.....
.....

- (4) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา

.....
.....

(5) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม

.....

8. ข้อมูลด้านสุขภาพ

(1)

(2)

9. เป้าหมายของทีมภายใน 4 เดือน

(1)

(2)

(3)

10. แผนการรับบริการ

เป้าหมายที่ 1

เป้าหมายที่ 2

ผู้รับผิดชอบ 1. วันเวลาดำเนินการ.....

2. วันเวลาดำเนินการ.....

11. เริ่มแผนการรับบริการ

วันเดือนปีที่เริ่มแผน.....

ลายเซ็น

ผู้ปกครอง

ลายเซ็น

ผู้ประสานงานบริการ

แบบประเมิน

ความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดทำ IFSP
ของนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
แขนงวิชาการให้คำปรึกษาแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมผลการประเมินความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่มีต่อกระบวนการจัดทำ
แผน IFSP

ชื่อหน่วยงาน.....

1) ท่านคิดว่ากระบวนการจัดทำแผน IFSP เป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3) ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

แบบประเมิน

ความพึงพอใจของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่มีต่อกระบวนการจัดทำแผน IFSP
 ของนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
 แขนงวิชาการให้คำปรึกษาแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมผลการสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนที่มีต่อกระบวนการจัดทำแผน IFSP

ชื่อเด็ก.....

1) ความพึงพอใจเกี่ยวกับสถานที่และสิ่งแวดล้อม

.....

2) ความพึงพอใจเกี่ยวกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ

2.1 นักจิตวิทยา

.....

2.2 นักกายภาพบำบัด

.....

2.3 นักกิจกรรมบำบัด

.....

3) ความพึงพอใจเกี่ยวกับผลการให้บริการ

.....

4) ความพึงพอใจเกี่ยวกับกระบวนการจัดทำแผน IFSP

.....

5) ข้อเสนอแนะ.....
.....



แบบสอบถาม

หน่วยงานที่ให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน

เรื่องแผนบริการเฉพาะครอบครัว : กรณีศึกษาเด็กปัญญาอ่อนแรกเกิด - 6 ปี

ของนักศึกษาปริญญาโท สาขางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

แขนงวิชาการให้คำปรึกษาและแนะแนว วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมข้อมูลการให้บริการครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนของหน่วยงานต่างๆ

ชื่อหน่วยงาน.....

ผู้ให้การสัมภาษณ์ชื่อ.....

1. กระบวนการการให้บริการของหน่วยงานเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. จำนวนคนที่ให้บริการมีกี่คน และมีใครให้บริการบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ทวีศักดิ์ ศักดิ์ศรีวิทยาภูถ
วันเดือนปีเกิด	5 สิงหาคม 2513
สถานที่เกิด	จังหวัดพิจิตร
ประวัติการศึกษา	วท.ม. (ถ่ายภาพบำบัด) มหาวิทยาลัยรังสิต ปี 2535 ศศ.ม. (งานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ) มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2546
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน ที่อยู่	นักกายภาพบำบัด 5 โรงพยาบาลพิจิตร 2/84 ถนนศรีมาลา อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

EXECUTIVE SUMMARY

4337635 RSRS/M : MAJOR : REHABILITATION SERVICE FOR PERSONS
WITH DISABILITIES ; M.A (REHABILITATION
COUNSELING AND GUIDANCE SERVICE FOR PERSONS
WITH DISABILITIES)

TAWEESAK SAKSRIWITAYAGUL : A CASE STUDY OF
INDIVIDUALIZED FAMILY SERVICE PLANS FOR MENTAL
RETARDATION CHILDREN NEWBORN - 6 YEARS. THESIS ADVISORS :
JITPRAPA SRI - ON , (Communication Disorder) , Ph.d. (Deaf Studies) WILAI
KUSOLVISITKUL , M.Sc. ORN - ANONG SONGCHAROEN , M.S. (Clinical
Psychology) , 191 p
ISBN 974-04-4043-6

Background and Significance of the Study

Nowadays, parents of disabled children still have problems in child raising. When informed that their children have disabilities, most parents are shocked and sad. Some cannot accept the truth, are anxious and do not know what to do. Some seek for advice from the professionals such as doctors, teachers and other families that also have disabled children. However, there is still lack of support for these families. They, therefore, have to use trial and error in raising their children. This can delay the early intervention for their children.

Moreover, most of the services for families of disabled children in Thailand do not emphasize on family participation. Families only get advice and information from the professionals or service providers and follow the advice. The services provided for each family may not meet their needs because the service providers do not discuss with families about their problems and needs.

Studying international laws related to services for families with disabled children, the researcher found that, in United States, there is the Education for the Handicapped Act and the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) 1997 which states that, for disabled children who are four years old or younger, their families should take part in children's development and there should be Individualized Family Service Plan (IFSP) for each family. The key of IFSP is that families discuss with the professionals and other related persons (according to the families' consideration) about their problems and needs. The plans are then mutual made by families and related persons. Hence, the IFSP can meet the needs of each family.

According to the above reasons, the researcher thinks that if IFSP is used in the early intervention for disabled children, it may be able to support their families and the children can fully utilize their potential. In Thailand, the IFSP is not widely used and studied. So the researcher decided to do this study. The families selected for the study are families of mental retardation children from the ages of newborn to 6 years. The process of IFSP was thoroughly studied as well as problems that occur during the process. The researcher hopes that the result of the study can give clearer picture of IFSP and that it can be guidelines for all families that have disabled children.

Objectives of the Study

To study the process of IFSP for families of Mental Retardation children from the ages of newborn to 6 years

Research Questions

1. What is IFSP for families of mental retardation children? What are the advantages of IFSP? What is the process of IFSP?
2. What are the problems in planning and proceeding the IFSP for families of mental retardation children from the ages of newborn to 6 years?
3. Can IFSP be used successfully with families of mental retardation children from the ages of newborn to 6 years?

4. How can IFSP be applied with other families that have mental retardation children?

Scope of the Study

The study was done with three families that have mental retardation children from the ages of newborn to 6 years. The educational levels of the parents are not limited

Subject

Subjects of the study were derived from specific sampling. The subjects were mentally retarded children, with age range from newborn to 6 years and their families who received services from the Section of Psychology, Pijit Hospital. At the beginning of the study, the ages of the children were 2 months, 1 year and 9 months, and 3 years and 9 months. Families of these children could fully participate in the whole IFSP program.

Data Collection

The instruments used for data collecting are informal interviews, data recording forms, questionnaires and evaluation forms. During the seminar, the researcher asked the participants to volunteer in the study. Then selecting the subjects by interviewing families, evaluating children's abilities and development, cooperating with the related persons to set up the IFSP teams, called for the first IFSP meeting and made the plans. Then proceeded the plans, followed up the plans, called for the second IFSP meeting, reviewed and revised the plans, and made conclusions. The data derived from this study were then analyzed in the form of descriptive analysis.

Result of the Study

1. Definition of IFSP for families of mental retardation children

IFSP for families of mental retardation children from the ages of newborn to 6 years means the plan especially made for each family with emphasis on the needs of each family. The plan is made by the family, service providers, the professionals and other persons according to the consideration of the family. The plan is then used as guidelines for raising and promoting children's development.

2. The process of IFSP for families of mental retardation children

Step 1. Finding Cases

Families of mental retardation children with the ages of newborn to 6 years were selected from the families who received services from the Section of Psychology, Pijit Hospital during fiscal year of 2002.

Step 2. Initial Contact

In this stage, the service providers meet up with the families in order to create good relationship and to collect data of the families.

Step 3. IFSP Interim

It is the initial meeting among families, professionals and service coordinator to discuss about the members of IFSP team.

Step 4. MDT Evaluation

Children's abilities and development were evaluated by the skilled professionals.

Step 5. IFSP Meeting

The meeting is called for making IFSP plans. The information of the family

including problems and needs are used as guidelines in making plans which need to be in accordance with the abilities and development of the children. The goal and the activities are set as well as dates, time and place of the sessions.

Step 6. Service Begin

The family followed the plan and received services according to the plan.

Step 7. IFSP Review

The plan is reviewed in order to evaluate if it meets the needs of the family.

3. Advantages of IFSP

The IFSP benefit the families, the related professionals and the researcher as follows:

- 3.1 It serves as guidelines for families to raise their mental retardation children and to promote the children's development.
- 3.2 Families are informed about the services available to them and their children, where and how to receive those services and time frame of the sessions.
- 3.3 Families have more confidence in raising their children and promoting the children's development.
- 3.4 Families and professionals understand the nature of the children's development as well as their needs.
- 3.5 IFSP creates cooperation among families, professionals, service coordinators and all related persons. They, therefore, can exchange ideas and experiences, which are beneficial for the children.
- 3.6 As there is meeting between families and related persons, all services provided to the families can fully meet their needs and the unnecessary services are not provided.

4. Problems in Planning and Proceeding IFSP

The following problems occurred to the families, the personnel and the researcher during IFSP program.

4.1 Problems Occurring to the Families

- Problems related to the Training of the Children

Parents of these three children were trained to use activities to train their children. However, families of two children (hereinafter called A and C) could not guide their children to do those activities because their children did not pay attention and could not concentrate.

- Problems related to Plan Making

The objective of IFSP is to promote full participation of the families so that it could meet the needs of the families. However, we found that their needs were still not fully met.

- Financial constraint

Family of a child (hereinafter called C) could not fully participate in the program because his father had to go to work everyday. So this family could participate in only two sessions during the four-month period of the program.

- Lack of professionals

A and C needed speech therapist but there was no speech therapist in that hospital. The researcher cooperated with a psychologist of the hospital to refer the cases to a hospital in Bangkok but the families could not come to Bangkok.

4.2 Problems Occurring to the Personnel and the Researcher

- Problems related to Service Provision

The professionals and the families had problems in making appointments for the families to receive the services. The professionals were busy because they had to provide services to both inpatients and outpatients of the hospital. The families also found it difficult to come regularly to the hospital. They could come to the hospital only once a month in average. Moreover, the IFSP team in this study was multidisciplinary team. The team consisted of professionals who worked separately with the families. There was not enough cooperation among team members.

- Lack of Professionals in the Team

There were not enough professionals in some fields to be included in the team such as doctors and speech therapists.

- Problems during IFSP Process

Some personnel who were team members did not have enough knowledge, skills or experiences. So the families were reluctant to receive services from them.

- Lack of Skillful Coordinator

There should be a person who can see the overall picture of IFSP and can run the program from the beginning to the end. In this IFSP program, the researcher worked as the coordinator, but he still lacks skills in some fields. Therefore, the problems of the families were not solved and their needs were not fully met.

5. How to use IFSP in Rehabilitation Counseling of Families with Mental retardation Children

From this study, we found that the concept of counseling concerning families is similar to that of IFSP. It emphasizes on the needs of families. Counselors act as mirror for the families so that they can clearly see their own problems and needs. Counselors also cooperate with other related professionals so that the families receive services according to their needs. IFSP can be used in the process of counseling for families of mental retardation children in the following criteria:

5.1 Building relationship with families and interviewing for basic information.

The information consists of:

- Details about children's disabilities
- The effect of children's disabilities on families
- The children's abilities
- Problems and needs of families
- Strong points and weak points of the families

This information will be used as database for making IFSP plans.

5.2 Cooperating with other professionals to collect information of the children and their families such as the result of the hearing test, the result of the ability/development test.

5.3 Analyzing the data to identify problems and needs of the families, making plan for each family focusing on problems and needs of children and families.

5.4 Referring the cases.

5.5 Following up the progress of the plans, finding out problems and revising the

plans.

Suggestions

1. There should be IFSP for children with all types of disabilities because it emphasizes on full participation of the families. According to the IFSP, families of disabled children get information about the services available for them, where and how to receive those services, how long the service sessions take, etc. IFSP also emphasizes on the exchange of ideas and experiences of families and professionals in different fields who are selected as IFSP team members. Thus, it can provide services according to the needs of the families and can increase potential and confidence of the families in raising their children and promoting the development of their children.

According to the researcher's points of view, there should be preparation for the introduction of IFSP step by step as follows:

1.1 Educate families and personnel about IFSP

1.2 Promote understanding of families and personnel on the concept of family-centered services.

1.3 Case finding should be more systematic. There should be information center of all disabled children where there are personnel who are responsible for finding cases and gathering information.

1.4 There should be assessment of the IFSP team and the team members should be aware of the concept of teamwork and collaboration among team members.

1.5 There should be family assessment in order to find out how well prepared they are to participate in the IFSP, the problems that hinder them from participating in the program, their strong points and weak points. There should be empowerment for the families so that they can fully participate in the whole process of IFSP.

2. The IFSP in Thailand should consist of the following steps.

2.1 Finding and referring cases

Children and families are found and selected to participate in IFSP. In this stage, there is initial contact between families and service coordinator.

2.2 Evaluation

Children's abilities and development are assessed by the professionals with participation of the families. The professionals who evaluate the children should work as transdisciplinary team.

2.3 IFSP Meeting

Team members exchange information, then set the goal and make the plan.

2.4 IFSP Begin

The plan is proceeded.

2.5 IFSP Review

The plan is review. This process takes 3-6 months or according to the needs of the families.

2.6 Formal Exit / Transition

The IFSP plan is completed. If the children need more services, they will be referred for other types of services appropriate for each case.

3 Service coordinators should have the following characteristics.

- skills in making relationship and providing counseling
- skills in encouraging the exchange of opinions and information between families and personnel
- skills in cooperating with IFSP team, making service plans and case management
- having knowledge and information about disabled people, their rights, child development and rehabilitation of disabled people.

The above characteristics are similar to those of the rehabilitation counselors.

4 There should be more case studies of disabled children and families who participate in the IFSP for the clearer picture of it. The process should be identified more precisely and the duties of service coordinators should be stated clearly.

5 The IFSP made by the professionals and the three families in this study are only pilot projects. There should be more IFSP made by other teams. Moreover, the IFSP for these three families should be continued even though this study is finished.

