พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ปริญญานิพนธ์

ของ

วชิรพร โชติพานัส

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
มกราคม 2544

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

613.0432
ว 152พ
ฉ.2

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

26 เม.ย. 2544



บทคัดย่อ

ของ

วชิรพร โชติพานัส

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
มกราคม 2544

วชิรพร โชติพานัส. (2543). *พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจและเชิงทดลอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตามตัวแปร ระดับการศึกษาของมารดา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร และรายได้ของครอบครัว และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 100 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง และจำนวน 100 คนดังกล่าว เลือกมาจำนวน 60 คน ที่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกันก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 30 คน และกลุ่มการใช้การฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการใช้การฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าเอฟ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และทดสอบค่าทีทั้งภายในกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. มารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X}$ = 68.97, S = 16.33) มีเจตคติอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 1.44, S = 0.22) และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.15, S = 0.36)

2. มารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการซึ่งมีระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลบุตร และที่มีรายได้ของครอบครัวที่ต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้เกี่ยวกับการ

เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน

3. มารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการซึ่งมีจำนวนบุตร และการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน

4. มารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และการใช้การฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. มารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้การฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งแสดงว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้การฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

HEALTH BEHAVIOR FOR MENTALLY RETARDED CHILD CARE OF THE MOTHERS ATTENDING INFANT DEVELOPMENT PROGRAM AT QUEEN SIRIKIT NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH



AN ABSTRACT

BY

VAJIRAPORN JOTIPANUT

Presented in partial fulfillment of the requirements

for the Master of Education degree in Health Education

at Srinakharinwirot University

January 2001

Vajiraporn Jotipanut. (2000). *Health behavior for Mentally retarded child care of mothers attending infant development program. at Queen Sirikit National Institute of Child Health.* Master Thesis M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Sujin Preechamart, Assist. Prof. Viriya Sukwongs.

This study was Survey and Experimental research. The purpose of this research were to study and compare the health behavior dealing with knowledge, attitude and practice for Mentally retarded child care of mothers attending infant development program at Queen Sirikit National Institute of Child Health. According to factors were child care period, the number of children in the family, perceive intelligent level of child and family income. And study the effectiveness of the health education program applying the self help group process affect to change health behavior for Mentally retarded child. The 100 specific samples were selected by purposive sampling from mothers to get attending infant development program at Queen Sirikit National Institute of Child Health. And then 60 specific samples were selected by simple sampling from 100 persons, who had health behavior dealing with knowledge, attitude and practice for Mentally retarded child care no different. Before to get the health education program applying the self help group process and the regular attending infant development program of 30 persons each. The instrument of experimental were the health behavior education program applying the self help group process and the regular attending infant development program. The data were collected by questionnaires consisting of knowledge, attitude and practice for Mentally retarded child care which constructed by researcher. The data were analyzed through percentage, arithmetic means, standard deviation, F-test, statistical method of One way analysis of variance and t-test (dependent, independent)

The results of the study were as follows:

1. The mothers attended infant development program who had health behavior dealing with knowledge in nearly good level ($\overline{X}$ = 68.97, S = 16.33), attitude in good level ($\overline{X}$ = 1.44, S = 0.22) and practice for Mentally retarded child care in moderate level ($\overline{X}$ = 1.15, S = 0.36)

2. The mothers attended infant development program who had different education level, child care period and average family income were found to be statistically significant related to knowledge for Mentally retarded child care at .05 level. But attitude and practice for Mentally retarded child care had no different.

3. The mothers attended infant development program who had different the number of children in the family and perceive intelligent level of child but the health behavior dealing with knowledge, attitude and practice for Mentally retarded child care had no different.

4. The mothers attended infant development program after having the health behavior education program applying the self help group process and the regular attending infant development program, the mothers had statistically significant better knowledge, attitude and practice on health behavior for Mentally retarded child care then before at .05 level.

5. The mothers attended infant development program after having the health behavior education program applying the self help group process had statistically significant better knowledge, attitude and practice on health behavior for Mentally retarded child care then after having the regular attending infant development program at .05 level.

Conclusion health education program applying the self help group process had better affect health behavior for Mentally retarded child care than health education program applying infant development program.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัด
กระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ของ
นางสาววชิรพร โชติพานัส

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)
วันที่ 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2544

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สพญ. นภาพร มัธยมางกูร)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)

ประกาศคุณูปการ

ความสำเร็จของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา ผู้วิจัยประทับใจในความกรุณาของท่านอาจารย์ทั้งสอง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ สพญ. นภาพร มัธยมางกูร และรองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่กรุณาช่วยแนะนำและแก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรู้การ แพทย์หญิงวินัดดา ปิยะศิลป์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี คุณเยาวรัตน์ ลิตติรานนท์ คุณพิมพ์ลักษณ์ ธานินทร์ธาราธาร คุณพิริยา วรรธนะภูติ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวมรวมข้อมูล รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ จนทำให้การวิจัยดำเนินการไปด้วยความเรียบร้อยและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชานุกูล หัวหน้าตึก และพยาบาลตึกเด็กเล็ก 1 ที่ให้ความร่วมมือในการทดสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และคุณนันทนา ทัดพิทักษ์กุล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องกระตุ้นพัฒนาการ ตลอดจนมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมและดำเนินการทดลองจนเป็นผลสำเร็จ

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่และบุคคลในครอบครัว ซึ่งช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยจนประสบผลสำเร็จในการทำปริญญานิพนธ์เรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีฉบับนี้

วชิรพร โชติพานัส

สารบัญ

บทที่ หน้า

1 บทนำ....1

ภูมิหลัง....1

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า....5

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า....5

ข้อตกลงเบื้องต้น....5

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า....6

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง....6

ประชากร....6

กลุ่มตัวอย่าง.... 6

ตัวแปรที่ศึกษา....7

นิยามศัพท์เฉพาะ....7

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า....11

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า....12

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง....14

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า....14

ความรู้เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน....14

ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้....41

ทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ของธอร์นไดค์....41

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ....48

กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง....58

กระบวนการกลุ่ม....58

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง....64

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า....74

งานวิจัยในต่างประเทศ....74

งานวิจัยในประเทศไทย....76

3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า....81

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง....81

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า....85

การเก็บรวบรวมข้อมูล....96

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ หน้า

3 (ต่อ)

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล....96

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล....97

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล....104

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล....104

การวิเคราะห์ข้อมูล....105

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล....106

5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ....139

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า....139

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า....143

อภิปรายผล....146

ข้อเสนอแนะ....156

บรรณานุกรม....158

ภาคผนวก....168

ประวัติย่อผู้วิจัย....289

บัญชีตาราง

ตาราง หน้า

1 แสดงพฤติกรรมเด็กของ Gesell....38

2 สรุปกระบวนการในการดำเนินการทดลอง....93

3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร รายได้ของครอบครัว.... 106

4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร และรายได้ของครอบครัว.... 108

5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ....110

6 ค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามระดับการศึกษา....111

7 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามระดับการศึกษา....113

8 ผลการทดสอบเป็นรายคู่คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน....114

9 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลบุตร....115

10 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามระยะเวลาในการดูแลบุตร....117

11 ผลการทดสอบเป็นรายคู่คะแนนเฉลี่ยดาานความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรแตกต่างกัน....118

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง หน้า

12 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกตามจำนวนบุตร.....119

13 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามจำนวนบุตร.....121

14 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกตามการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร.....122

15 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร.....124

16 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....125

17 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....127

18 ผลการทดสอบเป็นรายคู่คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน.....128

19 การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....129

20 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....131

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง หน้า

21 การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ.....133

22 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ.....135

23 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง..... 136

24 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง.....137

25 กิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 1.....178

26 กิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 2.....190

27 กิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 3.....209

28 ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน.....280

29 ค่าอำนาจจำแนก (t) เป็นรายข้อแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน..... 281

30 ค่าอำนาจจำแนก (t) เป็นรายข้อแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน.....282

31 ค่าอำนาจจำแนก (t) เป็นรายข้อแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน.....283

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย....11
2 ลักษณะเด็กมีความผิดปกติที่เกิดจากการการถ่ายทอดยีนส์เกี่ยวกับการเผาผลาญของฟีนิวลานีนมาแต่กำเนิด....17
3 ลักษณะของเด็กที่เป็น Cretinism....21
4 ลักษณะเด็กที่เป็น Down's syndrome หน้าตาแบบ Mogolism จะเห็นชัดเวลาร้องไห้....24
5 หน้าตาของเด็ก Down's syndrome หน้าตาจะแบนราบ เห็นชัดเมื่อมองด้านข้าง ตาเฉียงลง ลิ้นจุกปาก ริมฝีปากหนา นิ้วมือสั้นทั้ง 5 นิ้ว ผมเส้นเล็กบาง กระหม่อมหน้ากว้าง....24
6 การเรียนรู้แบบเชื่อมโยงหรือต่อเนื่อง....42
7 องค์ประกอบที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ....55
8 แบบแผนการวิจัย....83
9 แผ่นภาพพลิกเรื่องพฤติกรรมการเลี้ยวดูบุตรปัญญาอ่อน....248
10 แผ่นภาพพลิก ตอนที่ 1 การตรวจสุขภาพตามนัดของบุตรปัญญาอ่อน....249
11 แผ่นภาพพลิกแสดงกราฟการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง.... 250
12 แผ่นภาพพลิกแสดงการวัดส่วนสูงของบุตรปัญญาอ่อน....251
13 แผ่นภาพพลิกแสดงตารางกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของบุตรปัญญาอ่อนตั้งแต่แรกเกิด ถึง 2 ปี....252
14 แผ่นภาพพลิกแสดงตารางกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของบุตรปัญญาอ่อน (ต่อ) อายุ 2 ปี 6 เดือน ถึง 6 ปี....253
15 แผ่นภาพพลิก ตอนที่ 2 การตรวจให้อาหารตามวัยของบุตรปัญญาอ่อน....254
16 แผ่นภาพพลิกแสดงการให้นมแม่กับบุตรปัญญาอ่อน ตั้งแต่แรกเกิด ถึง 4 เดือน....255
17 แผ่นภาพพลิกแสดงการให้อาหารตามวัยกับบุตรปัญญาอ่อน ตั้งแต่อายุ 4 เดือน ถึง 1 ปี.... 256
18 แผ่นภาพพลิก ตอนที่ 3 สุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของบุตรปัญญาอ่อน....257
19 แผ่นภาพพลิกแสดงการทำความสะอาดร่างกายบุตรปัญญาอ่อนในช่วงวัยทารก....258
20 แผ่นภาพพลิกแสดงการฝึกหัดบุตรปัญญาอ่อนทำความสะอาดฟัน....259
21 แผ่นภาพพลิก ตอนที่ 4 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัยของบุตรปัญญาอ่อน....260
22 แผ่นภาพพลิกแสดงท่าการนวดปากบุตรปัญญาอ่อน.... 261

บัญชีภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ หน้า

23 แผ่นภาพพลิกแสดงท่าการนวดกล้ามเนื้อคอ.....262

24 แผ่นภาพพลิกแสดงท่าการใช้ของเล่นสีสด ๆ ล่อให้บุตรปัญญาอ่อนมองตาม.....263

25 แผ่นภาพพลิกแสดงท่าการนวดหลังบุตรปัญญาอ่อน.....264

26 แผ่นภาพพลิกแสดงท่าการฝึกหัดหยอดกล่องบล็อคทรงเรขาคณิต..... 265

27 ผู้วิจัยในบทบาทผู้นำกลุ่ม.....285

28 สมาชิกร่วมอภิปราย ดูภาพพลิก.....286

29 สมาชิกดูสไลด์เรื่องการกระตุ้นพัฒนาการ..... 287

30 สมาชิกแลกเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์.....288

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

ในปี พ.ศ. 2537 อัตราเพิ่มประชากรไทยในวัยเด็กปกติเกิดร้อยละ 1.20 คิดเป็นจำนวน 17.6 ล้านคน เป็นเด็กปัญญาอ่อน 1 ล้านคนเศษ เป็นเด็กพิการทางร่างกายร้อยละ 8.40 คิดเป็นจำนวนคน 4,614,650 คน (อนามัยครอบครัว. 2537 : 1) ; (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. 2535 : ไม่มีเลขหน้า) ดร. อัลเลน สโตรล์เลอร์ จากองค์การอนามัยโลกสำรวจในประเทศไทยพบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1 ของประชากร

ปัญญาอ่อนนั้นแต่เดิมเข้าใจว่าเป็นโรคจิตชนิดหนึ่ง แต่ถ้าพิจารณาอย่างถ่องแท้แล้วจะเห็นว่าไม่ใช่ เพราะคนไข้โรคจิตแสดงออกของอาการทางพฤติกรรมผิดปกติ เนื่องจากมีประสาทหลอน และหลงผิด ต้องรับการรักษาเยียวยาแบบโรคจิต ส่วนคนไข้ปัญญาอ่อนจะทำท่าทางแบบไร้เดียงสา (Innocent) หรือต่ำกว่าวัยจริง โดยที่อาการเหล่านี้เป็นมาตั้งแต่เด็ก ๆ พอโตขึ้นก็ยังมีพัฒนาการไม่สมวัย (รสชง ทัศนาญชลี. 2524 : 1)

ชาวโรมันเชื่อว่าเด็กที่เกิดมาอ่อนแอ สติปัญญาไม่ดี ไม่เป็นประโยชน์ต่อชาติ จะถูกจับโยนลงแม่น้ำ Euratus Luther ในนิกายโปรเตสแตนท์ (Protestansts) ของคริสต์ศาสนาก็รังเกียจเด็กที่เกิดมาแล้วอ่อนแอ ถึงขนาดให้เผาไฟ แต่ในขณะเดียวกันในนิกายโรมันคาทอลิค (Roman Catholic) ของคริสต์ศาสนาถือว่าเด็กทุกคนเป็นเด็กของพระเจ้า (Les chretiens sont les enfants du bon dieu) ฉะนั้นบุคคลปัญญาอ่อนประเภทหนึ่งซึ่งมีรูปร่างแคระแกรนที่เรียกว่า Critinism หรือ Cretis ก็มาจากคำว่า Chretiens จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งในปี ค.ศ. 1801 ดร. ฟิลิปส์ ฟิเนล (Dr. Phillippe Pinel) บิดาทางการแพทย์ฝ่ายจิตเวช ขณะนั้นได้มีผู้นำเด็กชายคนหนึ่งซึ่งได้พบว่าท่องเที่ยวอยู่ในป่าละเมาะ Aveyron ชานนคร ปารีส ประเทศฝรั่งเศส เด็กคนนี้อาศัยอยู่กับแม่สุนัขป่ามาแต่เด็ก มีท่าทาง อาการเดิน 4 เท้าเหมือนสุนัข และกินอยู่คล้ายสัตว์ อายุประมาณ 12 - 13 ปี ดร. ฟิลิปส์ ฟิเนล เมื่อเห็นเด็กก็ลงความเห็นว่า เป็นเด็ก "Idiotism" หมายความว่า ไม่สามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ และต่อมาในปี ค.ศ. 1866 ดร. เจ แลงดอน ดาวน์ (Dr. J Langdon Down) ได้แบ่งลักษณะบุคคลปัญญาอ่อนตามลักษณะรูปร่างหน้าตาไว้ 4 พวก เรียกว่า มองโกลิซึม (Mongolism) เอธิโอเปีย (Ethiopian) คอเคเซียน (Caucasian) และอเมริกัน-อินเดีย (American-Indian) การแบ่งลักษณะแบบนี้ได้ถูกละทิ้งไปแล้ว แต่คำว่ามองโกลิซึม (Mongolism) ยังคงเหลืออยู่โดยใช้บรรยายลักษณะหน้าตาของปัญญาอ่อน เพราะลักษณะหน้าตานั้นคล้ายกับชนชาติมองโกเลียมาก อุบัติการณ์จำนวนมองโกลิซึมในเด็กอ่อนและเด็กวัยรุ่น บุคคลปัญญาอ่อนพบมี

สำหรับบริการเพื่อบุคคลปัญญาอ่อนในประเทศไทย จากผลการสำรวจบุคคลปัญญาอ่อน พบว่ามีประมาณร้อยละ 2 ของประชากร หน่วยงานของรัฐที่ให้บริการแก่บุคคลปัญญาอ่อนมีอยู่ในวงจำกัด มีผู้ได้รับการช่วยเหลือเพียงปีละประมาณ 5,000 คน คิดเป็นอัตราครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ 1 ของบุคคลปัญญาอ่อนทั้งประเทศ รัฐบาลได้เล็งเห็นความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาด้านปัญญาอ่อน ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนนำในการแก้ปัญหาการให้บริการต่าง ๆ

พ่อแม่ที่ไม่เข้าใจถึงพฤติกรรมและการเรียนรู้ของเด็กปัญญาอ่อนจะพาเด็กไปอยู่สถานรับเลี้ยงเด็กปัญญาอ่อนหรือสถานสงเคราะห์คนพิการ ถึงแม้สถาบันบางแห่งจะดีที่สุด และบุคลากรรับผิดชอบอย่างดีก็ยังไม่มีความพร้อมเท่ากับอยู่กับพ่อแม่ เพราะครอบครัวเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน เนื่องจากความบกพร่องในการปรับตัว (เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์ และกัลยา สูตะบุตร. 2540 : 725) ส่วนมากพ่อแม่เมื่อนำเด็กไปฝากตามสถาบันเฉพาะแล้ว มักจะไม่ค่อยมีเวลาไปดูแล บางครั้งจะทิ้งคล้ายตัดขาดจากครอบครัว มีส่วนน้อยคิดไปเยี่ยมให้ความอบอุ่นแก่เด็ก ซึ่งก่อให้เกิดปัญหายุ่งยากและมีผลกระทบต่อเด็กปัญญาอ่อน พ่อแม่ คนในครอบครัว และการจัดการบริการการช่วยเหลือของรัฐ

ถึงแม้พ่อแม่และเด็กปัญญาอ่อนจะอยู่ด้วยกันก็ตาม แต่ในปัจจุบันส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว เนื่องจากเศรษฐกิจของครอบครัว ในกลุ่มเด็กปัญญาอ่อนพ่อแม่ต้องได้รับการเรียนรู้การเป็นพ่อแม่ โอกาสที่ครอบครัวเกิดการแตกแยกมีมาก เพราะเด็กอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมนาน ๆ ตั้งแต่ระยะแรกของชีวิต จะทำให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้ถาวร อย่างไรก็ตามเด็กปัญญาอ่อนสามารถพัฒนาสิ่งทดแทนที่ขาดหายไปถ้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม และพ่อแม่จะต้องมีความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนให้ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่เด็กอายุยังน้อย จนกระทั่งเด็กอายุ 5 ปี เพื่อเตรียมความพร้อมให้ได้รับการศึกษาต่อไป

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะทำให้มารดาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของตน ทั้งได้รับความคิดและความรู้สึกของผู้อื่น และได้ตระหนักว่าตนมิใช่เพียงผู้เดียวที่ต้องเผชิญกับปัญหา ยังมีคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเหมือนตนและอยู่เคียงข้างตนเพื่อช่วยแก้ปัญหา กระบวนการกลุ่มในลักษณะนี้เป็นการใช้ความสามารถและศักยภาพของบุคคลอย่างเต็มที่ การให้ผู้ประสบกับปัญหาเช่นเดียวกันนี้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จะเป็นแนวทางที่เร่งการปรับตัวให้เร็วขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์. 2527 : 142)

มากกว่าจำนวนเปรียบเทียบกับจำนวนปัญญาอ่อนในอายุอื่น ๆ ยิ่งกว่านั้นในจำนวนเด็กที่ให้การวิเคราะห์ว่าเป็นปัญญาอ่อนในอายุก่อนหนึ่งขวบจะเป็นเด็กประเภทนี้ประมาณร้อยละ 40-50 ถ้านับตั้งแต่ 5 ปีลงมามีถึงร้อยละ 25 และถ้านับทีละ 5 ปีขึ้นไปจำนวนจะค่อย ๆ ลดลงตามส่วน ที่เป็นเช่นนี้เพราะส่วนหนึ่งตายเสียตั้งแต่อายุยังน้อย (รสชง ทัศนาญชลี. 2524 : 4)

ในปี พ.ศ. 2503 ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งหัวหน้ากอง โรงพยาบาลจิตเวช ได้แนะนำให้ใช้คำว่า "ปัญญาอ่อน" แทนคำว่า "จิตทราม" ทั้งนี้เพราะประชาชนนำไปใช้ในความหมายทางผิดปกติทางเพศ เช่น พวกบุคคลที่แสดงอาการเปลือยกาย หรืออวดของลับ และต่อมาทางราชการได้ขอพระราชทานชื่อใหม่ว่า "คนพิการทางสมองและปัญญา" แต่อย่างไรก็ตามยังมีคำศัพท์อื่น ๆ ที่มีความหมายเหมือนกัน ซึ่งจะได้เข้าใจว่ามาจากเรื่องเดียวกัน คือ จิตบกพร่อง จิตเปลี้ย สมองอ่อน ปัญญาทึบ โง่ จิตเจริญล่าช้า สำหรับศัพท์ภาษาอังกฤษก็เรียก Mental dificiency, Mental retardation, Mental subnormality, Exceptional children, Limited children, Amentia, Oligophrenia, Idiotism, Imbcilism, Feeblemindedness, Mental handicapped (รสชง ทัศนาญชลี. 2524 : 8)

บุคคลปัญญาอ่อนถูกชักจูงง่าย เลียนแบบง่าย (Suggestable) ถ้าอยู่ในสังคมที่ไม่เข้าใจ หรือมั่วสุมกับบุคคลอันธพาล จะถูกชักจูงไปในทางไม่ดีและทางอบายมุขต่าง ๆ จากสถิติของสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก พบว่ามีเด็กปัญญาอ่อนปะปนอยู่กับพวกมิจฉาชีพและอันธพาลอยู่เสมอ และจากการสำรวจหรือวิจัยเกี่ยวกับโสเภณี พบว่ามีปัญญาอ่อนจำนวนไม่น้อยที่กลายมาเป็นหญิงโสเภณี ไม่ว่าโดยสมัครใจหรือถูกชักจูงหรือถูกหลอกลวง และในด้านความมั่นคงของชาติ ซึ่งประกอบด้วยเสถียรภาพทางการเมือง เสถียรภาพทางทหาร ประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจและสภาพทางสังคมในบุคคลปัญญาอ่อนไม่สามารถเป็นกำลังคนที่มีประสิทธิภาพของชาติได้เต็มที่ เพราะอุปสรรคทางปัญญา ยิ่งไปกว่านั้นปัญญาอ่อนอาจทำให้ความมั่นคงของชาติคลอนแคลนได้โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์หรือโดยไม่เจตนา

ดังนั้น จะเห็นว่าถ้าเด็กเกิดมาสุขภาพดี การเจริญเติบโตดีเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพประเทศชาติจะพัฒนาไปได้ดี ถ้าเด็กเกิดมาสุขภาพไม่ดี ติดเชื้อ มีความพิการตั้งแต่เกิดเป็นปัญญาอ่อน ก็จะทำให้การพัฒนาประเทศไม่ดีเท่าที่ควร เป็นภาระต่อสังคมด้านเศรษฐกิจอย่างมาก เนื่องจากบุคคลปัญญาอ่อนไม่มีรูปแบบของพฤติกรรมของบุคคลในวัยเดียวกันและบุคคลทั่วไปไม่เรียนรู้ที่จะยอมรับบุคคลปัญญาอ่อน ทำให้บุคคลปัญญาอ่อนถูกประทับตรา (Labelling) และถูกแยกจากสังคม (Segreation) ทำให้ต้องอยู่ในกลุ่มปัญญาอ่อนด้วยกัน ครอบครัวแยกตัวจากสังคมเพราะอับอาย ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัว ซึ่งวิธีที่ช่วยเหลือต้องจัดฝึกอบรมตั้งแต่เด็ก รัฐและเอกชนต้องสูญเสียเงินจำนวนมากในการสร้างสถาบัน และจัดบริการให้เฉพาะบุคคลกลุ่มนี้เป็นพิเศษ (เรือนแก้ว กนกพงศ์-ศักดิ์ และกัลยา สูตะบุตร. 2540 : 725)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาประยุกต์ใช้เพื่อให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน ซึ่งนำบุตรมารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการและรับคำปรึกษาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแก้ไขปัญหากันเอง และผู้วิจัยทำการศึกษารายกรณีในเรื่องเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเพราะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบของการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มที่มีบุตรโรคอื่น ๆ ที่ยังคงต้องการพึ่งพาได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

การกระตุ้นพัฒนาการจะช่วยเหลือให้เด็กปัญญาอ่อนหรือเด็กกลุ่มที่เสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า รวมทั้งครอบครัวเกิดความสุข โดยให้เด็กได้พัฒนาความสามารถทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา การช่วยเหลือตนเอง และมีระเบียบวินัย

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลปัญญาอ่อนจึงเน้นให้บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก หลักการที่สำคัญคือ

ประการแรก ต้องพยายามขจัดความรู้สึกของบิดามารดาในการโทษตัวเอง การเสียหน้า อับอายที่มีบุตรปัญญาอ่อนให้หมดไป

ประการที่สอง พยายามให้ชุมชนยอมรับคนปัญญาอ่อนมากขึ้น และพยายามหาวิธีการช่วยให้คนปัญญาอ่อนอยู่ในสังคมอย่างไม่ลำบากนัก

ประการที่สาม ชุมชนจะต้องจัดให้มีการอบรม การกระตุ้นพัฒนาการในเด็ก (Early intervention) ที่จะนำไปปฏิบัติได้เอง พ่อแม่และผู้ปกครองเด็กของปัญญาอ่อนแต่ละชุมชนอาจจะมีรูปแบบกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชน โดยขึ้นกับความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ ดังนี้

1. โปรแกรมที่บ้าน
2. กิจกรรมกลุ่มหรือการเล่นรวมกลุ่ม
3. โปรแกรมที่โรงเรียนในชุมชน
4. ตั้งโรงงานสำหรับพ่อแม่มาใช้เครื่องมือเพื่อผลิตอุปกรณ์เครื่องช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพราคาถูก
5. ผลิตเครื่องมือ เครื่องใช้สำหรับบุคคลปัญญาอ่อนขึ้นมาเอง
6. จัดกิจกรรมให้เด็กปกติช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อน
7. จัดกิจกรรมให้ความรู้และแนวทางการป้องกันภาวะปัญญาอ่อนแก่ชุมชน
8. จัดอบรมกลุ่มผู้ทำงาน ณ สถานที่ทำงาน โดยเน้นประเด็นการแก้ปัญหา การติดตามผล การสร้างโปรแกรมทักษะด้านการช่วยเหลือตนเอง

ผู้วิจัยทำหน้าที่ในหน่วยงานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ได้สัมผัสเด็กปัญญาอ่อนที่ต้องได้รับความช่วยเหลือให้เจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นบุคคลที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่เป็นภาระของครอบครัวสังคมและประเทศชาติ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตามตัวแปรระดับการศึกษาของมารดา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร และรายได้ของครอบครัว

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ

2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้ในการปรับปรุงและส่งเสริมความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน ซึ่งเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

3. เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุตั้งแต่ 3 เดือน - 3 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าบุตรมีภาวะปัญญาอ่อน นำมาเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อย่างน้อย 1 ครั้ง และเป็นมารดาผู้ให้กำเนิดและใช้

ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวกับบุตร โดยมีระยะเวลาในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงสำรวจและเชิงทดลองเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่ตึกกระตุ้นพัฒนาการของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และได้กลับไปฝึกหัดที่บ้านจนครบ 2 สัปดาห์ มารดากลับมารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเป็นครั้งที่ 2 พยาบาลผู้ฝึกจะประเมินดูความก้าวหน้าทางพัฒนาการของบุตร ถ้าบุตรปัญญาอ่อนไม่มีพัฒนาการก้าวหน้าเพิ่มขึ้น พยาบาลจะคัดเลือกเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยตามความสมัครใจ

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร เป็นมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน ที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่ตึกกระตุ้นพัฒนาการในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปี พ.ศ. 2542 จำนวน 1,000 คน (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 81)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน ที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่ตึกกระตุ้นพัฒนาการในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 100 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดและมีขั้นตอนเลือกกลุ่มทดลองและควบคุมขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร (ชาญวิทย์ เทียมบุญประเสริฐ. 2525 : 69) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกจากประชากรมาจำนวน 100 คน เพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกเฉพาะมารดาที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน จากจำนวน 100 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งกลุ่มมารดา 60 คน ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำแนกเป็น

1. กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม ในแต่ละครั้งมารดาเป็นสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองวันละ 6 คนต่อกลุ่ม แต่ละกลุ่มดำเนินการ 3 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2. กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ จนครบ 5 สัปดาห์

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ระดับการศึกษาของมารดา

1.2 ระยะเวลาในการดูแลบุตร

1.3 จำนวนบุตร

1.4 การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร

1.5 รายได้ของครอบครัว

1.6 โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.7 โปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรตามปกติแล้วยังต้องให้การส่งเสริมพัฒนาการที่ล่าช้า ซึ่งมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนจะต้องมี ประกอบด้วย

ความรู้

หมายถึง ความสามารถของมารดาในการจำได้ นึกได้ เกี่ยวกับข้อเท็จจริงและรายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้รับ ซึ่งเกิดจากการมองเห็น การได้ยิน จากการสังเกต ประสบการณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ประเภทของปัญญาอ่อน ลักษณะทางกายภาพของบุตรปัญญาอ่อน ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เจตคติ

หมายถึง ความรู้สึกของมารดาที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุตรปัญญาอ่อน สิ่งของและสถานการณ์ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งบอกถึงสภาพของจิตใจของมารดาว่ายอมรับบุตร

ปัญญาอ่อนอย่างจริงใจ ไม่มีการรังเกียจ หรือปฏิเสธบุตรปัญญาอ่อน ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามเจคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การปฏิบัติ

หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การพาบุตรมาตรวจสุขภาพตามนัด การกระตุ้นพัฒนาการ การส่งเสริมการเล่นตามวัย ซึ่งจะมีผลทำให้บุตรปัญญาอ่อนมีพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กปกติ ช่วยลดความพิการ และฟื้นฟูสมรรถภาพของบุตรปัญญาอ่อน ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

มารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

หมายถึง มารดาที่คลอดบุตรคนใดก็ตามแล้วแพทย์วินิจฉัยว่าบุตรคนนั้นมีภาวะปัญญาอ่อน สมองหยุดพัฒนา หรือพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ ซึ่งทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะต่างๆ ได้แก่ ความสามารถทางด้านสติปัญญา ภาษา การเคลื่อนไหว การตอบสนองต่อคนเลี้ยงดู และอาจมีหรือไม่มีความผิดปกติทางกายหรือทางจิตร่วมด้วย และเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก

บุตรปัญญาอ่อน

หมายถึง บุตรคนใดก็ตามของมารดาที่คลอดออกมาแล้วแพทย์วินิจฉัยว่าบุตรมีความผิดปกติในความสามารถด้านสติปัญญา สติปัญญา และพฤติกรรมการปรับตัวไม่เหมาะสมกับวัย ซึ่งแสดงอาการก่อนอายุ 1 ปี

ระดับการศึกษาของมารดา

หมายถึง การศึกษาของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ประถมศึกษา
2. มัธยมศึกษา
3. อาชีวศึกษา พาณิชย์ ปกศ.
4. ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

ระยะเวลาในการดูแลบุตร

หมายถึง ระยะเวลาที่มารดาให้การดูแลบุตรปัญญาอ่อนเองติดต่อกันตั้งแต่แรกคลอดจนถึงวันที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. 1 - 5 เดือน
2. 6 - 11 เดือน
3. 1 ปี - 1 ปี 11 เดือน
4. 2 ปีขึ้นไป

จำนวนบุตร

หมายถึง จำนวนบุตรของมารดาและบิดาของบุตรปัญญาอ่อนที่มีในปัจจุบัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. จำนวน 1 คน
2. จำนวน 2 คน
3. จำนวน 3 คน
4. มากกว่า 3 คนขึ้นไป

การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร

หมายถึง การรับรู้ของมารดาที่มีต่อความสามารถทางสติปัญญาของบุตร โดยการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็นระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (รสชง ทัศนาญชลี. 2524 : 10 ; อ้างอิงจาก WHO. 1978. *Care of the mental retardation in the community*. p. 291)

1. ปัญญาอ่อนขนาดอ่อน (Mild grade mental retardation) หมายถึงปัญญาอ่อนที่ไม่เท่าขนาดกลางแต่ยังคงมีอยู่ ขนาดต้องคอยแนะนำชักจูงจึงสามารถทำงานได้หรือเรียนได้บ้างตามสมควร ระดับไอคิวระหว่าง 50 - 70

2. ปัญญาขนาดกลาง (Moderate grade mental retardation) หมายถึงปัญญาอ่อนไม่เท่าขนาดหนัก แต่ยังมีมากขนาดต้องอยู่ในความคุ้มครองดูแลเอาใจใส่ ระดับไอคิวระหว่าง 35 - 49

3. ปัญญาอ่อนขนาดหนัก (Severe grade mental retardation) หมายถึงปัญญาอ่อนชนิดมาก ขนาดไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองให้พ้นภัยแม้แต่ภัยง่าย ๆ ระดับไอคิวไม่เกิน 34

รายได้ของครอบครัว

หมายถึง รายได้สุทธิเฉลี่ยต่อเดือนของมารดาและบิดาของบุตรปัญญาอ่อนรวมกัน หรือรายได้ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในกรณีที่อีกฝ่ายไม่มีรายได้ แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2525 : 1) คือ

1. ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน
2. 4,000 - 5,999 บาทต่อเดือน
3. 6,000 - 7,999 บาทต่อเดือน
4. 8,000 - 9,999 บาทต่อเดือน
5. ตั้งแต่ 10,000 บาทต่อขึ้นไป

โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

หมายถึง กระบวนการในการกระทำร่วมกันของบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มารวมตัวกันโดยความสมัครใจ และใช้ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะบุคคลที่แก้ปัญหาต่าง ๆ ผ่านมาแล้วจะใช้ประสบการณ์ของตนเองมาช่วยแก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่น ๆ กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิก เพื่อสมาชิก และผู้ที่มีความรู้เฉพาะทางเป็นผู้นำในการให้สุขศึกษาแก่มารดา ทำให้มารดาที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนสามารถแก้ไขได้ถูกต้อง เกิดกำลังใจในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน และยอมรับบุตรปัญญาอ่อนอย่างจริงใจ ไม่ทอดทิ้งบุตรปัญญาอ่อน

โปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

หมายถึง การให้ความรู้แก่มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนในการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็กในทุกด้านที่มีปัญหา ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การใช้ภาษาและการช่วยเหลือตนเอง การกระตุ้นประสาทสัมผัสในการรับรู้ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรับรู้กลิ่น การรับรู้รส แล้วให้มารดลงมือปฏิบัติกับบุตรปัญญาอ่อนที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ

ประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

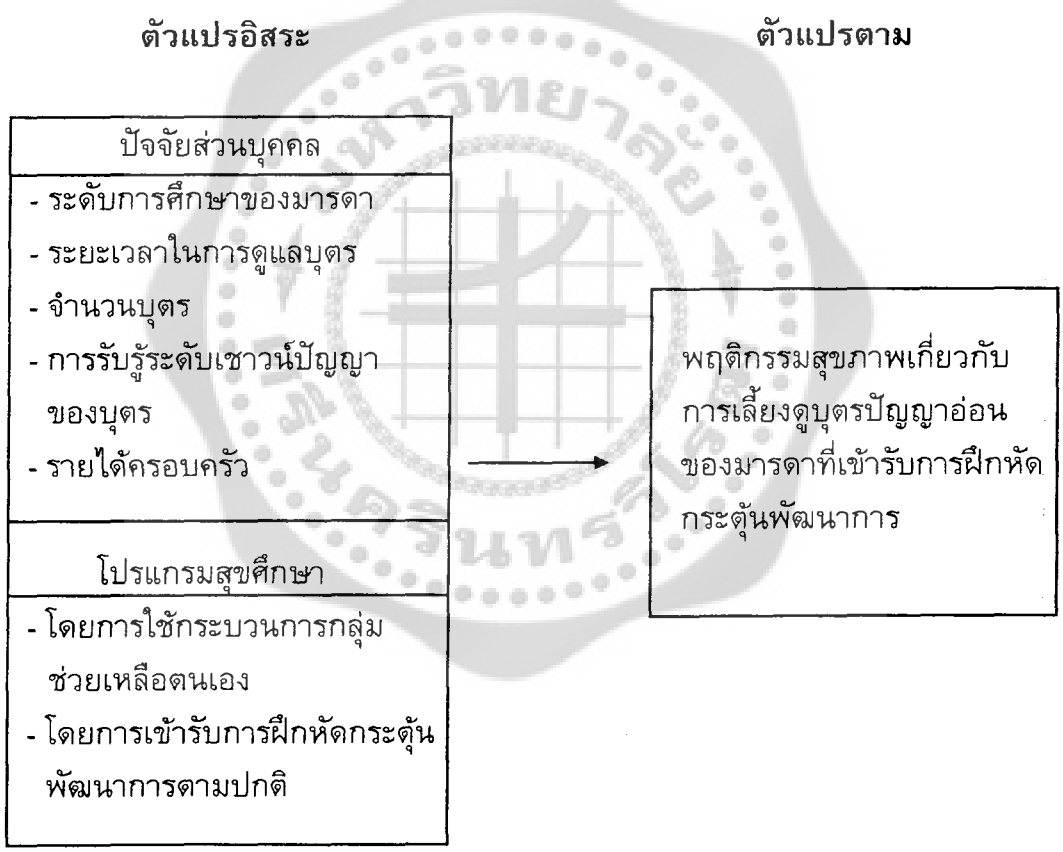
หมายถึง ผลสำเร็จของการที่มารดาได้เข้าร่วมโปรนแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองแล้วมารดามีความรู้เรื่องการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน และเกิดความรู้สึกนึกคิดที่ดีต่อบุตรปัญญาอ่อน ทำให้บุตรปัญญาอ่อนช่วยเหลือตัวเองได้ตามวัย ไม่เป็นภาระต่อสังคม

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด - 18 ปี ที่เป็นโรคทางกาย และจิตเวช ซึ่งมีบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพัฒนาการ และอยู่ภายใต้การดำเนินการของรัฐบาล และมีสถานที่ตั้งอยู่ที่ 420/8 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขหรือเป็นข้อเสนอแนะแก่มารดาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

2. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

3. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

4. มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

5. มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

6. มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

7. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

8. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

9. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

10. มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

11. มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

12. มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

13. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

14. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

15. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

16. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

17. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

18. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

19. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

20. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

21. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้นำเสนอตามหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
    1.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน
    1.2 ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง
        1.2.1. ทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ของธอร์นไดค์
    1.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
    1.4 กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
        1.4.1 กระบวนการกลุ่ม
        1.4.2 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
    2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
    2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน

ภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง ภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนของการปฏิบัติตน (Functioning) ในปัจจุบัน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่า 70 ร่วมกับความจำกัดของการเรียนรู้และการปรับตัวอีกอย่างน้อย 2 ทักษะ จาก 10 ทักษะ คือการสื่อความหมาย (Communication) การดูแลตนเอง (Self - care) การดำรงชีวิตภายในบ้าน (Home living) ทักษะทางสังคม/ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Social/interpersonal skill) รู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน (Use of community resource) รู้จักควบคุมตนเอง (Self - direction) การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน (Functional academic skill) การทำงาน (Work) การพักผ่อน (Leisure) สุขภาพอนามัยและความปลอดภัย (Health and safety) (ชวาลา เธียรธนู และกัลยา สูตะบุตร. 2538 : 1 - 8) ซึ่งเกิดขึ้นในระยะพัฒนาการตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ 18 ปี (O' Donoghue. 1990 : 641)

อุบัติการณ์ของการเกิดปัญญาอ่อนพบว่า ทารกแรกคลอดประมาณร้อยละ 15 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปัญญาอ่อนเนื่องจากการตั้งครรภ์หรือกระบวนการคลอด แต่พบว่ามีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ปัญญาอ่อน (Wacht. 1986 : 172) สำหรับประเทศไทย ดร.อัลเลน สโตร์เลอร์ จากองค์การอนามัยโลก สำรวจไว้เมื่อ พ.ศ. 2500 พบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1 ของประชากร นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2531 - 2532 โรงพยาบาลราชานุกูลสำรวจใน 5 ภาคของประเทศไทย จำนวนประชากร 221,928 คน พบบุคคลปัญญาอ่อนร้อยละ 0.40 ของประชากร พบปัญญาอ่อนในชายมากกว่าหญิง ในอัตราส่วน 1.5 : 1 (ชวาลา เธียรธนู และกัลยา สูตะบุตร. 2538 : 1 - 8) และพบในคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำมากกว่าคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง และมักเป็นคนที่อยู่ในชนบท นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 17 ของเด็กปัญญาอ่อนมีประวัติปัญญาอ่อนในครอบครัว

สาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน

อาจเริ่มจากด้านชีวภาพ (Primary biological) หรือเริ่มจากด้านสังคมจิตวิทยา (Primary psychosocial) หรือรวมกันทั้ง 2 ด้าน และโดยทั่วไปสาเหตุของปัญญาอ่อนมักจะซับซ้อนและมีหลายปัจจัย (Multifactor) พบว่าประมาณร้อยละ 30 ของบุคคลปัญญาอ่อนระดับรุนแรง และร้อยละ 50 ของบุคคลปัญญาอ่อนระดับน้อย ไม่สามารถระบุสาเหตุของปัญญาอ่อนได้ และร้อยละ 50 ของปัญญาอ่อนมีสาเหตุมากกว่าหนึ่งสาเหตุ สาเหตุของปัญญาอ่อนสามารถแบ่งตามระยะเวลาของการตั้งครรภ์ได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด (O' Donoghue. 1990 : 6412 - 644) ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของปัญญาอ่อนมีดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม (Hereditary) พบประมาณร้อยละ 5 ได้แก่ ความผิดปกติของยีนเดี่ยว (Single gene disorders) ความผิดปกติของโครโมโซม (Chromosome disorders) ความผิดปกติของหลายยีนร่วมกัน (Polygenic familial syndrome) เป็นความผิดปกติทางยีนเกี่ยวกับการเผาผลาญของสารฟีนิวลานีน (Phenylanine) มาตั้งแต่กำเนิด

2. ความผันแปรของการพัฒนาการตัวอ่อนในครรภ์ตั้งแต่ระยะต้น ๆ (Early alternation of embryonic development) พบประมาณร้อยละ 30 ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโครโมโซม การติดเชื้อ สารที่ก่อให้เกิดความพิการ ความผิดปกติของรก ความผิดปกติของประสาทส่วนกลางแต่กำเนิดโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น

3. ปัญหาต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์และคลอด พบประมาณร้อยละ 10 ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการของทารกในครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด การบาดเจ็บที่ทำให้สมองขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด ภาวะเลือดออกภายในกระโหลกศีรษะ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม การติดเชื้อ เป็นต้น

4. ปัญหาต่าง ๆ ในระยะหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 5 ได้แก่ การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง การขาดออกซิเจน การจมน้ำหรือการชัก ความผิดปกติ

ของเมตาบอลิซึม กรได้รับสารพิษ ภาวะเลือดออกภายในกระโหลกศีรษะ ภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น

5. ปัจจัย ๆ จากสิ่งแวดล้อม ความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ พบประมาณร้อยละ 15 - 20 ได้แก่ ความยากจน และครอบครัวแตกแยก ความผิดปกติในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก ความผิดปกติทางจิตของผู้เลี้ยงดู ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง (Autistic disorders) ผู้เลี้ยงดูติดสารเสพติด เป็นต้น

6. ไม่ทราบสาเหตุ พบประมาณร้อยละ 30

ลักษณะทั่วไปของเด็กปัญญาอ่อน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2539 : 282 - 283)

1. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการไม่เจริญตามปกติ เช่น การพูด จะพูดได้เมื่ออายุ 2 - 4 ปี

2. การแสดงกิริยาวาจาเหมือนเด็ก เช่น อายุจริง 16 ปี แต่มีอายุสมองเท่ากับเด็กอายุ 3 ปี

3. มีลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อนเด่นชัด เช่น เด็กที่เป็นกลุ่มอาการดาวน์ (Down' s syndrome) มองโกลิซึ่ม (Mongolism) จะพบว่าศีรษะเล็ก หน้าแบน ตาเฉียงลง ลิ้นใหญ่ คอสั้น มือแบนกว้าง ลายมือขาด นิ้วสั้น อารมณ์ครื้นเครง หรือเด็กซึ่งเป็นคริตินิซึ่ม (Cretinism) จะพบว่าตัวเล็กผิดปกติ ผิงหนังหยาบแห้งเย็น เด็กจะดูซึมเสร้า ลิ้นจุกปาก ริมฝีปากหนา กระหม่อมหน้ากว้าง ท้องป่อง สะดือจุ่น

4. เรียนหนังสืออ่านไม่ออก หรือเรียนไม่ทันเพื่อนที่อายุรุ่นราวคราวเดียวกันกับตน

ลักษณะทางกายภาพของเด็กปัญญาอ่อน (การพยาบาลเด็ก 2. 2529 : 174 - 184)

1. โรคฟีนิวคีโตยูเรีย (Phenyketonuria)

เป็นความผิดปกติทางยีนเกี่ยวกับการเผาผลาญของฟีนิวลานีน (Phenylanine) มาแต่กำเนิด สารฟีนิวลานีน (Phenylanine) เป็นกรดอะมิโนชนิดหนึ่งซึ่งเป็นส่วนประกอบของโปรตีน จะถูกเปลี่ยนโดยเอนไซม์ฟีนิวลาลานีน ไฮดรอกไซเลส (Phenylalanine hydroxylase) ให้กลายเป็นไทรอกซิน (Tyrosine) ถ้าเกิดมีการขัดขวางในเมตาบอลิซึมระหว่างฟีนิวลาลานีน (Phenylalanine) กับไทรอกซิน (Tyrosine) เพราะเกิดจากความผิดปกติในยีนซึ่งสร้างเอนไซม์ฟีนิวลาลานีน ไฮดรอกไซเลส จะทำให้ไม่สามารถทำลายฟีนิวลาลานีน ซึ่งจะเปลี่ยนไปเป็นฟีนิวไพรูเวท (Phenylpyruvate) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเผาผลาญ (Pyruvate) ในเลือดสูง เป็นผลทำให้การเจริญเติบโตของสมองของเด็กช้าลง ทำให้เด็กปัญญาอ่อน

โรคนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ Autosomal recessive ส่วนใหญ่ของเด็กแรกเกิดซึ่งเกิดจากพ่อแม่เป็น Hetarozygous : Carriers ทั้งสอง เด็กที่คลอดออกมา 1 ใน 4 จะเป็นปกติ 2 ใน 4 นั้นจะเป็นพาหะ (Carriers) ของความผิดปกติของโรคนี้ และ 1 ใน 4 นั้นจะเป็นโรคฟีนิวคีโตนูเรีย

โรคฟีนิวคีโตนูเรียมักเกิดขึ้น (ในอเมริกา) ประมาณ 1 ใน 10,000 รายของเด็กที่เกิดตามปกติ มักพบในเพศหญิงและชายเท่า ๆ กัน ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (Kenneth. 1997 : 581)



ภาพประกอบ 2 ลักษณะเด็กมีความผิดปกติที่เกิดจากการถ่ายทอดยีนส์เกี่ยวกับการเผาผลาญของฟีนิวลานีนมาแต่กำเนิด

อาการ

มักพบบ่อยในเด็กอายุประมาณ 4 เดือนแรก เมื่อมารดาสังเกตว่าทารกมีกลิ่นแปลก ๆ (Peculiar) หรือมีกลิ่นอับ (Musty odor) เด็กมีผมสีอ่อน (Blond) มากกว่าพี่น้องคนอื่น มีตาสีจาง เนื่องจากการขาดหายของไทรอกซิน (Tyrosine) ทำให้เกิดความผิดปกติของเม็ดสีเมลานิน (Melanine) เป็นสารซึ่งมีอยู่ในร่างกาย เกี่ยวข้องกับการสร้างสีผิวที่ผิวหนังและตาของคน อาจมีอาการทางประสาทเกิดขึ้น เด็กอาจมีอาการชักกระตุกอย่างปัจจุบันทันที และมีอาการทางผิวหนัง ผื่นคัน การเจริญเติบโตของร่างกายไม่เป็นไปตามปกติ การเจริญเติบโตของสมองหยุดชะงัก ระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าปกติ

การวินิจฉัยโรค

1. ตรวจโดยวิธีของ Guthrie blood test ดูความเข้มข้นของระดับ phenylalanine พลาสมา มีผลในเด็กแรกเกิด ปกติเมื่อแรกเกิดมีค่า 0.4 - 2.0 มิลลิกรัม/100 ซี.ซี. ระยะแรกค่าของฟีนิวลาลานีนในพลาสมาอาจไม่สูง จนกระทั่ง 3 ถึง 6 วัน หรือจนกระทั่งเด็กโตอยู่ในระยะวัยทารก และได้รับสารอาหารโปรตีน

การตรวจตามนัด มักตรวจดูภายหลังเด็กคลอด หรือในเด็กที่ครอบครัวมีประวัติเป็นฟีนิวคีโตนูเรียมาก่อน หรือในเด็กที่มีลักษณะปัญญาอ่อน

การตรวจ Phenylalanine ในพลาสมา จะพบว่าในรายที่มีผลบวก ระดับของ Phenylalanine จะสูงขึ้นถึง 15 มิลลิกรัม/100 ซี.ซี. ในพลาสมา

2. การตรวจปัสสาวะซึ่งใช้วิธีเฟอริคคลอไรด์ทดสอบ (Ferric chloride urine test) โดยใส่ปัสสาวะของเด็กลงในหลอดแก้วทดลองจำนวน 5 ซี.ซี. หยดน้ำยาเฟอริคคลอไรด์ (Ferric chloride) 5 หรือ 10% จำนวน 3 หยด ลงไปในปัสสาวะ ถ้ามีสีเขียวเกิดขึ้นแสดงว่ามีฟีนิวคีโตบอดี (Phenylketone bodies) ในปัสสาวะ แต่ถ้าพบว่าปัสสาวะสีเหลืองแสดงว่าปกติ (อาจใช้ Phenistix ในการตรวจปัสสาวะได้) อาจใช้ปัสสาวะที่ผ้าอ้อมตรวจได้ โดยหยดน้ำยาเฟอริคคลอไรด์ 5 หรือ 10% ลงในผ้าอ้อมที่เปียกปัสสาวะ ถ้าเปลี่ยนเป็นสีเขียวเกิดขึ้น แสดงว่ามีฟีนิวคีโตนบอดีในปัสสาวะ แต่ถ้าปกติปัสสาวะจะเป็นสีเหลือง ต้องทำการวินิจฉัยโดยเร็วเมื่อทราบว่าเป็นโรคนี้จะได้ทำการรักษาและป้องกันโดยด่วน เพื่อไม่ให้สารนี้ไปทำลายสมองมากขึ้น

การรักษา

ให้สารอาหารที่มีฟีนิวลาลานีนต่ำ โดยมากจะให้นมผงโลฟีนาแลค (Lofenalac) ซึ่งใน 100 กรัมของนมผงนี้จะมี 450 แคลอรี และฟีนิวลาลานีน 80 มิลลิกรัม ส่วนผสมอื่น เช่น โปรตีน ไขมัน สารแป้ง แร่ธาตุ และวิตามิน มีเหมือนนมผงธรรมดา ควรเริ่มด้วยฟีนิวลาลานีน 20 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แล้วเพิ่มหรือลดตามระดับของฟีนิวลาลานีนในพลาสมา โดยทั่วไประดับของฟีนิวลาลานีนในพลาสมาควรอยู่ระหว่าง 5 - 10 มิลลิกรัม/100 ซี.ซี. ถ้าระดับต่ำกว่านี้จะทำให้เกิดภาวะฟีนิวลาลานีนในเลือดต่ำ (Hypophenylalaninemia) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึม ท้องเดิน ผิวหนังมีผื่นคัน ไม่เจริญเติบโต และมีโลหิตจาง

การให้ผู้ป่วยพวกนี้ได้รับการรักษาด้วยการจำกัดฟีนิวลาลานีนในอาหารจนถึงอายุ 5 ปี คือการเจริญเติบโตของสมองเต็มที่แล้ว

การพยาบาล

1. พยาบาลต้องช่วยอธิบายให้ญาติเข้าใจในโรคนี้ และการให้อาหารแก่เด็ก
2. แนะนำญาติให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรมหรือกุมารแพทย์
3. ควรสังเกตอาการทางผิวหนังและอาการทางประสาท
4 ควรสังเกตอาการขาดฟีนิวลาลานีนในเด็ก เพื่อจะไดแก้ไขได้ทันท่วงที

5. การจำกัดอาหารในเด็ก ต้องแนะนำให้ญาตินำเด็กมาตรวจดูฮีโมโกลบินด้วย เพราะถ้าเด็กเกิดภาวะฟีนิวลาลานีนต่ำ จะทำให้เกิดโรคโลหิตจางขึ้นได้

6. แนะนำญาติพาเด็กมาทดสอบระดับสติปัญญาและความสามารถทางสมอง

2. โรคไม่มีต่อมทัยรอยด์มาแต่กำเนิด (Congenital hypothyroidism : Cretinism)

เป็นภาวะของร่างกายที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนทัยรอยด์ (Thyroid hormone) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่แรกเกิด (Newborn) หรือในทารกตอนต้น (Early infancy)

สาเหตุ

1. ไม่มีต่อมทัยรอยด์มาตั้งแต่กำเนิด เนื่องจากมีความผิดปกติตั้งแต่ระยะเป็นตัวอ่อน (Embryonic) ซึ่งต่อมทัยรอยด์นี้หายไปหรือเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทำให้ไม่สามารถหลั่งฮอร์โมนทัยรอยด์ได้

2. เกิดจากการขาดไอโอดีน

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่มีต่อมทัยรอยด์มาแต่กำเนิด (Congenital hypothyroidism) จะแสดงอาการเมื่อใดนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนและระยะเวลาของการขาดทัยรอยด์ฮอร์โมน ในพวกไม่มีต่อมทัยรอยด์ (Athyroid cretinism) จะมีอาการปรากฏเร็ว เช่น ก่อนอายุ 3 เดือน เป็นต้น

อาการที่ควรสงสัยว่าผู้ป่วยมีการขาดทัยรอยด์ฮอร์โมน มีดังนี้

1. มีพยาธิสภาพตัวเหลือง (Physiological jaundice) นานเกินปกติ

2. มีภาวะลำบากในการดูด (Feeding difficulty) เช่น ไม่ค่อยดูดนม ดูดนมน้อย สำลัก หรืออาเจียนหลังดูดนม

3. มีภาวะหายใจไม่ดี (Respiratory difficulty) เช่น หายใจครืดคราด บางทีมีหยุดหายใจเป็นพัก ๆ เป็นหวัดบ่อย ๆ มีน้ำมูกตลอดเวลา แน่นในจมูก

4. มีการเคลื่อนไหวช้า (Decreased activity) ผู้ป่วยมีอาการเงื่องหงอย เซื่องซึม ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ค่อยเคลื่อนไหวอวัยวะใด ๆ ไม่ค่อยร้อง

5. เบื่ออาหาร และท้องผูก ท้องอืด

6. กล้ามเนื้ออ่อน (Muscular hypotonia) อาจจะมีสะดือจุ่น (Umbilical hernia)

7. ตัวเย็นกว่าปกติ ผิวหนังค่อนข้างซีดและมักเป็นลาย ๆ (Mottle) อาการดังกล่าวนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยมีอายุประมาณ 6 - 12 เดือน ก็จะมีอาการปรากฏเด่นชัดขึ้น

อาการแสดงแบ่งออกเป็น 3 อย่าง คือ

1. มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกาย

2. มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการช้า

3. มีการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของผิวหนัง ผม

ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกาย

1.1 ผู้ป่วยมีผิวหนังซีดและเย็น เนื่องจากการไหลเวียนของกระแสโลหิตส่วนปลายไม่ดี

1.2 มีชีพจร (Pulse pressure) ช้าและแคบกว่าปกติ

1.3 ลำไส้ทำงานน้อยลง ทำให้มีอาการท้องผูก

1.4 มีกล้ามเนื้ออ่อน ท้องป่อง อาจมีสะดือจุ่น (Umbilical hernia)

1.5 เป็นคนช้า เงื่องหงอย ซึม ง่วงบ่อย ๆ

2. มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการช้า

2.1 ผู้ป่วยจะมีการเจริญเติบโตเนื้อเยื่อ (Epiphyseal center) ของกระดูกเกิดขึ้นช้ากว่าวัย ความยาวของกระดูกที่เพิ่มขึ้นช้า มีผลทำให้เตี้ย (Dwarfism) เมื่อเอกซ์เรย์ (X - ray) ดูอายุของกระดูก (Bone age) พบว่าเกณฑ์อายุกระดูกเจริญเติบโตช้า (Delayed bone age)

2.2 สมองเจริญช้า สติปัญญาต่ำกว่าปกติ (Mental retardation) มีพัฒนาการของร่างกายช้า เช่น เดินได้หรือพูดได้ช้ากว่าเด็กปกติ

2.3 ฟันขึ้นช้ากว่าปกติ ฟันที่ขึ้นแล้วจะผุเร็วและหักง่าย

3. มีการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของผิวหนังและผม

3.1 มีเนื้อเยื่อแทรกอยู่ตามที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ดูอ้วน คอสั้น

3.2 ผิวหนังแห้ง หนา หยาบ

3.3 ผมแห้ง หยาบ เปราะ ร่วง และมีจำนวนน้อย

สรุปลักษณะของพัฒนาการและการเจริญเติบโตของร่างกายเด็กที่เตี้ยแคระแกรน (Critinism) มีดังนี้

1. ลักษณะโดยทั่วไป จะเห็นว่าหน้าตาหน้าเกลียด เงื่องหงอย ซึมเซ่อ ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ช่างเล่นเหมือนเด็กปกติ ไม่ค่อยเคลื่อนไหวอวัยวะใด ๆ

2. ตัวเตี้ย และมีลักษณะพิเศษคือ เมื่อวัดอวัยวะของช่วงตัวบนเอามาเปรียบเทียบกับช่วงล่าง จะพบว่าช่วงตัวบนยาวกว่าช่วงล่าง ลักษณะเช่นนี้คล้ายกับทารก เราเรียกว่า Infantile skeletal porportion

3. ผิวหนังซีด บางครั้งเหลือง เย็นแห้งและเป็นลาย

4. ศีรษะ พบว่ากระหม่อมหน้าปิดช้ากว่าอายุ ผมหยาบแห้ง เปราะและร่วงง่าย หนังศีรษะหนา

5. หน้าบวมฉุ ๆ เชิงผมต่ำ มีขนขึ้นที่หน้าผาก หน้าผากย่น หน้าตาบวม ลิ้นหนาและโตคับปาก ซึ่งจะจุกปากอยู่เสมอ ทำให้อ้าปาก

6. ฟันขึ้นช้ากว่าคนปกติ ฟันที่ขึ้นแล้วผุง่าย

7. คอหนา สั้น

8. มือกว้าง นิ้วสั้น หลังมืออูม

9. ท้องป่อง อาจมีสะดือจุ่น

10. ไม่มีการเจริญเติบโตของอวัยวะสืบพันธุ์เมื่อถึงอายุวัยหนุ่มสาว

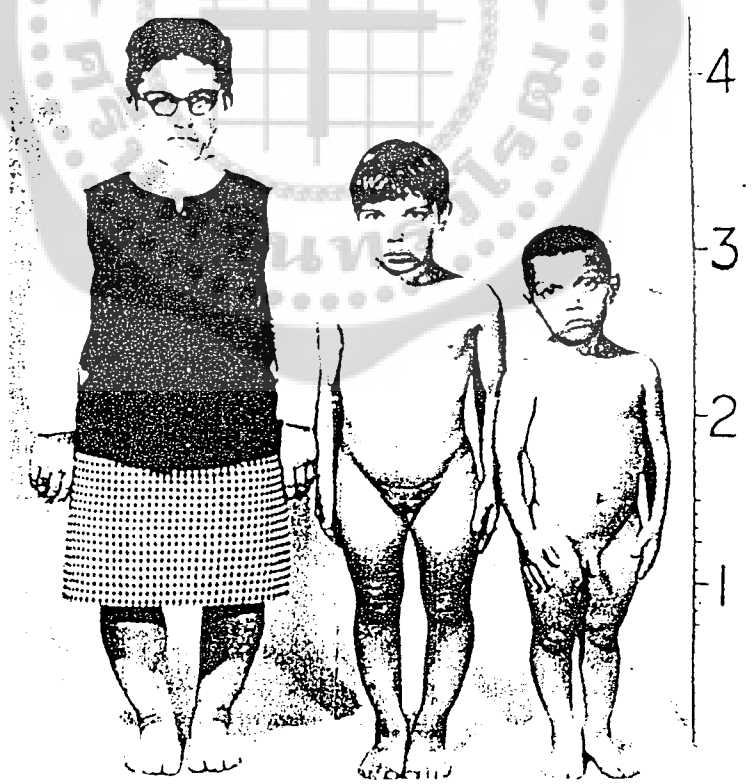
11. กล้ามเนื้ออ่อน

12. เสียงแหบ

13. ระบบหัวใจและเส้นเลือด พบว่าชีพจร (Pulse pressure) ช้าและแคบ

14. มีการเจริญเติบโตของกระดูกช้ากว่าปกติ

ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (Kenneth. 1997 : 581)



ภาพประกอบ 3 ลักษณะเด็กที่เป็น Cretinism

= 148792 2.3

การวินิจฉัยโรค

จากประวัติอาการ อาการแสดง และการตรวจร่างกาย ซึ่งจะตรวจพบสิ่งผิดปกติต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ

1. ระยะเวลาของการขาดทัยรอยด์ฮอร์โมน

2. จำนวนของทัยรอยด์ฮอร์โมนที่ขาดไป

นอกจากนี้ยังมีส่วนที่ช่วยในการวินิจฉัยดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยมีตัวเตี้ย (Dwarf) มีลักษณะที่แปลกกว่าตัวเตี้ยชนิดอื่น คือ เมื่อวัดระยะช่วงตัวบนเอามาเปรียบเทียบกับช่วงล่าง จะพบว่าช่วงตัวบนยาวกว่าช่วงตัวล่าง

2. เอกซ์เรย์ พบเกณฑ์กระดูกจะช้า (Retarded bone age)

3. ระดับของ PBI และไทรอกซิน (Thyroxine) ในซีรั่มต่ำกว่าปกติ

4. ในผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 2 ปี มักพบว่ามีระดับของโคเลสเตอรอล (Cholessterol serum) สูงกว่าปกติ

การวินิจฉัยได้ตั้งแต่อายุก่อน 6 เดือน จะทำให้อาการปัญญาอ่อนลดน้อยลง หรือไม่มีเลยก็ได้ ถ้าวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกคลอด

การรักษา

ให้ผู้ป่วยรับประทานยาพวกทัยรอยด์เอกซ์เทรซ (Thyroid extrace) หรือไทรอกซิน สำหรับพวกที่เป็นโรคไม่มีต่อมทัยรอยด์มาแต่กำเนิด (Congenital hypothyroidism) จะต้องให้การรักษาตลอดชีวิต และต้องให้ผู้ป่วยมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ

การพยาบาล

1. พยาบาลควรสังเกตเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาพวกทัยรอยด์ฮอร์โมน อาจมีอาการของการให้ยาเกินขนาด มีดังนี้ ชีพจรเร็ว น้ำหนักลด อาเจียน เป็นตะคริว ท้องเดิน อุณหภูมิสูงขึ้น บุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น ตื่นเต้น และหงุดหงิดง่าย

2. ป้องกันการติดเชื้อ ผู้ให้การพยาบาลเด็กจะต้องล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลเด็กทุกครั้ง

3. อาหารและความสะอาดของปาก อาหารแล้วแต่สภาพของผู้ป่วยว่าจะให้โดยวิธีใด การให้ควรให้อย่างช้า ๆ ไม่รีบร้อน ไม่ควรให้นมคั่งค้างในปาก ควรให้น้ำทุกครั้งหลังจากให้นม และดูแลให้ปากสะอาดอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

4. พยาบาลควรอธิบายให้ญาติเด็กเข้าใจถึงโรคนี้ เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของสมองช้า พยาบาลและญาติไม่ควรเปรียบเทียบการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่เป็นโรคนี้กับเด็กปกติ อาจทำให้มีปัญหาด้านจิตใจ

5. ถ้าผู้ป่วยโตขึ้นและปัญญาอ่อนมาก แนะนำให้ทำหมันหรือทำผ่าตัดมดลูก (Histerectomy) ในรายที่เป็นหญิง

3. กลุ่มอาการดาวน์ (Down' s syndrom : Mongolism)

เป็นกลุ่มอาการหนึ่งที่พบบ่อยในพวกเด็กปัญญาอ่อน (Mental retardation)

อุบัติการณ์

มักพบในสังคมทุกชั้นและเกิดขึ้นทั้งสองเพศ จะพบได้มากเมื่ออายุของแม่มากขึ้น

สาเหตุ

เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม คือ Trisomy ของโครโมโซมคู่ที่ 21 ปกติโครโมโซมทั้งหมด 46 ตัว แต่เกิดผิดปกติมี 47 ตัว ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นในระยะขบวนการแบ่งตัวของเซลล์สืบพันธุ์ในแม่ (Maturation process) ขณะที่เซลล์มีการแบ่งตัวแทนที่โครโมโซมจับคู่เรียงกันพร้อมที่จะแยกออกเป็น 2 เซลล์ อาจมีคู่หนึ่งคู่ใดของ Autosomes ไม่ยอมแยกจากกัน เรียกว่า Non - disjunction ทำให้เซลล์ใหม่ 2 เซลล์มีโครโมโซมไม่เท่ากัน ในหนึ่งเซลล์จะมีโครโมโซมเกินมา 1 ทำให้เป็น 23 Autosomes กับอีก 1 เซ็กส์โครโมโซม เมื่อผสมกับ Mature cell ของฝ่ายตรงข้าม ซึ่งอาจมีการแบ่งเซลล์ปกติ และมีจำนวนโครโมโซมปกติ จะทำให้เซลล์ใหม่มี 47 โครโมโซม

ความผิดปกติของโครโมโซม แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

1. ผิดปกติในจำนวนของโครโมโซม เกิดขึ้นได้โดยการแบ่งตัวปกติ อาจเกิดขึ้นในขณะที่สเปิร์ม (Sperm) หรือไข่ (Ovum) แบ่งตัวหรือหลังจากเชื้ออสุจิและไข่ผสมกันแล้ว

2. ความผิดปกติที่โครงสร้างของโครโมโซม คือโครโมโซมท่อนใดท่อนหนึ่งขาดหายไปและติดไปกับตัวอื่น เนื่องจากโครโมโซมทั้งสองกลุ่มคล้ายกัน มักพบในโครโมโซมคู่ที่ 15 กับ 21

อาการ

อาจเห็นชัดตั้งแต่แรกเกิด จากการดูลักษณะหน้าตาของเด็กจะคล้ายกับคนตะวันออก มีศีรษะเล็ก มีศีรษะด้านหลัง (Occiput) แบนราบ และใบหน้ากลม ตาเล็ก และส่วนปลายของตาเฉียงขึ้นเล็กน้อย หนังตาเป็นร่องแคบ จมูกแบนราบ และลิ้นหนาโตคับปาก เด็กเหล่านี้จะหายใจทางปาก ฟันขึ้นช้า มือสั้นและป้อม นิ้วมือเล็กและโค้ง ลายมือและลายเท้าไม่เหมือนกับเด็กปกติ จากการทดลองโดยเอานิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้กางออกทั้งสองข้างแล้วมาชนกันจะเห็นว่าช่องว่างระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้กว้างกว่าปกติ กล้ามเนื้อไม่ค่อยเจริญเติบโตเต็มที่ ข้อต่อกระดูกหลวม ทำให้ท่าทางและรูปร่างของเด็กปกติ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กจะช้า พัฒนาการทางด้านจิตใจของเด็กเมื่อโตเฉลี่ยเท่ากับเด็กอายุประมาณ 5 ปี ถึง 7 ปี

ความผิดปกติที่พบบ่อยมักจะมีความผิดปกติของโรคหัวใจมาแต่กำเนิด และมีอัตราการเกิดมะเร็งในเม็ดเลือดขาวสูงกว่าคนปกติ (Acute lymphoblastic leukemia) ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 และ 5 (Kenneth. 1997 : 12)



ภาพประกอบ 4 ลักษณะเด็ก Down' s syndrome หน้าตาแบบ Mongolism จะเห็นชัดเวลาร้องไห้



ภาพประกอบ 5 หน้าตาของเด็ก Down' s syndrome หน้าตาจะแบนราบ เห็นชัดเมื่อเวลามองด้านข้าง ตาเฉียง ลิ้นจุกปาก ริมฝีปากหนา นิ้วมือจะสั้นทั้ง 5 นิ้ว เส้นผมเล็กบาง กระหม่อมหน้ากว้าง

การรักษา

เช่นเดียวกับโรคพันธุกรรมชนิดอื่น ซึ่งไม่มีทางรักษาให้หายเป็นปกติ

การพยาบาล

เนื่องจากเด็กเหล่านี้มักจะถูกพ่อแม่ทอดทิ้ง ไม่เอาใจใส่ พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ ดังนี้

1. ช่วยอธิบายให้พ่อแม่เด็กเข้าใจสภาพของเด็กพวก Down' s syndrome และยอมรับความจริงว่าเด็กมีสติปัญญาหรือความสามารถน้อยกว่าปกติ ซึ่งในบางครั้งเป็นสิ่งที่ยากมากและอาจใช้เวลานานที่พ่อแม่เด็กจะยอมรับ

2. ควรแนะนำให้ดูแลรักษาสุขภาพอนามัยทางด้านร่างกายและความเป็นอยู่ของเด็ก

3. ป้องกันการติดเชื้อโรคให้แก่เด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางเดินหายใจ เนื่องจากเด็กพวกนี้มีความต้านทานต่อโรคน้อย ถ้าได้รับการรักษาไม่ดีอาจถึงตายได้

4. ควรจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถของเด็ก และควรฝึกให้เด็กช่วยเหลือตัวเอง โดยการสอนตามขั้นตอนจากง่ายไปหายาก เด็กก็จะสามารถทำตามได้แต่ช้ากว่าเด็กปกติ และเมื่อเด็กโตจนถึงวัยรุ่นควรให้เด็กฝึกฝนอาชีพให้เหมาะกับความสามารถของเขา

5. แนะนำพ่อแม่ให้ดูแลเด็กเหมือนเด็กปกติ โดยการหลีกเลี่ยงการตามใจเด็กมากเกินไป จะทำให้มีผลต่อพี่น้องคนอื่น ๆ ของเด็ก อาจทำให้ไม่ชอบเด็ก และพ่อแม่ควรอธิบายให้พี่น้องคนอื่น ๆ ของเด็กพวกนี้เข้าใจในสภาพของเด็กที่เป็น Down' s syndrome ด้วย เพื่อจะไม่ได้ทำให้เด็กเหล่านี้เกิดปัญหาทางจิตใจขึ้นได้

6. ในเด็กผู้หญิงเมื่อโตขึ้นควรแนะนำให้ทำหมัน เนื่องจากมีโอกาสที่ถูกข่มขืนได้ง่าย

อาการทางจิตเวชในเด็กปัญญาอ่อน (Syndromes in mental retardation people)

บุคคลปัญญาอ่อน นอกจากจะมีบุคลิกไม่สมบูรณ์แล้ว ยังมีอาการทางจิตร่วมด้วย ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2539 : 284 - 285)

1. พร่องทางพัฒนาการอย่างรุนแรง (Autism) เด็กออทิสติคมีอาการชอบเล่นคนเดียว ไม่จ้องมองหน้า

2. มีความสนใจผิดปกติ (Attention deficit disorder) ผู้ป่วยจะอยู่ไม่สุข มีปัญหาเรื่องการเรียน อารมณ์แปรปรวนง่าย หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว และชอบทำลาย อาการเช่นนี้มักพบในบุคคลปัญญาอ่อนระดับอ่อนไม่มาก (Mild mental retardation) อาการดังกล่าวเป็น

ปัญหาสำหรับครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีสถานภาพสังคมระดับล่างและยากจน การดูแลจะต้องกระทำโดยเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การผ่อนปรน และการให้ยาเพื่อลดอาการต่าง ๆ

3. จิตเภท (Schizophrenia) บุคคลปัญญาอ่อนซึ่งป่วยเป็นระดับโรคจิตเภท จะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป โดยแยกตัว เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนทางหูและตา ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาโดยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug) ซึ่งอาจมีอาการข้างเคียงของยา ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด

4. ความผิดปกติทางอารมณ์ (Affective disorder) ความผิดปกติทางอารมณ์อาจพบอาการเศร้าและคลั่ง (Depression and mania) บุคคลปัญญาอ่อนมักจะไม่บอกกล่าวความรู้สึกของตนเมื่อเศร้า (Depressed) จะมองเห็นว่าไม่มีความสุขและมีกิจกรรมมาก อยู่ไม่เป็นสุข น้ำหนักลด รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ เมื่อคลั่ง (Manic) จะลิงโลด กิจกรรมมาก ก้าวร้าว การสังเกตพฤติกรรมช่วยให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง มีความผิดปกติทางอารมณ์ต้องระมัดระวังเรื่องการพยายามฆ่าตัวตาย และให้การดูแลตามอาการ

5. บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) บุคคลปัญญาอ่อนระดับปานกลางและระดับอ่อนอาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เป็นบุคคลที่ต่อต้านสังคม (Antisocial) หรือเกเร โดยเฉพาะผู้ชายจะมีปัญหาถูกตำรวจจับกุม บุคคลเหล่านี้ต้องได้รับการปรับพฤติกรรมโดยให้การศึกษาและการแนะแนว

ประเภทของภาวะปัญญาอ่อน

ภาวะปัญญาอ่อนเป็นปัญหาทางด้านสังคมและการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ เพื่อช่วยในการวางแผนและให้ความช่วยเหลือบุคคลปัญญาอ่อนอย่างเหมาะสม จึงมักพบว่านิยมแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อนตามระดับความรุนแรงของสติปัญญา เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (WHO. 1978 : 291)

1. ปัญญาอ่อนขนาดอ่อนระดับน้อย (Mild grade mental retardation) หมายถึงปัญญาอ่อนที่ไม่เท่าขนาดกลาง แต่ยังคงมีอยู่ ขนาดต้องคอยแนะนำ ชักจูง จึงจะสามารถทำได้หรือเรียนได้บ้างตามสมควร เปรียบเทียบกับเด็กอายุไม่เกิน 10 ปี หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในช่วง 50 - 70 เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 85 บุคคลเหล่านี้พัฒนาทักษะทางสื่อความหมายและทางสังคมในช่วงปฐมวัย (0 - 5 ปี) มีความบกพร่องทางด้านประสาทรับความรู้สึกและสั่งการ (Sensorimotor) เพียงเล็กน้อย และมักจะแยกจากเด็กปกติไม่ได้จนกว่าจะมีอายุมากขึ้น สามารถเรียนหนังสือได้ถึงชั้นประถมเมื่ออยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย ในวัยผู้ใหญ่มักจะมีทักษะทางประกอบอาชีพและทางสังคมเพียงพอจะเลี้ยงดูตนเองได้บ้าง แต่อาจจะต้องการการดูแล การแนะนำ และการช่วยเหลือเมื่อประสบความเครียดทางสังคมหรือทางเศรษฐกิจ บุคคลเหล่านี้ถ้าได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมแล้วสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีแบบพึ่งพาตนเองหรืออยู่ในที่อาศัยโดยมีผู้ดูแล โดยทั่วไปปัญหาสังคม อารมณ์ และพฤติกรรมที่

พบในกลุ่มนี้จะมีลักษณะคล้ายคลึงกับบุคคลปกติมากกว่าปัญญาอ่อนกลุ่มอื่น ๆ กลุ่มนี้ตรวจพบสาเหตุทางพยาธิสภาพได้ไม่มากนัก

2. ปัญญาอ่อนขนาดกลาง (Moderate grade mental retardation) หมายถึง ปัญญาอ่อนไม่เท่าขนาดหนัก แต่ยังมีมากขนาดต้องอยู่ในความคุ้มครองดูแลเอาใจใส่ เทียบเท่ากับเด็กอายุ 3 - 7 ปี หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ระหว่าง 35 - 49 บุคคลกลุ่มนี้พบประมาณร้อยละ 10 ของบุคคลปัญญาอ่อนทั้งหมด กลุ่มนี้สามารถพัฒนาทักษะทางสื่อความหมายได้ในช่วงวัยเด็กตอนต้น เรียนหนังสือได้ไม่เกินชั้นประถมปีที่ 2 สามารถได้รับประโยชน์จากการฝึกทักษะทางสังคมและการประกอบอาชีพ สามารถเรียนรู้ที่จะไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองในที่ที่คุ้นเคย ในช่วงวัยรุ่นจะมีปัญหาในการจดจำกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ทางสังคม ซึ่งเกิดผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ในวัยผู้ใหญ่ส่วนมากสามารถทำงานที่ไม่ต้องใช้ฝีมือหรือกึ่งใช้ฝีมือภายใต้การดูแลในโรงงานในอารักษ์ หรือในตลาดแรงงานทั่ว ๆ ไปได้ แต่โดยทั่ว ๆ ไปมักจะต้องอาศัยอยู่ในที่อาศัยโดยมีผู้ดูแล

3. ปัญญาอ่อนขนาดหนัก (Severe grade mental retardation) หมายถึง ปัญญาอ่อนชนิดมากขนาดไม่สามารถช่วยเหลือตนเองให้พ้นภัยแม้แต่ภัยง่าย ๆ เทียบเท่ากับเด็กอายุไม่เกิน 2 ปี หรือมีระดับเชาวน์ปัญญาไม่เกิน 34 กลุ่มนี้พบประมาณร้อยละ 3 - 4 ของบุคคลปัญญาอ่อนทั้งหมด ในช่วงเด็กตอนต้นพูดสื่อความหมายได้เพียงเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย ในช่วงวัยเรียนอาจเรียนรู้ในการพูดคุยอละสามารถฝึกทักษะการดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ได้รับประโยชน์จากการเรียนหนังสืออย่างจำกัดได้ในระดับอนุบาล อาทิ รู้จักตัวอักษร การนับอย่างง่าย ๆ แต่อาจจะพัฒนาทักษะบางอย่างได้ดี อาทิ การเรียนรู้อ่านค่าเพื่อความอยู่รอดบางคำได้ ในวัยผู้ใหญ่อาจทำงานง่าย ๆ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนใหญ่ปรับตัวในการดำรงชีวิตในชุมชนได้ดีกับครอบครัวของตน หรืออาศัยอยู่ในบ้านที่รวมกัน (Group home) ยกเว้นในกรณีที่มีความพิการอย่างอื่นร่วมด้วย จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

การป้องกันภาวะปัญญาอ่อน

สามารถปฏิบัติได้ดังนี้ (พรสวรรค์ วสันต์. 2539 : 12)

1. ถ้าครอบครัวมีประวัติโรคทางพันธุกรรม ควรหลีกเลี่ยงการมีบุตรและปรึกษาแพทย์

2. ในด้านสิ่งแวดล้อมขณะตั้งครรภ์ ควรฝากครรภ์และอยู่ในความดูแลของแพทย์จนกระทั่งคลอด หลีกเลี่ยงโรคติดเชื้อ เช่น หัดเยอรมัน ซิฟิลิส การได้รับสารพิษ สิ่งเสพติด การได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงทางด้านร่างกายและจิตใจ รับประทานอาหารที่มีคุณค่า และหลังจากคลอดแล้วควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ให้เด็กได้รับการฉีดมิคุ้มกันโรคเมื่อมีอาการตัวเหลือง ไข้ ชัก ท้องเสียรุนแรง ควรปรึกษาแพทย์โดยเร็ว นอกจากนั้นควรหลีกเลี่ยงโรคติดเชื้อ การได้รับสารพิษ สารตะกั่ว การกระทบกระเทือนทางสมอง การขาดสาร

อาหาร สารไอโอดีน และสิ่งสำคัญคือ เด็กควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด

การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก็เหมือนกับการดูแลบุตรทั่วไป ได้แก่ ในเรื่องความสะอาด การรับประทานอาหาร การขับถ่าย ส่วนกิจกรรมที่ต้องเพิ่มขึ้นจะเป็นเรื่องส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการที่ล่าช้าแต่ละช่วงอายุ เพื่อให้การพัฒนาของบุตรปัญญาอ่อนได้มีพัฒนาการปกติหรือเกือบปกติ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อน โดยมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็กจะได้รับคำแนะนำและการปฏิบัติที่ฝึกหัดกระตุ้นความล่าช้าทางพัฒนาการของแต่ละบุคคล เนื่องจากความผิดปกติทางเชาวน์ปัญญาจะพบได้ตั้งแต่วัยเด็ก ฉะนั้น เด็กจะต้องได้นับการช่วยเหลือแต่เนิ่น ๆ ในกรณีที่เด็กอยู่บ้านควรสอนผู้ปกครองให้ปกป้องคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2539 : 284)

1. การป้องกันเด็กจากอันตรายต่าง ๆ โดยเก็บเข็ม ไม้ขีดไฟ ขวดยา และสิ่งที่เป็นอันตรายอื่น ๆ ไม่ให้เด็กหยิบหรือเอื้อมถึง

2. ช่วยเหลือให้เด็กหัดช่วยตัวเองเท่าที่จะทำได้

3. สอนให้เด็กรู้จักมรรยาทในสังคมเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อที่จะได้เป็นที่ยอมรับของคนอื่น

4. เด็กชอบอ้าปาก สอนให้หุบปาก

5. สอนให้แต่งตัวเรียบร้อย น่าดู สะอาดสะอ้าน

6. สอนเด็กทีละอย่าง อย่าสอนหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน

7. สาธิตวิธีการต่าง ๆ ให้ดูขณะสอน

8. สอนสิ่งที่ง่าย ๆ ก่อนและค่อยสอนสิ่งที่ยากกว่าเพิ่มขึ้น

9. มีความอดทนและสอนช้า ๆ

10. สอนระยะสั้น ๆ ให้เวลาพัก เด็กปัญญาอ่อนเหนื่อยง่าย

11. อย่าดุด่า ว่าทอ เพราะจะทำให้การเรียนรู้ชะงัก

12. กล่าวคำยอเมื่อเด็กทำดี หรือทำตามที่สอนได้

13. อย่าแสดงความกลัวให้เด็กเห็น เช่น กลัวพายุ กลัวฟ้าร้อง เพราะเด็กจะกลัวตามอย่าง

14. ตระหนักในอารมณ์รุนแรง (Temper tantrum) ของเด็ก ควรให้ความสนใจและให้ความรักแก่เด็ก ให้ความมั่นคง ถ้าเด็กไม่ชอบกิจกรรมที่สอน ควรชักจูงให้เด็กสนใจ ถ้าไม่ได้ผลควรทิ้งเด็กไว้คนเดียวก่อน

15. เด็กปัญญาอ่อนมีความโน้มเอียงที่จะแสดงความอิจฉา ให้ตระหนักในปฏิกิริยาที่เด็กแสดงออก และแสดงความรักเอาใจใส่เด็กให้เด็กเห็นว่าพ่อแม่รักเขา

16. ปกป้องเด็กจากการเหย้าแหย่ เหน็บแนมจากคนอื่น

17. จัดกิจกรรมการเล่นซึ่งอาจเป็นการสอนประสบการณ์ให้เด็กได้ด้วย เช่น การเขียนชื่อ การร้องเพลงง่าย ๆ การท่องโคลงกลอนง่าย ๆ

เมื่อลูกปัญญาอ่อน อย่าหมดหวังท้อแท้ เพราะเด็กปัญญาอ่อนสามารถพัฒนาได้ตามความสามารถที่มีอยู่ทุกระดับ ท่านจะต้องมีกำลังใจที่เข้มแข็ง อดทน ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง และยอมรับภาวะปัญญาอ่อนของลูกได้ การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก็เหมือนกับการเลี้ยงดูลูกปกติอื่น ๆ คือ ต้องให้ความรักความอบอุ่น ให้ความสนใจ เอาใจใส่ในการเลี้ยงดู ฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนให้ลูกได้มีโอกาสเรียนรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ในสังคม โดยพาเด็กออกไปสัมผัสชีวิตในสังคมทุกช่วงวัย

การสอนลูกปัญญาอ่อนจะต้องค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป ไม่เร่งเร้าเคี่ยวเข็ญหรือปล่อยปละละเลย หรือตามใจมากเกินไป การฝึกสอนหรือการพัฒนาเด็กปัญญาอ่อนจะต้องเป็นไปตามช่วงวัย กล่าวคือ

ช่วงวัยแรกเกิด - 6 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุด เด็กควรจะได้รับการดูแลในเรื่องสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนควรได้รับการกระตุ้นพัฒนาการให้เกิดทักษะในด้านต่าง ๆ คือทักษะด้านการเคลื่อนไหว ทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก สติปัญญา ทักษะด้านการเข้าใจภาษา ทักษะด้านการใช้ภาษา ทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านการเรียนรู้ต่อไป

วัย 6 - 14 ปี เด็กควรได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านการเรียน ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญาและสังคม และพ่อแม่ควรจัดการให้ลูกได้มีโอกาสเรียนร่วมในโรงเรียนที่อยู่ใกล้บ้าน หรือโรงเรียนเรียนร่วมสำหรับเด็กปัญญาอ่อนและเด็กปกติ หรือโรงเรียนในกลุ่มการศึกษาพิเศษที่จัดสำหรับเด็กปัญญาอ่อนโดยเฉพาะ ทั้งนี้ตามความจำเป็นและความเหมาะสมตามระดับเชาวน์ปัญญาของเด็ก ถ้าเรียนไม่ได้ควรฝึกการช่วยเหลือตนเองและงานบ้านง่าย ๆ วัยนี้ควรเริ่มมีการเตรียมการวางแผนครอบครัวให้บุตร เพื่อป้องกันปัญหาทางเพศและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และในเด็กผู้หญิงควรฝึกสอนการช่วยเหลือตนเองในการมีประจำเดือน

วัย 14 - 18 ปี เด็กควรได้รับการฝึกอาชีพในสถาบันหรืออาชีพที่พ่อแม่ทำอยู่หรืออาชีพที่มีอยู่ในเครือญาติ หรืออาชีพที่มีอยู่ในชุมชนที่เด็กอยู่ และควรเป็นอาชีพที่ปลอดภัยเหมาะสมตามความสามารถของเด็ก ควรมีการวางแผนครอบครัวให้กับบุตรเพื่อป้องกันปัญหาทางเพศและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ด้วย

วัย 18 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่บุคคลปัญญาอ่อนจะเริ่มทำงานและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต่อไป จึงควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านสถานที่ทำงานและที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมปลอดภัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และสถานที่ที่ต้องใช้ในชีวิต การให้บุตรได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม เช่น ด้านกีฬา กฎหมาย ศิลปะ นันทนาการต่าง ๆ ตลอดจนการช่วยดูแลด้านสวัสดิภาพและ

สวัสดิการที่จำเป็น กฎหมาย สิทธิต่าง ๆ ที่พึงได้อันจะเอื้ออำนวยให้บุคคลปัญญาอ่อนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้แฉกเช่นคนปกติทั่วไป ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคคลปัญญาอ่อน

ความพร้อมในบทบาทพ่อแม่ (พรสวรรค์ วสันต์. 2539 : 15)

การเตรียมความพร้อมในชีวิตครอบครัวมีแนวคิดดังนี้

1. ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น

ทำใจยอมรับว่าลูกพิการบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน และกระทบกระเทือนจิตใจของผู้เป็นพ่อแม่ค่อนข้างรุนแรง แต่หากยอมรับในจุดนี้ไม่ได้เสียแต่แรก โอกาสทองที่จะเกิดขึ้นกับลูกก็จบสิ้นลงโดยยังไม่มีการเริ่มต้น ถ้าสามารถผ่านตรงนี้ไปได้ก็เท่ากับว่าได้เริ่มต้นการทำหน้าที่ของมนุษย์อย่างสมบูรณ์ คือ การเลี้ยงดูลูกนั่นเอง พ่อแม่เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ลูกมีพัฒนาการที่ดีขึ้นด้วย

2. การหันหน้าเข้าหากัน

การที่จะประดับประคองให้ลูกได้เจริญเติบโตขึ้นจากข้อจำกัดนานัปการ ทั้งตัวพ่อและแม่จะต้องเดินไปพร้อม ๆ กัน หากปล่อยให้คนหนึ่งคนใดเดินโดยลำพัง ความท้อแท้สิ้นหวัง ความน้อยเนื้อต่ำใจ ความวิตกกังวล จะเป็นตัวบั่นทอนกัดกร่อนจิตใจของตัวพ่อแม่ที่ต้องรับภาระอันหนักหน่วงนี้แต่เพียงผู้เดียว ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ควรให้เกิดขึ้นอย่างยิ่ง และไม่ควรทะเลาะหรือโทษกัน เพราะจะยิ่งซ้ำเติมให้เกิดความบาดหมางระหว่างกัน แต่ควรหันหน้าเข้าหากัน ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นโดยเร็ว ขอให้นึกถึงอุปสรรคที่จะต้องเกิดขึ้นภายหน้า ซึ่งหมายถึงการเลี้ยงลูก ปรึกษาหารือกันว่าลูกมีความพิการ มีความผิดปกติ ควรจะทำหรือเลี้ยงดูเขาอย่างไร หรือพ่อแม่และคนในครอบครัวจะต้องปรับตัวและชีวิตกับสภาวะเช่นนี้อย่างไร เป็นต้น

3. หาที่ปรึกษา หาผู้รู้ ซึ่งปัจจุบันมีทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชนหลายแห่งเพื่อขอคำแนะนำปรึกษาในการเลี้ยงดูลูกตั้งแต่ยังเล็ก หรือขวนขวายหาความรู้และแนวทางต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อช่วยให้ลูกได้มีพัฒนาการที่ดียิ่งขึ้น

4. กำลังใจ เป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง หากขาดกำลังใจจะทำให้ประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูด้อยลงเพราะขาดแรงส่ง ผู้เป็นพ่อแม่ควรหมั่นให้กำลังใจซึ่งกันและกันอยู่เสมอ

5. กล้าเปิดเผย การมีลูกพิการไม่ใช่ความผิดหรือเป็นเรื่องน่าอับอายและต้องปกปิดความขลาดกลัวของพ่อแม่ที่ไม่กล้าเปิดเผยย่อมเกิดผลเสียต่อลูกมากกว่า คือถ้ายิ่งอายลูกก็ยิ่งถูกปกปิดจากสังคมภายนอกและไม่ได้รับการพัฒนา เมื่อคนอื่นมารู้ภายหลังโดยไม่เคยรู้จักหรือเข้าใจก็อาจเกิดความรังเกียจ การเปิดเผยและสู้ความจริงจะเป็นการดีที่คนอื่นจะได้รับรู้ปัญหาและข้อจำกัดของครอบครัว เช่น การปฏิเสธในการออกสังคมหรือขอลางานจากเจ้านายหรือเพื่อนฝูง หมั่นส่งข่าวความก้าวหน้าของการพัฒนาลูก ไม่ว่าจะเป็นภาพถ่าย สไลด์ หรือทางโทรศัพท์ จะ

ช่วยให้สังคมภายในครอบครัว ญาติมิตรไม่ขาดตอน ซึ่งจะช่วยให้การพูดคุยถึงลูกพิการเป็นไปโดยปกติ เพราะปัญหาเหล่านี้ทุกคนรับรู้หมดแล้ว ไม่มีใครจะมาซ้ำเติมกับเหตุการณ์เช่นนี้

6. การพาออกสังคม เพื่อให้ลูกรู้จักสังคมภายนอกและพบปะผู้คน เช่น พาไปเยี่ยมบ้านญาติ บ้านเพื่อน หรือให้เขามาเที่ยวบ้าน สำหรับเพื่อนบ้านก็ใช้วิธีนำเด็กในละแวกบ้านมาเล่นกับลูก ให้เด็กได้คุ้นเคยกันจะได้ไม่ล้อเลียน พัฒนาการของลูกจะเร็วขึ้นเพราะได้สัมพันธ์กับเด็กปกติ เพราะเด็กจะสื่อกันได้ดีกว่าพ่อแม่สอนเสียด้วยซ้ำ อย่าเก็บลูกอยู่แต่ในบ้าน ในห้องหรือในเปล เพราะจะทำให้เด็กรู้จักโลกอยู่แค่นั้นเอง (ซึ่งต้องระวัง)

7. ทำลายครอบแก้ว เด็กพิการบกพร่องทางสติปัญญาย่อมมีความล่าช้าทางพัฒนาการกว่าเด็กปกติทั่วไป เปรียบเสมือนครอบแก้วปิดกั้นตัวเด็กกับพ่อแม่เอาไว้ หากเด็กไม่ได้รับการกระตุ้นเสียแต่ยังเล็กจะทำให้เด็กมีปัญหาที่มองเห็นชัดเจน 3 ประการ คือ

7.1 การพัฒนาการจะเป็นไปอย่างช้า หรือไม่พัฒนาเลย

7.2 การติดต่อสื่อสารกับคนรอบข้าง แม้กระทั่งพ่อแม่เป็นไปด้วยความยากลำบาก หรือไม่อาจสื่อกันได้เลย

7.3 มีพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

ดังนั้น ผู้ที่เป็นผู้พ่อแม่จะต้องทำลายครอบแก้วนั้นออกไป จะช่วยให้ลูกได้เกิดพัฒนาการทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย ความคิด และสังคม เพื่อให้เด็กได้ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ รอบข้าง รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นด้วย

การเลี้ยงดูและการเตรียมความพร้อมบุตรปัญญาอ่อน (พรสวรรค์ วสันต์. 2539 : 10)

1. สำรวจและพิจารณาดูว่านอกจากลูกมีความพิการบกพร่องทางสติปัญญาแล้วยังมีความพิการอื่น ๆ ซ้ำซ้อนอีกหรือไม่ ถ้ามีให้รีบแก้ไขก่อนที่จะลุกลามหรือเป็นตัวขัดขวางการเจริญเติบโตและพัฒนาการในตัวลูก เช่น เป็นต้อกระจกต้องผ่าตัดและใส่แว่น เด็กที่มีกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงต้องทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

2. พยายามเลี้ยงดูให้เหมือนเด็กปกติ คืออย่านึกว่าลูกเป็นเด็กพิการ ต้องนึกเสมอว่าลูกเราก็เหมือนเด็กทั่ว ๆ ไป เล่นและพูดคุยกับลูกถึงแม้ว่าลูกจะไม่ได้ยิน พูดไม่ได้ หรือตอบรับไม่ได้ก็ต้องพูดคุยกับลูกไปเรื่อย ๆ เป็นการสื่อความรักไปถึงลูก ซึ่งลูกจะเข้าใจและรับรู้ ถ้าปล่อยปละละเลยไม่สนใจพัฒนาการจะไม่ดีขึ้น ควรหมั่นสังเกตว่าลูกต้องการอะไรและให้การตอบสนอง เช่น ลูกชอบฟังเพลงก็หาเทปมาเปิดให้ฟัง ความรักความผูกพันและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนในครอบครัวก็จะเกิดขึ้นและอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข

3. ฝึกการช่วยตนเอง เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระของพ่อแม่ ญาติพี่น้อง และต่อไปสามารถอยู่กับญาติพี่น้องได้ (ถ้าไม่มีพ่อแม่) การสอนให้ลูกได้ช่วยเหลือตนเองแทนที่พ่อแม่จะคอยทำให้เสียทุกอย่างเพราะความสงสารจะยิ่งเป็นการเพิ่มภาระให้กับตัวพ่อแม่มากยิ่งขึ้น ขอให้คิดดูง่าย ๆ เช้าขึ้นถ้าจะต้องคอยแปรงฟัน ล้างกัน อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้าและป้อนข้าวให้ เท่านี้ก็

หมดเวลาไปหลายชั่วโมง แล้วคิดว่าจะทำให้ลูกไปจนเป็นหนุ่มเป็นสาวได้หรือ หัดให้ลูกทำสิ่งเหล่านี้ด้วยตัวของเขาเอง แม้ว่ามันจะใช้เวลาในการฝึกที่ยาวนานในแต่ละขั้นตอน ก็ขอให้อดทนทำซ้ำ ๆ ย้ำบ่อย ๆ ทบทวนทุกครั้งที่สอนลูก ไม่ช้าก็ทำได้เองอย่าใจร้อน อย่าโกรธ อย่าลงโทษเมื่อลูกทำไม่ได้อย่างใจ อย่าท้อแท้และอย่าเลิกล้มการฝึกกลางคันเป็นอันขาด ขอให้ฝึกลูกเป็นขั้นเป็นตอนอย่างช้า ๆ สบตาและยิ้มให้ลูก สอนให้เหมือนเล่นและขณะเล่นก็สอนไปด้วย คอยสังเกตว่าลูกชอบไม่ชอบอะไร หัดในสิ่งที่เขาชอบจะประสบความสำเร็จดีกว่าการฝืนใจหรือถูกบังคับ การฝึกขอให้คงเส้นคงวา เช่น การขับถ่าย หลังรับประทานอาหารต้องเข้าห้องน้ำทุกครั้ง เมื่อทำซ้ำ ๆ ย้ำบ่อย ๆ ลูกจะเข้าใจเอง เลอะบ้าง เปียกบ้าง แฉะบ้าง ดีกว่าต้องตามล้างตามเช็ดไปตลอดชีวิต สอนให้เขาเลียนแบบ จับมือให้ลูกทำตาม เมื่อท่านพยายามทำเช่นนี้อย่างสม่ำเสมอ ความสำเร็จความภาคภูมิใจซึ่งเปรียนเสมือนฝนทิพย์ชโลมใจช่วยให้เกิดกำลังใจที่จะฝึกลูกต่อไป

4. ฝึกการนำออกสู่สังคมภายนอก สอนให้ลูกได้รู้จักกับสังคมนอกบ้าน พาลูกออกไปทุก ๆ ครั้งที่ที่พ่อแม่ไป พาไปสังคมเล็ก ๆ ก่อน เช่น ร้านชำใกล้ ๆ บ้าน พาลูกไปรู้จักกับเพื่อนบ้าน ซึ่งสังคมเล็ก ๆ เหล่านี้จะเป็นเสมือนเกราะดูแลลูกไปในตัว วันใดที่ลูกพลัดหลงไปนอกบ้านเพื่อนบ้านจะช่วยดูแลปกป้องให้อย่างดี ทุกครั้งที่ลูกได้ขึ้นรถ ได้เดิน หรือนั่งรถเข็นไปตามที่ต่าง ๆ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ ปรับตัว และระมัดระวังตนเอง ทำให้เกิดการช่วยเหลือตัวเองได้ในขีดความสามารถที่มีอยู่ซึ่งพ่อแม่จะสังเกตเห็นได้เมื่อลูกพร้อมเมื่อใดขอให้รีบพาเข้าสังคมใหญ่ทันที เช่น ศูนย์การค้า โรงภาพยนต์ นั่งรถไฟชานเมือง เมื่อพ่อแม่ทำเช่นนี้พัฒนาการของลูกก็จะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ผลที่ตามมาคือตัวพ่อแม่จะไม่เคอะเขินในการพาลูกออกสังคมภายนอก เพราะถือเป็นเรื่องปกติและเปลี่ยนทัศนคติของสังคมให้ยอมรับเด็กพิการทางสติปัญญาว่าสามารถอยู่ร่วมกันกับสังคมได้เช่นเดียวกับคนปกติอื่น ๆ

5. นำเข้าโรงเรียน แม้ว่าลูกจะเป็นเด็กพิการบกพร่องทางสติปัญญา แต่สามารถเรียนรู้ได้และควรให้โอกาสเข้าเรียนในโรงเรียนหรือสถาบันหลายแห่งที่พร้อมจะรับเด็กเหล่านี้เข้าไปเรียนและเป็นสมาชิกของสังคม ซึ่งเด็กจะได้ความรู้ที่นอกเหนือจากภายในบ้าน

6. ฝึกงานบ้าน บางคนออกไปประกอบอาชีพไม่ได้ ควรฝึกให้ช่วยทำงานบ้าน เช่น ล้างจาน ซักผ้า รดน้ำต้นไม้ พับผ้า เก็บที่นอน ช่วยยกของ หาของกินเอง ฯลฯ ซึ่งเป็นชีวิตความเป็นอยู่ในบ้านมอบหมายหน้าที่ให้ทำ ทำซ้ำ ๆ จนคุ้นเคยก็จะรู้ว่าเป็นหน้าที่ของตน

7. พ่อแม่ต้องมีเวลาผ่อนคลายความเครียด การที่พ่อแม่ต้องอยู่กับปัญหาหรือการดูแลลูกตลอดเวลา มีความซ้ำซากจำเจ จะทำให้เกิดความเครียดและแย่ได้ ดังนั้นจะต้องจัดหาเวลาเพื่อพักผ่อนและผ่อนคลายบ้าง เพื่อเติมพลังกลับมา อย่าฝืนทำเพราะจะไม่เกิดประโยชน์อะไร กลับทำให้เกิดผลเสียมากกว่า หากิจกรรมอะไรที่คิดว่าทำให้ท่านผ่อนคลายขึ้น หรือได้ทำอะไรเป็นส่วนตัวบ้าง พ่อแม่จะรู้ข้อจำกัดนี้ดีว่าช่วงใดควรพักช่วงใดควรฝึก เพราะลูกก็ต้อง การมีเวลาพักบ้างเหมือนกัน แต่ไม่ควรนานจนกระทั่งลูกหันไปสนใจตนเอง ขอให้หันไปดูภาพถ่าย

เก่า ๆ ของลูกที่เก็บไว้มันจะช่วยให้เกิดความสุขลืมความเครียด หากได้ดูพร้อมกับคู่ชีวิตของท่านด้วยแล้วความสุขความทุกข์ที่ผ่านมาจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้มุมานะในการเลี้ยงดูลูกไม่สิ้นสุด

8. ไม่ควรเปรียบเทียบลูกกับเด็กปกติ เพราะจะเป็นการจี้จุดอ่อนของเด็กมากขึ้น การทำโทษลูกควรมีเหตุผลไม่ใช่ด้วยอารมณ์ เมื่อเด็กทำผิดจะถูกลงโทษทันทีเพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเข้าใจง่ายไม่สับสน

ควรฝึกให้เด็กรู้จักเชื่อฟังให้สามารถบังคับตนเองได้ (โดยไม่ปล่อยให้เด็กนั้นแผลงฤทธิ์ได้) ให้เด็กมีความเชื่อมั่นในตนเอง ให้กล้าขจัดความกลัวโดยไร้เหตุผล และจะต้องฝึกให้เด็กพูดความจริง ซึ่งจะเป็นการเตรียมเด็กเข้าสู่สังคมที่ดีด้านหนึ่ง

9. ไม่ควรปล่อยลูกไว้ตามลำพัง หรือไว้ในที่ซึ่งอาจมีอันตราย เพราะอาจจะมีภัยหรืออันตรายฉุกเฉินกับเด็ก

เด็กเหล่านี้ไม่อาจแก้ปัญหาได้เมื่อมีภัยอันตรายฉุกเฉิน ดังนั้นพ่อแม่จึงควรรอบคอบและหาทางป้องกันภัยอันตรายเหล่านี้ที่จะเกิดกับเด็กของเราไว้ก่อน เด็กควรอยู่กับพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และญาติพี่น้องที่ไว้ใจได้ มีความแข็งแรงพอที่จะป้องกันหรือปกป้องเด็กเหล่านี้ได้

10. พูดคุยเล่นกับลูกให้มากเท่าที่จะมากได้ และแทรกความรู้เล็ก ๆ น้อย ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ อย่าคิดว่าเด็กไม่รู้เรื่อง ตลอดจนสังเกตการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้พ่อแม่เข้าใจลูกและปัญหาต่าง ๆ ของลูก

การให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงของเด็กนั้นด้วยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีปัญหาหรืออาจมีปัญหาเกิดขึ้นให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อการแก้ไขได้อย่างทันเหตุการณ์และถูกต้องต่อไป

จงระลึกเสมอว่า

นอกจากบทบาทพ่อแม่ที่มีต่อลูกพิการแล้วจำเป็นต้องสร้างบรรยากาศครอบครัวให้ร่มรื่น น่าอยู่ มีความสุขสงบ เข้าใจซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นการเสริมสร้างขวัญกำลังใจให้กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งบทบาทสำคัญและไม่อาจจะละเลยได้ คือ

1. บรรยากาศในครอบครัวจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับอารมณ์ จิตใจของพ่อแม่ และลูกพัฒนาอย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้สึกที่ลูกได้รับจากพ่อแม่ และผู้ใกล้ชิด

2. ถ้าพ่อแม่ยังไม่เข้าใจตนเองว่ารู้สึกและคิดถึงลูกที่พิการอย่างไรก็ยากที่จะให้สังคมนั้นเข้าใจและยอมรับสภาพเด็ก และมีทัศนคติที่ดีต่อเด็ก

3. ถ้าพ่อแม่อารมณ์รุนแรง ผลร้ายก็ไปถึงลูก ลูกก็กลายเป็นเด็กมีปัญหาในครอบครัวและสังคม และวงล้อมที่ผู้ใหญ่ให้ความเมตตา อ่อนโยน เขาจะรักเพื่อนและเห็นโลกน่าอยู่

4. ลูกต้องการการยอมรับสภาพจากทุก ๆ คน ต้องการความเข้าใจในการที่จะช่วยให้เขาช่วยเองได้ ไม่ใช่ความเวทนาสงสาร

5. ให้คิดอยู่เสมอว่าเขาเป็นคนหนึ่งในครอบครัวแม้ลูกจะเป็นเด็กพิการ จึงควรได้รับความเอาใจใส่ตามส่วนอันสมควร ไม่ใช่น้อยกว่าคนอื่นหรือได้ไปทั้งหมด

6. แม่นั้นต้องการกำลังใจจากเพื่อนในการดูแลลูก ทั้งพ่อและแม่จึงควรยอมรับสภาพของลูกแล้วปัญหาครอบครัวก็จะไม่เกิดขึ้น

7. ทั้งพ่อและแม่จำเป็นต้องยอมเหน็ดเหนื่อยกับการทำใจยอมรับ ซึ่งแสนยากลำบาก แต่ถ้าพ่อแม่เข้าใจสมรรถภาพอันจำกัดของลูกและสามารถเติบเสริมสร้างให้ลูกมีความสามารถขึ้นได้แน่ ๆ แล้ว ลูกจะมีโอกาสใช้ชีวิตอยู่ในสังคมของคนปกติในหลาย ๆ ด้านได้สะดวกขึ้น หากพ่อแม่มัวแต่ท้อแท้หมกหมุ่นครุ่นคิดอยู่แต่เรื่อลูกพิการผิดปกติ ไม่ตั้งต้นแก้ปัญหาต่อเติมเสริมสร้างสมรรถภาพให้ลูก โลกของลูกก็จะแคบลงทันทีแล้วตัวพ่อแม่เองจะลำบากไม่มีวันได้พบความสุขในครอบครัว

โปรดทำใจของท่านให้ยอมรับสภาพลูกเสียแต่บัดนี้ แล้วชีวิตครอบครัวท่านก็จะมีโอกาสมีความสุขได้เช่นครอบครัวอื่น ๆ ทั่วไป และเมื่อท่านทำได้แล้วความสำเร็จก็จะเป็นรางวัลอันยิ่งใหญ่สำหรับท่าน

การฝึกเด็กที่มีปัญหารุนแรง

1. ประเมินความสามารถของลูกก่อนเสมอ
2. เลือกฝึกตามความพร้อมของลูก
3. แยกแยะงานที่ฝึกเป็นขั้นตอน ตามความเป็นจริงในธรรมชาติ
4. กำหนดสถานที่ เวลา ฝึกให้เหมาะสมกับทักษะ
5. ลูก-เรา จะต้องพร้อมทางอารมณ์
6. ใช้คำสั่งง่าย ๆ ชัดเจนพอต่อการเข้าใจของลูกได้
7. ชมเชยและให้รางวัลทุกขั้นตอนที่ทำได้
8. อย่าสนใจต่อพฤติกรรมที่ไม่ต้องการในขณะนั้น
9. สอนทีละขั้นตอนอย่างช้า ๆ

การให้รางวัลเด็ก

ประเภทรางวัล

- สิ่งของ เช่น ขนม ของเล่น
- กิจกรรม เช่น อนุญาตให้ทำในสิ่งที่ลูกชอบหรือต้องการ
- รางวัลสังคม เช่น หอมแก้ม สัมผัส กอดรัด ยิ้ม ชมเชย

หลักการให้รางวัล

1. เลือกสิ่งที่ลูกชอบและสนใจมากที่สุด
2. ควรให้ควบคู่กับกับรางวัลทางสังคมทุกครั้ง
3. ให้ทันทีและทุกครั้งที่ลูกได้พยายามทำสำเร็จหรือไม่ก็ตาม และถ้าสำเร็จก็ชมเชยแล้วให้รางวัลที่เลือกไว้ทันที
4. ลดจำนวนครั้ง และยืดเวลาของการให้รางวัลให้นานออกไป

5. เมื่อลูกทำงานสำเร็จตามแผนแล้วควรจะเหลือเพียงคำชมเชย หรือให้ความสนใจ

6. ต้องไม่ให้ความสนใจต่อพฤติกรรมใดที่เราไม่ต้องการ

การให้ความสนใจเป็นรางวัลทางสังคมที่สำคัญ มีความหมายสำหรับลูกท่านควรให้ควบคู่กับการให้รางวัลอื่นทุกครั้ง แล้วท้ายที่สุดจะแม้เหลือรางวัลทางสังคมเพียงอย่างเดียวลูกก็พอใจที่ได้รับ

เมื่อเด็กปัญญาอ่อนมีปัญหาพฤติกรรมทำอย่างไร

หลักในการแก้ไขเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรม คือ

1. ไม่สนใจพฤดติกรรมที่ไม่ดี
2. สนใจพฤติกรรมที่ดี
3. อย่าดุขณะมีอารมณ์
4. หลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่คาดว่าจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ดี
5. ให้เด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใดที่สังคมยอมรับและไม่ยอมรับ
6. ชมเชย ยกย่องเมื่อเด็กทำถูกต้องและทำดี

สรุป

ในด้านวิธีการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน มีหลักการที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. แสดงความรักโดยการกระทำให้เด็กทราบด้วยการกอดรัด สัมผัส การอุ้ม การสื่อสายตา การยิ้ม และการพูดคุยกับลูกด้วยถ้อยคำไพเราะเป็นประจำสม่ำเสมอ "ความรักความอบอุ่น ถ้าได้รับอย่างเพียงพอ เด็กจะพัฒนาอย่างสมบูรณ์เต็มความสามารถ"

2. ให้อิสระในการคิดการกระทำ ไม่ควรใช้คำว่า "อย่า" หรือ "ต้อง" ตลอดเวลาเพราะจะทำให้เด็กไม่มีความคิดเห็นเป็นของตนเอง ขาดความเชื่อมั่นอาจเกิดการต่อต้านไม่เชื่อฟัง ถ้าพ่อแม่ต้องการให้ลูกเชื่อฟัง เชื่อมั่นในตนเองและช่วยตนเองได้ ไม่ควรจู้จี้จุกจิกเกินไปและไม่ควรตัดสินใจให้เด็กในเรื่องต่าง ๆ เสียทุกเรื่อง ควรแสดงออกซึ่งความเห็นชอบและการยอมรับในความคิด กระทำซึ่งสอดคล้องกับเชาวน์ปัญญา ความสามารถของเด็ก จะช่วยให้เด็กรักตนเอง รักคนอื่น มองโลกในแง่ดีและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

3. ทำบรรยากาศให้ผ่อนคลาย บรรยากาศที่ผ่อนคลาย คือ บรรยากาศที่ไม่เร่งรีบ เร่งเร้าหรือร้อนรนไปเสียทุกเรื่อง จนเวลาของความสุขสดชื่นกลายเป็นเวลาของความเร่งรีบไปหมด บรรยากาศที่ผ่อนคลาย คือ บรรยากาศที่มีเสียงหัวเราะร่วมกัน มีเสียงเพลง มีการทำกิจกรรมร่วมกัน สามารถแสดงอารมณ์ต่าง ๆ รัก โกรธ เกลียด ชอบ ไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจ ฯลฯ ได้เหมาะสมตามกาลเทศะ การเกรงใจ ให้เกียรติ ให้อภัยซึ่งกันและกันก็เป็นสิ่งช่วยสร้างบรรยากาศของความผ่อนคลายได้อย่างมาก

4. การสอนซ้ำ ๆ ย้ำบ่อย ๆ สาธิตให้ดูและทำไปด้วยกัน เป็นหลักสำคัญในการ

ฝึกฝน อบรมเด็กปัญญาอ่อน เนื่องจากเด็กปัญญาอ่อนเป็นเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาน้อย ธรรมชาติของเด็กปัญญาอ่อน คือ ลืมง่าย ชอบเอาอย่าง ชอบคำชม และชี้เล่น

5. สอนประจำ เป็นเวลา เนื่องจากเด็กปัญญาอ่อนความจำน้อย ลืมง่าย ดังนั้นจึงควรสอนให้เป็นประจำ เป็นเวลาจนติดเป็นนิสัย

การวิจัยของโฮเยิร์ทและเสลเซอร์ (Hoyert & Seltzer. 1992 : 74 - 81) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกและกิจกรรมในชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยเปรียบเทียบจากกลุ่มหญิง 4 กลุ่ม ได้แก่ หญิงที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล บุตรสาวที่ดูแลบิดามารดา ภรรยาที่ดูแลสามี และมารดาที่ดูแลบุตร ผลการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มผู้ดูแลมีสุขภาพที่เลวกว่า ความพึงพอใจในตนเองต่ำกว่า และมีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่า นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้มีสถานภาพสมรสด้วยกัน พบว่า กลุ่มผู้ดูแลประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเลวกว่า ผลการวิจัยสรุปว่าการรับรู้บทบาทของผู้ดูแลส่งผลต่อประสบการณ์ในด้านลบอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสเททซ์ (Stetz. 1987 : 260 - 268) ที่ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ ความเหนื่อยล้า และการเจ็บป่วยเนื่องจากการดูแล บทบาททางสังคมเปลี่ยนแปลง เวลาส่วนตัวน้อยลง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและคู่สมรสด้วย และจากการศึกษาของวิภาวรรณ ชะอุ่ม (2536 : 50) ยังพบว่าเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแลในเรื่องบทบาทต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวลดลง ไม่มีเวลาสำหรับครอบครัว เนื่องจากรู้สึกว่ามีกิจกรรมในด้านการดูแลเพิ่มขึ้น ยกหรืออุ้มผู้ป่วยขึ้นและลงจากเตียง การเตรียมอาหาร การดูแลรับประทานยา ส่วนความต้องการในการดูแลซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความยุ่งยากในการกระทำนั้น ผู้ดูแลรายงานในเรื่องการช่วยเหลือในด้านการทำความสะอาดหลังขับถ่าย การปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสเททซ์ (Stetz. 1987 : 260 - 268) ที่ศึกษาถึงความต้องการการดูแลของคู่สมรสที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการสัมภาษณ์คู่สมรสจำนวน 65 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการดูแลที่มากที่สุดคือการดูแลช่วยเหลือในเรื่องส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 69 โดยรายงานถึงความยากลำบากในการดูแลในเรื่องทำความสะอาดร่างกายในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ และร้อยละ 39 รายงานถึงการจัดการภายในบ้านและด้านการเงิน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรายงานถึงความต้องการการดูแลด้านอื่น ๆ ได้แก่ ต้องเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

ชื่นฤดี แก้วบุตร (2535 : 50) ได้ศึกษาถึงความผาสุกในครอบครัวกับความพร่องของมารดาในการดูแลบุตรที่มีอาการชัก จำนวน 80 ราย โดยใช้เครื่องมือของคาลด์เวลล์ ผลการศึกษาพบว่า มีความผาสุกในครอบครัวด้านโครงสร้างสูงสุด และด้านการดำเนินบทบาทต่ำที่สุดในเรื่องบทบาทที่มีมากเกินไป และความขัดแย้งในบทบาท โดยเมื่อมีเด็กป่วยเรื้อรังในครอบครัวมารดาต้องรับภาระการดูแลเด็กป่วยเพิ่มขึ้น ในขณะที่ต้องดูแลเด็กคนอื่น ๆ หรือสามี

และต้องรับผิดชอบงานนอกบ้านด้วย และอาจทำให้บทบาทของมารดาไม่ตรงกับที่ครอบครัวคาดหวัง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวจึงมีความผาสุกในเรื่องนี้น้อย

โกลด์สไตน์ และคณะ (Goldstein, et al. 1981 : 24 - 31) ได้ศึกษาถึงบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจำนวน 25 คน โดยการสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส พี่หรือน้อง มารดา และบุตรชาย ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 35 - 87 ปี ผลการศึกษาพบว่าเวลาและพลังงานที่ใช้ในการดูแลจะขัดแย้งกับบทบาทอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ที่มีความรับผิดชอบมาก ความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลและบทบาทอื่น ๆ ไม่สามารถผสมกลมกลืนกันได้ เช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งเป็นทั้งภรรยา แม่บ้าน ซึ่งต้องทำงานล่วงเวลาและต้องดูแลสามี ให้ข้อมูลว่าไม่สามารถกระทำบทบาทต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้อย่างสมบูรณ์ จึงตัดสินใจลาออกจากงานเพื่อทำหน้าที่แม่บ้านและผู้ดูแลเท่านั้น อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างรายนี้ไม่สามารถลดความตึงเครียดจากการทำงานใน 2 บทบาทนี้ได้ นอกจากนี้ยังมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากปัญหาการเงินในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยอมรับว่าการดูแลเป็นภาระหนักและเป็นความเครียด

การศึกษาของวูด (Wood. 1991 : 195 - 198) พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดยังคงต้องปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัว ส่วนใหญ่การดูแลตนเองในระหว่างให้การดูแล พบว่าต้องยกเลิกสิ่งที่เคยปฏิบัติมากมาย ส่วนใหญ่การพักผ่อนด้วยการนอนหลับช่วงสั้น ๆ เดินเล่น อ่านหนังสือ หรือปลูกต้นไม้ ในส่วนความรู้สึกทางบวกส่วนใหญ่มีความภูมิใจที่ได้ใช้ความพยายามอย่างดีที่สุดในการช่วยเหลือคนที่ตนรัก ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของการ ดูแลทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งปรากฏเด่นชัดในทางบวก ดังจะเห็นได้ว่าบทบาทของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อการดำเนินบทบาทในชีวิตประจำวันทั้งด้านครอบครัว ส่วนตัว อาชีพและสังคม ซึ่งมีผลต่อความผาสุกของครอบครัวโดยรวมทั้งสิ้น

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสะท้อนถึงระดับความต้องการและระดับความยุ่งยากของกิจกรรมการดูแลที่ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในด้านที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยตรง การตอบสนองความต้องการส่วนบุคคลและการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในเรื่องทั่วไป ซึ่งต้องการเวลาและพลังงานในการดูแลที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลรับรู้เป็นภาระในการดูแล ในทำนองเดียวกับมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน มารดาจะต้องรับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลซึ่งเป็นบทบาทที่ถาวร จำเป็นต้องมีการเรียนรู้ในบทบาทผู้ดูแล ทำให้ต้องใช้เวลาและพลังงานในการดูแลมากอาจรบกวนต่อกิจกรรมในบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

การประเมินพัฒนาการทางสมองและสติปัญญา

ในการประเมินพัฒนาการทางสมองสามารถตรวจได้โดยดูจากพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกใน 4 ลักษณะ ซึ่งพฤติกรรมนี้เด็กจะสามารถแสดงออกได้เมื่อมีวุฒิภาวะของสมองในแต่ละอายุ (กองงานวิทยาลัยพยาบาล. 2531 : 11)

พฤติกรรมที่ใช้ทดสอบใน 4 ลักษณะมีดังนี้

1. Motor behavior ความสามารถในด้านการเคลื่อนไหว

2. Adaptive behavior ทักษะในการใช้ความประณีตของอวัยวะต่าง ๆ

3. Language behavior ความสามารถในการเข้าใจและส่งภาษา เปล่งเสียงและพูด

4. Personal-social behavior เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวหรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

การตรวจพัฒนาการทางสมอง อาจทำได้ 3 ระดับ คือ

1. จากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กที่แสดงถึงพัฒนาการทางสมองที่เป็นปกติ โดยอาศัยจากตารางแสดงพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้ เช่น Developmental milestone ของ Gesell ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงพฤติกรรมของเด็กของ Gesell

อายุ	Developmental milestone
แรกเกิด	ฉายไฟที่ตา ตากระพริบ มี Moro reflex
1 เดือน	จ้องหน้าแม่ได้
2 เดือน	ยิ้มตอบเมื่อเล่นด้วย
3 เดือน	ชันคอได้ มองตามแสงไฟ
4 เดือน	ยิ้มให้ก่อนเมื่อเห็นแม่ หัวเราะเสียงดัง หันตามเสียง
5 เดือน	คว้าของเล่น
6 เดือน	จับของอยู่จะถ่ายมือไปอีกมือหนึ่งได้ กลัวคนแปลกหน้า
7 เดือน	นั่งได้ หันตามเสียงกระดิ่ง และมองจับจุดที่มาของเสียงได้
8 เดือน	ให้จับราวและยืนเกาะได้
9 เดือน	จำจ้ะ เรียกชื่อจะหัน
10 เดือน	โหนตัวยืนได้ จับเศษขนมปังเล็ก ๆ ที่พื้นด้วยนิ้วชี้และหัวแม่มือ เรียกแม่อย่างรู้ความหมาย
11 เดือน	ยื่นของให้ให้ แต่เมื่อรับไว้แล้วไม่ยอมปล่อยมือ ให้จับราวไว้ทั้งสองมือจะเดินได้

ตาราง 1 (ต่อ)

อายุ	Developmental milestone
15 เดือน	เดินเตาะแตะ ชี้ของที่ต้องการได้
18 เดือน	หัดนั่งโถ จับเชือกลากเล่น นั่งเก้าอี้เตี้ย ๆ ได้
2 ปี	วิ่งได้ดี พูดได้สองคำต่อกัน ไม่ถ่ายอุจจาระรด
3 ปี	ขี่จักรยานสามล้อ พูดเป็นประโยคยาว ๆ บอกเพศตนได้ ไม่ถ่ายปัสสาวะรดกลางคืน
4 ปี	โดยบอลข้ามศีรษะได้ ล้างหน้าแปรงฟันได้เอง
5 ปี	นับได้ถ้วนถึง 10 ยืนขาเดียว ได้นาน ๆ รู้จักสีถูกต้อง 4 สี

ที่มา: กองงานวิทยาลัยพยาบาล. (2531). *การพยาบาลเด็ก 1.* หน้า 51.

2. ในรายที่สงสัยว่ามีพัฒนาการผิดปกติ อาจใช้วิธีตรวจแยกพัฒนาการทางสมองที่ทำได้ง่าย เร็ว และเหมาะสำหรับใช้ในเด็กเล็กและเด็กวัยก่อนเรียน คือ Denver development screening test วิธีนี้ผู้ตรวจไม่จำเป็นต้องฝึกการใช้เครื่องมือทดสอบเป็นพิเศษ กุมารแพทย์หรือผู้สนใจสามารถตรวจได้เอง เมื่อพบความผิดปกติหรือสงสัยอาจส่งต่อให้ผู้ชำนาญการใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยาทำการทดสอบด้วยวิธีอื่น ๆ ต่อไป

3. การตรวจการพัฒนาการของสมองอย่างละเอียด ต้องทำการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา ทดสอบหาอายุที่เด็กมีพัฒนาการ (Developmental age) ตามวิธีของ Gesell หรือของ Standford Binet นำมาคำนวณหา DQ หรือ IQ ดังนี้

ของ Gesell

$$DQ = \frac{\text{Developmental age}}{\text{Chronological age}} \times 100$$

ของ Standford Binet

$$IQ = \frac{\text{Mental age}}{\text{Chronological age}} \times 100$$

จะเห็นว่าการประเมินพัฒนาการเด็กมีเหตุผลเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเร็วที่สุดในรายที่มีพัฒนาการล่าช้า ความผิดปกติที่ทำให้พัฒนาการล่าช้ามีทั้งที่สามารถแก้ไขรักษาได้และแก้ไขไม่ได้ จะได้หาแนวทางส่งเสริมและฝึกกระตุ้นพัฒนาการให้เด็กมีพัฒนาการใกล้เคียงมากที่สุด สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ และป้องกันไม่ให้มีความพิการมากกว่าเดิม รวมทั้งให้ความรู้แก่ครอบครัวในการวางแผนครอบครัวในกรณีที่เป็นความผิดปกติที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่ถูกต้อง และเพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมในรายที่มีพัฒนาการปกติ การให้สุขศึกษาแก่มารดาผู้เลี้ยงดูถึงกิจกรรมที่จะช่วยเด็กให้มีพัฒนาการเต็มที่ตามศักยภาพและส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การส่งเสริมและการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก (กองงานวิทยาลัยพยาบาล. 2531 : 15)

1. การตรวจสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และการประเมินพัฒนาการต่าง ๆ ควรทำเป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องกัน คือ อายุ 2, 4, 6, 9, 12, 18, 24 เดือน 3, 4, และ 5 ปี รวม 10 ครั้ง ในช่วงอายุเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี

2. แนะนำอาหารที่ถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพให้เหมาะกับวัย (ทบทวนจากเรื่องโภชนาการ) เพื่อให้มีการเติบโตของร่างกายได้เต็มที่และต่อเนื่อง

3. การให้วัคซีนป้องกันโรค เพื่อป้องกันการชะงักงันของการเจริญเติบโตจากโรคที่ป้องกันได้ เช่น คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ เป็นต้น

4. การให้ความอบอุ่นทางจิตใจ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อทำให้พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพเป็นไปอย่างปกติและสามารถปรับตนให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

5. ท่าบริหารและนวดกล้ามเนื้อตามอวัยวะต่าง ๆ ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามากในด้านการรับรู้และการเคลื่อนไหว ได้แก่

5.1 นวดคลึงเปลือกตา เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อตาในการมอง

5.2 นวดคลึงหลังใบหู เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อที่ช่วยในการรับเสียง

5.3 นวดบริเวณกล้ามเนื้อคอ เพื่อฝึกการชันคอ

5.4 นวดบริเวณกล้ามเนื้อหลัง เพื่อฝึกการพลิกตะแคงตัวและการส่งตัวท่านั่ง

5.5 นวดบริเวณกล้ามเนื้อขา สะโพก เพื่อฝึกการส่งตัวยืนลงน้ำหนักบนพื้น การเกาะยืน เคลื่อนไหว

6. การเล่นและเครื่องเล่นของเด็กที่เหมาะสมกับวัย จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่เด็กนอกเหนือไปจากความเพลิดเพลิน และยังให้เด็กได้ฝึกทักษะตลอดจนได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์อีกด้วย

จะเห็นว่าการส่งเสริมการเล่นตามวัยและการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเป็นสิ่งที่สำคัญในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน การที่มารดาได้ฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการให้แก่บุตรอย่างสม่ำเสมอจะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุตรให้มีร่างกายที่สมบูรณ์ อวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะสมองทำงานได้ปกติหรือเกือบปกติ และไม่เกิดการหยุดการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทำให้บุตรที่ได้รับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการให้แสดงออกหรือฝึกฝนให้มีประสบการณ์ต่าง ๆ เกิดพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยตามมา

ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

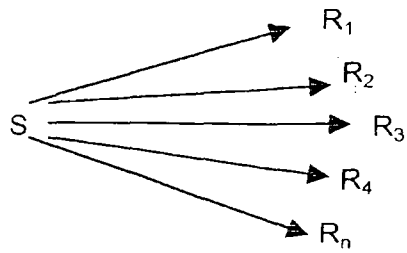
ทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ของธอร์นไดค์

ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุดการเรียนด้วยตนเองประกอบด้วยหลายทฤษฎี จากการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยพบว่าทฤษฎีการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องเป็นทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behaviorism theory) ซึ่งจิตวิทยาการเรียนรู้ในกลุ่มนี้รู้จักกันทั่วไปในนามของทฤษฎีเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนอง (S-R Theory) ซึ่งมีแนวความคิดง่าย ๆ ว่าการเรียนรู้เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองสิ่งเร้า ถ้าไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ก็แสดงว่าการเรียนรู้ในสิ่งนั้นยังไม่เกิดขึ้น

ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยมที่มีชื่อเสียงและเกี่ยวข้องในการจัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่นำมาใช้คือ ทฤษฎีที่เรียนรู้แบบต่อเนื่องของธอร์นไดค์ หรือทฤษฎีความเชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike's connectionism) (กันยา สุวรรณแสง. 2532 : 177-182)

ธอร์นไดค์ (Thorndike) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน เชื่อว่าการเรียนรู้แบบลองผิดลองถูก (Trial and error learning) หรือการถือเอาผิดเป็นครู (ไม่ใช่จากสติปัญญา) ซึ่งอธิบายการเรียนรู้ว่า เมื่อมีสถานการณ์หรือปัญหาเกิดขึ้นบุคคลจะพยายามดิ้นรนแก้ปัญหาโดยแสดงพฤติกรรมตอบสนองออกมาหลาย ๆ อย่างโดย "ลองผิดลองถูก" จนกว่าจะพบวิธีการตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสม คือการตอบสนองได้ผลเป็นที่น่าพอใจ เมื่อได้การตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว บุคคลก็จะนำไปสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสิ่งเร้านั้น ๆ ว่าในสถานการณ์อย่างนี้ ในสภาพของสิ่งเร้านี้ควรตอบสนองอย่างไร นั่นคือเกิดเป็นการเรียนรู้

ธอร์นไดค์เน้นว่าสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ คือสิ่งเสริมแรง (Reinforcement) ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่าง S-R มากขึ้น หมายความว่า เมื่อมีสิ่งเร้าสิ่งหนึ่งมาเร้าบุคคล ผู้เรียนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองหลาย ๆ อย่าง เป็นการลองผิดลองถูกจนกว่าจะสามารถเลือกปฏิกิริยาตอบสนองอันที่ดีที่สุดไว้ใช้ในคราวต่อไป นั่นคือบุคคลเกิดการเรียนรู้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6 (กันยา สุวรรณแสง. 2532 : 178)



S = Stimulus (สิ่งเร้า)

R = Response (ปฏิกิริยาตอบสนอง)

ภาพประกอบ 6 การเรียนรู้แบบเชื่อมโยงหรือต่อเนื่อง

จากภาพประกอบ 6 แสดงว่า การเรียนรู้แบบนี้ประกอบด้วย

1. สถานการณ์ที่จูงใจให้เกิดพฤติกรรม (S) คือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเป็นสิ่งเร้าให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตอบสนอง

2. ปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลหลาย ๆ อย่าง ($R_1, R_2, R_3, R_4, ... R_n$)

3. ปฏิกิริยาตอบสนองที่ไม่ได้ผลจะถูกยกเลิกไป

4. ค้นพบวิธีตอบสนองที่ถูกต้องเหมาะสม

5. เกิดความเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้ากับปฏิกิริยาตอบสนอง แสดงพฤติกรรมเช่นเดิมเมื่อปะทะสิ่งเร้าเดิม เป็นพฤติกรรมถาวรนั่นคือเกิดการเรียนรู้ขึ้นแล้ว

หลักการโดยสรุปของทฤษฎีนี้คือสิ่งเร้าหนึ่ง ๆ ย่อมทำให้เกิดการตอบสนองหลายๆ อย่างจนพบวิธีตอบสนองที่ดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะเลือกไว้ใช้ในคราวต่อ ๆ ไปเมื่อได้ปะทะกับสิ่งเร้าเดิมอีก

ธอร์นไดค์ถือว่า "การเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองที่ก่อให้เกิดสภาพการณ์ที่ทำให้ความพึงพอใจเกิดขึ้นนั้นเป็นหลักเบื้องต้นของการเรียนรู้"

ธอร์นไดค์มีความเชื่อว่า การเรียนรู้เบื้องต้นของมนุษย์กับสัตว์ไม่แตกต่างกัน คือจะรับรู้ได้ก็ต่อเมื่อเกิดปัญหา มีความต้องการจะแก้ปัญหา บุคคลก็ศึกษาสิ่งเร้าที่ประกอบเข้าเป็นปัญหานั้น บุคคลจะเลือดการตอบสนองที่ดีที่สุดไว้สำหรับการตอบสนองหรือแก้ปัญหาครั้งต่อไป

การเรียนรู้เป็นเรื่องของการแก้ปัญหา ในการศึกษาของการเรียนรู้นั้นผู้เรียนจะต้องมีปัญหาก่อน และรางวัลเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้อย่างยิ่ง จากความเชื่อนี้ธอร์นไดค์ได้ประดิษฐ์กล่องปัญหา (Puzzle box) ขึ้นมา เป็นภาชนะที่มีรูปร่างเหมือนกรงสัตว์ สามารถขังไว้ได้ นอกกล่องมีอาหารล่อไว้ซึ่งสัตว์ในกรงสามารถมองเห็นได้ สัตว์ที่อยู่ในกรงสามารถออกมากินอาหารได้ถ้าสามารถเปิดประตูซึ่งมีคานกลอยู่ ธอร์นไดค์ทำการทดลองโดยใช้แมวที่หิวเป็นสัตว์

ทดลอง และจากการทดลองครั้งนี้ธอร์นไดค์สรุปออกมาเป็นกฎแห่งการเรียนรู้ (Law of learning) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ดังนี้

1. กฎการเรียนรู้หลัก 3 กฎ (The three major laws of learning)

2. กฎการเรียนรู้ย่อย 5 กฎ (The five subordinate laws) หรือหลักเกณฑ์ (Principles) เกี่ยวกับการเรียนรู้

1. กฎการเรียนรู้หลักของธอร์นไดค์มีอยู่ 3 กฎด้วยกัน คือ

1.1 กฎแห่งความพร้อม (law of readiness)

กฎนี้กล่าวถึงสภาพความพร้อมของร่างกายในอันที่จะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ออกมา ธอร์นไดค์มีความเชื่อว่าความพร้อมเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมหนึ่งขึ้นมา เขาได้พิจารณา "ความพร้อม" ในรูปของความเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกายมากกว่าส่วนอื่นใด พอจะสรุปความสำคัญเป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้

1.1.1 เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนหรือกระทำกิจกรรมใด ๆ ถ้าไม่ได้เรียนหรือไม่ได้กระทำบุคคลจะเกิดความไม่พอใจไม่สบายใจ

1.1.2 เมื่อบุคคลมีความพร้อมที่จะเรียนหรือกระทำกิจกรรมใด ๆ ถ้าได้เรียนหรือกระทำสมความปรารถนาบุคคลจะเกิดความพึงพอใจ

1.1.3 เมื่อบุคคลยังไม่พร้อมแล้วถูกบังคับให้เรียนหรือกระทำกิจกรรมย่อมก่อให้เกิดความรำคาญ คับข้องใจ ไม่สบายใจ ไม่พอใจ

1.2 กฎแห่งการใช้และไม่ใช้ (Law of use and disuse) หรือมีอีกชื่อหนึ่งว่ากฎแห่งการฝึกฝน (Law of exercise หรือ Law of repetition หรือ Law of practice)

กฎนี้ว่าผู้เรียนได้รับการฝึกหรือกระทำซ้ำ ๆ อยู่เสมอจะเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมติดตัวเป็นนิสัยเคยชินเป็นการเรียนรู้ แต่ถ้าขาดการฝึกว่างเว้นจากการกระทำเป็นเวลานาน ความชำนาญ ความเคยชินก็จะลดน้อยสลายไป แยกเป็นกฎย่อย 2 กฎ ดังนี้

1.2.1 กฎแห่งการใช้ (Law of use) การกระทำใด ๆ หรือพฤติกรรมใด ๆ ก็ตาม ถ้าได้กระทำอยู่เสมอไม่หยุดทิ้งช่วงห่างนาน ความชำนาญคล่องแคล่ว และทักษะในการกระทำนั้น ๆ จะเกิดมีมากยิ่งขึ้น ย่อมทำสิ่งนั้นได้ดีขึ้น

1.2.2 กฎแห่งการไม่ได้ใช้ (Law of disuse) การกระทำใด ๆ ก็ตามถ้าทิ้งช่วงไว้นานเกินไป ทอดทิ้งละเลยไปนาน การกระทำในสิ่งนั้นมักไม่ได้ผลดีเหมือนเดิมจะค่อย ๆ จางเลือนไป

1.3 กฎแห่งผลที่ได้รับหรือกฎแห่งผลตอบสนอง (Law of effect) มีบางท่านเรียกว่า "หลักของความพอใจและความเจ็บปวด" (Pleasure-pain principle)

กฎนี้กล่าวว่าพฤติกรรมใดที่สร้างความสุขความสำเร็จก็จะเลือกพฤติกรรมนั้นไว้ใช้ในโอกาสต่อไป แต่ถ้าพฤติกรรมใดนำมาซึ่งความผิดหวังความไม่สบายใจก็จะมีแนวโน้มว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะถูกขจัดให้หมดสิ้นไป พฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ที่ได้ผลเป็นที่น่าพึง

พอใจบุคคลมักมีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซ้ำอีกเมื่อได้ปะทะกับสิ่งเร้าเดิม แต่พฤติกรรมหรือการกระทำใดที่ทำแล้วไม่ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจบุคคลมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

2. กฎการเรียนรู้ย่อยของธอร์นไดค์ (Subordinate laws) มี 5 กฎด้วยกัน เป็นกฎสนับสนุนย่อยดังนี้

2.1 กฎแห่งการตอบสนองมากรูป (Law of multiple response) บางท่านก็เรียกว่า กฎแห่งปฏิกิริยาแปรผัน กล่าวว่าในการแก้ปัญหาของคนเรานั้นเราจะเปลี่ยนการตอบสนองไปจนกว่าจะพบการตอบสนองที่ถูกต้อง

2.2 กฎแห่งเจตคติ ความโน้มเอียง ความเชื่อ (Law of attitude หรือ Set of attitude หรือ Disposition) เจตคติและความเชื่อเป็นเครื่องช่วยตั้งจุดมุ่งหมายว่าอะไรเป็นที่พอใจหรือไม่พอใจ

ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลจะชี้บ่งให้เห็นถึงความพอใจและความไม่พอใจที่จะได้รับต่อไป

ประสบการณ์เดิม ความเชื่อ เจตคติ เป็นตัวการสำคัญในการตั้งจุดมุ่งหมายและสิ่งเหล่านี้ยังเป็นเครื่องตัดสินว่าสิ่งใดจะทำให้เกิดพอใจ และสิ่งใดที่ทำให้ไม่พอใจ

ประสบการณ์ในอดีตย่อมมีส่วนทำให้เกิดความพร้อมในบุคคลในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง และย่อมมีส่วนที่จะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่าผลของการกระทำน่าพึงพอใจหรือไม่ เพราะมีการตั้งความมุ่งหมายไว้ล่วงหน้า

2.3 กฎการเลือกการตอบสนอง (Law of partial activity) หรือกฎแห่งการเลือกพฤติกรรมก่อนหลังหรือเค้าจากส่วนประกอบของสถานการณ์ (Prepotency of elements)

การเรียนรู้ของคนเรามักจะศึกษาสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเสียก่อนและเลือกลองหาพฤติกรรมที่คิดว่าน่าจะแก้ปัญหานั้นได้ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับวัย ความสามารถของผู้เรียน

ธอร์นไดค์เชื่อว่าแต่ละบุคคลมีสรรถภาพประจำตัวอยู่แล้วในการมองเห็นจุดสำคัญของเรื่องและในการเลือกพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์

2.4 กฎแห่งความคล้ายคลึงและเกี่ยวข้องหรือการสัมพันธ์ (Law of assimilation of analogy) หรือการตอบสนองโดยเอาความสัมพันธ์มาจากประสบการณ์ในอดีต (Response by analogy)

ในการแก้ปัญหานั้นคนเรามักจะเริ่มด้วยการระลึกถึงประสบการณ์เคยผ่านมาในอดีต ถ้ามีความสอดคล้องคล้ายคลึงกันการตอบสนองมักจะไม่ต่างกันมากนักใช้วิธีที่เคยทำมาแล้ว

ธอร์นไดค์เชื่อว่าพฤติกรรมของร่างกายแต่ละพฤติกรรมนั้นอาจจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมเก่า ๆ หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่ร่างกายคุ้นเคยอยู่ก็ได้ หรือพูดง่าย ๆ ว่า พฤติกรรมของร่างกายจะเรียนรู้ได้ง่ายและเร็วขึ้นหากว่าพฤติกรรมนั้นจะสัมพันธ์คล้องจองกับสิ่งหนึ่งซึ่งคุ้นเคยหรือเกี่ยวข้องอยู่

2.5 กฎของการตอบสนองใหม่ หรือกฎแห่งการถ่ายโยง หรือการเปลี่ยนแปลงอาการตอบสนองไปสู่สิ่งเร้าใหม่ หรือความสัมพันธ์ของพฤติกรรมใหม่กับพฤติกรรมเก่า หรือกฎแห่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมใหม่ (Law of associative shifting)

พฤติกรรมของคนเราจะเรียนรู้ได้ง่ายและเร็วขึ้นถ้ามองเห็นปัญหาใหม่ไม่แตกต่างกับปัญหาที่เคยประสบมาแล้วหรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

จากทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างโปรแกรมการสอนสุขศึกษาในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนี้คือ โปรแกรมสุขศึกษาจะต้องมีเนื้อหาที่เหมาะกับวัยวุฒิ พื้นฐานความสามารถ และความสนใจของผู้เรียนตามกฎการแห่งความพร้อมของคอร์ด และกิจกรรมการฝึกหัดต่าง ๆ ต้องไม่ยุ่งยาก ทำให้เกิดความพึงพอใจและมีความต้องการที่จะศึกษาหน่วยอื่น ๆ ต่อไปอีกตามกงการแห่งผลของคอร์ด ลักษณะของกิจกรรมการฝึกหัดจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความชำนาญจะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้นตามกฎแห่งการฝึกหัดของธอร์นไดค์ เมื่อผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงการฝึกปฏิบัติจนแก้ปัญหาได้ ผู้เรียนจะเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องตามกฎการแห่งการตอบสนองมากรูป

ในการที่ผู้เรียนได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้เรียนได้นำประสบการณ์เดิมในอดีต ความเชื่อ เจตคติในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนมาเป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่าผลของการกระทำน่าพอใจหรือไม่ เพื่อตั้งจุดมุ่งหมายที่ถูกต้อง จากกฎแห่งเจตคติ ความโน้มเอียง ความเชื่อของธอร์นไดค์ เมื่อผู้เรียนได้ศึกษาปัญหาและเลือกลองหาพฤติกรรมที่คิดว่าน่าจะแก้ปัญหาได้จากผู้มีประสบการณ์มาก่อนและประสบผลสำเร็จ ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ที่จะเลือกพฤติกรรมการฝึกปฏิบัติการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนตามผู้ที่ประสบความสำเร็จ จากกฎการเลือกตอบสนองของธอร์นไดค์ และในการเลือกพฤติกรรมการฝึกปฏิบัติการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนถ้ามีความสอดคล้องคล้ายคลึงกันกับพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายจากกฎแห่งความคล้ายคลึงและเกี่ยวข้องหรือการสัมพันธ์กันของธอร์นไดค์ หลังจากที่ผู้เรียนได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจนครบขั้นตอนหมดแล้ว ผู้เรียนรู้ตอบแบบสอบถาม Posttest ได้ถูกต้องมากกว่าเดิม แสดงว่าผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจากเดิมไปสู่พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้องใหม่ แสดงว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากกฎของการตอบสนองใหม่ของธอร์นไดค์

สรุป การเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ (Law of associative shifting) โดยกฎการเรียนรู้ของธอร์นไดค์เน้นถึงกฎการเรียนรู้หลัก 3 กฎ (The three major laws of learning) และกฎการเรียนรู้ย่อย 5 กฎ (The five subordinate laws)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการเรียรู้มาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนซึ่งเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วาสนา มั่งคั่ง (2536 : 791) ได้สร้างบทเรียนสำเร็จรูปเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติด้านการคิดและการรับรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลปี 2536 ได้บทเรียนสำเร็จรูปจำนวน 153 กรอบ และบททดสอบจำนวน 30 ข้อ นำไปหาประสิทธิภาพโดยใช้เกณฑ์ 90/90 กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลลำปาง จำนวน 119 คน ซึ่งไม่เคยเรียนเนื้อหานี้มาก่อนเลย พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .005 และได้บทเรียนสำเร็จรูปที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สามารถนำไปใช้ได้

อารี ฉายะภูติ (2527 : 48) ได้สร้างบทเรียนแบบโปรแกรมเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยน้ำนมมารดาสำหรับนักศึกษาวิทยาลัยครูปี 2527 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาลัยครูพระนคร และวิทยาลัยครูจันทรเกษม จำนวน 137 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 46, 46 และ 45 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ใช้บทเรียนโปรแกรม กลุ่มทดลองที่ 2 ใช้วิธีการบรรยาย และกลุ่มควบคุมไม่ได้เรียนโดยวิธีใด กลุ่มทดลองทั้งสองใช้เวลาเรียน 3 ชั่วโมงเท่า ๆ กัน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาจากการสอบแบบทดสอบก่อนและหลังเรียนจบในแต่ละหน่วย สำหรับกลุ่มควบคุมทำการทดสอบ 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที ผลการวิจัยพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกลุ่มที่เรียนโดยบทเรียนโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่เรียนโดยใช้วิธีการบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และประสิทธิภาพของบทเรียนทั้งสองบทตามเกณฑ์ 90/90 พบว่าบทเรียนโปรแกรมที่ 1 มีประสิทธิภาพ 98.37/90.83 และหน่วยที่ 2 มีประสิทธิภาพ 98.45/89.30 ซึ่งถือว่ามีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ สามารถนำไปใช้ได้

ประนอม โอทกานนท์ (2527 : 67-71) ได้สร้างชุดการเรียนด้วยตนเองเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐานเรื่องการเสริมสร้างสมรรถภาพของประชาชนในการจัดการสุขภาพอนามัยของตนเองปี 2527 การตรวจสอบประสิทธิภาพดำเนินการแบบ Pretest-post control group design กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และการตรวจสอบประสิทธิภาพของชุดการเรียนโดยใช้เกณฑ์ 90 / 90 ได้ชุดการเรียนที่มีประสิทธิภาพ 90 / 90.33 ซึ่งถือได้ว่าชุดการเรียนเรื่องนี้มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ สามารถนำไปใช้ได้

เพียรแมน และซุไลแมน (Pearman & Sulieman. 1966 : 258-262) สร้างบทเรียนโปรแกรมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยตัดแขนขา สำหรับนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 26 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 13 คน กลุ่มทดลองเรียนโดยใช้บทเรียนแบบโปรแกรม และกลุ่มทดลองเรียนโดยใช้วิธีการแบบบรรยาย ผลการ

วิจัยพบว่านักศึกษากลุ่มที่เรียนโดยใช้บทเรียนโปรแกรมได้คะแนนเฉลี่ยหลังเรียนมากกว่ากลุ่มที่เรียนโดยวิธีการบรรยาย และหลังเรียนแล้ว 3 สัปดาห์ ทำการทดสอบซ้ำผลปากกฏว่านักศึกษากลุ่มที่เรียนแบบโปรแกรมมีความคงทนในการเรียนรู้มากกว่ากลุ่มที่เรียนโดยวิธีการบรรยาย

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor)

ปัจจัยพื้นฐานที่เลือกศึกษาครั้งนี้คือ ระดับการศึกษาของมารดา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร และรายได้ของครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ระดับการศึกษาของมารดา

การศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน (Orem. 1985 : 175) และจากการศึกษายังช่วยให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (Muhlemkamp & Sayles. 1986 : 336) ดังนั้นระดับการศึกษาที่มากขึ้นจึงน่าจะทำให้มารดามีความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีขึ้น สามารถปรับบทบาทหน้าที่ของตนในครอบครัวได้ดีและมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาในการดูแลบุตร

โอเร็ม (Orem. 1985 : 35) เชื่อว่าความสามารถในการดูแลบุตรที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตที่บุคคลได้เรียนรู้ภายใต้ระบบของสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลนั้น โอเร็มเน้นว่าในภาวะปกติแล้วบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่จะเข้าใจถึงความต้องการการดูแลตนเองจากประสบการณ์ที่สะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละวัน และบิดามารดาของเด็กก็จะเข้าใจถึงความต้องการการดูแลตนเองของเด็กได้ในลักษณะเช่นเดียวกัน (Orem. 1985 : 101) ดังนั้นระยะเวลาที่ยาวนานมารดาที่ให้การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจะเรียนรู้วิธีการดูแลได้มากกว่า นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล เกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้ไม่รู้สึกว่าการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเป็นภาระหนัก และยังรักษาภาวะสมดุลของบทบาทหน้าที่ในครอบครัวต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ได้ดี แต่อย่างไรก็ตามภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้มารดาเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และรับรู้ว่าเป็นภาระในการเลี้ยงดู

จำนวนบุตร

จำนวนบุตรเป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัว ซึ่งบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem. 1985 : 221) ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดขีดจำกัดในการใช้ความสามารถของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน และการมีบุตรหลาย ๆ คนทำให้ครอบครัวมีความต้องการมากขึ้น อาจ

ทำให้มารดามีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนน้อยลง นอกจากที่มารดาต้องสนองตอบต่อความต้องการการเลี้ยงดูบุตรแล้ว ยังต้องดำรงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทหรือบทบาทที่มากเกินไป

การเรียนรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร

เป็นปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพของเด็กที่อาจส่งผลต่อแรงจูงใจของมารดาในการกระทำการดูแลบุตรป่วย การที่บุตรปัญญาอ่อนมีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำมากอาจทำให้มารดาท้อแท้ มีแรงจูงใจในการดูแลบุตรลดลง และจากภาวะปัญญาอ่อนที่ในระดับเชาวน์ปัญญาต่ำมากอาจทำให้มารดาต้องใช้เวลาและความเพียรพยายามในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว การดำเนินบทบาทของมารดาอาจไม่เป็นไปตามความต้องการของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

รายได้ของครอบครัว

รายได้เป็นสิ่งที่กำหนดสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Henucharurnkul. 1988 : 60) ซึ่งแหล่งประโยชน์เพื่อใช้ในการริเริ่มการกระทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Orem. 1985 : 122) แต่น่าจะรวมถึงการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนด้วย รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการสนองตอบต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และยังเป็นปัจจัยที่ทำให้มารดามีโอกาสที่จะแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จึงทำให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรลดลง

จะเห็นว่าปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร และรายได้ของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะดังต่อไปนี้ เช่น เพลโต (Plato) กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นเกิดจากภายในตัวมนุษย์เอง กล่าวคือจิตใจนี้เองที่เป็นต้นกำเนิดให้คนเราแสดงพฤติกรรม อริสโตเติลเชื่อว่าประสบการณ์ของมนุษย์เท่านั้นที่จะทำให้มนุษย์เราเกิดการเรียนรู้เพื่อที่จะกระทำพฤติกรรม (สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2529 : 9-11) จะเห็นว่าความหมายของพฤติกรรมไม่ได้หมายถึงเฉพาะแต่การแสดงออกในท่าทีของมนุษย์เท่านั้น แต่พฤติกรรมหมายถึงปฏิกิริยาทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกมาทั้งที่อยู่ภายในและแสดงออกมาภายนอก พฤติกรรมภายในอาจจะมีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น ปฏิกิริยาของอวัยวะภายในร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ มักจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้

ชัดเจน ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาที่คนเราแสดงออกมาตลอดเวลาของการดำเนินชีวิต เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้คนอื่นได้เห็นทั้งวาจาและการกระทำ

สำหรับพฤติกรรมทางสุขภาพก็มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไปดังที่กล่าวมาแล้ว แต่จะเน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพของบุคคลเท่านั้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่านดังนี้

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร (2531 : 44) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพ ว่าหมายถึง การแสดงออกของเด็กเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ และทักษะ โดยเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายนอกที่ครูสามารถสังเกตและวัดได้

ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ (2532 : 38) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่น รวมถึงการกระทำหรืองดการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 154) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกในด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงหมายรวมถึงกิจกรรมการแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งการแสองออกดังกล่าวโดยทั่วไปแล้วมี 2 ลักษณะด้วยกันคือ พฤติกรรมการแสดงออกซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งจัดว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ส่วนพฤติกรรมการแสดงออกซึ่งมีผลเสียต่อสุขภาพ จัดว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นผลมาจากการเรียนรู้ตามพัฒนาการของบุคคลต่าง ๆ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

บลูม (Bloom. 1975 : 197) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้มีขั้นของความสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิด และพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำแนกไว้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปหายากดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้ ต้องมีความรู้มาก่อนจึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย ๆ และมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดระหว่างส่วนประกอบที่เป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจน และมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยตีราคาสิ่งของต่าง ๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ใช้ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมาหรือมีอยู่แล้วก็ตาม

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่าหรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากแก่การอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของคน การเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติแบ่งขั้นตอนดังนี้

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้น และบุคคลนั้นมีความยินดีหรือมีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับหรือให้ความพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วยความตระหนัก ความยินดี และการเลือกรับ

2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วยความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และนำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริง พฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า "ค่านิยม" ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วยการยอมรับ ความชอบและผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่มโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนั้นประกอบด้วยการสร้างแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมและการจัดระบบของค่านิยม

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or value complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่าบุคคลมีค่านิยมหลายชนิด และจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคล พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแนวทางของการปฏิบัติและแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในทางด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลคือเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

ประเภทของพฤติกรรม

เพื่อให้ครอบคลุมแนวความคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 75)

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การใส่หมวกนิรภัย เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหลีกจากสังคม

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-role behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

การแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิดนี้สอดคล้องกับความสัมพันธ์ขององค์ประกอบจิตวิทยาสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพของบุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 587-588) ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ชนิด คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมบทบาทของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเจ็บป่วยและอยู่ในบทบาทของผู้ป่วย การที่บุคคลอยู่ในบทบาทความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยบุคคลในชุมชน เช่น ครอบครัวรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข อันมีผลทำให้บุคคลที่ป่วยหยุดงาน ปฏิบัติในเรื่องอาหารการกิน การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน ขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ซึ่งสะสมกันมานานตั้งแต่เด็กของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันไป และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลนี้ถูกหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ดังนั้นจึงมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173-185) ได้แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ความสนใจ ความสามารถ ความคับข้องใจ ความเชื่อ ค่านิยม ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติในขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัตินั้นมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว เช่น บางครอบครัวปลูกฝังการไม่รับประทานผัก เนื้อสัตว์ หรือปลูกฝังให้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การรักษาความสะอาดของบ้านเรือน เป็นต้น ถ้าสถาบันครอบครัวช่วยส่งเสริมให้เกิดความเชื่อ มีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในด้านที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดีแล้ว จะเป็นการช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตอย่างมาก

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้อยตามกันได้ เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม นักสุขศึกษาจึงควรใช้กลุ่มของสังคมให้เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติให้คนมีพฤติกรรมที่ดีตามกัน

2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้ต่างกัน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ส้วมดีกว่าประชาชนทั่วไป

2.4 วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิถีการครองชีวิต ความเชื่อซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือบางชุมชนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยนิยมรักษาโดยทางเวทมนต์ เช่น เป่าคาถาอาคม หรือหญิงหลังคลอดจะห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ทุกชนิด เป็นต้น

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของประชาชนด้วย ยกตัวอย่างเช่น คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทานอาหารแต่พอควรไม่น้อยเกินไปหรืออิ่มเกินไป จะเห็นว่าหลักคำสอนดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในยามปกติและเจ็บป่วยทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจของประชาชนที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมากเช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนจากสถิติการเกิดโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ จะพบในกลุ่มประชาชนที่ยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะปานกลางหรือร่ำรวย แต่ในกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

4. องค์ประกอบทางด้านการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภานพของประชาชนทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมการสอนสุขศึกษาที่จัดให้ประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่มีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

6. ด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งจะต้องมีเพียงพอและเข้าถึง ระบบบริการสาธารณสุขที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532 : 141-150) คือ

6.1 ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล การปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอาจจะขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติหรือร่วมมือในการรักษาพยาบาล สิ่งเหล่านี้เห็นได้ในรายที่ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น หรือไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกพิเศษ การให้บริการรักษาพยาบาลที่มีการเพียงพอและทั่วถึงได้ย่อมพิสูจน์ให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการปฏิบัติตามการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมการป้องกันโรค

6.2 ค่าใช้ในการรักษาพยาบาล การขาดแหล่งทรัพยากรและค่ารักษาพยาบาล ไม่ใช่ปัจจัยสำคัญแต่การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล เมื่อบุคคลมีความเชื่อและเจตคติคอยสนับสนุนให้เกิดความพร้อมที่จะปฏิบัติอยู่แล้ว แหล่งทรัพยากรหรือปัจจัยด้านการเงินจึงจะมีบทบาทต่อพฤติกรรม ดังนั้นการขจัดปัญหาเรื่องการเงินจะมีผลดีก็ต่อเมื่อภายหลังที่บุคคลได้เกิดความพร้อมในการทำนายพฤติกรรม (Behavior intension) แล้วเท่านั้น

การให้คำแนะนำและการจ่ายยาให้กับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ทางด้านการแพทย์ควรถามถึงความสามารถในการจ่ายยาว่ามีความสามารถจ่ายได้มากน้อยเพียงใด การสั่งยาและการให้คำแนะนำผู้ป่วยตรงกับสภาพของโรค เพื่อจะได้แก้ปัญหาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง

6.3 ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการสั่งรักษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามคำแนะนำ กล่าวคือถ้าจำนวนครั้งของการสั่งการรักษามีมากขึ้น การปฏิบัติตามคำแนะนำจะลดน้อยลง

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 202-204) ได้กล่าวถึงแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยอ้างมาจากเคลแมน (Kelman N.D.) ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงเพราะถูกบังคับ (Compliance) เพราะบุคคลถูกสังคมหรือกลุ่มของบุคคลบังคับให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถ้าไม่เปลี่ยนแปลงจะถูกการลงโทษ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าเปลี่ยนแปลงก็จะได้รับรางวัลจากสังคม

2. การเปลี่ยนแปลงเพราะการเอาอย่าง (Indentification) บุคคลเห็นพฤติกรรมของบุคคลอื่นว่าเป็นสิ่งดี ตนเองต้องการเลียนแบบโดยคิดว่าตนเองควรมีพฤติกรรมเหมือนบุคคลนั้น เช่น บิดา มารดา ครู อาจารย์ ดาราภาพยนต์ นักการเมือง พระภิกษุสงฆ์ ฯลฯ

3. การเปลี่ยนแปลงเพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งดี (Intermalization) บุคคลยอมรับและรู้สึกด้วยตนเองว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งถูกต้องเหมาะสมกับตนเองตรงกับแนวความคิดค่านิยมของตนที่ยึดถืออยู่หรืออาจมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้

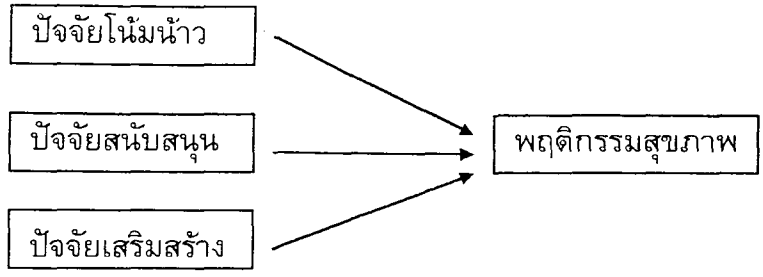
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนมีอยู่หลายวิธี แต่ละวิธีก็มีแนวความคิดหลักแตกต่างกันออกไป เพราะพฤติกรรมของคนโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากสาเหตุหลายประการ ดังนั้นการปลูกฝังหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนจะเกิดขึ้นได้หรือไม่และเป็นไปในลักษณะใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing factor) เป็นผลที่เกิดการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยม และเจตคติเกี่ยวกับเนื้อหาของสุขศึกษา การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้นต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดแรกของการเรียนรู้ ซึ่งอาจจะได้รับจากผู้ปกครอง และสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว หรือจากการสังเกต และสิ่งแวดล้อมทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ซึ่งได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละคนมีโอกาสกระทำการในเรื่องหนึ่งเรื่องใดอย่างเพียงพอ เหมาะสมและต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ซึ่งได้แก่ ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำ ชักจูง ควบคุม ดูแล กระตุ้นเตือน หรือปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งอย่างใดที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าวและกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว สรุปได้ดังปรากฏตามภาพประกอบ 7 (ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์. 2528 : 24-26)



ภาพประกอบ 7 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

เนื่องจากความรู้ (K) เจตคติ (A) และการปฏิบัติ (P) มีความสัมพันธ์กันโดยเป็น 4 ลักษณะดังนี้ (นิภา มนุญปิจุ. 2528 : 68)

1. K → A → P

ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ ซึ่งส่งผลให้เกิดต่อการปฏิบัติ

2. K ↕ A → P

ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

3. K → P, A → P

ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน

4. A → K, A → P, K → P

ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลาง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

K = Knowledge

A = Attitude

P = Practice

ดังนั้นในการวัดเจตคติของคนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเจตคติตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับตัวแปรอื่น ๆ อย่างดีพอ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาของครอบครัว ทำให้เกิดการปรับตัวของครอบครัว (Mccubbin, et al. 1987 : 14-25) ดังนั้นการศึกษาที่สูงขึ้นจึงทำให้มารดามีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของจาโลวิส และเพาเวอร์ (Jalowise & Power. 1981 : 14-25) ที่ว่าการศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ดีขึ้น ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนใช้การเรียนรู้ในอดีตมาแก้ปัญหาได้ดีขึ้น ดังนั้นมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรถูกต้องเหมาะสมกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาน้อย (รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. 2539 : 51-52) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสเตราส์ และมันตัน (Strauuss & Monton. 1985 : 371) ซึ่งพบว่าบิดามารดาที่มีความรู้มากสามารถเผชิญความเครียดเนื่องจากบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้าได้ดีกว่ามารดาที่มีความรู้น้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของโอเบิสท์และคณะ (Oberst, et al. 1989 : 209-215) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาของญาติผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการประเมินสถานการณ์ในการเลี้ยงดูว่าเป็นความเครียด ดังนั้นการศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้มา มีการตัดสินใจที่ดี สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาดังกล่าวระดับการศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

รายได้ของครอบครัว รายได้เป็นสิ่งที่ช่วยให้มารดาแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการเลี้ยงดูบุตรได้มากขึ้น และรายได้ของครอบครัวถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพของบุคคลในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการสนองตอบความ

ต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล กล่าวได้ว่าผู้ที่มีรายได้มากจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนได้ตามความต้องการ เนื่องจากครอบครัวที่มีรายได้สูงสามารถให้การดูแลและจัดหาอาหาร ของเล่น และการดูแลสุขภาพที่ดีให้แก่บุตรได้อย่างเพียงพอ (ประนอม รอดคำดี. 2531 : 8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแองเกิ้ล (Engle. 1991 : 954-959) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวมีผลทางบวกต่อขนาดของร่างกายเด็ก รายได้ของครอบครัวน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

จำนวนบุตร เป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวตามแนวความคิดของโอเร็ม (Orem. 1985 : 221) ซึ่งบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตรปัญญาอ่อน ชื่นฤดี แก้วบุตร (2525 : 18) ได้ศึกษาพบว่าจำนวนบุตรเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพลังความสามารถของมารดา แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของอัจฉรียา ปทุมวัน (2534 : 40) พบว่าจำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน จากการศึกษาดังกล่าวจำนวนบุตรน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ระยะเวลาในการดูแล เป็นข้อบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการเลี้ยงดูบุตร เป็นสิ่งที่มีผลต่อความชำนาญและความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน การเลี้ยงดูบุตรที่ยาวนานอาจช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ ทำให้มารดาจัดกิจกรรมการเลี้ยงดูบุตรเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อการดำเนินบทบาทอื่น ๆ ในครอบครัวได้ดี แต่อย่างไรก็ตามการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเป็นเวลานานอาจทำให้มารดาเกิดความท้อแท้เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดได้เช่นกัน อัจฉรียา ปทุมวัน (2534 : 42) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการเลี้ยงดูกับความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสของผู้เลี้ยงดู พบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กป่วยมาก ซึ่งผลสอดคล้องกับการศึกษาของบลู (Bull. 1990 : 758-776) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เป็นภาระในการเลี้ยงดู และภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 27 หลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 อาทิตย์ และร้อยละ 17 หลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน แสดงว่าระยะเวลาในการดูแลเด็กที่นานขึ้น ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่าระยะเวลาในการเลี้ยงดูของมารดาจะมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ระดับเชาวน์ปัญญา เป็นปัจจัยทางภาวะสุขภาพที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการสนองตอบความต้องการดูแลตนเอง บุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อนจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง จากการศึกษาของชะไมพร ธรรมวาสี (2534 : 30) ซึ่งศึกษาถึงความเครียดของบิดามารดาของเด็กปัญญาอ่อนที่มีระดับความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน จำนวน 149 คู่ ผลการศึกษาพบว่าระดับคะแนนความเครียดของบิดามารดาเด็กปัญญาอ่อน

ระดับรุนแรงสูงกว่าระดับคะแนนความเครียดของบิดามารดาเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของมองโกเมอรีย์ และคณะ (Montgomery, et al. 1985 : 19-26) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนกิจกรรมในการดูแลกับการรับรู้เป็นภาระในการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าจำนวนกิจกรรมในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้เป็นภาระในการดูแล จึงกล่าวได้ว่า เด็กปัญญาอ่อนที่มีระดับรุนแรงมากเท่าไร ความสามารถในการดูแลตนเองยิ่งน้อยเท่านั้น ระดับการพึ่งพายิ่งมาก มารดาผู้ให้การเลี้ยงดูจึงต้องใช้เวลาและพลังงานในการเลี้ยงดู ขณะเดียวกันก็ต้องดำรงบทบาทอื่น ๆ ในครอบครัว น่าจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรปัญญาอ่อน

วิลเล้าจ์บี้ และกริดเดน (Willoughby & Glidden. 1995 : 403) ศึกษาความช่วยเหลือของบิดาในการดูแลบุตรและความพึงพอใจในชีวิตสมรสของบิดามารดาของบุตรที่มี พบว่าการช่วยเหลือของบิดาในการดูแลบุตรมีผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตสมรสมากขึ้นทั้งสองฝ่าย ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตสมรสของทั้งบิดามารดา

กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กระบวนการกลุ่ม

การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นพื้นฐานในการสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมในทิศทางที่ต้องการ สามารถนำมาใช้เป็นวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ 3 ประการ คือ

1. เป็นตัวกลางในการเปลี่ยนแปลง หมายถึงว่ากลุ่มนั้นเป็นตัวการสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสมาชิกและสามารถทำให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

2. เป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง หมายถึงว่าต้องการให้สมาชิกของกลุ่มนั้นทั้งกลุ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเอง

3. เป็นตัวนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลายอย่างของมนุษย์ เปลี่ยนแปลงก็ต่อเมื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้น

นักวิชาการได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้หลายท่านดังนี้

ชไมพร มุขโต (2525 : 15) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา ค่านิยม และพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง สู่การวิเคราะห์ ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพร้อมที่จะแก้ไข สมาชิกจะมีประสบการณ์ในการดำรงชีวิตแบบประชาธิปไตย รู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง รู้จักการแก้ปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2528 : 50) ได้กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มหมายถึงการใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกันโดยการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนและสมาชิกในกลุ่มซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น

ทิศนา แขมมณี (2522 : 20) กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการที่ว่าด้วยเรื่องความสัมพันธ์ของคนและกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการพัฒนาตนเอง

วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล (2522 : 14) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เรียกว่าเกิดปฏิสัมพันธ์นั่นเอง ช่วยให้ค้นพบการแก้ปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กระบวนการกลุ่มหมายถึง การศึกษาถึงกระบวนการในการกระทำร่วมกัน (Interaction) ของบุคคลที่อยู่ในกลุ่ม อาจเป็นการกระทำร่วมกันทางกายภาพหรือทางจิตวิทยาก็ได้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงแบบลักษณะ (Pattern) ที่ตามมาจากการกระทำร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน หรือระหว่างสมาชิกกับกลุ่มทั้งกลุ่ม และศึกษาถึงผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มอีกด้วย

มาร์แรม (Marram. 1978 : 154-161) ได้กล่าวถึงความสำเร็จของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มว่าขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การจัดตั้งกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม และการจัดประสบการณ์ในการเรียนรู้

การจัดตั้งกลุ่ม

1. การจัดตั้งกลุ่ม (Group formation) สิ่งที่ต้องคำนึงถึงทุกครั้งเมื่อจัดตั้งกลุ่ม

1.1 การกำหนดจุดมุ่งหมายทั่วไป และจุดมุ่งหมายเฉพาะของการทำกลุ่ม

1.2 การคัดเลือกผู้ที่จะเข้ากลุ่ม

การคัดเลือกผู้ที่จะเข้ากลุ่มนั้นจะต้องคำนึงถึงคุณลักษณะหรือความพร้อมของผู้ที่จะเข้ากลุ่ม ซึ่งคุณลักษณะที่ควรคำนึง ได้แก่

1.2.1 สภาพอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งได้แก่ พื้นฐานอารมณ์ แบบแผนความนึกคิด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง แบบแผนการติดต่อสื่อสาร สิ่งเหล่านี้ต้องนำมาพิจารณาเพื่อความเหมาะสมในการจัดเข้ากลุ่ม

1.2.2 ความต้องการหรือความพร้อมในการจัดเข้ากลุ่ม การให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่มจะประสบความสำเร็จเมื่อสมาชิกมีความต้องการและความพร้อมในการเข้ากลุ่ม ดังนั้นจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ ซักถามความต้องการ และความคาดหวังจากการเข้ากลุ่ม เพื่อให้ผู้ที่จะเข้ากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและเต็มใจในการเข้ากลุ่ม และถ้ามีการเข้ากลุ่มมากกว่า

1 ครั้ง ควรมีการสัญญายินยอมมาเข้ากลุ่มทุกครั้ง ซึ่งอาจทำสัญญาเป็นวาจา คำพูด หรือลายลักษณ์อักษรก็ได้ และแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติตัวของสมาชิก

1.3 ข้อโต้แย้งที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่ม

1.4 โครงสร้างของกลุ่ม ประกอบด้วย

1.4.1 ขนาดของกลุ่ม

กลุ่มควรจะประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ถ้าหากกลุ่มมีขนาดใหญ่ขึ้นควรมีสมาชิก 4-12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ และมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด หากว่ากลุ่มมีขนาดใหญ่มากกว่านี้ ความสนใจซึ่งกันและกันจะน้อยลง เพราะสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกน้อยลง

สำหรับการจัดรูปแบบของกลุ่ม กลุ่มที่มีขนาดเล็กควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (Face to face group) จะช่วยให้สมาชิกพอใจในการมีส่วนร่วมมาก เพราะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

1.4.2 สถานที่และเวลาในการจัดกลุ่ม

การกำหนดสถานที่ในการจัดกลุ่ม ควรจัดให้เป็นสัดส่วน (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้เหมาะในการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม่แออัด ที่นั่งสบาย

เวลาที่ใช้ในการทำกลุ่ม ควรเป็นเวลาว่างไม่มีกิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดวันเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม การทำกลุ่มจะต้องมีการเริ่มและการสิ้นสุดให้ตรงเวลา ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง และความถี่ของการจัดกลุ่มอาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (อาภาพร เผ่าวัฒนา. 2537 : 47)

1.5 ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership function) มี 4 ประการ ดังนี้

1.5.1 กลุ่มมีหน้าที่เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกกลุ่ม 3 ด้าน คือ

1.5.1.1 ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

1.5.1.2 ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม หรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging)

1.5.1.3 ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

1.5.2 ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวาให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นในปัญหาต่าง ๆ ที่พบ ตลอดจนมีอิสระในการหาแนวทางการแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน ทั้งนี้โดยให้บรรยากาศในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลยังคงมั่นคงเป็นที่น่าพอใจ

1.5.3 ผู้นำกลุ่มจะต้องตรวจตราดูแลความก้าวหน้าหรือความเจริญงอกงามของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อการดำเนินการให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และต้องมีการประเมินผลความก้าวหน้าของการทำกลุ่มเป็นระยะ ๆ

1.5.4 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนย่อมจะใช้เวลาในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน

ส่วนหน้าที่ของผู้นำกลุ่มในบทบาทของผู้ปฏิบัติการอันจะช่วยให้ผู้ทำกลุ่มได้รับความสำเร็จ ผู้นำจะต้องมีการดำเนินการดังนี้

1.5.4.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน ต้องอธิบายผู้ป่วยหรือสมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายหรือวิธีการดำเนินของกลุ่ม การที่สมาชิกมาเข้าร่วมกลุ่มโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดแจ้งนั้น จะทำให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

1.5.4.2 สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้น และสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยจะต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้างและองค์ประกอบภายนอกทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิก การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

1.5.4.3 กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มจะต้องกระตุ้นให้สมาชิกได้มีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกได้ทราบถึงปัญหาของผู้อื่น ได้ทราบว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจในปัญหาของกันและกัน และหาทางช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอาจอยู่ในรูปของการพูดจา หรือความเข้าใจร่วมกัน (Mutual understanding) สิ่งเหล่านี้เป็นการสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม รู้สึกว่าเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging) มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) และเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security) นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มเพิ่มขึ้น โดยการใช้โสตวัสดุอุปกรณ์ หรือการเล่นเกมส์

1.5.4.4 กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบายและแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างก็พบร่วมกัน ผู้นำกลุ่มต้องพยายามให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะต้องมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคนหรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับและได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

1.5.4.5 ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ผู้นำช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกตั้งแต่เริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำจะต้องแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่ม และวิธีที่สมาชิกกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก

1.6 สมาชิกกลุ่ม การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากจะขึ้นอยู่กับการดำเนินการของผู้นำกลุ่มแล้ว บทบาทของสมาชิกในกลุ่มเองก็มีความสำคัญมาก สมาชิกกลุ่มจะต้องมีลักษณะร่วมเป็นผู้นำ คือสามารถดำเนินงานไปตามการวางแผน ช่วยควบคุมแนวทาง ร่วมปลุกใจสมาชิกในกลุ่มด้วยกันตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อสร้างพลังให้เกิดขึ้น

ดังนั้นสมาชิกกลุ่มจะต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1.6.1 ช่วยนำกลุ่มโดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองเห็นปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา และวิธีขจัดปัญหาของกลุ่ม

1.6.2 คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก

1.6.3 ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม ไม่เข้มงวด หรือเครียดมากเกินไป แก้ข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความเครียดและการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม

1.6.4 ตรวจทานความคิดเห็นต่างๆ ของเพื่อนสมาชิก

1.6.5 ประสานความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างสรรค์มโนภาพทางความคิดได้ก้าวหน้าต่อไป

2. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of experience)

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The introductory phase or Initiating phase)

เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่มผู้นำควรย้ำให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตนจากสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มว่าสมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคเหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ให้เกิดกับสมาชิกกลุ่มด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสิน จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่มให้เกิดขึ้นกับสมาชิก

เมื่อมีความไว้วางใจเกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจที่จะเปิดเผย ระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตน มีความมั่นใจในการให้และรับการช่วยเหลือจากสมาชิกผู้อื่น โดยมีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มฟัง โดยไม่มีการซักถาม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองด้วย มีผลให้สมาชิกลดความวิตกกังวล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working phase)

ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนม และความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนมีค่า มีศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไข ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกคนอื่นให้เข้าใจและแก้ปัญหาบางอย่าง ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังสมองของสมาชิกทุกคนมาแก้ปัญหา

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการให้กลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาแนวทางแก้ไข ช่วยเหลือในการทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยสมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางงอกงามของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่มนอกจากจะใช้ในการประเมินผลด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของกลุ่มบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำควรจะบอกสมาชิกให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

จะเห็นว่าการดำเนินงานของกลุ่มสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นจึงมีการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้มีหลายวิธีซึ่งขึ้นกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขมีมากขึ้น ปัญหาการเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นวงการแพทย์และสาธารณสุขจึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งที่นำมาใช้ในการสนับสนุน โดยเฉพาะการนำเอาบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยยึดหลักที่ว่าบุคคลที่มีปัญหาเดียวกันเท่านั้นจะเข้าใจกันมากที่สุด วิธีการนี้เรียกว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน โดยมีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิกและเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่มด้วยความสมัครใจ (Pasket & Madara. 1985 : 25) กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในภาษาอังกฤษมีคำที่ใช้อยู่หลายคำ เช่น Mutual-help group, Self-help group, Peer self-help, Mutual aid, Mutual support group, Social work group แม้มีชื่อเรียกแตกต่างกันแต่กลุ่มเหล่านี้มีลักษณะที่เหมือนกันคือเป็นกลุ่มอาสาสมัครที่ไม่ได้ตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรใด ๆ และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มนั้น ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน สถานบริการสุขภาพ และกลุ่มเป้าหมายนี้จะมีเป้าหมายกว้าง ๆ เหมือนกันคือช่วยให้สมาชิกมีความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มสมาชิก ส่งเสริมการปรับตัว การแก้ปัญหา เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือช่วยให้สมาชิกนำประโยชน์จากกลุ่มมาเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care)

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคมที่ให้ผลโดยตรงต่อการดูแลสุขภาพ โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกันมารวมกันเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นคล้าย ๆ กัน หรือเพื่อเอาชนะความพิการ กลุ่มชนิดนี้จะไม่มีขั้นตอนที่แน่นอน เป็นการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ตั้งขึ้นตามแนวความคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่มีประสบการณ์มาก่อน และสมาชิกได้ร่วมอภิปรายความรู้สึก ร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในการแก้ปัญหาต่างๆ โดยใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยได้รับ

และได้แก้ไขจนผ่านพ้นภาวะต่าง ๆ มาแล้ว มาร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองมาใช้

อาดัมส์ (Adams. 1979 : 95-98) อธิบายถึงลักษณะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่าเป็นกลุ่มของสมาชิกที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาอันเดียวกันรวมตัวจัดตั้งขึ้นเป็นองค์กรเพื่อให้การสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก และเน้นลักษณะสำคัญของกลุ่มประเภทนี้ เช่นเดียวกับลิเบอร์แมน (Liberman. 1988 : 162-168) ที่เน้นหลักการพื้นฐานในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งทำให้กลุ่มมีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มสนับสนุนช่วยเหลืออื่นๆ ที่เรียกว่า (Professional or therapeutic group) ก็คือสมาชิกกลุ่มจะเป็นผู้ควบคุมดูแล วางกฎระเบียบเพื่อปกครองกันเองอย่างอิสระโดยปราศจากการควบคุมของนักวิชาการ (Professional) และที่ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ ซึ่งให้แก่กันและกันนั้นเป็นผลมาจากประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มจะเป็นสัมพันธภาพแบบเพื่อน ซึ่งพัฒนามาจากความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

มานาโก (Manaco) ใช้คำว่า Peer support group แทนคำว่า Self-help group ในงานวิจัยของท่าน โดยอธิบายว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ใช่กลุ่มให้คำปรึกษา (Counselling group) หรือกลุ่มบำบัด (Group therapy) และกลุ่มไม่ได้ทำหน้าที่ของนักวิชาชีพหรือมีแนวโน้มไปที่จะไปเป็นนักวิชาชีพ แต่กลุ่มมีหน้าที่เพียงให้การช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน และวางแผนที่จะทำหน้าที่ของตนให้ถูกต้องเหมาะสมเท่านั้น ส่วนคำอื่น ๆ ที่พบว่าผู้นำมาใช้แทนคำว่า Self-help group แต่ยังคงความหมายเดิมคือ Mutual aid group และ Support network (Adams. 1979 : 95)

เดวิด และคณะ (David, et al. 1988 : 283-287) ให้ความหมายของคำว่า Self-help ในการวิจัยของท่านว่าหมายถึง ความช่วยเหลือที่ได้จากผู้ป่วยคนหนึ่งซึ่งมีประสบการณ์จากการเป็นโรคมาก่อนแก่ผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง หรืออีกกลุ่มหนึ่งซึ่งได้รับการวินิจฉัยเหมือนกัน

ดังนั้นจึงสามารถสรุปความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคมที่ให้ผลโดยตรงต่อการดูแลของตน โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่ลักษณะอย่างเดียวกันมารวมกันเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นคล้าย ๆ กัน หรือเพื่อเอาชนะความพิการ กลุ่มชนิดนี้ไม่มีขั้นตอนที่แน่นอน

ประวัติความเป็นมาของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่มีวิวัฒนาการมาจากการดิ้นรนของมนุษย์ตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1700 เมื่อผู้ตั้งถิ่นฐานในอเมริกาได้ตั้งชุมชนเล็ก ๆ ขึ้นเพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือคนที่มีปัญหาในการปรับตัวต่อโลกใหม่ของเขา ต่อมาประมาณปี ค.ศ. 1800 เมื่อมีการย้ายถิ่นครั้งใหญ่ในอเมริกา เกิดปัญหาการปรับตัวของคนที่มาจากถิ่นฐานที่แตกต่างกันต้อง

มาอยู่รวมในสถานที่ใหม่ และการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานไม่เพียงพอ ผู้อพยพจึงตั้งเครือข่าย (Network) ขึ้นเพื่อช่วยเหลือกันเองให้สามารถปรับตัวต่อสถานที่ใหม่และภาษาใหม่ ต่อมาเมื่อถึงระยะสงครามโลกครั้งที่ 2 กลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้น โดยบิดามารดาของเด็กที่มีความพิการด้านร่างกายและจิตใจได้จัดตั้งองค์กรเล็ก ๆ ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะกลุ่ม และต่อจากนั้นเป็นต้นมาได้เกิดกลุ่มต่าง ๆ ขึ้นอีกมากมาย

กลุ่มผู้ติดสุรา (Alcohollics anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1935 นับเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองกลุ่มแรก เป็นกลุ่มบุกเบิกที่เป็นแบบอย่างของกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในเวลาต่อมาอีกมากมาย (Newton. 1984 : 21 ; Pasket & Madara. 1985 : 25-28) ปัจจุบันมีกลุ่มช่วยเหลือตนเองในสหรัฐอเมริกาเกือบทุกภาวะวิกฤติและความเจ็บป่วยที่สำคัญ โดยประมาณได้ว่ามีกลุ่มเกิดขึ้นอย่างน้อย 500,000 กลุ่ม และมีสมาชิกประมาณ 15 ล้านคน (Steiger & Lipson. 1985 : 75) โรบินสัน (Robinson. 1985 : 11) กล่าวว่าเนื่องจากประชาชนในประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวนมากมองเห็นผลเสียต่อสุขภาพบางประการที่เกิดจากการรักษาโรค และประชาชนมีความสามารถที่จะจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้มากขึ้น จึงทำให้เกิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างรวดเร็ว และในปัจจุบันแพทย์จะเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดกลุ่มมากขึ้น (Dean. 1986 : 281)

กลุ่มช่วยเหลือที่เกิดขึ้นในเวลาต่อมา ได้แก่ กลุ่มพักฟื้น (Recovery Inc.) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1937 สำหรับผู้ที่เคยเป็นโรคจิตและผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ (Manded hearts Inc.) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1953 กลุ่มผู้ติดการพนัน (Gamblers anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1957 กลุ่มผู้บริโภคอาหารมากสำหรับผู้มีน้ำหนักมาก (Overeaters anonymous) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1960 กลุ่มรักร่วมเพศ (Gay alliance activists) สำหรับพิทักษ์สิทธิของบุคคลรักร่วมเพศ ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1969 กลุ่มบิดามารดา (Parents anonymous) เพื่อช่วยเหลือผู้ปกครองที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1971 กลุ่มถอนพิษสุรา (Remove intoxicated drivers) มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้มงวดในการออกใบขับขี่ให้กับผู้ที่ดื่มสุรา ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1982 นอกจากนี้ยังเกิดกลุ่มต่าง ๆ อีกมากมาย เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยโรคไต กลุ่มผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้รอดชีวิตจากการทำลายล้าง (Holocaust survivor)

สำหรับประเทศไทยมีรายงานที่ระบุเรื่องราวการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ดำเนินการโดยบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพ คือ "ชมรมผู้ไร้กล่องเสียง" ของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2526 โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ไม่กล้าให้แพทย์ผ่าตัดรักษา และผู้ไร้กล่องเสียงหลังผ่าตัดสามารถฝึกพูดได้ ซึ่งปัจจุบันได้พัฒนาขึ้นเป็นสมาคมผู้ไร้กล่องเสียงแห่งประเทศไทย มีสำนักงานอยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช ต่อมาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2533 กลุ่มผู้ไร้

กล่องเสียงรามาธิบดีได้ตั้งขึ้นโดยการรวมตัวของกลุ่มผู้ไร้กล่องเสียงและได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล กลุ่มเป้าหมายมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางด้านสุขภาพ อาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการรวมกลุ่ม เพื่อเป็นศูนย์กลางในการปรึกษาปัญหาระหว่างสมาชิกด้วยกัน หรือเกิดจากความต้องการของพยาบาล แพทย์ นักสุขศึกษา เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายกัน ให้สมาชิกของกลุ่มได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาก่อน และสามารถเอาชนะปัญหาต่าง ๆ ได้ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือที่สมาชิกยอมรับได้ง่ายกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่

กลุ่มช่วยเหลือตนเองจัดตั้งขึ้นได้หลายรูปแบบ แต่โดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 วิธีใหญ่ ๆ คือ แบบเป็นทางการ และแบบไม่เป็นทางการ (Resnick. 1986 : 25)

กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเป็นทางการจะมีโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีกรรมการบริหารกลุ่ม มีนโยบายและวิธีการดำเนินงานอย่างแน่ชัด มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก ซึ่งจะมีข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษาใหม่ ๆ การฟื้นฟูสุขภาพ กฎหมายเกี่ยวกับกลุ่ม ถ้าเป็นกลุ่มใหญ่ระดับชาติจะมีจดหมายข่าวระดับนานาชาติ มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบการประชุม ตัวอย่างกลุ่มที่ตั้งในลักษณะนี้ ได้แก่ กลุ่มผู้พักฟื้น (Recovery Inc.) กลุ่มผู้ใช้ยานอนหลับ (Nacolice anonymous) กลุ่มผู้ติดสุรา (Alcoholics anonymous) เป็นต้น

กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการจะมีลักษณะและโครงสร้างไม่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ ทำหน้าที่เหมือนกลุ่มที่มารวมตัวกันทางสังคม หรือกลุ่มเล็ก ๆ ที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล บางกลุ่มมีโทรศัพท์สายด่วนสำหรับปัญหาวิกฤติ (Crisis hotline) บางกลุ่มจัดโปรแกรมต่าง ๆ ขึ้น เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นสมาชิกกลุ่มและอยู่ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านี้สามารถเผชิญความเจ็บป่วย ขจัดภาวะความเครียดหรือความกลัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีต่อความเจ็บปวด

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่มีลักษณะผสมผสานของความเป็นทางการและไม่เป็นทางการ แบ่งลักษณะไม่ชัดเจน จึงมีแนวทางในการประเมินองค์ประกอบของกลุ่มตามแนวความคิดของนิวตัน โรสส์ และไมโค (Newton. 1984 : 27 ; Ross & Mico. 1980 : 80-85)

1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่

   1.1 ชื่อกลุ่ม

   1.2 ที่ตั้ง หมายเลขโทรศัพท์ ชื่อผู้ที่จะติดต่อ

1.3 เกณฑ์ในการเข้าเป็นสมาชิก และการหมดสมาชิกภาพ จำกัดจำนวนสมาชิกหรือไม่ ต้องเสียค่าสมาชิกหรือไม่

1.4 ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.5 สถานที่การประชุม เวลา ความถี่ของการประชุม การจัดการประชุม

2. เป้าหมายของกลุ่ม

3. จำนวนสมาชิก ชื่อ ที่อยู่

4. ผู้นำกลุ่ม เกณฑ์ในการเป็นผู้นำกลุ่ม

5. การจัดกิจกรรมกลุ่ม

5.1 จัดเฉพาะสมาชิกหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกด้วย เช่น ญาติ

5.2 การเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งต้องเสียเงินหรือไม่

5.3 การกำหนดวาระในการประชุมล่วงหน้าหรือไม่

5.4 มีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้สมาชิกไว้ใจกลุ่ม ซื่อสัตย์ เปิดเผยตนเอง

6. ประโยชน์ที่จะได้รับจากกลุ่ม กลุ่มมีเป้าหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้ต่อไปหรือไม่

6.1 การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6.2 การให้ความรู้

6.3 การส่งเสริม

6.4 การยอมรับจากสังคม

7. บุคคลประเภทใดที่ไม่เหมาะกับกลุ่ม

8. ปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มมีอะไรบ้าง

8.1 การจัดหาสมาชิกใหม่

8.2 ขาดการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

8.3 ผู้นำกลุ่มขาดทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

8.4 สมาชิกเกิดปัญหาที่ไม่สามารถมาร่วมประชุมกลุ่ม

8.5 ขาดทุนทรัพย์

9. กลุ่มมีแนวทางในการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคตหรือไม่

10. กลุ่มมีแนวทางในการประเมินผลกลุ่มอย่างไร และนำเสนอข้อมูลอย่างไร

ลักษณะของสมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่ม

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วสมาชิกกลุ่มเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ฉะนั้นบางกลุ่มต้องการสมาชิกเฉพาะผู้ที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน และปัญหาบางอย่างจะเปิดเผยเฉพาะสมาชิกที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน เช่น กลุ่มบิดามารดาที่มีปัญหาในการเลี้ยงบุตร บางกลุ่มรับสมาชิกที่เป็นญาติของผู้ที่มีปัญหาด้วย เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา (Alcoholics anonymous) บางกลุ่มรับเฉพาะผู้มีปัญหาเข้าเป็นสมาชิก แต่อนุญาตให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกเข้าร่วมประชุมได้ เช่น

กลุ่มผู้ไร้กล่องเสียง ส่วนใหญ่กลุ่มหลังผ่าตัดเต้านมรับเฉพาะบุคคลที่แพทย์อนุญาตให้เข้ากลุ่มได้ สำหรับผู้นำกลุ่มอาจมาจากสมาชิกของกลุ่มที่มีความรู้ทางสุขภาพหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ผู้นำกลุ่มอาจมาจากการเลือกของสมาชิก หรือหมุนเวียนการทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มในการประชุมแต่ละครั้ง หากได้มาจากการเลือกควรมีการกำหนดวาระของผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของกลุ่มหรือเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม โดยทั่วไปแล้วการเปลี่ยนผู้นำตามวาระจะได้รับการยอมรับจากสมาชิกมากกว่ามีผู้นำคนเดียวตลอดไป

วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ในการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองแต่ละกลุ่มก็มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ซึ่งสามารถประมวลถึงวัตถุประสงค์ของการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้ดังนี้

1. ลดระดับอารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ที่ก่อกวนชีวิตความเป็นอยู่ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด ความหวาดระแวง ความขัดแย้ง

2. ให้กำลังใจเพื่อให้สมาชิกยอมรับความจริง กล้าเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่ามิใช่ตนเพียงคนเดียวเท่านั้นที่มีปัญหา คนอื่น ๆ ก็มีเหมือนกัน หรืออาจมากกว่า มิใช่ตนเท่านั้นที่พิการ ยังมีคนอื่น ๆ ที่เป็นเหมือนตนและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความหมายและมีความสุข

3. ช่วยให้สมาชิกปรับตัวเข้ากับสภาพการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ เช่น ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวให้ได้กับการถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง หรือนักโทษที่ได้รับการปล่อยตัวผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ได้

4. สร้างความรู้สึกระลึกถึงคุณค่าของตนเองในสังคมด้วยการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกกลุ่ม เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นโดยมิใช่เพียงผู้รับฝ่ายเดียว

5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกสะกดกลั้นหรือระงับยับยั้งอารมณ์ ความต้องการที่เกินพอหรือไม่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา จะพยายามเหนี่ยวรั้งสมาชิกมิให้ตกเป็นทาสของสุรา กลุ่มลดความอ้วน จะพยายามระงับยับยั้งความต้องการอาหารที่เกินพอดี เป็นต้น

ชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ไม่มีการแบ่งชนิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเองไว้เป็นสากล แต่อาจแบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด (Pasket & Madara. 1985 : 25-28) คือ

1. กลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยเหลือสมาชิกที่เป็นผู้ป่วย บิดามารดา ครอบครัวผู้ป่วย ที่มีปัญหาสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพที่เปลี่ยนไป

2. กลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กลุ่มนิรนาม (Anonymous) ต่าง ๆ ซึ่งเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการติดสิ่งเสพติด

3. กลุ่มผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (Social support group) สำหรับบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหรือเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ เช่น กลุ่มบิดามารดา กลุ่มหย่าร้าง กลุ่มโศกเศร้า

4. กลุ่มให้การสนับสนุนประชาชนสำหรับกลุ่มบุคคลพิเศษ เช่น กลุ่มสิทธิสตรี กลุ่มคนชรา กลุ่มโรคอ้วน

สมจิต หนุเจริญกุล (2537 : 276-277) ได้แบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองออกเป็น 4 ชนิด คือ

ชนิดที่ 1 ตั้งขึ้นเพื่อควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีปัญหา เช่น กลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มติดสุรา กลุ่มโรคอ้วน

ชนิดที่ 2 กลุ่มที่แสวงหาความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ความเครียดต่าง ๆ เช่น การหย่าร้าง การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ตัวอย่างเช่น กลุ่มร้างคู่สมรส (Parents without partnres) กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (Manded heart) กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม (Mastectomy Inc.) กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ (Stoke club) กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียง (Laryngectomy Inc.)

ชนิดที่ 3 กลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของสมาชิก และเพิ่มความสำนึกต่อสังคม หรือเรียกร้องกฎหมายทางสังคม ตัวอย่างเช่น กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มสตรี กลุ่มชนต่างชาติ (Recial-ethic)

ชนิดที่ 4 กลุ่มมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในชีวิต เข้ารับการฝึกต่าง ๆ ตามแนวเกสตอลท์ (Gestalt) การฝึกความไวในการรับรู้ เช่น กลุ่มกายบริหาร (Physical fitness group) กลุ่มเผชิญหน้า (Encounter group) กลุ่มฝึกความเป็นบิดามารดา (Parent effectiveness training group) เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลในการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

พยาบาลมีส่วนช่วยเหลือในการจัดตั้งและดำเนินงานของกลุ่มได้หลายประการ คือ

1. ไม่เป็นผู้ตัดสินให้สมาชิกคนใดหรือกลุ่ม

2. เป็นผู้ติดต่อประสานงานให้กลุ่ม โดยจัดหาสมาชิกใหม่ และเป็นตัวกลางในการติดต่อกับสมาชิกในระยะแรก ๆ เพื่อให้กลุ่มมีความมั่นคงมากขึ้น

3. เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและการจัดกลุ่ม (Newton. 1985 : 27 ; Christianson. 1986 : 293) ให้ความรู้เรื่องโรคและการปรับตัวเป็นครั้งคราว

4. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นประมาณ 5 คนขึ้นไป ควรให้สมาชิกได้เลือกผู้นำกลุ่มจากกลุ่มสมาชิกด้วยกัน

5. ทำหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับปัญหา ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญมาก

6. เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม

7. เป็นสมาชิกกลุ่ม ถ้าพยาบาลเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกันมาก่อน เช่น เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม สมาชิกที่เป็นพยาบาลจะเป็นสมาชิกที่ให้ประโยชน์แก่กลุ่มได้มาก

8. ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

บทบาทของสมาชิกกลุ่มเหลือตนเอง

1. เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ
2. เป็นแบบอย่างของสมาชิกคนอื่น ๆ
3. ตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหาด้วยตนเอง

เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จของกลุ่มเหลือตนเอง

1. การมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
2. ความเต็มใจให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. ความพึงพอใจของสมาชิก

ปัญหาในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

แม้ว่าการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการตามที่กล่าวมาแล้ว แต่ในทางปฏิบัติมักพบปัญหาเกิดขึ้นกับการดำเนินงานของกลุ่ม ทำให้กลุ่มไม่บรรลุเป้าหมายตามจุดประสงค์ที่วางไว้ ปัญหาต่าง ๆ ที่พบสรุปได้ดังนี้ (ดรุณี ชุณหะวัติ. 2537 : 284-286)

1. ผู้นำขาดทักษะในการรวมกลุ่ม การจัดกระบวนการกลุ่ม แม้ว่าผู้นำกลุ่มจะมีความรู้เรื่องโรค การแก้ปัญหา และเคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ มาแล้ว แต่อาจไม่สามารถจัดรวมกลุ่มได้ จึงต้องมีการเลือกผู้นำกลุ่มอย่างรอบคอบ หรือต้องได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในวิชาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ นักสุขศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ โดยเจ้าหน้าที่ดังกล่าวเข้ามาช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดหาห้องประชุม จัดสถานที่พบปะของสมาชิก ช่วยให้สมาชิกเข้าใจเป้าหมายของการประชุม ช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้ โดยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนในการอภิปราย ควบคุมบุคคลที่คอยควบคุมให้บุคคลอื่นยอมตาม

ในทุก ๆ เรื่อง หรือควบคุมบุคคลที่ผูกขาดการพูด เมื่อผู้นำกลุ่มมีทักษะในการดำเนินการกลุ่ม เจ้าหน้าที่ควรเข้าไปช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น

2. สมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่เจ็บปวด ผู้ที่เดินไม่ได้ ผู้ที่ติดต่อสื่อสารทางภาษาพูดไม่ได้เนื่องจากอ่อนเพลีย เจ็บปวด เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ผู้นำต้องติดตามปัญหาของสมาชิก และหาทางแก้ไขโดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพหรือกลุ่มที่ปรึกษา

3. ปัญหาเกี่ยวกับสถานที่ในการจัดประชุม จัดพบปะกลุ่มย่อย เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีปัญหาที่ต้องการแก้ไข ฉะนั้นสถานที่พบปะหรือจัดประชุมต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยด้วย เช่น ห้องกว้างพอเหมาะ เงียบและเป็นสัดส่วน สถานที่ควรอยู่ในที่ขึ้นลงได้ง่าย ถ้าหากสถานที่ประชุมอยู่ในสถานบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ควรมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในการจัดประชุมแต่ละครั้ง

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากสมาชิกของกลุ่มเข้ามาด้วยความสมัครใจและมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูเหมือนว่าจะไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ จึงไม่มีการเก็บเงินค่าสมาชิกทำให้ขาดเงินในการดำเนินการกลุ่ม เช่น ค่าใช้จ่ายในการส่งข่าวแก่สมาชิกทั้งทางจดหมาย ทางโทรศัพท์ ค่าเครื่องดื่มของสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม จึงอาจจำเป็นต้องรับบริจาคจากสมาชิกบางรายหรือจากหน่วยงาน โดยสมาชิกดำเนินการจัดหามาเองหรือคณะที่ปรึกษากลุ่มจัดหาจากแหล่งอื่น ๆ ในการประชุมควรหลีกเลี่ยงการเก็บเงินจากสมาชิก เพราะเป็นเหตุให้สมาชิกที่มีรายได้ต่ำไม่มาร่วมประชุมได้

5. ปัญหาในการเดินทางเข้ามาประชุม เนื่องจากสมาชิกบางรายอาจอยู่ไกลมาก จึงไม่สามารถมาเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง ผู้นำกลุ่มต้องส่งข่าวสารให้สมาชิกผู้นั้นอย่างสม่ำเสมอ หรือจัดการประชุมในวันที่สมาชิกส่วนใหญ่มาพบแพทย์อยู่แล้ว หรือประสานงานกับแพทย์ พยาบาลให้นัดผู้ป่วยในวันเดียวกันหรือใกล้กัน

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต้องได้รับการประเมิน และได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้รับการช่วยเหลือที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เจ้าหน้าที่ซึ่งร่วมเป็นกรรมการที่ปรึกษาจะมีบทบาทในการช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ด้วย

ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพอนามัย

ปัจจุบันกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพราะประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้สมาชิกสามารถปรับตัวได้และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องใช้เวลานานในการพักฟื้นหลังผ่าตัดเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่เกิดความพิการ ผู้ที่ต้องทำกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพเป็นเวลานาน ผู้ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรค ผู้ที่ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิต เป็นต้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้ประโยชน์ทั้งด้าน

ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ในปัจจุบันนอกจากกลุ่มจะมีจำนวนมากขึ้นแล้ว ขอบเขตของกิจกรรมของกลุ่มยังขยายออกไปอย่างกว้างขวางอีกด้วย ซึ่งมีข้อมูลและผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้ประโยชน์แก่สมาชิกของกลุ่มและเจ้าหน้าที่ด้วย ประโยชน์ที่ได้รับของแต่ละกลุ่มจะเน้นเรื่องต่าง ๆ แตกต่างกันออกไป แต่โดยสรุปแล้วมี 3 ประการใหญ่ ๆ (Newton. 1984 : 27-31)

1. เพื่อให้สมาชิกได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคลแม้ว่าเขาจะมีปัญหาบางอย่าง โดยการส่งเสริมความมีคุณค่าของสมาชิก ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของกลุ่ม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนที่ได้รับจากกลุ่มเป็นการช่วยเหลือที่สมาชิกได้รับมากที่สุด

2. ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual assistance) จะให้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาและบริการเกี่ยวกับภาวะวิกฤต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคอ้วน บางกลุ่มจัดบริการทางโทรศัพท์แก่สมาชิกด้วย เช่น กลุ่มพักฟื้น (Recovery Inc.)

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหา โรค โดยสมาชิกเป็นผู้ดำเนินการเองโดยการให้ความรู้ ข่าวสารข้อมูล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน หรือได้จากบุคคลภายนอกกลุ่ม เช่น เชิญวิทยากรมาบรรยายให้สมาชิกฟัง หรือได้ความรู้จากคณะที่ปรึกษากลุ่ม

นอกจากนี้กลุ่มอาจมีบทบาทด้านกฎหมายและสังคมอีกด้วย โดยเฉพาะกลุ่มที่สมาชิกเป็นคนพิการหรือมีปัญหาทางจิตใจ

โทรเจน (Trojan. 1989 : 32) ได้รายงานผลการสำรวจเกี่ยวกับประโยชน์ในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองของสมาชิก 232 คน จากกลุ่มโรคต่าง ๆ 65 กลุ่ม โดยการสัมภาษณ์และเข้าไปร่วมกิจกรรมเพื่อสังเกตกลุ่ม ผลปรากฏว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของสมาชิกบรรลุวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. ในแง่ของความเครียดที่เกิดจากโรค กลุ่มช่วยให้ความเครียดลดลง มีความสามารถเพิ่มขึ้น และเพิ่มแรงกระตุ้นทางสังคม

2. ในด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อน กลุ่มช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงเครือข่ายส่วนบุคคล และทำให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมากขึ้น

3. ในด้านพฤติกรรมของบุคคลกับสถานบริการสุขภาพ กลุ่มจะช่วยให้เกิดผลดีในการเพิ่มความสามารถในการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ และขยายกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ

กลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกประเภท ทั้งผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกาย ทางจิตใจ และผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย

นักวิชาการหลายท่านได้พยายามอธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มที่ทำให้สมาชิกได้รับประโยชน์จากกลุ่มชนิดนี้ ซึ่งอาจสรุปได้ว่าเกิดจาก

1. การที่สมาชิกมีลักษณะอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนกัน อยู่ในเรือลำเดียวกัน (Being in the same boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือมีความเข้าใจอย่างแท้จริงว่าปัญหาคืออะไร

2. ปัญหาที่ร่วมกัน ทำให้สมาชิกมีความสนใจหรือความปรารถนาอย่างเดียวกันในการที่จะทำอะไรบางอย่างเกี่ยวกับปัญหานั้น ซึ่งก็คือการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3. มิตรภาพที่เกิดจากความรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน โดยอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ยอมรับคำแนะนำในการที่จะแก้ไขปัญหาที่จะให้แก่กันได้ดียิ่งขึ้น

4. การได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือคนอื่น จะเป็นเหมือนการได้ทำประสบการณ์นั้นซ้ำ ๆ จนเกิดความชำนาญ และย้ำถึงความสำคัญของสิ่งที่ให้แก่กัน

5. การได้พบเห็นคนอื่นซึ่งเคยมีประสบปัญหาเดียวกันกับตนและสามารถผ่านพันปัญหานั้นมาแล้ว จะเป็นแบบอย่าง (Role model) ให้ปฏิบัติตาม และมีความแน่ใจมากขึ้นว่าตนจะสามารถผ่านพันปัญหานั้นไปได้เช่นกัน

6. การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เป็นโอกาสได้ระบายความรู้สึกและได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์

7. ในกรณีที่ปัญหาเกิดขึ้นถือเป็นความเลวร้ายหรือตราบาปของชีวิต (Stigma) การได้พบเห็นคนอื่น ๆ เป็นเหมือนตนทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อน ไม่โดดเดี่ยว เพิ่มความรู้สึกว่าปัญหานั้นเป็นเรื่องธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นกับใครก็ได้ จึงยอมรับสถานการณ์ ความคิดเห็น คำแนะนำต่างๆ ได้ดีขึ้น และประการสุดท้ายการได้ทำกิจกรรมซึ่งได้รับมอบหมายในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า (Gilbey. 1987 : 23 - 24)

สำหรับการนำเอากลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มหนึ่งในหลาย ๆ กลุ่ม ที่อยู่ในเครือข่ายสังคมที่พยาบาลสามารถนำหรือจัดตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุดตามวิธีการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้ การสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพบุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้ผลโดยตรงต่อการดูแลตนเอง (Gilbey. 1987 : 23-24) และจะให้ประโยชน์ในด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่กลุ่มมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าบุตรมีภาวะปัญญาอ่อน

การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะทำให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของตน กับทั้งได้รับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้อื่น และได้ตระหนักว่ามิใช่ตนเพียงผู้เดียวที่ต้องเผชิญปัญหา ยังมีคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเหมือนตน และอยู่เคียงข้างตนเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา กระบวนการกลุ่มในลักษณะ

นี้เป็นการใช้ความสามารถและศักยภาพของบุคคลอย่างเต็มที่ การที่ให้ผู้ประสบปัญหาเช่นเดียวกันมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จะเป็นแนวทางที่เร่งปรับตัวให้เร็วขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

เลวิน (Levin. 1976 : 206) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารของแต่ละบุคคล โดยใช้กลุ่มทดลองซึ่งเป็นหญิงแม่บ้านทั้งหมด 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมี 13-17 คน ใน 3 กลุ่มแรก ถูกกระตุ้นโดยอาศัยการบรรยาย การแสดงให้ชมถึงประโยชน์ของอาหารที่ใช้ในการทดลอง ส่วน 3 กลุ่มหลังถูกกระตุ้นโดยวิธีเช่นเดียวกัน แต่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น จะมีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ยอมรับประทานอาหารตามที่เคยได้รับคำแนะนำ ส่วน 3 กลุ่มหลังที่ในขณะฟังการบรรยายได้มีโอกาสถกเถียงปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณค่าของอาหารเหล่านั้น และมีโอกาสตัดสินใจว่าอาหารชนิดใดดีกว่าและมีประโยชน์อย่างไร จะมีจำนวนสมาชิถึงร้อยละ 32 ที่นำอาหารดังกล่าวไปใช้รับประทานในครอบครัวของตน จากการทดลองครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อสมาชิกในกลุ่มมีโอกาสที่จะได้รับความจริงเกี่ยวกับปัญหาใดๆ ที่เกิดขึ้น เขาจะพยายามแก้ปัญหาเหล่านี้ด้วยกัน และยอมรับผลของการแก้ปัญหาเพราะถือว่าเป็นผลที่ได้จากการแก้ปัญหาของพวกตน

ฮาร์ดี้ และคณะ (Hardy, et al. 1982 : 79 - 86) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลโปรแกรมการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดามีผลต่อการให้สุขศึกษาแก่มารดาในบราซิล ได้ศึกษากับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยการใช้สื่อสไลด์ประกอบคำบรรยาย และมีการอภิปรายกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า มีอัตราการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาสูงกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรมที่จัดให้ตามปกติ

แองเกิ้ล (Engle. 1991 : 954 - 959) ได้ศึกษาเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัวมีผลต่อขนาดของร่างกายเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้มากจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนได้ตามความต้องการ เนื่องจากครอบครัวที่มีรายได้สูงสามารถให้การดูแลและจัดหาอาหาร ของเล่น และการดูแลสุขภาพที่ดีให้แก่บุตรอย่างเพียงพอ

โทรเจน (ดรุณี ชุณหวัต. 2537 : 267 - 289 ; อ้างอิงจาก Trojen. 1989. *Social science Medication.* p. 32) ได้ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยจำนวน 232 คน จากโรคเรื้อรัง 65 โรค โดยศึกษาเน้นในเรื่องแรงจูงใจของสมาชิก การดำเนินการของกลุ่มเป้าหมายและประสิทธิผลที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า

1) ประโยชน์ที่ได้รับของกลุ่มหรือสมาชิกซึ่งมีมากถึงร้อยละ 90 2) ประโยชน์ที่ได้จากบุคคลภายนอก เช่น บุคคลในครอบครัวได้รับ ซึ่งสมาชิกกลุ่มเห็นด้วยถึง 2 ใน 3 ส่วน ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ช่วยลดความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย ทำให้มีการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

2. ช่วยให้มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อน ตลอดจนเครือข่ายทางสังคมดีขึ้น

3. มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ให้ความร่วมมือในการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

สำหรับผลกระทบทางด้านลบนั้นมีเพียงเล็กน้อย (เพียงร้อยละ 1 - 4 เท่านั้น) แต่อย่างไรก็ตามประโยชน์ของการช่วยเหลือตนเองยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนเพราะ 1) กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่สามารถแทนที่การบริการจากผู้เชี่ยวชาญได้ 2) กลุ่มช่วยเหลือตนเองยังต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังหรือกลุ่มที่มีปัญหาอื่น ๆ

งานวิจัยในประเทศไทย

นิตยา คชภักดี (2521 : 10) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและด้านโภชนาการมีผลต่อการพัฒนา ทำการศึกษาโดยทดลองจากเด็กชาย 4 คนที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 2 และ 3 ผลการศึกษาพบว่า ผลของการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ทำให้เด็กมีพัฒนาการช้า แต่จะดีขึ้นในระหว่างได้รับการฟื้นฟูทางโภชนาการให้สมบูรณ์พร้อมกับกระตุ้นพัฒนาการด้วย แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านโภชนาการมีผลต่อพัฒนาการด้วย

สายใจ พัวพันธ์ (2529 : ก - ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมภายหลังผ่าตัดเต้านมข้างใดข้างหนึ่งออก ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในระยะหลังผ่าตัดตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป สมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม และมีส่วนร่วมอย่างน้อย 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 2 เดือนหลังผ่าตัด จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดเต้านมออก 2 เดือน ที่มีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีภาพลักษณ์ต่อตนเองทางบวกมากกว่าระยะก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับคะแนนการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก มีความสัมพันธ์กันในทางบวก

3. เปรียบเทียบลักษณะการมีส่วนร่วมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่ามีปฏิกิริยาสัมพันธ์ในส่วนที่มุ่งงานของกลุ่มมากกว่าส่วนที่สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่ม

4. เนื้อหาที่ผู้ป่วยสนใจมากที่สุดคือเนื้อหาเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวขณะรับการรักษา เนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจรองลงมาคือเนื้อหาเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อโรค การรักษาและผลกระทบของการรักษา และเนื้อหาที่ผู้ป่วยให้ความสนใจน้อยที่สุดคือเนื้อหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

สุดา กิจภิญโญ (2531 : 138 - 149) ได้ศึกษาโดยบการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบบพิเศษต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขศึกษาแบบพิเศษมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน แรงจูงใจที่จะปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ (2534 : 74) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ โดยการอภิปรายกลุ่มร่วมกับได้รับคู่มือไปอ่าน กลุ่มทดลองที่ 2 เป็นกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรู้ตามปกติจากเจ้าหน้าที่และได้รับคู่มือการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ไปอ่าน และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ได้รับความรู้ตามปกติจากเจ้าหน้าที่เพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นใช้วิธีอภิปรายกลุ่มในมารดาวัยรุ่นด้วยกันน่าจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีเจตคติที่ดีและนำไปสู่การปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ได้ดี

จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน (2535 : ก - ข) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่า และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มารักษาด้วยรังสีที่หน่วยรังสีรักษา วชิรพยาบาล จำนวน 40 ราย โดยผู้ป่วย 20 คนแรกถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลปกติ และผู้ป่วย 20 คนถัดมาถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ซึ่งใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองนอกเหนือจากการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พิพัฒน์ ฟูศรีนวล (2533 : 98 - 102) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง โดยกลุ่มทดลองจำนวน 50 คนได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาพร้อมกับสามี ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 50 คน ได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยไม่มีสามีร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เสาวคนธ์ วีระศิริ (2533) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบิดามารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างคือ บิดาและมารดาของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3 - 5 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 374 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้น (Stratified random sampling) จำแนกตามอายุบุตรก่อนวัยเรียน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างกำหนดไว้อย่างแน่นอน (Structured interview) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดา จำนวน 174 คน มารดาจำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบิดาและมารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจของบิดามารดาและครอบครัวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบิดาและมารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า มีความสัมพันธ์สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระหว่างอายุของบิดากับความรู้และทัศนคติของบิดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ อายุของมารดามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของมารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน ระดับการศึกษา สาขาวิชาเอกที่เรียนมา อาชีพของบิดามารดา และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทั้งของบิดามารดาในเรื่องการพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน ส่วนสถานภาพสมรส ศาสนา ความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวนบุตร อายุของบุตร เพศของบุตรวัยก่อนเรียน และชนิดของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กัน

สมชาย สุพันวณิช และคณะ (2534 : 4) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการล่าช้าในเด็กวัยแรกเกิดถึง 6 ปี จากเด็กทั่วประเทศจำนวน 5,352 ราย ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารมีผลต่อพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษา และการพัฒนาด้านสังคม

อาภารัฐ เรียบเลิศหิรัญ (2537 : 80) ได้ศึกษาเกี่ยวกับถึงประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาแบบพิเศษที่มีพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความรู้ที่ดีขึ้น เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ดีขึ้นตามไปด้วย

จุฑารัตน์ กัมพลานนท์ (2540 : 131) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยให้การอบรมผู้สูงอายุตามหลักสูตรกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จ. นครราชสีมา

เสาวคนธ์ วีระศิริ (2533) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบิดามารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างคือ บิดาและมารดาของเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 3 - 5 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 374 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นชั้น (Stratified random sampling) จำแนกตามอายุบุตรก่อนวัยเรียน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างกำหนดไว้อย่างแน่นอน (Structured interview) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดา จำนวน 174 คน มารดาจำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบิดาและมารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสังคมเศรษฐกิจของบิดามารดาและครอบครัวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบิดาและมารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า มีความสัมพันธ์สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระหว่างอายุของบิดากับความรู้และทัศนคติของบิดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ อายุของมารดามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของมารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน ระดับการศึกษา สาขาวิชาเอกที่เรียนมา อาชีพของบิดามารดา และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทั้งของบิดามารดาในเรื่องการพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน ส่วนสถานภาพสมรส ศาสนา ความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวนบุตร อายุของบุตร เพศของบุตรวัยก่อนเรียน และชนิดของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กัน

สมชาย สุพันวณิช และคณะ (2534 : 4) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการล่าช้าในเด็กวัยแรกเกิดถึง 6 ปี จากเด็กทั่วประเทศจำนวน 5,352 ราย ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารมีผลต่อพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษา และการพัฒนาด้านสังคม

อาภารัฐ เรียบเลิศหิรัญ (2537 : 80) ได้ศึกษาเกี่ยวกับถึงประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาแบบพิเศษที่มีพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความรู้ที่ดีขึ้น เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ดีขึ้นตามไปด้วย

จุฑารัตน์ กัมพลานนท์ (2540 : 131) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยให้การอบรมผู้สูงอายุตามหลักสูตรกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จ. นครราชสีมา

ซึ่งจัดให้มี 7 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ วันเว้นวัน ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 5 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 12 คน ทำการเก็บข้อมูลก่อน-หลัง (Pre-post test) โดยใช้แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังดำเนินกิจกรรมกลุ่มดีกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอาศัยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สรุปว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 - 69 ปี มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อุทุมพร ดุลยเกษม (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ มารดาของเด็กป่วยวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและนำบุตรมารับการรักษาที่คลินิกเด็กโรคหัวใจ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน ซึ่งได้จากการสุ่มเข้าสู่กลุ่ม (Random assignment) ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากเพื่อกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละสัปดาห์ กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยการใช้โปรแกรมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองร่วมกับคู่มือกิจกรรมการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ส่วนกลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้ ในกลุ่มทดลองเริ่มต้นโดยเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 (Pre-test) ต่อจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 2 ครั้ง ในเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นอีก 2-3 สัปดาห์ นัดมาเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (Post-test) ในอีก 4 สัปดาห์ต่อมา

ผลการศึกษาพบว่า

1. มารดากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายหลังการเข้าทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. มารดาที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่แตกต่างกันในระยะเวลาห่างกัน 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. มารดากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าในการพัฒนาความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และมีปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ถ้ามารดามีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนได้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นในการเข้าร่วมกลุ่ม นั่นคือประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจและเชิงทดลอง (Survey and Experimental research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ของธอร์นไดด์ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองแบบให้โปรแกรมสุขศึกษา เปรียบเทียบกับมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ ซึ่งมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
   2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
   2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาที่นำบุตรปัญญาอ่อนมาเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่ห้องกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2542 และบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นบุตรปัญญาอ่อน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาที่นำบุตรปัญญาอ่อนมาเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 และบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นบุตรปัญญาอ่อน จำนวน 100 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง และมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีอายุตั้งแต่ 3 เดือน - 3 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าบุตรมีภาวะปัญญาอ่อน

2. ต้องเป็นมารดาผู้ให้กำเนิดและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัวกับบุตร โดยมีระยะเวลาในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนไม่ต่ำกว่า 1 เดือน

3. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนต้องนำบุตรปัญญาอ่อนมาเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อย่างน้อย 1 ครั้ง

4. ยินดีเข้ารับการวิจัยครั้งนี้ตลอดระยะเวลา 2 เดือน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยศึกษาแผ่นประวัติบุตรปัญญาอ่อน และสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมจากมารดา คัดเลือกมารดาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือจากมารดาของบุตรปัญญาอ่อนเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อได้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้ว โดยจัดดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ร้อยละ 10 (ชาญวิทย์ เทียมบุญประเสริฐ. 2525 : 69)

2. คัดเลือกมารดาเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มาจำนวน 100 คน แล้วทำการทดสอบก่อน (Pretest) โดยใช้แบบสอบถามความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

3. จากมารดาจำนวน 100 คน ทำการคัดเลือกมาดาผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยได้ครบ 5 สัปดาห์ และอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)

4. จากมารดาจำนวน 60 คน ทำการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยจัดแบ่งกลุ่มละ 30 คน

ในการแบ่งกลุ่มใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จำแนกเป็น

4.1 จับสลากเลือกกลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง โดยให้โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 30 คน และแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม ในแต่ละครั้งมารดาเป็นสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองวันละ 6 คนต่อกลุ่ม แต่ละกลุ่มดำเนินการ 3 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ ดำเนินการจนครบ 5 สัปดาห์

4.2 จับสลากเลือกกลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติจนครบ 5 สัปดาห์

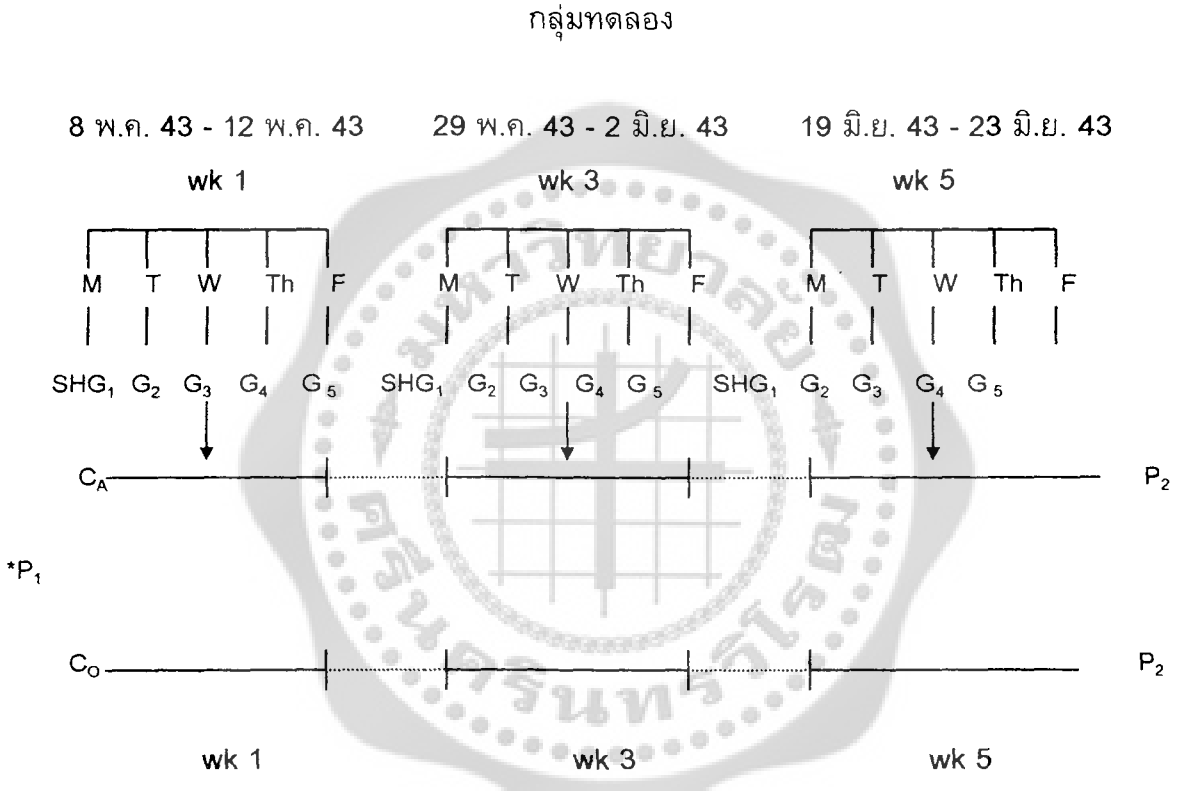
ระยะเวลาของการทดลอง

1. ทำการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ตั้งแต่วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2543 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2543 รวมใช้เวลา 3 สัปดาห์

2. ทำการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) เก็บกลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองกลุ่มละ 3 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ จนครบ 5 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 8 พฤษภาคม 2543 ถึง 23 มิถุนายน 2543

แบบแผนการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจและกึ่งทดลอง (Survey and Experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรูปแบบการวิจัยที่ 19.7 ชนิด Compromise experimental group-control group design (Kerlinger. 1986 : 315)



ภาพประกอบ 8 แบบแผนการทดลอง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในแบบแผนการทดลอง

* แทน มารดาที่มีบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นบุตรปัญญาอ่อน และมารดาได้มารับการฝึกหัดกระตุ้นอย่างน้อย 1 ครั้ง

P_1 แทน การประเมินความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก่อนข้าร่วมในการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม

C_A แทน มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

C_O แทน มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

SHG_1- SHG_5 แทน การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนกลุ่มทดลอง ซึ่งดำเนินการ 5 สัปดาห์ ห่างกัน 2 สัปดาห์ ในแต่ละครั้งใช้เวลา 50 นาที

P_2 แทน การประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนโดยใช้แบบสอบถาม

ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจงหลังจากที่มารดาได้ตอบแบบสอบถามความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเรียบร้อยแล้วมา 30 คน จัดกลุ่มตัวอย่าง 6 คนแรกเป็นกลุ่มทดลอง จนครบ 5 กลุ่ม

2. ศึกษาจากแบบบันทึกต่าง ๆ ของบุตรและพูดคุยกับมารดาเพิ่มเติมโดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ซักถามความสมัครใจของมารดาในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เมื่อมารดาตกลงจึงอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับขั้นตอนการทำกลุ่ม โดยแจ้งจำนวนครั้งและระยะเวลาของการเข้ากลุ่ม

3. เมื่อมารดาสมัครใจ ผู้วิจัยแจ้งให้มารดาทราบถึงวัน เวลา สถานที่ในการเข้ากลุ่มของแต่ละกลุ่มคือวันจันทร์-ศุกร์ ตามลำดับตั้งแต่กลุ่มที่ 1-5 ในช่วงเวลา 10.00 น. ถึง 10.50 น. ณ ห้องประชุมในแผนกกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

4. เมื่อถึงวันนัด ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มตามแนวการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม จัดให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นรูปวงกลม ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที วันละ 1 ครั้ง ก่อนเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่มในครั้งแรกนัดสมาชิกกลุ่มให้เข้าร่วมกิจกรรมในวันต่อไป โดยแจ้งเวลาและสถานที่ให้ชัดเจน

5. เมื่อผู้วิจัยดำเนินการจนครบขั้นตอนของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด

2. กลุ่มควบคุมจะได้รับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติจนครบ 5 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่มารดาเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจนครบ 5 สัปดาห์

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการ มารดาจะได้รับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการจากเจ้าหน้าที่หลังจากบุตรได้รับการวินิจฉัยและประเมินพัฒนาการจากแพทย์แล้วว่ามีความล่าช้า โดยการฝึกกระตุ้นพัฒนาการจะมุ่งเน้น 5 ด้านดังนี้

1.1.1 ด้านการเคลื่อนไหว

1.1.2 ด้านการใช้มือหยิบจับ

1.1.3 การใช้ภาษา

1.1.4 การช่วยเหลือตนเองและการเข้าสังคมกับผู้อื่น

1.1.5 สติปัญญา

ในแต่ละครั้งมารดาจะใช้เวลาในการเข้ารับการฝึกกระตุ้นพัฒนาการประมาณ 30 นาที เมื่อฝึกเสร็จจะได้รับการนัดมาดูความก้าวหน้าของบุตรใน 3 สัปดาห์แรก โดยมารดาต้องฝึกบุตรตามคำแนะนำที่บ้านอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ถ้าบุตรไม่มีความก้าวหน้าทางพัฒนาการ มารดาจะได้รับคำแนะนำในการฝึกบุตรซ้ำเรื่องเดิม แต่ถ้าบุตรมีความก้าวหน้าทางพัฒนาการดีขึ้นมารดาจะได้รับการสอนเรื่องใหม่ในแต่ละด้านเพิ่มเติม

1.2 โปรแกรมสุขศึกษา โดยผู้วิจัยได้สร้างคู่มือการสอนสุขศึกษาเรื่องการเลี้ยงดูบุตรแก่มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เป็นกลุ่มทดลอง คู่มือการสอนที่สร้างขึ้นมีขั้นตอนดังนี้

1.2.1 การตั้งจุดประสงค์ของการสอน ผู้วิจัยได้ตั้งจุดประสงค์ของการสอนโดยคำนึงถึงความต้องการและปัญหาสุขภาพ ตลอดจนพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการกระตุ้นพัฒนาการเป็นหลัก โดยจุดประสงค์ที่ตั้งขึ้นมีลักษณะเป็นจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม ทั้งนี้เพื่อที่จะสามารถสังเกตและวัดพฤติกรรมการเรียนรู้นั้นได้จริง ๆ

1.2.2 การกำหนดเนื้อหาหรือเนื้อเรื่องเพื่อใช้สอนให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน มีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อเรื่องเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน การกระตุ้นพัฒนาการ การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมากำหนดเป็นเนื้อหาเพื่อใช้ในการสอนแก่มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน

1.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือการจัดวิธีการสอน ผู้วิจัยเลือกกิจกรรมให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ของเนื้อหา และกำหนดเวลาในการสอนอย่างเหมาะสมถึงความแตกต่างระหว่างปัจเจกบุคคลด้วย กิจกรรมหรือการจัดวิธีการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีดังนี้

1.2.3.1 การบรรยายประกอบภาพพลิกการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเรื่องการตรวจสุขภาพตามนัด การให้อาหาร เพื่อให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเกิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรถูกต้องเหมาะสม

1.2.3.2 การบรรยายประกอบการฉายสไลด์การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการ การส่งเสริมการเล่นตามวัย เพื่อเป็นการทบทวนให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเกิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรถูกต้องเหมาะสม

1.2.3.3 แจกหนังสือคู่มือการกระตุ้นพัฒนาการ

1.3 การใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งเป็นวิธีการทางสุขศึกษาแบบหนึ่งที่ให้มารดามีส่วนร่วมในการเรียนการสอน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ประกอบด้วย

การประชุมกลุ่มครั้งที่ 1 เน้นให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนได้ทำความรู้จักกัน โดยผู้วิจัยให้มารดาแนะนำตนเองแก่สมาชิกกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนแก่สมาชิก ผู้วิจัยแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบถึงวัตถุประสงค์ โครงสร้างและการดำเนินการของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งประกอบด้วยบทบาทของผู้นำกลุ่ม บทบาทของสมาชิกกลุ่ม และผู้วิจัยเน้นถึงความสำคัญของการเข้าร่วมประชุมกลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มทำการตกลงเกี่ยวกับสถานที่ ระยะเวลาที่จะทำกลุ่มในแต่ละครั้งและครั้งต่อไป ข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่ม

ระยะที่ 2 การดำเนินการกลุ่มประกอบด้วย

การประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 เน้นการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนและปัญหาที่มารดาพบในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดามีความรู้เรื่องสาเหตุประเภทของปัญญาอ่อน การกระตุ้นพัฒนาการและการส่งเสริมการเล่นตามวัย การให้อาหารร่วมกับมารดาที่มีประสบการณ์มาก่อน และเปิดโอกาสให้มารดาในกลุ่มได้ซักถามและสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างมารดาด้วยกันเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการและได้แนวทางของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดในการทำกลุ่ม ประกอบด้วย

การประชุมกลุ่มครั้งที่ 3 เน้นเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน หลังจากที่มารดาได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพตามนัดและการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของบุตรปัญญาอ่อนแล้ว ผู้นำกลุ่มและผู้วิจัยร่วมกันสรุปวิธีปฏิบัติการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่เหมาะสมถูกต้อง เปิดโอกาสให้มารดาซักถามและพูดถึงการปฏิบัติของมารดาเอง ผู้วิจัยซักถามถึงความคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิกในการเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวปิดประชุม

1.4 การใช้โสตทัศนูปกรณ์ ได้แก่

1.4.1 แผ่นภาพพลิกการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เรื่องการตรวจสุขภาพ

ตามนัด การให้อาหาร

1.4.2 ภาพสไลด์เกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการ การส่งเสริมการเล่นตามวัย

1.4.3 หนังสือคู่มือการกระตุ้นพัฒนาการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำไปให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถาม แบบสอบถามมี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของมารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ตอบถูกต้องให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิดให้คะแนน 0 คะแนน ถ้าไม่ตอบหรือตอบเกินจะได้ 0 คะแนนเช่นกัน

เกณฑ์การประเมินผลด้านความรู้ใช้เกณฑ์การวัดและประเมินผลของกระทรวงศึกษาธิการ (กระทรวงศึกษาธิการ. 2533 : 24) ดังนี้

ร้อยละ 90 ขึ้นไป หมายถึง ดีมาก

ร้อยละ 70-89 หมายถึง ดี

ร้อยละ 60-69 หมายถึง ค่อนข้างดี

ร้อยละ 50-59 หมายถึง พอใช้

ร้อยละ 0-49 หมายถึง ควรปรับปรุง

2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความที่มีลักษณะดังนี้

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย 2 คะแนน

ไม่แน่ใจ 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 0 คะแนน

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ

เห็นด้วย 0 คะแนน

ไม่แน่ใจ 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน

ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

1.34 - 2.00 หมายถึง มีเจตคติระดับดี

0.67 - 1.33 หมายถึง มีเจตคติระดับปานกลาง

0.00 - 0.66 หมายถึง มีเจตคติระดับต่ำ

3. แบบสอบถามวัดการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความที่มีลักษณะดังนี้

คำตอบที่มีลักษณะทางบวก ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน

คำตอบที่มีลักษณะทางลบ ให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ 0 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ 2 คะแนน

เกณฑ์ให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

1.34 - 2.00 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับดี

0.67 - 1.33 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับปานกลาง

0.00 - 0.66 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับไม่ดี

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. ศึกษาเนื้อหาและแนวคิดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจากหลักสูตรการพยาบาลเด็ก 1 ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เพื่อสร้างโปรแกรมสุขศึกษา แผนการสอน

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแผ่นพลิก สไลด์ จากตำราการสร้างเครื่องมือทางโสตทัศนูปกรณ์

2.1 สไลด์เรื่องการกระตุ้นพัฒนาการ การส่งเสริมการเล่นตามวัยในเด็กปัญญาอ่อน

2.2 แผ่นภาพพลิกเรื่องการตรวจสุขภาพตามนัด การให้อาหารในเด็กปัญญาอ่อน

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. นำโปรแกรมสุขศึกษา แผนการสอน แผ่นภาพพลิก สไลด์ เรื่องการเลี้ยงบุตรปัญญาอ่อน กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจสอบ

2. แก้ไขแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอย่างน้อย 5 ท่าน

3. นำโปรแกรมสุขศึกษา แผนการสอน แผ่นภาพพลิก สไลด์ เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน และกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาเนื้อหาและแนวคิดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจากหลักสูตรการพยาบาลเด็ก 1 ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำราวัดผลทางการศึกษา การวัดและประเมินผลทางสุขศึกษา

3. สร้างแบบทดสอบความรู้แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 53 ข้อ แบบสอบถามเจตคติแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 45 ข้อ และแบบสอบถามด้านการปฏิบัติแบบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 70 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ตรวจสอบ

2. นำแบบสอบถามพร้อมสรุปนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบ

3. นำแบบสอบถามไปใช้ทดลองกับมารดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

4. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงเพื่อนำไปใช้จริง

วิธีหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามจำนวน 168 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นแบบทดสอบความรู้ 53 ข้อ แบบสอบถามเจตคติ 45 ข้อ แบบสอบถามการปฏิบัติ 70 ข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจพิจารณา แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปเป็นแบบสอบถาม เหลือข้อคำถามแบบทดสอบความรู้ 35 ข้อ แบบสอบถามเจตคติ 32 ข้อ และแบบสอบถามการปฏิบัติ 65 ข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่ตึกเด็กเล็ก 1 โรงพยาบาลราชานุกูล แล้วนำไปหาคุณภาพเครื่องมือดังนี้

2. การหาค่าความยากง่าย (Level of difficulty)

การหาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรที่มีภาวะปัญญาอ่อน โดยนำแบบทดสอบด้านความรู้มาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย โดยสัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบข้อสอบในแต่ละข้อถูกต่อจำนวนผู้ทดลองทั้งหมด และคัดเลือกคำถามที่มีค่าระหว่าง .20-.80 เป็นคำถาม (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2535 : 136) ได้คำถามจำนวน 21 ข้อ มาเป็นข้อคำถาม มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.33 ถึง 0.80

3. การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination)

3.1 แบบทดสอบความรู้ หาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial correlation) ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item to total correletion) โดยคัดเลือกข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงก่อน (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) และได้คัดเลือกข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ เลือกไว้ 21 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.22 ถึง 0.80

3.2 แบบสอบถามเจตคติ หาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item to total correlation) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงก่อน (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 120) และได้คัดเลือกข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ เลือกไว้ 25 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.28 ถึง 0.78

3.3 แบบสอบถามการปฏิบัติ หาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item to total correlation) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสหสัมพันธ์สูงก่อน (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 120) และได้คัดเลือกข้อคำถามจำนวน 65 ข้อ เลือกไว้ 25 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.26 ถึง 0.73

4. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

4.1 แบบทดสอบความรู้ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Ruder-Richardson formula 20) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 121) นำไปทดลองใช้ (Tryout) ได้แบบทดสอบความรู้จำนวน 35 ข้อ เลือกไว้ 21 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.90

4.2 แบบสอบถามเจตคติ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) นำไปทดลองใช้ (Tryout) ได้แบบสอบถามเจตคติรู้จำนวน 32 ข้อ เลือกไว้ 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.87

4.3 แบบสอบถามการปฏิบัติ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coeffcient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) ได้แบบสอบถามการปฏิบัติจำนวน 65 ข้อ เลือกไว้ 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.87

กระบวนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังจากการตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุมัติและขอความร่วมมือในการวิจัยและการทดสอบเครื่องมือที่ใช้ และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมสร้างเครื่องมือ

1.1.1 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษากระบวนการกลุ่ม แบบสอบถามการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถาม

1.1.2 การวางแผนในการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1.2.1 จัดการประชุมกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 5 สัปดาห์ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนที่ต้องการให้มารดาได้มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้อง

1.1.2.1.1 การเข้าประชุมกลุ่มในช่วงสัปดาห์แรก คาดหวังให้มารดาในกลุ่มทดลองได้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

1.1.2.1.2 การเข้าประชุมกลุ่มในช่วงสัปดาห์ที่ 3 คาดหวังให้มารดาในกลุ่มทดลองได้รับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ประเภทของปัญญาอ่อน การกระตุ้นพัฒนาการ การส่งเสริมการเล่นตามวัย การให้อาหาร และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามปัญหา ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างมารดาที่มีประสบการณ์มาก่อนและสมาชิกกลุ่ม

1.1.2.1.3 การเข้าประชุมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 5 คาดหวังให้มารดาในกลุ่มทดลองได้รับรู้ถึงการนำบุตรไปตรวจสุขภาพตามนัด และการดูแลอนามัยส่วนบุคคลของบุตรปัญญาอ่อน และการเลี้ยงดูบุตรบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้องโดยรวม ให้มารดาได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างมารดาที่มีประสบการณ์มาก่อนและสมาชิกกลุ่ม และเป็นการสิ้นสุดในการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.1.2.2 ในการประชุมแต่ละครั้งจะมีมารดาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าบุตรเป็นปัญญาอ่อนแต่ปัจจุบันสามารถเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนให้มีพัฒนาการใกล้เคียงกับปกติมาร่วมประชุมด้วย เพื่อทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและร่วมหาแนวทางแก้ไขกับสมาชิกกลุ่มในฐานะที่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อน

1.1.2.3 กำหนดกิจกรรมที่สมาชิกกระทำในขณะประชุมกลุ่ม ได้แก่ ผู้นำกลุ่มเป็นผู้เปิดการประชุมและดำเนินการประชุม มีการพูดคุยถึงปัญหาสุขภาพของบุตร

แต่ละคน ซึ่งจะเน้นปัญหาทางด้านการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน และสมาชิกร่วมกันหาวิธีการหรือเสนอแนะวิธีการแก้ปัญหาร่วมกัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มเป็นผู้นัดหมายการประชุมครั้งต่อไปโดยความเห็นชอบของสมาชิกกลุ่มทุกคน และปิดการประชุม ส่วนบทบาทของสมาชิกคือตั้งใจฟังเมื่อสมาชิกผู้อื่นพูด แสดงความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม ไม่พูดเรื่องนอกกลุ่ม เปิดเผยความรู้สึกและความรู้สึกของตนเอง เปิดโอกาสให้สมาชิกอื่นระบายความรู้สึก รักษากติกาของกลุ่ม

1.1.2.4 ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มตลอดและเป็นผู้ประสานงานหรืออำนวยความสะดวกแก่กลุ่มเข้าร่วมประชุมกลุ่มด้วยทุกครั้ง ทำหน้าที่ให้ข้อมูล ความรู้แก่สมาชิกเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน และการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้องตามแต่สมาชิกซักถาม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มเพิ่งจัดตั้งขึ้นสมาชิกยังขาดความมั่นใจ และส่วนใหญ่สมาชิกได้รับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการได้ไม่นาน ซึ่งยังต้องการคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ

1.1.2.5 สำหรับสมาชิกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะอยู่ด้วยเวลาฝึกหัดการกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าไม่มีการให้ข้อมูลที่ผิดจากความเป็นจริงหรือเกิดจากความเข้าใจผิดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การเตรียมสถานที่ที่สำหรับดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยขออนุญาตจากหัวหน้าหน่วยกระตุ้นพัฒนาการ โดยสถานที่เป็นที่อำนวยความสะดวกแก่สมาชิกกลุ่ม

1.3 เตรียมมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นบุตรปัญญาอ่อน และสามารถฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการและการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจนมีพัฒนาการใกล้เคียงปกติ เพื่อเข้ามาเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่สมาชิกในกลุ่มในฐานะที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1.3.1 มารดาได้รับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และนำไปปฏิบัติการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจนบุตรมีพัฒนาการใกล้เคียงปกติ โดยบุตรได้รับการประเมินพัฒนาการจากเด็นเวอร์ (Denver Development Screening Test)

1.3.2 มารดามีความยินดีให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองตลอดการทดลอง

1.4 การเตรียมตัวผู้วิจัยเพื่อทำการทดลอง

ทดลองจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนจำนวน 2 ครั้ง ณ ห้องประชุมการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุงเทพมหานคร และให้พยาบาลที่มีความชำนาญด้านการจัดกลุ่มให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 คัดเลือกมารดากลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กล่าวมาขั้นต้น

2.2 ขอความร่วมมือจากมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ฝึกกระตุ้นพัฒนาการจนบุตรมีพัฒนาการใกล้เคียงปกติ ชี้แจงให้มารดาทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และบทบาทในกลุ่ม

2.3 มารดาในกลุ่มทดลองเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.3.1 มารดาเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจัดให้มี 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ครั้งละ 50 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 5 สัปดาห์

2.3.2 การดำเนินการกลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามแผนการประชุมที่ตั้งไว้ โดยแบ่งระยะเวลาในการเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 กระบวนการกลุ่มและการสร้างมนุษยสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 สรุปการลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้องที่กลุ่มต้องการให้สมาชิกนำไปปฏิบัติ (สรุปการดำเนินการกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในตาราง 2)

2.4 มารดากลุ่มควบคุมได้รับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการและคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในการมาตรวจตามนัด 3 ครั้ง

2.5 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเข้าร่วมในการทดลองครบ 5 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม (Posttest)

ตาราง 2 สรุปกระบวนการในการดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่	มารดากลุ่มทดลอง 30 คน	มารดากลุ่มควบคุม 30 คน
1	**Pretest**	**Pretest**
2	**ส่วนที่ 1** กระบวนการกลุ่มและการสร้างสัมพันธภาพ • สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเอง • ผู้วิจัยแนะนำมารดาที่มีประสบการณ์ • ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการเข้ากลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม	• รับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลในเรื่อง - การฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ - การให้อาหาร - ส่งเสริมการเล่นตามวัย

ตาราง 2 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	มารดากลุ่มทดลอง 30 คน	มารดากลุ่มควบคุม 30 คน
	• สมาชิกกลุ่มตกลงหัวข้อที่จะสนทนาแต่ละครั้งตามกฎแห่งความพร้อมของธอร์นไดด์ **ส่วนที่ 3 สรุป** • ผู้วิจัยสรุปเรื่องที่สนทนาและนัดหมายในการประชุมครั้งต่อไป	- การตรวจสุขภาพตามนัด - การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล
3	**ส่วนที่ 1** กระบวนการกลุ่มและการสร้างสัมพันธภาพ • สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเอง **ส่วนที่ 2** การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน • ผู้วิจัยและมารดาที่มีประสบการณ์มาก่อนร่วมกันให้ความรู้เรื่องสาเหตุ ประเภทของปัญญาอ่อน การกระตุ้นพัฒนาการ การส่งเสริมการเล่นตามวัย การให้อาหารตามกฎการเรียนรู้แบบเชื่อมโยงหรือต่อเนื่องของธอร์นไดด์ • สมาชิกซักถามและแสดงความคิดเห็น **ส่วนที่ 3** สรุป • ผู้วิจัยสรุปเรื่องที่สนทนาและนัดหมายในการประชุมครั้งต่อไป	• รับฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลตามปกติ - ศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจากคู่มือการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ - ฝึกกระตุ้นพัฒนาการตามนัด
4	**ส่วนที่ 1** กระบวนการกลุ่มและการสร้างสัมพันธภาพ • สมาชิกแต่ละคนแนะนำตนเอง	

ตาราง 2 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	มารดากลุ่มทดลอง 30 คน	มารดากลุ่มควบคุม 30 คน
	ส่วนที่ 2 การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน • ผู้นำกลุ่มเป็นผู้นำในการสนทนาเรื่องการตรวจสุขภาพตามนัด การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของบุตรปัญญาอ่อน ตามกฎการเรียนรู้แบบเชื่อมโยงหรือต่อเนื่องของธอร์นไดด์ • สมาชิกแสดงความคิดเห็นและพูดถึงปัญหาที่มารดาพบร่วมแนวหาแนวทางในการแก้ไข **ส่วนที่ 3** สรุป • ผู้นำกลุ่มสรุปเรื่องที่สนทนา และเน้นถึงพฤติกรรมที่กลุ่มต้องการให้สมาชิกปฏิบัติตามกฎแห่งการตอบสนองมากรูป • ผู้วิจัยซักถามความคิดเห็นในการเข้ากลุ่ม • เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแสดงความความคิดเห็น ผู้วิจัยกล่าวปิดประชุม	• รับฟังการให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาลตามปกติ • ฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามนัด
posttest	• ประเมินการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้อง	• ประเมินการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ไปพบผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าหน่วยกระตุ้นพัฒนาการเพื่อขออนุญาตทำการวิจัย พร้อมกับชี้แจงขั้นตอนของการทำการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 นำแบบสอบถามความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนซึ่งมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 100 คน ตอบแบบสอบถามก่อน (Pretest) ทุกชุด โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

3.2 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 60 คน จากมารดาจำนวน 100 คน เพื่อจัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

3.3 ปฐมนิเทศมารดาที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง บทบาทในกลุ่ม ระยะเวลาในการศึกษา และผลที่คาดว่าจะได้รับให้กลุ่มทราบ

3.4 ขอความร่วมมือจากมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนให้พร้อมที่จะมาเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์

3.5 แบ่งกลุ่มมารดาตามที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6 คน

3.6 ดำเนินการทดลองเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 5 ก่อนปิดกลุ่มของการทดลอง ผู้วิจัยวัดความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามชุดเดิมไว้เป็นคะแนนทดสอบหลังการทดลอง (Posttest)

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามได้เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่รับคืนและคัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์

2. ให้คะแนน ลงรหัส และจัดเตรียมข้อมูลก่อนนำไปคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-PC (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูล และในการ

ทดสอบสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ศึกษาคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคลโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 15 ถ้าพบว่าการทดสอบข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls method)

5. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทดสอบก่อนและหลังในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยการทดสอบค่าที (t-test dependent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 16 - 18

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การปฏิบัติของมารดาซึ่งเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test independent) เพราะคะแนนความรู้ของมารดาที่ทำการทดสอบก่อนทำการทดลอง (Pretest) ไม่แตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 19 - 21

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ (P) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 59)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ
f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

Σx แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (Ferguson. 1981 : 68)

$$S = \sqrt{\frac{n\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2}{n\,(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

Σx^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\Sigma x)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความเที่ยงตรง โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

$$IC = \frac{\Sigma R}{n}$$

เมื่อ ΣR แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การหาค่าความยากง่าย โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

$$P = \frac{R}{n}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ
R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ
n แทน จำนวนผู้เข้าสอบ

2.3 การหาค่าอำนาจจำแนก

2.3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ในการหาค่าอำนาจจำแนก ใช้สูตรพอยต์ ไบซีเรียล (Point Biserial) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{X}_p - \bar{X}_f}{S_t} \cdot \sqrt{pq}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนก จากสูตรPoint Biserial Correlation)
$\bar{X}_p$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก
$\bar{X}_f$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด
p แทน สัดส่วนของผู้ตอบข้อนั้นถูก จากจำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด ซึ่งก็คือคือค่าความยากง่ายของแบบทดสอบรายข้อ
q แทน สัดส่วนของผู้ตอบข้อผิด หาได้จาก 1- p

2.3.2 แบบสอบถามวัดเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ในการหาค่าอำนาจจำแนกใช้ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item to total correletion) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 120)

$$r_{xy} = \frac{N\Sigma XY - \Sigma X\Sigma Y}{\sqrt{[N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2][N\Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ΣX แทน ผลรวมของคะแนนชุด X

ΣY แทน ผลรวมของคะแนนชุด Y

ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง

ΣY^2 แทน ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง

ΣXY แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y

N แทน จำนวนคนหรือสิ่งที่ศึกษา

2.4 การหาค่าความเชื่อมั่น

2.4.1 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตรที่ KR-20 (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2528 : 168)

$$(KR_{20})\ r_{tt} = \frac{n}{n-1}\left[1 - \frac{\Sigma pq}{S_t^2}\right]$$

เมื่อ r_{tt} แทน ความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนของข้อสอบ

p แทน สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ

q แทน 1 - p

S_t^2 แทน ค่าความแปรปรวนของข้อสอบทั้งฉบับ

2.4.2 แบบสอบถามวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient alpha) ของครอนบัค โดยใช้สูตร (Cronbach. 1970 : 161)

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2}\right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามเป็นรายข้อ

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทดสอบก่อนและหลังโดยการทดสอบค่าที (t-test dependent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 16 - 18 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 177)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{N\sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}} \quad ; \quad df = n - 1$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t- distribution

D แทน ความแตกต่างระหว่างคะแนนสอบก่อนและหลัง

n แทน จำนวนคน

df แทน ชั้นแห่งความอิสระ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 19 - 21 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 177)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} - \frac{S_2^2}{n_2}}} \quad \text{เมื่อ} \quad df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} - \frac{S_2^2}{n_2}\right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1}\right]^2}{n_1 - 1} \quad \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2}\right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที

$\bar{X}_1$ และ $\bar{X}_2$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S_1^2 และ S_2^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1 และ n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)

3.3 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 15 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 255)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้ในการแจกแจงแบบเอฟ

Ms_B แทน Mean square between-group

Ms_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 267)

$$q = \frac{}{\sqrt{\frac{MS_w}{n}}}$$

เมื่อ q แทน ค่า q - Statistic

MS_w แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่ $n = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \ldots + \frac{1}{n_k}}$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1 \ldots n_2 \ldots n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการวิเคราะห์และแปลความหมาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงความถี่แบบที
$\sum D$	แทน	ผลรวมของความแตกต่างของคะแนนจากการทดสอบครั้งแรกและครั้งหลังในแต่ละคู่
$\sum D^2$	แทน	ผลรวมของความแตกต่างของคะแนนจากการทดสอบครั้งแรกและครั้งหลังในแต่ละคู่ยกกำลังสอง
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of squares)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean squares)
กลุ่มทดลอง	แทน	โปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
กลุ่มควบคุม	แทน	โปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการปกติ
p	แทน	ความน่าจะเป็น
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 100 คน นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC^{+} โดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา โดยคำนวณความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา โดยคำนวณจากค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) นำเสนอเป็นรูปตารางประกอบความเรียง

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือการทดสอบค่าเอฟ (F - test) และถ้าหากพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls method) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 15

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก่อนและหลังในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยทดสอบค่าที (t - test dependent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 16 - 18

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ โดยการทดสอบค่าที (t - test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 19 - 21

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดังปรากฏตามตาราง 3 - 4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร และรายได้ของครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	n (คน)	ร้อยละ
1. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	38	38.00
มัธยมศึกษา	23	23.00
อาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ.	22	22.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	17	17.00
รวม	100	100.00
2. ระยะเวลาในการดูแลบุตร		
1 - 5 เดือน	25	25.00
6 - 11 เดือน	15	15.00
1 - 1 ปี 11 เดือน	20	20.00
2 ปีขึ้นไป	40	40.00
รวม	100	100.00
3. จำนวนบุตร		
1 คน	55	55.00
2 คน	35	35.00
3 คน	7	7.00
มากกว่า 3 คนขึ้นไป	3	3.00
รวม	100	100.00
4. การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร		
น้อย	22	22.00
ปานกลาง	50	50.00
มาก	28	28.00
รวม	100	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	n (คน)	ร้อยละ
5. รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 4,000 บาท	12	12.00
4,001 - 6,000 บาท	30	30.00
6,001 - 8,000 บาท	18	18.00
8,001 - 10,000 บาท	37	37.00
เกินกว่า 10,001 บาทขึ้นไป	3	3.00
รวม	100	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.00 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 17.00

ระยะเวลาในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมากกว่า 2 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.00 ระยะเวลาในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการระหว่าง 6 - 11 เดือนมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.00

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีจำนวนบุตร 1 คนมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.00 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนและเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีจำนวนบุตรทั้งหมดมากกว่า 3 คนขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.00

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีความล่าช้าทางพัฒนาการระดับปานกลางมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนและเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีความล่าช้าทางพัฒนาการระดับมากมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.00

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 8,000 - 9,999 บาท มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.00 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนและเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.00

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตรการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร รายได้ของครอบครัว

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
1. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9	30.00	11	36.67
มัธยมศึกษา	8	26.67	6	20.00
อาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ.	6	20.00	7	23.33
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	23.33	6	20.00
รวม	30	100.00	30	100.00
2. ระยะเวลาในการดูแลบุตร				
1 - 5 เดือน	10	33.33	6	20.00
6 - 11 เดือน	6	20.00	2	6.67
1 - 1 ปี 11 เดือน	5	16.67	4	13.33
2 ปีขึ้นไป	9	30.00	18	60.00
รวม	30	100.00	30	100.00
3. จำนวนบุตร				
1 คน	13	43.33	19	63.33
2 คน	13	43.33	9	30.00
3 คน	3	10.00	2	6.67
มากกว่า 3 คนขึ้นไป	1	3.34	-	-
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
4. การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร				
น้อย	6	20.00	6	20.00
ปานกลาง	17	56.67	16	53.33
มาก	7	23.33	8	26.67
รวม	30	100.00	30	100.00
5. รายได้ของครอบครัว				
ต่ำกว่า 4,000 บาท	4	13.33	5	16.67
4,000 - 5,999 บาท	6	20.00	11	36.67
6,000 - 7,999 บาท	4	13.33	7	23.33
8,000 - 9,999 บาท	16	53.34	7	23.33
10,000 บาทขึ้นไป	-	-	-	-
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่ามารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษา จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร คล้ายคลึงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในเรื่องระยะเวลาในการดูแลบุตรในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการดูแลบุตรมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ในเรื่องรายได้ของครอบครัว ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 8,000-9,999 บาท ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้ระหว่าง 4,000-5,999 บาท

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ดังปรากฏตามตาราง 5

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา โดยคำนวณจากค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) นำเสนอเป็นรูปตารางดังปรากฏตามตาราง 6, 7, 10, 13, 15, 17, 20 และ 22

2.3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance) หรือการทดสอบค่าเอฟ (F - test) และถ้าหากพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 8, 9, 11, 12, 14, 16, 18 และ 19

ตาราง 5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ

พฤติกรรมสุขภาพ	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้	100	68.97	16.33	ค่อนข้างดี
เจตคติ	100	1.44	0.22	ดี
การปฏิบัติ	100	1.16	0.36	ปานกลาง

จากตาราง 5 แสดงว่า มารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X}$ = 68.97, S = 16.33) มีเจตคติอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 1.44, S = 0.22) และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.15, S = 0.36) ตามลำดับ

ตาราง 6 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	ประถมศึกษา	38	63.16	17.31
	มัธยมศึกษา	23	69.15	17.28
	อาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ.	22	72.10	11.59
	ปริญญาตรีขึ้นไป	17	77.87	12.25
	รวม	100	68.97	16.33
เจตคติ	ประถมศึกษา	38	1.43	0.24
	มัธยมศึกษา	23	1.43	0.25
	อาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ.	22	1.38	0.16
	ปริญญาตรีขึ้นไป	17	1.53	0.16
	รวม	100	1.44	0.22
การปฏิบัติ	ประถมศึกษา	38	1.11	0.37
	มัธยมศึกษา	23	1.15	0.36
	อาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ.	22	1.15	0.33
	ปริญญาตรีขึ้นไป	17	1.23	0.35
	รวม	100	1.15	0.36

จากตาราง 6 แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ. และปริญญาตรีขึ้นไปมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี ส่วนมารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับค่อนข้างดี จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พบว่า

มารดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีสูงสุด มารดาที่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ. มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีเป็นอันดับสอง มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่อนข้างดีเป็นอันดับสาม และต่ำสุด เรียงตามลำดับ

มารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ. และปริญญาตรีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติพบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติสูงสุด มารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติปานกลางเท่ากันเป็นอันดับสอง มารดาที่มีระดับการศึกษาอาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ. มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่ำสุด

มารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ. และปริญญาตรีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางสูงสุด มารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ. มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางเท่ากันเป็นอันดับสอง มารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางต่ำสุด

จากข้อมูลตามตาราง 6 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	2838	946.04	3.86*	.012
	ภายในกลุ่ม	95	23198.24	245.25		
	รวม	98	26136.36			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.20	6.71	1.43	.240
	ภายในกลุ่ม	95	4.47	4.70		
	รวม	98	4.67			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.19	6.39	0.50	.682
	ภายในกลุ่ม	95	12.13	0.13		
	รวม	98	12.32			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 เพื่อให้ทราบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - keules method) ดังปรากฏตามตาราง 8

มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน และ

มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการทดสอบเป็นรายคู่คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ประถมศึกษา 63.16	มัธยมศึกษา 69.15	อาชีวศึกษา,พาณิชย์, ปกศ. 72.10	ปริญญาตรีขึ้นไป 77.87
ประถมศึกษา	63.16	-	5.99	8.94	14.71*
มัธยมศึกษา	69.15		-	2.95	8.72
อาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ.	72.10			-	5.77
ปริญญาตรีขึ้นไป	77.87				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีความรู้แตกต่างจากมารดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามระยะเวลาในการดูแลบุตร

พฤติกรรมสุขภาพ	ระยะเวลาในการดูแลบุตร	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	1 - 5 เดือน	25	76.78	12.19
	6 - 11 เดือน	15	64.29	17.60
	1 - 1 ปี 11 เดือน	20	63.94	16.87
	มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	40	68.57	16.56
	รวม	100	68.97	16.33
เจตคติ	1 - 5 เดือน	25	1.45	0.18
	6 - 11 เดือน	15	1.42	0.18
	1 - 1 ปี 11 เดือน	20	1.39	0.20
	มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	40	1.46	0.26
	รวม	100	1.44	0.22
การปฏิบัติ	1 - 5 เดือน	25	1.27	0.40
	6 - 11 เดือน	15	1.08	0.42
	1 - 1 ปี 11 เดือน	20	1.01	0.28
	มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	40	1.23	0.32
	รวม	100	1.15	0.36

จากตาราง 9 แสดงว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-5 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี ส่วนมารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6-11 เดือน มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-1ปี 11 เดือน และมารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรมากกว่า 2 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ

การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับค่อนข้างดี จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พบว่า มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-5 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีสูงสุด มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรมากกว่า 2 ปีขึ้นไปมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่อนข้างดีเป็นอันดับสอง มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6-11 เดือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่อนข้างดีเป็นอันดับสาม มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-1 ปี 11 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่อนข้างดีต่ำสุด

มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-5 เดือน มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6-11 เดือน มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-1 ปี 11 เดือน และมารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรมากกว่า 2 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติพบว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรมากกว่า 2 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีสูงสุด มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-5 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีเป็นอันดับสอง มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6-11 เดือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีเป็นอันดับสาม มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-1 ปี 11 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีต่ำสุด

มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-5 เดือน มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6-11 เดือน มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-1 ปี 11 เดือน และมารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรมากกว่า 2 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพบว่า มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรมากกว่า 2 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางสูงสุด มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-5 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางเป็นอันดับสอง มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6-11 เดือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางเป็นอันดับสาม มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-1 ปี 11 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติปานกลางต่ำสุด

จากข้อมูลตามตาราง 9 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามระยะเวลาในการดูแลบุตร

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	2309.23	769.75	3.07*	.032
	ภายในกลุ่ม	95	23827.13	250.82		
	รวม	98	26136.36			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	8.58	2.86	0.59	.621
	ภายในกลุ่ม	95	4.59	4.83		
	รวม	98	4.67			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.73	0.25	2.01	.118
	ภายในกลุ่ม	95	11.58	0.12		
	รวม	98	12.32			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 เพื่อให้ทราบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - keules method) ดังปรากฏตามตาราง 11

มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน และ

มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

ตาราง 11 ผลการทดสอบเป็นรายคู่คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรแตกต่างกัน

ระยะเวลาในการดูแลบุตร	$\bar{X}$	1-1 ปี 11 เดือน 63.94	6-11 เดือน 64.29	2 ปีขึ้นไป 68.57	1-5 เดือน 76.78
1-1 ปี 11 เดือน	63.94	-	0.35	4.63	12.84*
6-11 เดือน	64.29		-	4.28	12.49*
2 ปีขึ้นไป	68.57			-	8.21
1 - 5 เดือน	76.78				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-5 เดือนมีความรู้แตกต่างจากมารดาที่ระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6-11 เดือน และ 1-1 ปี 11 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือมารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-5 เดือน มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6-11 เดือน และมารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-1 ปี 11 เดือน ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 12 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามจำนวนบุตร

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวนบุตร	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	1 คน	55	68.08	16.77
	2 คน	35	71.02	15.07
	3 คน	7	71.43	15.06
	มากกว่า 3 คนขึ้นไป	3	55.55	26.23
	รวม	100	68.97	16.33
เจตคติ	1 คน	55	1.44	0.23
	2 คน	35	1.47	0.18
	3 คน	7	1.35	0.20
	มากกว่า 3 คนขึ้นไป	3	1.25	0.36
	รวม	100	1.44	0.22
การปฏิบัติ	1 คน	55	1.10	0.38
	2 คน	35	1.22	0.30
	3 คน	7	1.13	0.40
	มากกว่า 3 คนขึ้นไป	3	1.01	0.29
	รวม	100	1.15	0.35

จากตาราง 12 แสดงว่ามารดาที่มีจำนวนบุตร 2 คน มารดาที่มีจำนวนบุตร 3 คนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี ส่วนมารดาที่มีบุตรจำนวน 1 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับค่อนข้างดี มารดาที่มีจำนวนบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับพอใช้ จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้พบว่ามารดาที่มีจำนวนบุตร 3 คนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีสูงสุด มารดาที่มีจำนวนบุตร 2 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีเป็นอันดับสอง มารดาที่มีจำนวนบุตร 1 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่อนข้างดีเป็นอันดับสาม มารดาที่มีจำนวนบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้พอใช้ต่ำสุด

มารดาที่มีจำนวนบุตร 1 คน มารดาที่มีจำนวนบุตร 2 คน และมารดาที่มีจำนวนบุตร 3 คนมีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี ส่วนมารดาที่มีจำนวนบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไปมีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติ พบว่ามารดาที่มีมารดาที่มีจำนวนบุตร 2 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีสูงสุด มารดาที่มีจำนวนบุตร 1 คนมีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีเป็นอันดับสอง มารดาที่มีจำนวนบุตร 3 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีเป็นอันดับสาม มารดาที่มีจำนวนบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไปมีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติปานกลางต่ำสุด

มารดาที่มีจำนวนบุตร 1 คน มารดาที่มีจำนวนบุตร 2 คน และมารดาที่มีจำนวนบุตร 3 คน และมารดาที่มีจำนวนบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพบว่า มารดาที่มีจำนวนบุตร 2 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางสูงสุด มารดาที่มีจำนวนบุตร 3 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางเป็นอันดับสอง มารดาที่มีจำนวนบุตร 1 คน มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางเป็นอันดับสาม มารดาที่มีจำนวนบุตรมากกว่า 3 คนขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติปานกลางต่ำสุด

จากข้อมูลตามตาราง 12 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามจำนวนบุตร

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	772.36	257.45	0.96	.413
	ภายในกลุ่ม	95	25364.00	266.99		
	รวม	98	26136.36			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.18	5.92	1.250	.296
	ภายในกลุ่ม	95	4.49	4.73		
	รวม	98	4.67			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.39	0.13	1.05	.380
	ภายในกลุ่ม	95	11.92	0.13		
	รวม	98	12.32			

จากตาราง 13 แสดงว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7, 8 และ 9 ที่ว่ามารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

ตาราง 14 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร

พฤติกรรมสุขภาพ	การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	น้อย	22	65.80	14.22
	ปานกลาง	50	70.07	18.31
	มาก	28	69.56	14.28
	รวม	100	68.97	16.33
เจตคติ	น้อย	22	1.40	0.30
	ปานกลาง	50	1.41	0.18
	มาก	28	1.15	0.19
	รวม	100	1.14	0.22
การปฏิบัติ	น้อย	22	1.09	0.39
	ปานกลาง	50	1.23	0.36
	มาก	28	1.05	0.29
	รวม	100	1.15	0.35

จากตาราง 14 แสดงว่ามารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี ส่วนมารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าน้อย และมารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้ามาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับค่อนข้างดี จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าปานกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีสูงสุด มารดาที่มีการรับรู้ระดับ

เชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้ามาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่อนข้างดีเป็นอันดับสอง มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่อนข้างดีต่ำสุด

มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าน้อย มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าปานกลาง และมารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้ามาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติพบว่ามารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้ามาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีสูงสุด มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีเป็นอันดับสอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่ำสุด

มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าน้อย มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าปานกลาง มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้ามาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพบว่า มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางสูงสุด มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้าน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางเป็นอันดับสอง มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีพัฒนาการล่าช้ามาก มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางต่ำสุด

จากข้อมูลตามตาราง 14 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	2	289.63	144.82	0.54	.586
	ภายในกลุ่ม	96	25846.73	269.24		
	รวม	98	26136.36			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.24	0.11	2.54	.084
	ภายในกลุ่ม	96	4.44	4.62		
	รวม	98	4.67			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.67	0.34	2.77	.068
	ภายในกลุ่ม	96	11.65	0.12		
	รวม	98	12.32			

จากตาราง 15 แสดงว่ามารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10, 11 และ 12 ที่ว่ามารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

ตาราง 16 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกรายได้ของครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพ	รายได้ของครอบครัว	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	ต่ำกว่า 4,000 บาท	12	74.60	14.97
	4,000 - 5,999 บาท	30	67.30	14.35
	6,000 - 7,999 บาท	18	65.08	16.25
	8,000 - 9,999 บาท	37	72.88	15.77
	10,000 บาทขึ้นไป	3	39.68	18.03
	รวม	100	68.97	16.33
เจตคติ	ต่ำกว่า 4,000 บาท	12	1.50	0.22
	4,000 - 5,999 บาท	30	1.42	0.26
	6,000 - 7,999 บาท	18	1.42	0.19
	8,000 - 9,999 บาท	37	1.44	02.0
	10,000 บาทขึ้นไป	3	1.36	0.12
	รวม	100	1.44	0.22
การปฏิบัติ	ต่ำกว่า 4,000 บาท	12	1.09	0.47
	4,000 - 5,999 บาท	30	1.12	0.39
	6,000 - 7,999 บาท	18	1.17	0.45
	8,000 - 9,999 บาท	37	1.18	0.23
	10,000 บาทขึ้นไป	3	1.20	0.32
	รวม	100	1.15	0.36

จากตาราง 16 แสดงว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 8,000 - 9,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี ส่วนมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 4,000 - 5,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 6,000 - 7,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับค่อนข้างดี มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีสูงสุด มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 8,000 - 9,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ดีเป็นอันดับสอง มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 4,000 - 5,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่อนข้างดีเป็นอันดับสาม มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 6,000 - 7,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ค่อนข้างดีเป็นอันดับสี่ มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำสุด

มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 4,000 - 5,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 6,000 - 7,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 8,000 - 9,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับดี จากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติพบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีสูงสุด มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 8,000 -9,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีเป็นอันดับสอง มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 4,000 - 5,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 6,000 - 7,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติดีเท่ากันเป็นอันดับสาม มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป มีค่าคะแนนเจตคติดีต่ำสุด

มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 4,000 - 5,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 6,000 - 7,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 8,000 - 9,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000บาทขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง จากการพิจารณาค่าคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนพบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติปานกลางสูงสุด 8,000- 9,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางเป็นอันดับสอง มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 6,000 - 7,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางเป็นอันดับสาม มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 4,000 - 5,999 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางเป็นอันดับสี่ มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มีค่า

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติปานกลางต่ำสุด จากข้อมูลตามตาราง 16 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 วิเคราะห์ความแปรปรวนด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจำแนกตามรายได้ของครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	3860.77	965.19	4.07*	.004
	ภายในกลุ่ม	94	22275.59	236.97		
	รวม	98	26136.36			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	7.62	1.90	0.39	.815
	ภายในกลุ่ม	94	4.60	4.89		
	รวม	98	4.67			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	0.12	2.92	0.23	.924
	ภายในกลุ่ม	94	12.20	0.13		
	รวม	98	12.32			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 เพื่อให้ทราบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของมารดาเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบต่อโดยใช้วิธีนิวแมน - คูลส์ (Newman - keules method) ดังปรากฏตามตาราง 18

มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 และ 15 ที่ว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

ตาราง 18 ผลการทดสอบเป็นรายคู่คะแนนฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน

รายได้ของครอบครัว	$\bar{X}$	10,000 บาทขึ้นไป 39.68	6,000 - 7,999 บาท 65.08	4,000 - 5,999 บาท 67.30	8,000 - 9,999 บาท 72.88	ต่ำกว่า 4,000 บาท 74.60
10,000 บาทขึ้นไป	39.68	-	25.40*	27.62*	33.20*	34.92*
6,000-7,999 บาท	65.08		-	2.22	7.88	9.52
4,000-5,999 บาท	67.30			-	5.58	7.30
8,000-9,999 บาท	72.88				-	1.72
ต่ำกว่า 4,000 บาท	74.60					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 4,000 - 5,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 6,000 - 7,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 8,000 - 9,999 บาท มีความรู้แตกต่างจากมารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 8,000 - 9,999 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 4,000 - 5,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 6,000 - 7,999 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนค่อนข้างดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก่อนและหลังในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยทดสอบค่าที (t - test dependent) ดังปรากฏตามตาราง 19 - 22

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ โดยทดสอบค่าที (t - test independent) ดังปรากฏตามตาราง 23 และ 24

ตาราง 19 การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30	78.25	6.34
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30	88.41	4.95
เจตคติ	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30	1.48	0.19
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30	1.77	0.18
การปฏิบัติ	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30	1.20	0.39
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30	1.82	0.22

จากตาราง 19 กลุ่มทดลองที่เป็นมารดาของบุตรปัญญาอ่อนมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 78.25 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 88.41 พบว่าเพิ่มขึ้นและสัมพันธ์กับเจตคติและการปฏิบัติของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เพิ่มขึ้นด้วยหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือ มีเจตคติก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 1.48 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 1.77 การปฏิบัติก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 1.20 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 1.82 และมีค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานในแต่ละด้านหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง น้อยกว่าได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จากข้อมูลตามตาราง 19 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบค่าที (t - test dependent) ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	n	ΣD	ΣD^2	t	p
ความรู้	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30	304.76	5124.72	6.65*	.000
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30				
เจตคติ	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30	8.72	6.23	4.46*	.000
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30				
การปฏิบัติ	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30	18.76	18.43	7.13*	.000
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง	30				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่ามารดาที่เข้าร่วมกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 ที่ว่ามารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถทำให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีความรู้เพิ่มได้

มารดาที่เข้าร่วมกลุ่มทดลองมีเจตคติดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17 ที่ว่ามารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถทำให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีเจตคติดีขึ้นได้

มารดาที่เข้าร่วมกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18 ที่ว่ามารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถทำให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีการปฏิบัติดีขึ้นได้

ตาราง 21 การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มควบคุม	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30	76.67	7.54
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30	63.02	8.82
เจตคติ	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30	1.50	0.19
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30	1.24	0.20
การปฏิบัติ	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30	1.20	0.35
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30	1.27	0.22

จากตาราง 21 แสดงว่ากลุ่มควบคุมที่เป็นมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 76.67 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ย 63.02 พบว่าไม่สูงขึ้น และสัมพันธ์กับเจตคติของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ไม่สูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ คือเจตคติก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการเข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการปกติมีคะแนนเฉลี่ย 1.50 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติมีคะแนนเฉลี่ย 1.24 แต่ไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่สูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ คือการปฏิบัติก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติมีคะแนนเฉลี่ย 1.27 และมีค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานในด้านความรู้ และเจตคติหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการเข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ มีด้านการปฏิบัติที่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกตินอ้ยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการเข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

จากข้อมูลตามตาราง 21 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบค่าที (t - test dependent) ดังปรากฏตามตาราง 22

ตาราง 22 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มควบคุม	n	ΣD	ΣD^2	t	p
ความรู้	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30	-409.52	8616.78	-7.32*	.000
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30				
เจตคติ	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30	-7.96	4.58	-4.98*	.000
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30				
การปฏิบัติ	มารดาก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30	1.96	17.98	0.95*	.000
	มารดาหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ	30				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่ามารดาที่เข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติมีความรู้ไม่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการเข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ แสดงว่า การกระตุ้นพัฒนาการตามปกติไม่สามารถทำให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีความรู้เพิ่มขึ้นได้ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มารดาที่เข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติมีเจตคติไม่ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ แสดงว่าการกระตุ้นพัฒนาการตามปกติไม่สามารถทำให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีเจตคติดีขึ้นได้ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มารดาที่เข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติมีการปฏิบัติดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ แสดงว่าการกระตุ้นพัฒนาการตามปกติสามารถทำให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีเจตคติดีขึ้นได้ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
ความรู้	กลุ่มควบคุม	30	76.67	7.54	-0.88	.381
	กลุ่มทดลอง	30	78.25	6.34		
เจตคติ	กลุ่มควบคุม	30	1.50	0.19	0.56	.577
	กลุ่มทดลอง	30	1.47	0.19		
การปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม	30	1.20	0.39	0.56	.956
	กลุ่มทดลอง	30	1.20	0.39		

จากตาราง 23 แสดงว่าก่อนการดำเนินการทดลอง มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 78.67 และมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 76.67 พบว่าไม่แตกต่างกัน แสดงว่าก่อนการทดลองมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลอง และและมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุม มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนใกล้เคียงกัน

ก่อนการดำเนินการทดลอง มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ 1.47 และมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ 1.50 ซึ่งจะเห็นว่าไม่แตกต่างกัน แสดงว่าก่อนการทดลองมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลอง และและมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุม มีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนใกล้เคียงกัน

ก่อนการดำเนินการทดลอง มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลองและมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากัน 1.20 แสดงว่าก่อนการทดลองมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลอง และและมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุม มีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเหมือนกัน

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	t	p
ความรู้	กลุ่มควบคุม	30	63.01	8.82	-13.76*	.000
	กลุ่มทดลอง	30	88.41	4.95		
เจตคติ	กลุ่มควบคุม	30	1.24	0.20	-8.13*	.000
	กลุ่มทดลอง	30	1.47	0.19		
การปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม	30	1.27	0.23	-9.61*	.000
	กลุ่มทดลอง	30	1.82	0.22		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 แสดงว่า หลังดำเนินการทดลองมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 88.41 และมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 63.01 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 ที่ว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

หลังดำเนินการทดลองมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ 1.77 และมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ 1.24 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 ที่ว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

หลังดำเนินการทดลองมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 1.82 และมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 1.27 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 21 ที่ว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ไดรับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตามตัวแปรระดับการศึกษาของมารดา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร และรายได้ครอบครัว

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

2. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

3. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

4. มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

5. มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

6 มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

7. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

8. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

9. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

10. มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

11. มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

12. มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

13. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

14. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

15. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

16. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

17. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

18. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

19. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้าการรับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

20. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้าการรับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

21. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้าการรับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่ตึกกระตุ้นพัฒนาการ ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 100 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มี 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 เลือกจากประชากรมาจำนวน 100 คน เพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกเฉพาะมารดาที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน จากจำนวน 100 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งกลุ่มมารดา 60 คน ออกเป็นกลุ่มใหญ่ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำแนกเป็น

1. กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม ในแต่ละครั้งมารดาเป็นสมาชิกเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองวันละ 6 คนต่อกลุ่ม แต่ละกลุ่มดำเนินการ 3 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ และได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2. กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ จนครบ 5 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน ประกอบด้วย ระดับการศึกษาของมารดา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร และรายได้ของครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน จำนวน 21 ข้อ มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.33 - 0.80 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.22 - 0.80 ค่าความเชื่อมั่น 0.90 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน จำนวน 25 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.28 - 0.78 ค่าความเชื่อมั่น 0.87 แบบสอบถามการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน มีจำนวน 25 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.26 - 0.73 ค่าความเชื่อมั่น 0.87

แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ส่วนแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating scale) มี 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย แบบสอบถามการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ ข้อความของแบบสอบถามมีทั้งข้อความที่มีความหมายทางบวกและข้อความที่มีความหมายทางลบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Computer โปรแกรม SPSS/PC^{+} โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้าฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา โดยการคำนวณความถี่คิดเป็นค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวัดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ตามตัวแปรที่ศึกษา โดยการคำนวณจากค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) นำเสนอในรูปตาราง

2.2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือการทดสอบค่าเอฟ (F- test) และถ้าหากพบว่าผลการทดสอบข้อใดมีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ดังนี้

3.1 วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก่อนและหลังในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (t - test dependent)

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ การปฏิบัติของมารดาที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองกับมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ โดยการทดสอบค่าที (t - test independent)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผลการศึกษาคันคว้า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 100 คน เป็นมารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.00 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.00 ส่วนระยะเวลาที่ในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนมากกว่า 2 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระยะเวลาในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนระหว่าง 6 - 11 เดือน มีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 15.00 ส่วนมารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน 1 คนมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.00 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนมีจำนวนบุตรทั้งหมดมากกว่า 3 คนขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.00 ส่วนมารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีความล่าช้าทางพัฒนาการระดับปานกลางมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนว่ามีความล่าช้าทางพัฒนาการระดับมากมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.00 ส่วนมารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 8,000 - 9,999 บาท มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.00 มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนมีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.00

มารดาที่เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีระดับการศึกษา จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนคล้ายคลึงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในเรื่องระยะเวลาในการดูแลบุตรปัญญาอ่อน ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 - 5 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ในเรื่องรายได้ของครอบครัว ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 8,000 - 9,999 บาท ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 4,000 - 5,999 บาท

2. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X}$ = 68.97 , S = 16.33) มีเจตคติอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 1.44 , S = 0.22) และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.15 , S = 0.36)

3. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 กล่าวคือ มารดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

4. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

5. มารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

6. มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 กล่าวคือ มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 3 - 5 เดือน มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6 - 11 เดือน ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

7. มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

8. มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

9. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

10. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

11. มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

12. มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

13. มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 ที่ว่า มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

แตกต่างกัน

14. มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 ที่ว่า มารดาที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

15. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 กล่าวคือ มารดาที่รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มารดาที่รายได้ของครอบครัว 8,000 - 9,999 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่รายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป มารดาที่รายได้ของครอบครัว 4,000 - 5,999 บาท มารดาที่รายได้ของครอบครัว 6,000 - 7,999 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนค่อนข้างดีกว่ามารดาที่รายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

16. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 ที่ว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

17. มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 ที่ว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน

18. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 แสดงว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถทำให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีความรู้เพิ่มขึ้นได้

19. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17 แสดงว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถทำให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีเจตคติดีขึ้นได้

20. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18 แสดงว่า โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถทำให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมีการปฏิบัติดีขึ้นได้

21. หลังดำเนินการทดลอง มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 88.41 และมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 63.01 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 ที่ว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

22. หลังดำเนินการทดลอง มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ 1.77 และมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติ 1.24 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 ที่ว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

23. หลังดำเนินการทดลอง มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 1.82 และมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ 1.27 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 21 ที่ว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

อภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ สามารถอภิปรายผลได้ตามลำดับดังนี้คือ การศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ตามตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลบุตร จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร รายได้ของครอบครัว และการศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ

1. มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ มีความรู้อยู่ในระดับค่อนข้างดี มีเจตคติอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

การมีความรู้ค่อนข้างดีเพราะมารดามีความรักความสนใจ เอาใจใส่ในการดูแลบุตรเป็นธรรมชาติอยู่แล้ว ยิ่งบุตรมีความพิการมารดาต้องมีความสงสาร ความเอื้ออาทร ความห่วงใย อยากช่วยบุตรพิการให้มีพัฒนาการให้ดีเหมือนเด็กปกติ ถึงแม้ส่วนใหญ่จะมีความรู้ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาก็ตาม แต่เมื่อได้รับการสอนแนะนำ ได้เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการจากเจ้าหน้าที่และกลุ่มเพื่อนก็ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจดีขึ้น เกิดเจตคติที่ดีตามไปด้วย ดังคำกล่าวของนิภา มนุญปิจุ (2528 : 68) ที่ว่าความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

ส่วนเจตคติที่อยู่ในระดับดี เพราะการที่มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนได้รับความรู้ การระบายความทุกข์ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่และกลุ่มเพื่อน ก็เกิดความรู้สึกที่ดี และเข้าใจถึงสาเหตุและอาการของโรค มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนจึงมีความรู้สึกที่ดี ดังคำกล่าวของบลูม (Bloom. 1975 : 197) ที่ว่า การรับรู้หรือการให้ความสนใจเกิดความรู้สึกที่ดีและความพอใจที่จะตอบสนอง เพราะยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง จึงเกิดปฏิกิริยาแสดงออกมา

ส่วนการปฏิบัติที่อยู่ในระดับปานกลางนั้นอาจเป็นเพราะว่ามารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนส่วนใหญ่ร้อยละ 40 ใช้ระยะเวลาในการดูแลบุตรนานถึง 2 ปีขึ้นไป อาจเกิดความรู้สึกเบื่อหรือเหนื่อยล้าไปบ้างบางครั้ง ก็อาจท้อแท้ไปบ้าง การมีความรู้ในระดับค่อนข้างดี และเจตคติดีก็ตามก็ไม่อาจส่งผลให้การปฏิบัติอยู่ในระดับดีเช่นความรู้และเจตคติได้

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ตามตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

2.1 ระดับการศึกษา พบว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 เปรียบเทียบรายคู่ พบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของจาโลวิส และเพาเวอร์ (Jalowise & Power. 1981 : 14 - 25) ที่ว่า การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาดีขึ้น ดังนั้น มารดาที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความรู้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ (รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. 2539 : 51 - 52) ซึ่งสอดคล้องกับสเตราส์ และมันตัน (Straus & Monton. 1985 : 371) ที่พบว่าบิดามารดาที่มีความรู้มาก สามารถเผชิญปัญหาได้ดี เนื่องจากการที่บุตรมีพัฒนาการล่าช้า ระยะเวลาช่วยให้มารดาจะรู้ถึงความต้องการของบุตรปัญญาอ่อนได้ดี

อภิปรายได้ว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เนื่องจากมารดาที่มีการศึกษา

ระดับปริญญาตรี จะมีความสามารถในการหาแหล่งความรู้ แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อบุตรปัญญาอ่อน เมื่อมีความสงสัย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรปัญญาอ่อน ก็อาจหาข้อมูลโดยการซักถาม หรืออ่านหนังสือ ทำให้สามารถรับรู้และเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น แต่เมื่อพิจารณามารดาที่ระดับการศึกษาต่างกัน จะมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 และ 3 ตามลำดับ เนื่องจากมารดาที่มีระดับการศึกษาทั้งสูงและต่ำยังมีบทบาทหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน มีความใกล้ชิดกับบุตรมากที่สุด มีสายใยสัมพันธ์กับบุตรปัญญาอ่อนตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดบุตรปัญญาอ่อน แม้บุตรจะมีภาวะผิดปกติอย่างไรมารดาก็ยังคงรักบุตรปัญญาอ่อน ห่วงใย เอื้ออาทร อยากให้บุตรปัญญาอ่อนมีพัฒนาการเจริญเติบโตเหมือนเด็กปกติทั่วไป และเมื่อมารดาได้เลี้ยงบุตรปัญญาอ่อนตลอดเวลา ก็เกิดความรักความสงสารบุตรปัญญาอ่อน ความเข้าใจพฤติกรรมธรรมชาติของบุตรปัญญาอ่อน รับรู้ว่าดูบุตรปัญญาอ่อนมีพัฒนาการล่าช้า ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้เพียงเล็กน้อย มีความเจ็บป่วยง่าย มารดาก็จะช่วยเหลือบุตรปัญญาอ่อนมากกว่าบุตรคนอื่น ๆ

2.2 ระยะเวลาในการดูแลบุตร พบว่า มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-5 เดือน มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 6-11 เดือน มารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรระหว่าง 1-1 ปี 11 เดือน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรียา ปทุมวัน (2534 : 42) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการเลี้ยงดูกับความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสของผู้เลี้ยงดู พบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กป่วยมาก ซึ่งผลสอดคล้องกับการศึกษาของบูล (Bull. 1990 : 758 - 776) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เป็นภาระในการเลี้ยงดู และภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาลได้ 2 เดือน พบว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็กที่นานขึ้นญาติผู้ดูแลปรับตัวได้ดีขึ้น

อภิปรายผลได้ว่า มารดาที่มีระยะเวลาในการเลี้ยงดูบุตรระหว่าง 1-5 เดือน ซึ่งเป็นช่วงลาคลอดบุตร ยังคงมีเวลา ความสนใจในการค้นคว้าอ่านตำราในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ทำให้มีความรู้ดีกว่ามารดาที่มีระยะเวลาในการเลี้ยงดูบุตรที่นานกว่า เพราะมีภาระในการทำงานหาเลี้ยงชีพร่วมด้วยทำให้ไม่มีเวลาค้นคว้าหาความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน แต่เมื่อพิจารณามารดาที่มีระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกันจะมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 และ 6 ตามลำดับ เนื่องจากมารดามีความรัก ความเข้าใจในความพิการของบุตร มารดาจึง

พยายามอย่างเต็มที่ที่จะช่วยบุตรปัญญาอ่อนให้ได้รับการดูแลที่ดีที่สุด และนี่คือคุณธรรมประจำใจของมารดาทุกคน เมื่อมารดาที่มีบุตรปกติและมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนยอมรับว่าบุตรปัญญาอ่อนของตนต้องพึ่งพาบิดามารดา รวมทั้งเด็กในวัยก่อน 3 ปีมีความน่ารัก ทำให้มารดามีเจตคติที่ดีขึ้น และบุตรมีความพิการมารดาต้องให้ความช่วยเหลือดูแลบุตรพิการมากกว่าคนอื่น ๆ มารดาจึงเกิดความผูกพัน ความอาทรห่วงใยมาก การปฏิบัติการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจะเลี้ยงดูด้วยความทะนุถนอม

2.3 จำนวนบุตร พบว่า มารดาที่มีจำนวนบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7, 8 และ 9 ตามลำดับ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรียา ปทุมวัน (2534 : 40) ได้ศึกษาพบว่า จำนวนบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เนื่องจากมารดาที่มีบุตรหลายคน คนที่โตแล้วและคนที่ช่วยตัวเองได้ดีก็จะช่วยรับภาระช่วยเหลือบิดามารดาในการดูแลบุตรปัญญาอ่อนที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ในการศึกษาครั้งนี้มารดาส่วนมากมีบุตรคนเดียว ร้อยละ 55 จึงทำให้มารดามีเวลาเลี้ยงดูแลบุตรได้เต็มที่ ประกอบกับมารดากลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความรู้อยู่ในระดับค่อนข้างดี เจตคติอยู่ในระดับดี ซึ่งทั้งความรู้และเจตคติที่ดีจะมีผลต่อการปฏิบัติตามมา จำนวนบุตรที่แตกต่างกันจึงไม่มีผลทำให้ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกันดังสมมติฐาน

2.4 การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร พบว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่มีการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10, 11 และ 12 ตามลำดับ การรับรู้ว่าบุตรปัญญาอ่อนมีเชาวน์ปัญญาในระดับที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในบทบาทของพ่อแม่ซึ่งมีหน้าที่ดูแลบุตรทุกคนทั้งที่มีเชาวน์ปัญญาดีและไม่ดี ให้มีการเจริญเติบโตสามารถช่วยตนเองได้ แต่เมื่อบุตรของตนเองมีความล่าช้าทางพัฒนาการ มารดาส่วนใหญ่ก็มีความรู้อยู่ในระดับค่อนข้างดี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 8,000 - 9,999 บาทขึ้นไป ซึ่งอยู่ในฐานะที่พอจะเลี้ยงดูบุตรคนเดียวได้ ประกอบกับความรักความสงสาร ความเอื้ออาทรต่อบุตร จึงพยายามเลี้ยงดูบุตรและส่งเสริมพัฒนาการของบุตรอย่างเต็มที่ เช่น การนำบุตรปัญญาอ่อนมาเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จะเห็นได้ว่า การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตรปัญญาอ่อนกลับจะเป็นผลดีที่ทำให้มารดาเกิดการยอมรับในตัวบุตรที่มีความพิการ ทำให้การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของมารดาที่มีบุตรพิการในสภาพเดียวกัน จึงมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน

2.5 รายได้ของครอบครัว พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 เปรียบเทียบรายคู่ พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 4,000 บาท มารดาที่มีรายได้ของ

ครอบครัวระหว่าง 8,000 - 9,999 บาท จะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป ส่วนมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 4,000 - 5,999 บาท มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 6,000 - 7,999 บาท จะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนค่อนข้างดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวคนธ์ วีระศิริ (2533 : 38) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบิดามารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบิดามารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระดับต่ำมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระดับสูง

อภิปรายได้ว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระดับสูง สนใจแต่การทำงานหาเลี้ยงชีพ จึงไม่มีเวลาสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน และมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระดับสูง จะมีความสามารถจ้างคนเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน จึงไม่ได้หาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ในมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระดับต่ำ เป็นกลุ่มแม่บ้าน และไม่ได้ทำงาน ก็มีโอกาสหาแหล่งความรู้เพิ่มเติม หาหนังสืออ่าน ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่า ส่วนมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 เนื่องจากมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวระดับสูงและระดับต่ำ มีความคิดที่จะนำบุตรไปรับการส่งเสริมพัฒนาการและยอมเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่บุตรปัญญาอ่อน ตลอดจนการจัดให้มีอุปกรณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการของบุตรเหมือนกัน เพื่อช่วยให้บุตรปัญญาอ่อนมีร่างกายแข็งแรง และมีพัฒนาการเทียบเท่าเด็กปกติ ส่วนมารดาที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 เนื่องจากสัญชาตญาณของการเป็นมารดา ความรัก ความสงสาร ความรับผิดชอบที่มีต่อบุตร มารดาที่รายได้ของครอบครัวระดับสูง ก็มีโอกาสหาแหล่งบริการต่าง ๆ ตลอดจนจ้างคนเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนให้ใกล้ชิดขณะที่มารดาไปทำงาน ส่วนมารดาที่รายได้ของครอบครัวระดับต่ำ มีเวลาอยู่บ้านใกล้ชิดบุตร ทำให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาไม่แตกต่างกัน

จะเห็นว่าปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลบุตร รายได้ของครอบครัว ส่งผลต่อความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ แต่ไม่สัมพันธ์กับเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ ส่วนจำนวนบุตรและการรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญา

อ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาต่อโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16, 17 และ 18 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้มีวิธีการให้ความรู้กลุ่มทดลองนอกจากจะได้รับความรู้เรื่องการให้อาหาร การตรวจสุขภาพตามนัด การกระตุ้นพัฒนาการ และการส่งเสริมการเล่นตามวัยในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแล้ว ยังได้รับความรู้ด้วยวิธีการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการให้ความรู้แบบสองทาง โดยผู้วิจัยได้จัดให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนและเคยเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ กลุ่มละ 6 คน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความรู้สึก และความคิดเห็นซึ่งกันและกันในระหว่างกลุ่มมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนด้วยกัน โดยมีมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ประสบความสำเร็จเป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นร่วมด้วยในหัวข้อที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันเป็นลำดับ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้คอยกระตุ้น ตอบข้อสงสัย เชื่อมโยงคำพูดและความคิดเห็นของมารดา ตลอดจนให้ข้อมูลที่เป็นความรู้ที่ถูกต้องในโอกาสที่เหมาะสม

ในวิธีการนี้ ก่อนอภิปรายผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกคุ้นเคยกัน รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน และทราบวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม มาแรม (Marram. 1984 : 27 - 31) กล่าวว่าสัมพันธภาพในกลุ่มและการเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดแจ้งจะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึก และความคิดเห็นของตนออกมา การที่สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจดีขึ้น ดังที่สุพัฒน์ สุจำนงค์ (2522 : 9) กล่าวว่าวิธีการให้ความรู้แบบสองทางคือผู้ให้และผู้รับเป็นผู้ให้และรับซึ่งกันและกัน เป็นการแลกเปลี่ยนทั้งความรู้ความคิดเห็น สมาชิกมีโอกาสให้ข้อมูลและซักถามข้อสงสัย ทำให้มีความเข้าใจกระจ่างขึ้น การเรียนรู้ด้วยวิธีการอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการเรียนรู้ที่เต็มไปด้วยความมีชีวิตชีวา เร้าใจ ไม่เฉื่อยชา การเรียนรู้จึงเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายและคุณค่ามากขึ้น ทำให้เกิดแนวคิดและสามารถจดจำเนื้อหาได้นาน ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวางและได้ผลดี สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ (ทิศนา แขมมณี. 2522 : 20) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มซึ่งสรุปปฏิสัมพันธ์ในการอภิปรายของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหัวข้อได้ดังนี้

- ลักษณะทั่วไปของภาวะปัญญาอ่อน
- การให้อาหารตามวัย
- การมาตรวจสุขภาพตามนัด
- การส่งเสริมการเล่นตามวัย และการกระตุ้นพัฒนาการ

จากการอภิปรายถึงลักษณะของบุตรปัญญาอ่อน มารดาสามารถอธิบายลักษณะของเด็ก Down's Syndrome ได้ถูกต้อง และเด็กที่มีความผิดปกติจากสาเหตุต่าง ๆ พัฒนาการล่าช้าได้ และบอกประเภทปัญญาอ่อนได้ถูกต้องว่ามี 3 ระดับ ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้มารดาช่วยกันแสดงความคิดเห็นในส่วนที่ตนทราบให้เพื่อนในกลุ่มฟัง พร้อมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้มารดามีความเข้าใจถึงภาวะปัญญาอ่อนมากขึ้น

ในเรื่องอาหารตามวัยของบุตรปัญญาอ่อน พบว่ามารดาทุกคนให้ความเห็นว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นดี มารดาบางรายไม่ทราบว่าต้องให้อย่างน้อยนานเท่าไร และถ้าน้ำนมมีสีเหลืองควรให้บุตรดูดนมหรือไม่ ในหัวข้อนี้มีมารดาคิดว่าไม่ควรให้บุตรดูดนมแม่ที่มีสีเหลือง ควรบีบทิ้ง และไม่ทราบว่าควรให้บุตรดูดนมแม่นานเท่าไร ผู้วิจัยให้มารดาที่ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเล่าให้มารดาในกลุ่มฟัง แล้วให้มารดาในกลุ่มร่วมกันพิจารณาว่าควรบีบน้ำนมเหลืองทิ้งหรือไม่ และน้ำนมเหลืองมีประโยชน์อย่างไร และควรให้บุตรดูดนมแม่อย่างน้อยกี่เดือน ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ถูกต้องให้มารดาทุกคนในกลุ่มฟังอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ (2534 : 74) ได้ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น และให้มารดาอภิปรายต่อถึงอาหารเสริมตามวัย โดยให้ผู้มีประสบการณ์อธิบายการให้อาหารเสริมบุตรปัญญาอ่อนที่ตนได้ปฏิบัติมาให้สมาชิกฟัง และให้สมาชิกอภิปรายถึงอาหารเสริมที่บุตรปัญญาอ่อนควรได้รับตามวัยว่ามีอะไรบ้าง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงวิธีการเตรียมอาหารเสริมตามวัยของบุตรปัญญาอ่อน พบว่ามารดาบางคนยังมีปัญหาบุตรรับประทานอาหารไม่ได้ตามวัย เพราะกลัวว่าบุตรยังเคี้ยวอาหารหยาบไม่ได้ ต้องรอให้มีฟันขึ้นก่อน ผู้วิจัยได้กระตุ้นให้มารดาช่วยกันแสดงความคิดเห็นในส่วนที่ตนทราบให้เพื่อนในกลุ่มฟัง พร้อมทั้งให้ข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม ทำให้มารดามีความเข้าใจและเชื่อมั่นมากขึ้นในการให้อาหารบุตรตามวัย ผู้วิจัยได้อธิบายเชื่อมโยงถึงภาวะโภชนาการว่าอาหารเป็นส่วนช่วยให้ร่างกายบุตรปัญญาอ่อนมีการเจริญเติบโตด้านร่างกายสมบูรณ์ขึ้น มีความพร้อมในการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของสุพันวนิช และคณะ (Supanvanich, et al. 1992 : 4) ได้ศึกษาถึงเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารมีผลต่อการพัฒนาด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ภาษา และการพัฒนาด้านสังคม และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของนิตยา คชภักดี (2521 : 10) ศึกษาสิ่งแวดล้อมและการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนมีผลต่อการพัฒนาการของเด็กหรือไม่ จากเด็กชาย 4 คน ที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 2 และ 3 ได้ศึกษาถึงการได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า แต่จะดีขึ้นในระหว่างได้รับการฟื้นฟูทางโภชนาการให้

สมบูรณ์ พร้อมกับกระตุ้นพัฒนาการด้วย เห็นว่าปัจจัยด้านโภชนาการมีผลต่อการพัฒนาการของเด็ก ผู้วิจัยใช้ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องอาหารตามวัย ทำให้มารดาเข้าใจมากขึ้น

ในเรื่องการพาบุตรมาตรวจสุขภาพตามนัด ได้กระตุ้นให้มารดาสนใจดูกราฟในสมุดตรวจสุขภาพที่แสดงการเจริญเติบโต โดยใช้น้ำหนักเทียบอายุและให้มารดาอภิปรายถึงการอ่านกราฟว่าแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายบุตรอย่างไร มีมารดาบางรายไม่ทราบจุดน้ำหนักลงบนแกนตั้งและแกนนอนตามสเกล ลากเส้นตั้งตั้งฉากไปตัดกัน คือจุดที่บ่งบอกอะไร มีมารดาบางรายทราบจึงเป็นผู้อธิบายความหมายของกราฟที่แสดงการเจริญเติบโตได้ถูกต้อง ผู้วิจัยได้สรุปถึงการขาดสารอาหารแต่ละระดับที่อ่านได้จากกราฟ และให้ระวังระดับอันตรายคือการขาดสารอาหารอาจตายได้ ซึ่งทำให้มารดามีความกระตือรือร้นในการอ่านค่ากราฟในสมุดบันทึกสุขภาพของบุตรตนเองมากขึ้นและสามารถอ่านได้เอง ผู้วิจัยใช้ภาพพลิกประกอบการสอน ทำให้เห็นชัดกว่าในสมุดสุขภาพ และการพาบุตรไปรับการฉีดวัคซีนตามนัด มีมารดาบางรายคิดว่าบุตรปัญญาอ่อนมีภูมิต้านทานต่ำไม่ควรพาไปรับวัคซีน ผู้วิจัยจึงได้อธิบายเหตุผลที่ถูกต้องว่าควรได้รับวัคซีนเหมือนเด็กปกติ และให้มารดาช่วยกันอภิปรายว่าแต่ละวัยบุตรปัญญาอ่อนควรได้รับวัคซีนอะไร และป้องกันโรคอะไร และถ้าบุตรปัญญาอ่อนมีไข้ทุกครั้งหลังไปรับวัคซีนมารดาควรทำอย่างไร ให้มารดาผู้มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนประสบผลสำเร็จสรุปให้มารดาทุกคนในกลุ่มฟังหลังจากอภิปราย ผู้วิจัยสรุปถึงบุตรปัญญาอ่อนที่มีโรค มารดาควรปฏิบัติอย่างไรก่อนพาไปรับวัคซีน มารดามีความเข้าใจในการพาบุตรไปตรวจสุขภาพมากขึ้น

ในเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล พบว่ามารดาทุกคนให้ความเห็นว่าการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนในเรื่องการทำความสะอาดของร่างกายเวลาขับถ่าย อาบน้ำ สระผม ให้บุตรมีความสุขสบายตัวและไม่เกิดโรคแทรก เช่น หูน้ำหนวก ไข้หวัด และปอดบวมนั้น มีมารดาบางรายยังไม่ค่อยมีความระมัดระวัง เพราะบุตรปัญญาอ่อนมีร่างกายไม่แข็งแรงต้องทำด้วยความนุ่มนวลและมีขั้นตอนแต่ละอย่าง ผู้วิจัยกระตุ้นให้มารดาช่วยกันแสดงความคิดเห็นในส่วนที่ตนทราบให้เพื่อนในกลุ่มฟัง พร้อมทั้งให้ข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม มีมารดาบางรายไม่เข้าใจถึงการจัดเวลาให้บุตรปัญญาอ่อนแต่ละวัยได้พักผ่อนนอนหลับว่าแต่ละวัยมีการพักผ่อนนานเท่าไร และส่งผลต่อพัฒนาการของบุตรปัญญาอ่อนอย่างไรในแต่ละวัน ผู้วิจัยให้มารดาร่วมกันพิจารณาว่าควรให้บุตรปัญญาอ่อนแต่ละวัยพักผ่อนนอนหลับกี่ชั่วโมง ควรปลุกหรือไม่ถ้าบุตรปัญญาอ่อนพักผ่อนมากเกินไปจนไม่มีเวลาฝึกกระตุ้นพัฒนาการ หรือบุตรปัญญาอ่อนนอนตื่นกลางคืนมากกว่ากลางวัน เป็นการสลับเวลานอนและเวลาตื่น มีผลดีและผลเสียอย่างไร มารดาส่วนใหญ่มีความเห็นที่ถูกต้องในการปฏิบัติต่อบุตรปัญญาอ่อน ผู้วิจัยจึงกล่าวเสริมเพื่อให้มารดามีความมั่นใจในความเห็นที่ถูกต้อง และใช้ภาพพลิกในการประกอบการอธิบายให้เห็นภาพชัดเจน

วิธีปฏิบัติในการให้บุตรได้มีการเล่นตามวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางสมองและสติปัญญาของบุตรและการเจริญเติบโตของบุตรปัญญาอ่อน มีมารดาบางรายไม่เข้าใจถึงเหตุผลที่ต้องฝึกให้บุตรปัญญาอ่อนสามารถเล่นของเล่นได้ตามวัยว่ามีผลอย่างไรต่อบุตรปัญญาอ่อน นอกจากการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนให้มีการกินดีอยู่ดี ผู้วิจัยให้มารดาที่มีประสบการณ์เล่าถึงการส่งเสริมให้บุตรปัญญาอ่อนได้เล่นของเล่นตามวัย และให้มารดาทุกคนร่วมกันอภิปรายว่าแต่ละวัยของบุตรปัญญาอ่อนมีการเล่นแตกต่างกันอย่างไร มีมารดาบางรายจัดของเล่นตามวัยไม่ถูกต้อง และไม่สามารถจัดของเล่นให้บุตรปัญญาอ่อนได้ เพราะไม่มีเงินซื้อ ผู้วิจัยให้มารดาที่มีประสบกรณ์เล่าถึงการประยุกต์ใช้ของในบ้านให้เป็นของเล่นบุตรปัญญาอ่อนได้ เช่น ใช้ไม้หนีบหยิบจับใส่ขันน้ำ แกนหลอดด้าย 2 อัน ให้บุตรปัญญาอ่อนจับเคาะกัน กล่องไม้ขีดหรือกล่องสบู่มาวางต่อซ้อนกันเล่น เล่นช้อน ชาม ส่องกระจก หรือซื้อวัยวะบนใบหน้าเป็นต้น ผู้วิจัยอธิบายเชื่อมโยงถึงที่มาของการที่บุตรปัญญาอ่อนทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้ตามเกณฑ์เหมือนเด็กปกติ จึงต้องมีการกระตุ้นพัฒนาการด้วยการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามวัยด้วยสไลด์ หนังสือคู่มือการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ และให้มารดาที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนจนบุตรปัญญาอ่อนมีพัฒนาการใกล้เคียงเด็กปกติ อธิบายขั้นตอน ความอดทน ระยะเวลา ความสม่ำเสมอ ตลอดจนเทคนิคการฝึกหัดที่มารดาประยุกต์ปรับเปลี่ยนให้การฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีประสิทธิภาพต่อบุตรปัญญาอ่อนของตนเองมากกว่าที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ห้องกระตุ้นพัฒนาการ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาทุกคนพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันและแลกเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ เพื่อให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ กันต่อหลังจากปิดกลุ่ม ตามแนวคิดของนิวตัน โรสส์ และไมโค (Newton. 1984 : 27 ; Ross & Mico. 1980 : 80 - 85) มารดาส่วนใหญ่มีความเข้าใจในเหตุผลที่ต้องฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการให้บุตรปัญญาอ่อน และมีความกระตือรือร้นที่จะปรับเปลี่ยนวิธีการฝึกหัดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการแสดงความคิดเห็นของมารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะเห็นได้ว่ามารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนยังขาดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนและการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเหมือนกัน ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน จำนวนบุตร การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร และรายได้ของครอบครัวคล้ายคลึงกัน ได้เข้ากลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จึงทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถแลกเปลี่ยนเจตคติของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไปในทางที่ดีขึ้น และนำไปสู่การปฏิบัติในการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น คะแนนการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของกลุ่มทดลองจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังที่กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์ (2528 : 50) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มหมายถึงการใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วม

กันโดยการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมของมารดาและสมาชิกในกลุ่มซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น

ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยในฐานะผู้นำกลุ่มได้ใช้การสอนจากเนื้อหาง่าย ๆ ไปหายาก และสอนซ้ำแล้วซ้ำอีก ใช้การสอนแบบสองทาง ตามหลักของธอร์นไดด์ (Throndike) และเน้นมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเป็นสำคัญ

มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19, 20 และ 21 ตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอาภารัฐ เรียบเลิศหิรัญ (2537 : 80) ได้ศึกษาเรื่องถึงประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาแบบพิเศษที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์หลังทดลองสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ดีขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุทุมพร ดุลยเกษม (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยการใช้โปรแกรมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองร่วมกับคู่มือกิจกรรมการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหลังการทดลองสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

เนื่องจากว่ามารดาที่เข้ากลุ่มทดลองมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความรู้สึกนึกคิด การระบายความคับข้องใจในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน และได้พบกับผู้มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน จนบุตรปัญญาอ่อนประสบผลสำเร็จเหมือนเด็กปกติ ตลอดจนได้รับความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเพิ่มเติมจากโปรแกรมสุขศึกษา และการบรรยายประกอบสไลด์ เรื่องการกระตุ้นพัฒนาการ และได้พบมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนมากกว่าตนเอง ทำให้เห็นว่าตนเองมีบุตรที่ดีกว่าและมีกำลังใจในการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมากขึ้น และรู้จักมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเหมือนกัน มีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดความอบอุ่น มองโลกในแง่ดี เกิดการยอมรับบุตรปัญญาอ่อนมากขึ้น ส่งผลให้หันกลับมาดูแลบุตรปัญญาอ่อนดีขึ้น ในกลุ่มทดลองมารดาจะได้รับการระบายความคับข้องใจ ซึ่งเรื่องที่มารดามี ความ

คับข้องใจมากคือ บุตรปัญญาอ่อนมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติ โอกาสที่จะศึกษาหรือทำงานมีโอกาสน้อย มารดาคิดว่าไม่รู้จะฝึกกระตุ้นพัฒนาการเพื่ออะไร ในกลุ่มทดลองมารดาจะได้รับคำตอบซึ่งคำตอบก็คือหลังจากการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีเด็กดาวน์ที่สามารถสอบติด 1 ใน 3 ของโรงเรียนรัฐบาล ซึ่งเด็กปกติอีก 47 คนสอบไม่ติด และเด็กดาวน์ที่ประสบผลสำเร็จการศึกษาชั้นสูงสุดคือสามารถเรียบจบสถาบันราชภัฏจันทร์เกษม และได้ทำงานเปิดโรงเรียนสอนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า อย่างน้อยในเด็กที่มีสติปัญญาไม่ดี 2 คนที่กล่าวมา เด็กปัญญาอ่อนก็ยังมีโอกาสเรียนรู้การช่วยเหลือตัวเอง ให้พึ่งพาตัวเองได้ ในเมื่อถึงคราวที่ไม่มีใครดูแล หรือสามารถทำงานอาชีพง่าย ๆ ได้เล็ก ๆ น้อย ๆ แต่ถ้าไม่มีการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเลยหรือฝึกไม่สม่ำเสมอ ขาดการฝึกฝนดังกล่าว โอกาสที่เด็กปัญญาอ่อนจะเข้ารับการศึกษาในชั้นเรียนพิเศษหรือเรียนร่วมกับเด็กปกติก็มีน้อย การช่วยเหลือตัวเองหรือเรียนรู้ที่จะฝึกอาชีพง่าย ๆ ก็มีโอกาสน้อย และเมื่อถึงเวลาที่ขาดคนดูแล เด็กปัญญาอ่อนก็จะมีชีวิตที่ลำบากและเป็นภาระสังคม เพราะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งเหตุผลดังกล่าวมารดาในกลุ่มทดลองที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเข้าใจการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนมากกว่า จึงมีความกระตือรือร้น ขวนขวายหาความรู้เพิ่มเติม ทำให้มีเจตคติและการฝึกหัดปฏิบัติดีตามขึ้นไปมากกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ มีระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลบุตรต่างกัน รายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนแตกต่างกัน และมารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนดีขึ้นกว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยการเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.ควรจะได้มีการศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้โดยวิธีการที่ต่างกันนี้ต่อเนื่องไปอีกเป็นระยะ เมื่อบุตรปัญญาอ่อนมีอายุเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในการฝึกที่บ้าน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อในเรื่องรายได้ของครอบครัวที่มีเศรษฐกิจ ฐานะดี แต่มีการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนไม่ดี

3. ในการสอนสุขศึกษาแบบปกติ มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนได้รับการสอนยังขาดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ควรจัดให้มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่พาบุตรเข้ารักษาตามหน่วยต่าง ๆ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เช่น โรคหัวใจ โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง โรคเลือด ทารกคลอดก่อนกำหนด

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้ที่ทำหน้าที่เลี้ยงเด็กโดยตรง

3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการในเรื่องอื่น ๆ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. (2528). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดศรีราชา.

กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์. (2534). *ผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

กระทรวงสาธารณสุข. (2531). *การพยาบาลเด็ก 1*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2529). *การพยาบาลเด็ก 2*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กองงานวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงศึกษาธิการ. (2533). *การวัดและประเมินผล*. กรุงเทพฯ : กระทรวงศึกษาธิการ.

กันยา สุวรรณแสง. (2538). *จิตวิทยาทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรพิทยา.

คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. (2539). *ศัพทานุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานและปฏิบัติการของระบบสารสนเทศเพื่อการศึกษา กองสารสนเทศ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

คณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ กรมประชาสงเคราะห์, สำนักงาน. (2535). *พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2535*. กรุงเทพฯ : กรมประชาสัมพันธ์.

จินตนา ยูนิพันธ์. (2527). *ทฤษฎีทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฑารัตน์ กัมพลานนท์. (2540). *ประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน. (2535). *ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอที่ได้รับรังสี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2539). "การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน," ใน *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. บรรณาธิการโดย ฉวีวรรณ สัตยธรรม. หน้า 281-284. นนทบุรี : บริษัทยุทธรินทร์.

ชไมพร มุขโต. (2528). *ผลการใช้กิจกรรมในการพัฒนาความซื่อสัตย์ของนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 โรงเรียนสุรศักดิ์มนตรี.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ชวาลา เธียรธนู และ กัลยา สูตะบุตร. (2538). *ความรู้เรื่องภาวะปัญญาอ่อน.* กรุงเทพฯ : ห้องคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลราชานุกูล.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2534). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.* พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

_____. (2537). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.* พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ชื่นฤดี แก้วบุตร. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างความพร่องของมารดาในการดูแลบุตรกับความผาสุกในครอบครัวของเด็กป่วยกลุ่มอาการชัก.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ชะไมพร ธรรมวารี. (2534). *การศึกษาความเครียดของพ่อแม่เด็กปัญญาอ่อนที่มีระดับความรุนแรงต่างกัน.* วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

ชาญวิทย์ เทียมบุญประเสริฐ. (2525). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ดรุณี ชุณหะวัติ. (2537). "การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง," ใน *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.* บรรณาธิการโดย สมจิต หนุเจริญกุล. หน้า 267-289. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดวี.เจ.พริ้นติ้ง.

ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. (2531). *หลักการจัดโครงการสุขภาพในโรงเรียน.* กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดอักษรบัณฑิต.

ทิศนา แขมมณี และเยาวพา เดชะคุปต์. (2522). "ประวัติความเป็นมาและทฤษฎีกลุ่มสัมพันธ์," ใน *กลุ่มสัมพันธ์ ทฤษฎีการปฏิบัติ เล่ม 1.* ทิศนา แขมมณี. หน้า 40-45. กรุงเทพฯ : พีรพัฒนาการพิมพ์.

ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์. (2528, มกราคม-เมษายน). "การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน," *สุขศึกษา.* 8 (29) : 24-26.

_____. (2535). "วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์," ใน *เอกสารการสอน ประกอบวิชา วจ.521.* กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

นิตยา คชภักดี. (2521). *รายงานการวิจัยสิ่งแวดล้อมต่อพัฒนาการเด็กไทยที่อยู่ในภาวะ*

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). "จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข," ใน *เอกสารการสอนกับชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วย 9-15.* สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ชุดที่ 1. หน้า 30-39. นนทบุรี : ชวนพิมพ์.

"ประชากรไทย," (2538, 1 มิถุนายน). *วารสารอนามัยครอบครัว.* 23 (1) : 1.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). *ทัศนคติ : การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พีระวัฒนา.

ประนอม รอดคำดี. (2531). *การพัฒนาสุขภาพเด็ก.* กรุงเทพฯ : โครงการตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประนอม โอทกานนท์. (2527). *ชุดการเรียนการสอนด้วยตนเองเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พรเพ็ญ ไกรนรา. (2532). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสุขภาพของมารดาต่อสถานภาพโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอสวี จังหวัดชุมพร.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

พรสวรรค์ วสันต์. (2539). *โครงการให้การศึกษาแก่ครอบครัวเด็กกลุ่มอาการดาวน์.* พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2534). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.

_____. (2535). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.

พัฒน์ สุจำนงค์. (2522). *สุขศึกษา.* กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

พิพัฒน์ ฟูศรีนวล. (2533). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของหญิงหลังคลอดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

รสชง ทัศนาญชลี. (2524). *ความรู้เรื่องปัญญาอ่อน.* กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลราชานุกูล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2524). *ชีวิตและงาน.* กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลราชานุกูล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์ และ กัลยา สูตะบุตร. (2540). "ปัญญาอ่อน," ใน *ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* บรรณาธิการโดย เกษม ตันติผลาชีวะ. หน้า 725. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช. (2539). *ภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2528). *หลักการวิจัยทางการศึกษา.* กรุงเทพฯ : ทวีกิจการพิมพ์.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2521). *สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย.* กรุงเทพฯ : กองวิจัยการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ.

วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล. (2528). *กระบวนการกลุ่ม.* กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.

วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2536). *ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วิลาวัณย์ ศรีสุวัฒน์. (2528). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของคู่สมรส เจตคติของบิดาต่อบุตรกับบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาที่มีบุตรคนแรก.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วิยะดา พงษ์นดินทร์. (2532). *การศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของครูและพยาบาลอนามัยโรงเรียนเรื่องโรคหูน้ำหนวก.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (ความผิดปกติของการสื่อความหมาย). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วาสนา มั่งคั่ง. (2536). *การผลิตบทเรียนสำเร็จรูปเรื่องการพยาบาลผู้มีความผิดปกติด้านการคิดและการรับรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาล.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *รายงานสถิติสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.* กรุงเทพฯ : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2536). *รายงานผลการสำรวจแรงงาน พ.ศ. 2534.* กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงานสำนักนายกรัฐมนตรี. (2535). *รายงานผลการสำรวจแรงงาน (การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร) ทั่วราชอาณาจักร รอบที่ 1 กุมภาพันธ์ 2534.* กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ.

สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2535). *มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.* กรุงเทพฯ : กองสถิติสถาบัน.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.* กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.จี.พริ้นติ้ง.

สายใจ พัวพันธ์. (2529). *ผลของการมีส่วนร่วมในกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออก.* ปริญญานิพนธ์ ค.ม. (พยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

สิทธิโชค วรานุสันติสุข. (2529). *จิตวิทยาการจัดการพฤติกรรมมนุษย์.* นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุชาติ โสมประยูร. (2525). *โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน.* พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS.* กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

สุดา กิจภิญโญ. (2531). *ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาแบบพิเศษต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุภาพ ใบแก้ว. (2528). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

เสาวคนธ์ วีระศิริ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบิดามารดาในเรื่องพัฒนาการทางเพศของเด็กวัยก่อนเรียน.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลครอบครัว). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อมรา ภิญโญ. (2533). *ความรู้ เจตคติและบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัย 1 - 3 ปี.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อรุณศรี เอกวิทโยภาส. (2525). *การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการใช้บริการพยาบาลเกี่ยวกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลกับพยาบาลในชุมชน.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อวยพร สุทธิสนธิ์. (2528). *การเปรียบเทียบความรู้ความคิดเห็นและการปฏิบัติการตรวจเต้านมระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่โรงพยาบาลราชวิถี.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อัจฉรียา ปทุมวัน. (2534). *แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมป์โฟปลาส.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2537). *ประสิทธิผลของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อาภารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ. (2537). *ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาแบบพิเศษที่มีพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อารี ฉายะภูติ. (2527). *การสร้างบทเรียนแบบโปรแกรมเพื่อโภชนาการเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยน้ำนมมารดา สำหรับนักศึกษาวิทยาลัยครู และเปรียบเทียบประสิทธิผลของบทเรียนแบบโปรแกรมกับวิธีการบรรยาย.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (โภชนวิทยา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อุทุมพร ดุลยเกษม. (2536). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

Adam, S.J. (1979, January). "Mutual-helps Group, Enhancing the Coping Ebibity of Oncology Clients," *Cancer Nursing.* 2 (1) : 65-97.

Bobak, L.M. and Jensen, N.D. (1987). *Essentials of Maternity Nursing : The nurse And the child bearing Family.* 2nd rd. St. Louis : The C.V. Mosby Co.

Bull, M.J. (1990, May). "Factors Influencing Family Caregiver Burden and Health," *Western Journal of Nursing Research.* 40 (5) : 20-25.

Bloom, S.B. (1975). *Taxonomy of Education objective. Hand book I : Cognitive Domain.* New York : David Mckny Co.Inc.

Cronbach, Lee Joseph. (1970). *Essentials of Psychological testing.* 3rd ed. New York : Harper and Row.

David, A.J.R.K. Rool and J. Kuruvilla. (1988, March). "Lesson of Self-help for India Woman with breast cancer," *Cancer Nursing.* 11 (3) : 283-284.

Deam, K. (1981). "Self care Response to Illness : A Selected Review," *Social Science & Medicine.* 15 : 673-682.

Engle, G. (1962). *Psychological Development in Health and Diseases.* Philadelphia : Saunders Co.

Ferguson, George A. (1991). *Statistical Analysis in Psychology and Education.* 5th ed. Tokyo : McGraw-Hill, International Book.

Goldstein, V., Regnery, G. and Wellin, E. (1981, January). "Caretaker Role Fatigue," *Nursing Outlook.* 40 (1) : 24-30.

Gilbey, V.J. (1987, June). "Self-help," *American journal of Nursing.* 47 (6) : 23-24.

Guthrie, E.R. (1985). *The Psychology of Learning.* New York : Harper & Row.

Hanucharurnkul, S. (1988). *Social Support, Self-Care and Quality of Life in Patients Receiving Radiotherapy in Thailand.* Dissertation, Ph.D. (Nursing). St. Paul : Graduate School, Wayne State University. Photocopied.

Hardy, Ellen E. and others. (1982, March). "Breast Feeding Promotion Effect of Mothers on Education Program in Brazil," *Study in Family Planning.* New York : 13 (3) : 79 - 86.

Hoyert, D.N. and Seltzer, M.M. (1981, January). "Factors Related to the Well-Baby and Life Activity of Family Caregivers," in *Family Relation.* 41 (1) : 10-15.

Jalowise, A. and Power, M.J. (1981, January). "Stress and Coping in Hypertension and Emergency Room Patients," *Nursing Research.* 30 (1) : 10-15.

Jones Lyons Kenneth. (1997). *Smith's Recognizable patterns of Human Malformation.* p.12-13, 442-581. Philadelphia : W.B. Saunder Co.

Lavin, L.S. (1967, March). "The Lay Person as Primary Health Care Practitioner," P*ublic Health Report.* 91 (3) : 206.

Mark, M.G. (1994). "A Child Grows," in *Broabribb's Introductory Pediatric Nursing.* p. 308-311. 4th ed. Edited by Jennifer, E.B. Philadelphia : J.B. Lippincott Co.

Marram, G.D. (1984, July). "Self-help group can they helps," *Journal Psychosocial Nursing.* 22 (7) : 27-31.

Myles, Magaret. F. (1981). *Text Book for Midwives.:* 9th ed. Edinbourgh London Melbeurne and New York : Churchill Living Stone.

McCubbin, M.A. and McCubbin, H.I. (1987). "Family stress Theory and Assessment," in *Family Assessment Inventories for Research and Practice.* p. 1-14. Edited by McCubbin, H.I. and Thompson, A.I. Indiana : Graduate School, Wisconsin-Maddison University. Photocopied.

Montagomary, R.J.V., Gonyea, J.G. and Hooyman, N.R. (1985, January). "Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden," *Family Relation.* 34 (1) : 19-26.

Muhlemkamp, A.F. and Sayles, J.A. (1986, November-December) "Self-esteem, Social support and Positive health care Practice," *Nursing Research.* 35 (6) : 334-338.

Newton, G. (1984, May). "Self-help Group can they?," *Journal Psychosocial Nursing.* 22 (5) : 27-31.

Oberst, M.T. et al. (1989, April). "Caregiving Demands and Appreisal of Stress Among Family Caregivers," *Cancer Nursing.* 12 (4) : 209-215.

Orem, D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practice.* St.Louis : Mosby Year Book.

O'Donoghue, P.O. (1990). "Nursing Care of the Child with Mental Retardation," in *Nursing Care of Children and Families.* p.640-672. 2nd ed. Edited by S.R. Mott, S.R. James and A.M. Sperha. Addison-Wealey : Redwood City California.

Pasket, C.J. and E.T. Madara. (1985, August-September). "Introducting and Tapping Self-help Matual and Resourcer," in *Health Education.* 35 (3) : 25-28.

Pearman, Elenar and Suleiman Louise. (1966, Summer). "Test of Programmed Instruction Unit," *Nursing Research.* 15 (4) : 258-262.

Resnick, W.M. (1986, March). "Nursing and the Voluntary Association : Origin, Development and Collaboration," *Nursing Clinical North America.* 21 (3) : 515-525.

Robinson, D. (1985, February). "Self-help group," *British Journal Hospital Medicine.* 34 (2) : 109-111.

Ross, H.S., and Mico, P.R. (1980). *Theory and practice in health education.* California : Mayfield Publishing Co.

Steiger, N.J., and Lipson, J.G. (1985). *Self-care nursing theory and practice.* Maryland : A Prentece-Hall Co.

Stetz, K.M.C. (1987, May). "Caregiving Demand During Advanced Cancer," *Cancer Nursing.* 10 (5) : 260-268.

Strauss, S.S. and Monton, M. (1985, September-October). "Common Concerns of Parents with Disabled Children," *Pediatric Nursing.* 11 (5) : 371-375.

Supanvanich, S, Laksanavicharn, V., Sriyaporn, P. et al. (1992, January). "Factors related to Children's development delays," *Thai Journal Epidermiology.* 1 (1) : 4-16.

Wacht, M.A. (1986). "The Mentally Disabled Child," in *Nursing Assessment and Strategies for the Family at Risk : High-Risk Parenting.* p.172-183. 2nd ed. Edited by S.H. Johnson. Philadelphia : I.B. Lippincott Co.

Willoughby, Jennifer, C. and Laraine Master, Glidden. (1995, March). "Father Helping out : Share child care and Marital satisfaction of parents of children with Disability," *American Journal on Mental Retardation.* 40 (3) : 115 -120.

Wood, F.G. (1991, June). "The Meaning of Caregiving," in *Rehabitation Nursing.* 40 (6) : 16.

World Health Organization. (1978). *Care of the mentally retarded in the community.* Report on a conference ICP/NNHO. p. 291. (Unpublished manuscript).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์

ที่ ทม. 1007/314 (ตราครุฑ) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

20 มกราคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววชิรพร โชติพานัส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็กสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี" โดยมีรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่และขอให้ผู้ปกครองที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 100 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็กสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววชิรพร โชติพานัส ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิสศาลาภรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5646
โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม. 1007/381 (ตราครุฑ) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

27 มกราคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชานุกูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววชิรพร โชติพานัส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี" โดยมีรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตให้ผู้ปกครองที่มารับการรักษาที่ตึกเด็กเล็ก จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววชิรพร โชติพานัส ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิสศาลาภรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5646
โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม. 1007/10479 (ตราครุฑ) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 กุมภาพันธ์ 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววชิรพร โชติพานัส นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี" โดยมีรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตให้มารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 100 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววชิรพร โชติพานัส ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิสศาลาภรณ์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5646
โทรสาร. 258-4119

บันทึกข้อความ

(ตราครุฑ)

ส่วนราชการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ที่ สธ 0306/10753 วันที่ 28 ธันวาคม 2542

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการศึกษาวิจัย

เรียน คุณวชิรพร โชติพานัส

ตามที่ท่านได้เสนอโครงการศึกษาวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการคันคว้าวิจัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี นั้น

บัดนี้คณะอนุกรรมการค้นคว้าวิจัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาแล้ว เห็นควรให้ทำการศึกษาได้ โดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัยแล้วโปรดมอบผลการวิจัยให้แก่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 2 ชุด เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยในโอกาสต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางสาววิไล ราตรีสวัสดิ์)

นายแพทย์ 10 วช. ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ภาคผนวก ข

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรู้การ	นายแพทย์ 9 กลุ่มงานกุมารเวชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี
2. . แพทย์หญิงวินัดดา ปิยะศิลป์	นายแพทย์ 9 กลุ่มงานกุมารเวชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี	อาจารย์ภาคสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
4. คุณเยาวรัตน์ ลิตดิรานนท์	พยาบาลวิชาชีพ 8 กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี
5. คุณพิมพ์ลักษณ์ ธานินทร์ธาราธาร	พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี
6. คุณพิริยา วรรธนะภูติ	พยาบาลวิชาชีพ 7 นักวิชาการสุขศึกษา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี

ภาคผนวก ค
แผนการจัดกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ

แผนการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
ครั้งที่ 1

เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มและการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน
กลุ่มเป้าหมาย มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนตั้งแต่ 3 เดือน - 3 ปี
จำนวน กลุ่มละ 6 คน
สถานที่ ห้องประชุมของห้องกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ระยะเวลา 50 นาที
ผู้นำกลุ่ม นางสาววชิรพร โชติพานัส
วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม
1. รู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. ทราบวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม
3. แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

เนื้อหาและความคิดรวบยอด

การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้องเหมะสมซึ่งประกอบด้วย การให้อาหาร การมาตรวจสุขภาพตามนัด สุขอนามัยส่วนบุคคล และการส่งเสริมการเล่นตามวัย การกระตุ้นพัฒนาการ ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน มารดาต้องทราบปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน และกล้าที่จะ
พูดคุยเปิดเผยในกลุ่ม เพื่อที่สมาชิกในกลุ่มจะได้หาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน

ตาราง 25 กิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
1. สร้างสัมพันธภาพ 2. ทำความรู้จักกัน 3. แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน		**<u>ขั้นนำ</u>** สร้างสัมพันธภาพและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย - แนะนำตนเองและขอให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มแนะนำชื่อและที่อยู่ของตนเอง - สร้างความคุ้นเคยกันระหว่างมารดาในกลุ่มและผู้นำกลุ่ม โดยให้มีการซักถามซึ่งกันและกัน - อธิบายให้สมาชิกทราบเกี่ยวกับลักษณะการให้สุขศึกษาโดยใช้กระบวน	- แนะนำชื่อและที่อยู่ (ตำบล อำเภอ) ของตนเอง - ซักถามซึ่งกันและกันเพิ่มเติมและซักถามผู้นำกลุ่ม - รับฟังคำชี้แจงและซักถามข้อสงสัย			

ตาราง 25 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		การกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนี้ 1. วัตถุประสงค์ของการอภิปรายกลุ่มช่วยเหลือตนเองต้องการให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความรู้ แสดงความคิดเห็นต่อภาวะปัญญาอ่อนที่มีอายุตั้งแต่ 3 เดือน - 3 ปี เรื่องการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้องเหมาะสม และให้สมาชิกได้ระบายปัญหา ตลอดจนความคับข้องใจในการ				

ตาราง 25 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนและการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ 2. บทบาทของมารดาในฐานะผู้มีประสบการณ์ - ให้ผู้มีประสบการณ์เล่าถึงประสบการณ์และการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มฟัง 3. บทบาทของมารดาในฐานะสมาชิกกลุ่ม สมาชิกทุกคนจะต้องเสนอปัญหาการเลี้ยงดูบุตรปัญญา -	- รับฟังและซักถามเพิ่มเติม			

ตาราง 25 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		อ่อน ทีละคนจนครบทุกคน 4. การมีส่วนร่วมในการอภิปรายกลุ่ม - สมาชิกทุกคนจะต้องช่วยกันแสดงความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกอื่น ช่วยสนับสนุนข้อคิดเห็นเพิ่มเติม แลกเปลี่ยนปัญหาและช่วยกันแก้ไขปัญหาของเพื่อนสมาชิกซึ่งเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่มีอายุตั้งแต่ 3 เดือน - 3 ปี	- แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนปัญหาและช่วยแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน			

ตาราง 25 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		- ขณะที่เพื่อนสมาชิกอื่นกำลังพูดอยู่ขอให้ตั้งใจฟังเพื่อที่จะร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างต่อเนื่อง - ชักชวนให้สมาชิกกลุ่มอยู่ร่วมอภิปรายจนสิ้นสุดโปรแกรม **ขั้นกิจกรรม** - ให้ผู้มีประสบการณ์เล่าตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดว่ามีความผิดปกติตั้งแต่เมื่อไรตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงดู	- รับฟังและซักถามเพิ่มเติม			

ตาราง 25 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		บุตรปัญญาอ่อน - กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นต่อการแก้ไขปัญหาของผู้มีประสบการณ์ว่าสมาชิกเห็นด้วยหรือไม่และมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมอย่างไร - สรุปความคิดเห็นเพิ่มเติมต่อการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้มีประสบการณ์ - ให้สมาชิกในกลุ่มเสนอปัญหากันทีละคนโดยเล่า	- แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน - ช่วยกันสรุปและรับฟังเพิ่มเติม - เสนอปัญหาของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับการ			

ตาราง 25 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดว่ามีความผิดปกติอย่างไร และทราบว่ามีความผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน จนครบทุกคน - สรุปปัญหาและการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาแต่ละคน จนครบทุกคน	เลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน - ช่วยกันสรุปและรับฟังเพิ่มเติม			

ตาราง 25 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		- กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา และการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาแต่ละคน - ให้ผู้มีประสบการณ์แนะนำวิธีการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของสมาชิกแต่ละคน **<u>ขั้นอภิปรายสรุปและนำไปใช้</u>** - ให้สมาชิกช่วยกันสรุปประสบการณ์ที่ได้รับในครั้งนี้ โดยผู้นำกลุ่มสรุป	- แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน -ช่วยกันสรุปประสบการณ์ที่ได้รับ			

ตาราง 25 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		ประเด็นสำคัญ - นัดหมายการเข้ากลุ่มในวันต่อไป				

แผนการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
ครั้งที่ 2

เรื่อง ภาวะปัญญาอ่อนและการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน
กลุ่มเป้าหมาย มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนตั้งแต่ 3 เดือน - 3 ปี
จำนวน กลุ่มละ 6 คน
สถานที่ ห้องประชุมของห้องกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ระยะเวลา 50 นาที
ผู้นำกลุ่ม นางสาววชิรพร โชติพานัส
วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. มีความรู้ในเรื่อง สาเหตุ ประเภท ภาวะปัญญาอ่อนและการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก การส่งเสริมการเล่นตามวัย และการให้อาหาร
2. อภิปรายเกี่ยวกับปัญหาและข้อสงสัยในเรื่องภาวะปัญญาอ่อน และให้สมาชิกในกลุ่มคนอื่น ๆ ช่วยเหลือและหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน

เนื้อหาและความคิดรวบยอด

ภาวะปัญญาอ่อน หมายถึงภาวะที่มีข้อจำกัดอย่างชัดเจนของเด็กในการปฏิบัติตนซึ่งมีลักษณะเฉพาะ ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่า 70 ร่วมกับข้อจำกัดของการเรียนรู้ 10 ทักษะดังนี้ การสื่อความหมาย การดูแลตนเองได้น้อยปรับตัวไม่ดีกับครอบครัว ไม่มีทักษะทางสังคม ไม่รู้จักมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่รู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน ไม่รู้จักควบคุมตนเอง ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้น้อย ทำงานช้า ไม่ค่อยพักผ่อน เจ็บป่วยบ่อย ขาดความระมัดระวังอุบัติเหตุ

ลักษณะทั่วไปของภาวะปัญญาอ่อน

1. การเจริญเติบโตและการพัฒนาไม่เจริญตามปกติ เช่น การพูดช้า พูดได้เมื่ออายุ 2 - 4 ปี

2. การแสดงกิริยาวาจาไม่เหมือนเด็กปกติ เช่น อายุจริง 16 ปี แต่มีอายุสมองเท่ากับเด็กอายุ 3 ปี การแสดงก็เหมือนเด็กอายุ 3 ปี

3. มีลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อนเด่นชัด เช่น เด็กที่เป็นดาวน์ (Down's Syndrome) จะพบว่าศีรษะเล็ก หน้าแบน ตาเฉียง ลิ้นใหญ่ คอสั้น มือแบนกว้าง อารมณ์ครื้นเครง หรือโรคเตี้ยแคระ จะพบว่าตัวเล็กผิดปกติ ดูซึมเศร้า ลิ้นจุกปาก

4. เรียนหนังสือไม่ทันเพื่อนที่อายุรุ่นเดียวกับตน ระดับสติปัญญาต่ำกว่า 70 ความสามารถในการเรียนรู้ถูกจำกัด ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ 10 ลักษณะได้ดี เช่น ทักษะในการสื่อความหมาย

สาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม ได้แก่ ความผิดปกติทางยีนส์เกี่ยวกับการเผาผลาญของสารฟีนิวลานีน (Phenylanine) มาตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติของหลายยีนส์ร่วมกัน ความผิดปกติของโครโมโซม

2. ความผันแปรของการพัฒนาการตัวอ่อนในครรภ์ตั้งแต่ระยะต้น ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโครโมโซม การติดเชื้อ สารที่ก่อให้เกิดความพิการ ความผิดปกติของรก ความผิดปกติของประสาทส่วนกลางแต่กำเนิดโดยไม่ทราบสาเหตุ

3. ปัญหาต่าง ๆ ในระยะตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการของทารกในครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด การบาดเจ็บที่ทำให้สมองขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด ภาวะเลือดออกในกระโหลกศีรษะ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม การติดเชื้อ

4. ปัญหาต่าง ๆ ในระยะหลังคลอด ได้แก่ การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรง การขาดออกซิเจน การจมน้ำหรือการชัก การได้รับสารพิษ

5. ปัจจัยต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อม ความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ ได้แก่ ความยากจนและครอบครัวแตกแยก ความผิดปกติในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก ความผิดปกติทางจิตของผู้เลี้ยงดู ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง (Autistics disorder) ผู้เลี้ยงดูติดสารเสพติด

6. ไม่ทราบสาเหตุ

ประเภทของภาวะปัญญาอ่อนมี 3 ระดับดังนี้คือ

1. ปัญญาอ่อนขนาดอ่อน หมายถึง เชาวน์ปัญญาอยู่ในช่วง 50 - 70 สามารถทำงานหรือเขียนได้ ต้องมีคนคอยแนะนำชักจูง

2. ปัญญาอ่อนขนาดกลาง หมายถึง เชาวน์ปัญญาอยู่ในช่วง 35 - 49 เรียนหนังสือได้ไม่เกินชั้นประถมปีที่ 2 ในวัยผู้ใหญ่ทำงานได้แต่ต้องมีผู้ดูแล

3. ปัญญาอ่อนขนาดหนัก หมายถึง เชาวน์ปัญญาไม่เกิน 34 เรียนหนังสือได้ในระดับอนุบาล ในวัยผู้ใหญ่อาจทำงานง่าย ๆ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด ยกเว้นในกรณีที่มีความพิการอย่างอื่นร่วมด้วย จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนก็เหมือนกับการดูแลบุตรปกติทั่วไป ส่วนกิจกรรมที่ต้องทำเพิ่มจะเป็นเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งช่วงวัยแรกเกิดถึง 6 ปี เป็นช่วงวัยสำคัญที่สุดที่บุตรปัญญาอ่อนควรได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการส่งเสริมการเล่นตามวัยเพื่อให้เกิดทักษะด้านต่าง ๆ คือ ทักษะด้านการเคลื่อนไหว ทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ความสามารถในการเข้าใจและส่งภาษา เปล่งเสียงและพูด ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวหรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อให้การพัฒนาการของบุตรปัญญาอ่อนได้มีพัฒนาการปกติหรือเกือบปกติ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อน

ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนให้มีการเจริญเติบโตที่ดี ร่างกายต้องแข็งแรง และสมองมีการพัฒนามากขึ้น มารดาต้องให้อาหารเสริมบุตรปัญญาอ่อนตามวัยตั้งแต่แรกเกิด จนถึง 1 ปี และได้รับครบทั้ง 5 หมู่ เมื่อบุตรปัญญาอ่อนมีอายุมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ถ้าบุตรปัญญาอ่อนมีปัญหาในการดูดกลืนไม่ดี มารดาต้องรู้วิธีการฝึกกระตุ้นการดูดกลืน โดยนวดลิ้น ปากของบุตรปัญญาอ่อนให้มีความกระชับตัวของกล้ามเนื้อปากก่อนที่จะป้อนอาหารให้บุตรปัญญาอ่อน และใช้มือมารดาลูบลำคอถึงหน้าท้องพร้อมกับดันคาง ปิดปากให้หุบเพื่อให้บุตรปัญญาอ่อนรู้จักการกลืนที่ถูกต้อง

อาหารตามวัย

- ทารกควรได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียว อย่างน้อยเวลา 4 เดือน เพราะน้ำนมแม่มีคุณสมบัติพิเศษช่วยป้องกันโรคติดเชื้อ และมีการกระตุ้นการเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะอื่น ๆ ของทารก ซึ่งไม่มีในน้ำนมอื่น

- 4 เดือน เริ่มน้ำข้าวหรือข้าวต้มบดละเอียด ผสมน้ำแกงจืดและไข่แดงต้มสุกที่บดละเอียด 1 ใน 4 ฟอง สลับกับกล้วยน้ำว้าสุกบด (1 - 2 ช้อนโต๊ะ)

- 5 - 6 เดือน เริ่มเนื้อปลาและเนื้อสัตว์บดละเอียด เพิ่มผักใบเขียวหรือเหลืองสับละเอียด

- ครบ 6 เดือนเพิ่มอาหารให้หลากหลายชนิดทั้งเนื้อสัตว์ ไข่ ปลา ตับ ถั่ว เต้าหู้ ผัก เพิ่มปริมาณจนเป็นอาหารหลักแทนนมได้ 2 - 3 มื้อ

ตาราง 26 กิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ลักษณะทั่วไปของภาวะปัญญาอ่อน 1. การเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่เจริญตามปกติ เช่น การพูด จะพูดได้เมื่ออายุ 2 - 4 ปี 2. การแสดงกิริยาวาจาเหมือนเด็ก เช่น อายุ 16 ปี แต่มีอายุสมอง	**ขั้นนำ** - ทักทายสมาชิกกลุ่ม และทบทวนหัวข้อการอภิปรายครั้งที่แล้ว **ขั้นกิจกรรม** - ตั้งประเด็นคำถามเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น โดยถามว่าเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าและมีความผิดปกติของร่างกายและสมองจัดว่าเป็นภาวะปัญญาอ่อนหรือไม่ กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น เชื่อม	- แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเด็กที่มีพัฒนาล่าช้าด้านต่างๆ และมีความผิดปกติของร่างกายและสมองจัดว่าเป็นภาวะปัญญาอ่อนหรือไม่ และรับฟังสมาชิกคนอื่นอภิปราย		- สมาชิกบอกได้ถูกต้องถึงลักษณะของภาวะปัญญาอ่อน - จากการซักถามความสนใจ สมาชิกตอบคำถามได้ถูกต้อง - มีความกระตือรือร้นในการตอบ	- สมาชิกให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	เท่ากับเด็กอายุ 3 ปี 3. มีลักษณะของบุคคลปัญญาอ่อนเด่นชัด เช่น เด็กที่เป็นดาวน์ (Down's Syndrome) จะพบว่าศีรษะเล็ก หน้าแบน ตาเฉียงลง ลิ้นใหญ่ คอสั้น มือแบนกว้าง ลายมือขาด นิ้วสั้น อารมณ์ครื้นเครง หรือเด็กซึ่งเป็นโรคเตี้ย (Cretinism) มีลักษณะตัวเล็กผิดปกติ ผิวหนังหยาบแห้ง เย็น เด็กจะ	โยงคำพูดของสมาชิกในกลุ่มและสรุปคำตอบ			คำถาม	

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ดูซึมเศร้า ลิ้นจุกปาก 4. เรียนหนังสือช้า อ่านไม่ออก หรือเรียนไม่ทัน ลักษณะตัวเล็กผิดปกติ ผิวหนังหยาบแห้ง เย็น เพื่อนที่อายุคราวเดียวกับตน	- กระตุ้นให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับลักษณะของภาวะปัญญาอ่อน โดยถามว่าเด็กปัญญาอ่อนมีลักษณะอย่างไร บ้างจึงจะเรียกได้ว่าเป็นภาวะปัญญาอ่อน - สรุปคำตอบและอธิบายเพิ่มเติมถ้ายังไม่ครอบคลุม	- อภิปรายถึงลักษณะภาวะปัญญาอ่อนในเด็กและรับฟังสมาชิกคนอื่น - ช่วยกันสรุปคำตอบและรับฟังเพิ่มเติม			

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
2. บอกสาเหตุการเกิดภาวะปัญญาอ่อนได้	**ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะอ่อน มีดังนี้** 1. ปัจจัยทางพันธุกรรม ได้แก่ ความผิดปกติทางยีน เกี่ยวกับการเผาผลาญของสารฟีนิวอะลานีนตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติของหลายยีน ร่วมกัน ความผิดปกติของโครโมโซม 2. ความผันแปรของการพัฒนาการตัวอ่อนในครรภ์ตั้งแต่ระยะต้นๆ	- กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะปัญญาอ่อน โดยตั้งคำถามว่าเกิดจากสาเหตุอะไร - สรุปคำตอบและอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุของโรค	- แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดภาวะปัญญาอ่อนของบุตรตนเองและรับฟังสมาชิกคนอื่นแสดงความคิดเห็น - ช่วยกันสรุปคำตอบและรับฟังการอภิปรายเพิ่มเติม		- สมาชิกสามารถบอกสาเหตุการเกิดภาวะปัญญาอ่อนได้ถูกต้อง - สมาชิกตอบคำถามได้ถูกต้อง - มีความกระตือรือร้นในการตอบคำถาม	- สมาชิกให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโครโมโซม การติดเชื้อ สารที่ก่อให้เกิดความพิการ ความผิดปกติของรก ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางแต่กำเนิดโดยไม่ทราบสาเหตุ 3. ปัญหาต่างๆ ในระยะตั้งครรภ์และคลอด ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการของทารกในครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด การบาดเจ็บที่ทำให้					

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	สมองขาดออกซิเจนหรือขาดเลือด ภาวะเลือดออกในกระโหลกศีรษะ ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม การติดเชื้อ 4. ปัญหาต่างๆ ในระยะคลอด ได้แก่ การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บที่สมองรุนแรง การขาดออกซิเจน การจมน้ำหรือการชัก การได้รับสารพิษ 5. ปัจจัยต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม ความผิดปกติ					

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ทางจิตอื่นๆ ได้แก่ ความยากจน และครอบครัวแตกแยก ความผิดปกติในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก ความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรงของเด็กผู้เลี้ยงดูติดสารเสพติด 6. ไม่ทราบสาเหตุ					
3. บอกประเภทภาวะปัญญาอ่อนได้	**ประเภทของภาวะปัญญาอ่อนมี 3 ระดับ ดังนี้คือ**					
	1. ปัญญาอ่อนขนาดอ่อน หมายถึง เชาวน์	- ตั้งประเด็นคำถามว่าภาวะปัญญาอ่อนมีกี่ระดับ	-แสดงความเห็นเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนว่ามี		- สามารถบอกประเภทภาวะปัญญา	- สมาชิกให้ความร่วมมือในการตอบ

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ปัญญาอยู่ในระดับ 50 - 70 สามารถทำงานหรือเรียนได้ ต้องมีคนคอยแนะนำชักจูง 2. ปัญญาอ่อนขนาดกลาง หมายถึงเชาวน์ปัญญาอยู่ในระดับ 35 - 49 เรียนหนังสือได้ไม่เกินชั้นประถมปีที่ 2 ในวัยผู้ใหญ่ทำงานได้แต่ต้องมีผู้ดูแล 3. ปัญญาอ่อนขนาดหนัก หมายถึงเชาวน์ปัญญาไม่เกิน 34 เรียน	ได้แก่อะไรบ้าง - การให้อาหาร - สรุปและอธิบายเพิ่มเติม	กี่ระดับ ได้แก่อะไรบ้าง - ช่วยกันสรุปและรับฟังอธิบายเพิ่มเติม		อ่อนได้ถูกต้องครบทุกประเภท - สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง - มีความกระตือรือร้นในการตอบคำถาม	คำถาม

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	หนังสือได้ในระดับอนุบาล ในวัยผู้ใหญ่อาจทำงานง่ายๆ ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด ยกเว้นในกรณีที่มีความพิการอย่างอื่นร่วมด้วย จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ					
4. บอกวิธีเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้องได้	**การเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน** การเลี้ยงดูบุตรปัญญาก็เหมือนกับการเลี้ยงดูบุตรปกติทั่วไป ส่วนกิจกรรมที่ต้องเพิ่มขึ้นจะ	- ให้สมาชิกอภิปรายถึงวิธีการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้องควรทำอย่างไรบ้างในเรื่องของ - การกระตุ้นพัฒนาการ - การส่งเสริมการเล่น	- อภิปรายเกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนและรับฟังสมาชิกคนอื่นอภิปราย	- ฉายสไลด์ภาพการกระตุ้นพัฒนา	-สมาชิกสามารถบอกวิธีการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่ถูกต้องได้ - สมาชิกตอบคำถามได้ถูกต้อง	- สมาชิกให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	เป็นเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการซึ่งช่วงวัยแรกเกิดถึง 6 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดที่บุตรปัญญาอ่อนควรได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการส่งเสริมการเล่นตามวัย เพื่อให้เกิดทักษะด้านต่างๆ คือ - ด้านการเคลื่อนไหว - ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก - ด้านความสามารถในการเข้าใจและส่งภาษา	ตามวัย - การให้อาหารบุตร - ให้สมาชิกอภิปรายถึงการฝึกหัดท่ากระตุ้นพัฒนาการและการส่งเสริมการเล่นตามวัยได้ฝึกอย่างไรบ้าง - สรุปและอธิบายเพิ่มเติม - ถามสมาชิกถึงปัญหาในการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการมีอะไรบ้าง - ให้ผู้มีประสบการณ์ช่วยอธิบายการแก้ไขปัญหา	- อธิบายถึงการฝึกหัดท่ากระตุ้นพัฒนาการของบุตรตนเอง - แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาในการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ	การและส่งเสริมการเล่นตามวัย - ภาพพลิกการให้อาหารบุตร	- มีความกระตือรือร้นในการตอบคำถาม - ปฏิบัติได้	

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	เปล่งเสียงและพูด - ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัว หรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนให้มีการเจริญเติบโตที่ดี ร่างกายต้องแข็งแรงและสมองมีการพัฒนามากขึ้น มารดาต้องให้อาหารเสริมบุตรปัญญาอ่อนตามวัยตั้งแต่ทารกจนถึง 1 ปี และได้ครบ	ในการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ - สรุปและอธิบายเพิ่มเติม				

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ทั้ง 5 หมู่ถ้าบุตรปัญญาอ่อนมีปัญหาการดูดกลืนไม่ดีมารดาต้องรู้วิธีการฝึกกระตุ้นการดูดกลืนโดยนวดลิ้นปากบุตรปัญญาอ่อนก่อนให้อาหาร **อาหารตามวัย** เด็กทารกควรได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวอย่างน้อยเวลา 4 เดือนเพื่อช่วยการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองทารก	- ให้สมาชิกอภิปรายถึงเรื่องการส่งเสริมการเล่นตามวัยให้บุตรปัญญาอ่อนเป็นการส่งเสริมพัฒนาการบุตรอย่างไร	- อภิปรายถึงการส่งเสริมการเล่นตามวัย ควรจัดของเล่นอย่างไรจึงจะทำให้บุตรปัญญาอ่อนมีพัฒนาการที่ดีขึ้น			

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ช่วง 4 เดือน เริ่มน้ำข้าวหรือข้าวต้มบดละเอียดผสมน้ำเกลือและไข่แดงบดละเอียดผสมกับกล้วยน้ำว้าสุก ช่วง 5 - 6 เดือน เริ่มเนื้อปลาและเนื้อสัตว์ผักใบสีเขียวบดละเอียด ครบ 6 เดือนเริ่มอาหารเหล่านี้มื้อ 1 มื้อ ช่วง 7 - 12 เดือนเพิ่มอาหารหลากหลายทั้งเนื้อ ไข่ ตับ ถั่ว ปลา เต้าหู้ ผัก เพิ่มปริมาณ	- ให้ผู้มีประสบการณ์อธิบาย - สรุปและอธิบายเพิ่มเติม - ให้สมาชิกอภิปรายถึงอาหารเสริมของบุตรปัญญาอ่อนควรได้รับตามวัยอย่างไรบ้าง	- ช่วยกันสรุปและรับฟังเพิ่มเติม - อภิปรายถึงอาหารเสริมของบุตรปัญญาอ่อนควรได้รับตามวัยอย่างไรบ้าง			

ตาราง 26 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		<u>ขั้นอภิปรายสรุปและนำไปใช้</u> - ให้สมาชิกช่วยกันสรุปประสบการณ์ที่ได้รับในครั้งนี้ โดยผู้นำกลุ่มช่วยสรุปประเด็นสำคัญ - นัดหมายการเข้ากลุ่มในวันต่อไป	- ช่วยกันสรุปประสบการณ์ที่ได้รับ			

แผนการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
ครั้งที่ 3

เรื่อง ภาวะปัญญาอ่อนและการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน
กลุ่มเป้าหมาย มารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อนตั้งแต่ 3 เดือน - 3 ปี
จำนวน กลุ่มละ 6 คน
สถานที่ ห้องประชุมของห้องกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ระยะเวลา 50 นาที
ผู้นำกลุ่ม นางสาววชิรพร โชติพานัส
วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม
1. มีความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพตามนัด การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล
2. ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

เนื้อหาความคิดรวบยอด

แนวทางการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน นอกจากการดูแลเรื่องอาหาร การกระตุ้นพัฒนาการ และการส่งเสริมการเล่นตามวัยแล้ว บุตรปัญญาอ่อนต้องได้รับการตรวจสุขภาพตามนัด ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ฉีดวัคซีนตามวัย และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ

การตรวจสุขภาพตามนัด

การเฝ้าดูการเจริญเติบโตและพัฒนาการโดย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เปรียบเทียบกับตารางมาตรฐานการเจริญเติบโต พ่อแม่ควรติดตามชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ของบุตรปัญญาอ่อนเป็นระยะเมื่อพาบุตรปัญญาอ่อนไปตรวจสุขภาพและรับวัคซีนตามกำหนดนัด เพื่อจะได้ทราบว่าบุตรปัญญาอ่อนมีการเจริญเติบโตสมวัย และมีภาวะโภชนาการปกติ มีสุขภาพดี ถ้าน้ำหนักและส่วนสูงของบุตรปัญญาอ่อนไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ปัญหาต่อไป

วัคซีนที่ให้แก่เด็ก

อายุแรกเกิด	- เด็กติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีอาการของโรคเอดส์ ไม่ได้ให้วัคซีนป้องกันวัณโรค - ให้วัคซีนป้องกันวัณโรค - วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี ครั้งที่ 1 (ในกรณีที่คลอดที่บ้านควรให้ภายในไม่เกิน 7 วันหลังคลอด)
1 เดือน	- วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี ครั้งที่ 2 (ถ้าแม่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบ บี)
2 เดือน	- วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 1 - วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 1 - วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี ครั้งที่ 2
4 เดือน	- วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 2 - วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 2
6 เดือน	- วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 3 - วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 3 - วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี ครั้งที่ 3
9 - 12 เดือน	- วัคซีนโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม ครั้งที่ 1 - ถ้าไม่ได้ฉีด วัคซีนโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม - หากฉีดไม่ทันเมื่ออายุ 9 - 12 เดือน ให้รีบติดตามฉีดโดยเร็วที่สุด
1 ½ - 2 ปี	- วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 4 - วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 4 - วัคซีนไข้สมองอักเสบ ครั้งที่ 1 - วัคซีนไข้สมองอักเสบ ครั้งที่ 2 ควรให้ห่างกัน 1 - 2 สัปดาห์ (หรือใช้เฉพาะในท้องถิ่นที่มีโรคนี้ชุกชุม)
2 ½ - 3 ปี	- วัคซีนไข้สมองอักเสบ ครั้งที่ 3 เป็นการฉีดกระตุ้น (ใช้เฉพาะในท้องถิ่นที่มีโรคนี้ชุกชุม)
4 - 6 ปี	- วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 5 - วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 5 (ถ้าอายุเกิน 6 ปี ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก แทนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก)

6 ปี
- วัคซีนโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม ครั้งที่ 2 (ใช้เฉพาะในเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 1
- วัคซีนป้องกันโรควัณโรคในกรณีที่ไม่มีแผลเป็นจากการฉีดวัคซีนป้องกันวัณโรคครั้งก่อน และเด็กติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีอาการของโรคเอดส์ ไม่ให้วัคซีนป้องกันวัณโรค

12 - 16 ปี
- วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก
- การให้วัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จะช่วยป้องกันโรคร้ายที่เกิดขึ้นในวัยเด็กได้หลายชนิด
- เด็กจำเป็นต้องได้รับวัคซีนอย่างครบถ้วนภายในขวบปีแรก
- เด็กจำเป็นต้องได้รับวัคซีนบางชนิดซ้ำ ๆ กันเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนั้นได้เต็มที่
- เด็กที่เป็นหวัด มีไข้เล็กน้อย สามารถรับวัคซีนได้
- ถ้าเด็กเจ็บป่วยมาก เมื่อถึงกำหนดรับวัคซีน อาจจะต้องเลื่อนไปก่อน เมื่อสบายดีแล้วให้มารับวัคซีนต่อไปได้ โดยไม่ต้องเริ่มใหม่
- หลังจากที่เด็กได้รับวัคซีน บางคนอาจมีไข้ ควรใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดตัวเด็ก และให้ยาลดไข้ตามแพทย์สั่ง บริเวณที่ฉีดวัคซีนอาจเกิดบวมแดง ควรใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบ อาการเหล่านี้ไม่มีอันตรายจะหายไปได้เอง
- ถ้าเด็กเคยมีอาการรุนแรงหลังฉีดวัคซีน เช่น ชัก ไข้สูงมาก ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนฉีดวัคซีนครั้งต่อไป

สุขอนามัยส่วนบุคคล

การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

- อาบน้ำ ชำระร่างกายบุตรวันละ 2 ครั้ง และเวลาเปียกแฉะ ควรรีบล้างเปลี่ยนผ้าให้สะอาด แห้งเสมอเวลาสวมใส่ให้บุตร
- ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดในปากบุตร บริเวณลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม เพดาน วันละ 2 ครั้ง ในเด็กอายุ 1 ปี
- ฝึกให้บุตรดื่มน้ำสะอาดทุกครั้งหลังดื่มนม เพื่อขจัดคราบนม เป็นการป้องกันฟันผุเมื่อมีฟันขึ้น
- เมื่อบุตรมีฟันขึ้น ใช้แปรงสีฟันขนนิ่มชุบน้ำ แปรงให้สะอาด ฝึกลูกให้เคยชินกับการแปรงฟันอย่างน้อยเช้า - ก่อนนอน

- เริ่มใช้ยาสีฟันได้เมื่อเด็กสามารถบ้วนปากได้เอง ใช้ยาสีฟันจำนวนเล็กน้อย สอนให้แปรงฟันถูกวิธีหลังรับประทานอาหาร
- รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไม่ทานจุบจิบ หลีกเลี่ยงขนมหวาน
- พาบุตรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน
- การเล่น เพื่อให้เด็กได้ฝึกการเข้าร่วมสังคม เป็นการพัฒนากรของกล้ามเนื้อและประสาท เสริมสร้างสติปัญญาโดยได้รับรู้จำนวน สี รูปร่าง ลักษณะ เป็นการฝึกให้บุตรมีระเบียบวินัย
- การออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ในเด็กจะเป็นการเล่นต่อไป อาจจะมีเกมส์กีฬา การเล่นนับว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง มีประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ
- การพักผ่อนที่สำคัญคือการนอน เด็กทารกนอนวันละ 16 ชั่วโมง ตื่นเป็นระยะเพื่อกินนม อายุ 4 - 5 เดือนอาจจะนอนรวดเดียว ช่วงการนอนจะนานขึ้นในตอนกลางคืน ถ้าไม่ตื่นไม่ต้องปลุกให้อาหาร อายุ 1 - 2 ปี อาจต้องการนอนช่วงกลางวัน 1 - 2 ครั้ง หลับได้ตลอดคืน อายุ 3 - 5 ปี อาจไม่ต้องนอนกลางวันเลย

ตาราง 27 กิจกรรมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครั้งที่ 3

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
1. มีความรู้ความเข้าใจในการพาบุตรไปตรวจสุขภาพ	**การตรวจสุขภาพ** การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงของบุตรปัญญาอ่อนเป็นระยะเพื่อทราบการเจริญเติบโตของร่างกายและภาวะโภชนาการปกติหรือไม่ ถ้าน้ำหนักและส่วนสูงของบุตรปัญญาอ่อนไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติจะได้	**<u>ขั้นนำ</u>** - ทักทายสมาชิกกลุ่มและทบทวนหัวข้อการอภิปรายครั้งที่แล้ว **<u>ขั้นกิจกรรม</u>** - ถามสมาชิกว่าน้ำหนักและส่วนสูงของบุตรปัญญาอ่อนอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ ทราบได้อย่างไร จากกราฟการเจริญเติบโตในสมุดบันทึกสุขภาพได้ผู้นำกลุ่มสาธิตการอ่านค่าจากกราฟให้	- สมาชิกที่ทราบสาธิตการอ่านค่ากราฟประเมินการเจริญเติบโตจากการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงโดยดูจากสมุดบันทึกสุขภาพของบุตรปัญญาอ่อน สมาชิกที่เหลือสังเกตการอ่านค่ากราฟจากภาพพลิก	- ภาพพลิกกราฟการชั่งน้ำหนักและส่วนสูงขยายมาจากสมุดบันทึกสุขภาพ	- สมาชิกสามารถบอกเรื่องการมาตรวจสุขภาพตามวัยของบุตรได้ถูกต้อง - สมาชิกตอบคำถามได้ถูกต้อง - มีความกระตือรือร้น ในการตอบ	- สมาชิกให้ความร่วมมือในการตอบคำถามและสรุปประสบการณ์ที่ได้ที่ได้รับในครั้งนี้ได้ได้ถูกต้อง

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาต่อถ้าเป็นโรงพยาบาลแพทย์จะทำการรักษาได้ทันท่วงที นอกจากนี้การตรวจสุขภาพตามนัดบุตรปัญญาอ่อนจะได้รับวัคซีนตามวัยที่กำหนดภายใน 1 ปีแรกและได้รับวัคซีนกระตุ้นเป็นระยะจนถึงอายุ 16 ปี วัคซีนจะช่วยป้องกันโรคร้ายที่เกิดในวัย	ดูพร้อมกับอธิบายประกอบ - สรุปและอธิบายเพิ่มเติมจากภาพพลิก - ให้สมาชิกอภิปรายถึงการพาบุตรไปรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคร้ายที่เกิดในวัยเด็กในเรื่องของ - การได้รับวัคซีนแต่ละวัยควรรับในวัยใดบ้าง	- ค่าจากกราฟในสมุดบันทึกสุขภาพได้สังเกต ผู้นำกลุ่มอ่านค่ากราฟการเจริญเติบโตให้ดูซักถามหากสงสัย - รับฟังสรุปและอธิบายเพิ่มเติมจากภาพพลิก - อภิปรายถึงการพาบุตรไปรับวัคซีนเพื่อป้องกันโรคร้ายที่เกิดในวัยเด็กในเรื่องของ	- ภาพพลิกการรับวัคซีนตามวัย	คำถาม	

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	- วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี ครั้งที่ 3 **4 เดือน** - วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 2 - วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 2 **6 เดือน** - วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 3 - วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 3					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	9 - 12 เดือน - วัคซีนโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม ครั้งที่ 1 **1 ½ - 2 ปี** - วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 4 - วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 4 - วัคซีนไข้สมองอักเสบ ครั้งที่ 1 - วัคซีนไข้สมองอักเสบ ครั้งที่ 2 (ห่างกัน					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	1 -2 สัปดาห์) หรือใช้ในพื้นที่มีโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบชุกชุม **2 ½ - 3 ปี** - วัคซีนไข้สมองอักเสบ ครั้งที่ 3 เป็นการฉีดกระตุ้น **4 - 5 ปี** - วัคซีนป้องกันโรควัณโรค - วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ครั้งที่ 5					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	- วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ครั้งที่ 5 **6 ปี** - วัคซีนโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม ครั้งที่ 2 **12 - 16 ปี** - วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก เด็กที่เป็นหวัดมีไข้เล็กน้อยสามารถรับวัคซีนได้ แต่ถ้าเด็กเจ็บป่วยมากเมื่อถึงกำหนดรับวัคซีนอาจ	- เมื่อบุตรปัญญาอ่อนเจ็บป่วยก่อนไปรับวัคซีนควรทำอย่างไร - เมื่อบุตรปัญญาอ่อนเคยมีอาการชัก ไข้สูง	- เมื่อบุตรปัญญาอ่อนเจ็บป่วยก่อนไปรับวัคซีนควรทำอย่างไร - เมื่อบุตรปัญญาอ่อนเคยมีอาการชัก ไข้สูง			

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ต้องเลื่อนไปก่อน เมื่อสบายดีแล้วให้มารับวัคซีนต่อไปได้โดยที่ไม่ต้องเริ่มต้นใหม่ หลังจากที่เด็กได้รับวัคซีนบางคนอาจมีไข้ ควรใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นเช็ดตัวเด็กและให้ยาลดไข้ตามแพทย์สั่ง บริเวณที่ฉีดอาจบวมแดง ควรใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบ ถ้าเด็กเคยมีอาการรุนแรงหลังฉีดวัคซีน เช่น ชัก ไข้สูงมาก ควรแจ้งให้	หลังรับวัคซีนควรทำอย่างไร	หลังรับวัคซีนควรทำอย่างไร			

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	แพทย์ทราบก่อนฉีดวัคซีนในครั้งต่อไป	- บริเวณที่ฉีดวัคซีนของบุตรปัญญาอ่อนบวมแดงควรทำอย่างไร - ข้อห้ามในการฉีดวัคซีนได้แก่อะไรบ้าง - สรุปและอธิบายเพิ่มเติม	- บริเวณที่ฉีดวัคซีนของบุตรปัญญาอ่อนบวมแดงควรทำอย่างไร - ข้อห้ามในการฉีดวัคซีนได้แก่อะไรบ้าง - ให้สมาชิกกลุ่มทุกคนสรุปว่าบุตรปัญญาอ่อนของตนเองได้รับวัคซีนอะไรไปแล้วบ้าง และควรจะรับวัคซีนอะไรอีกเมื่อไร - รับฟังสรุปและอธิบายเพิ่มเติม			

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
2. บอกได้ว่าการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลในแต่ละวัน มารดาปฏิบัติต่อบุตรอย่างไร	**สุขอนามัยส่วนบุคคล** - อาบน้ำชำระร่างกายบุตรปัญญาอ่อนวันละ 2 ครั้ง และเวลาเปียกแฉะควรรีบล้างเปลี่ยนผ้าที่สวมใส่ให้สะอาดแห้งเสมอ - ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำสะอาดเช็ดปากบุตรปัญญาอ่อนบริเวณลิ้นเหงือก กระพุ้งแก้ม เพดาน วันละ 2 ครั้ง ในเด็กอายุ 1 ปี	- ให้สมาชิกอภิปรายถึงการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของบุตรปัญญาอ่อนควรทำอย่างไรบ้างในเรื่องของ - การทำความสะอาดร่างกายของบุตรปัญญาอ่อน - การขจัดคราบนมและดูแลรักษาฟันของบุตรปัญญาอ่อน	- อภิปรายถึงการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของบุตรปัญญาอ่อนควรทำอย่างไรบ้างในเรื่องของ - การทำความสะอาดร่างกายของบุตรปัญญาอ่อน - การขจัดคราบนมและดูแลรักษาฟันของบุตรปัญญาอ่อน	- แผ่นภาพพลิกการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล		

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	- ฝึกบุตรปัญญาอ่อนให้ดื่มน้ำสะอาดทุกครั้งหลังดื่มนม เพื่อขจัดคราบนมเป็นการป้องกันฟันผุเมื่อมีฟันขึ้น - เริ่มใช้ยาสีฟันได้เมื่อเด็กสามารถบ้วนปากได้เองใช้ยาสีฟันจำนวนเล็กน้อย สอนให้แปรงฟันถูกวิธีหลังรับประทานอาหาร		- การเล่นเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการบุตรปัญญาอ่อน - การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพบุตรปัญญาอ่อน			

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
3. มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเล่นตามวัย	- รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไม่ทานจุบจิบ หลีกเลี่ยงขนมหวาน - พาบุตรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน - การเล่นเพื่อให้เด็กได้ฝึกการเข้าร่วมสังคม เป็นการพัฒนาการของกล้ามเนื้อและประสาทเสริมสร้างสติปัญญา โดยได้รับรู้จำนวน สี รูปร่าง ลักษณะเป็นการ	- การพักผ่อนของบุตรปัญญาอ่อนแต่ละวัย - ให้ผู้มีประสบการณ์อธิบาย - สรุปและอธิบายเพิ่มเติม	- การพักผ่อนของบุตรปัญญาอ่อนแต่ละวัย - รับฟังและซักถามเพิ่มเติม - รับฟังและอธิบายเพิ่มเติม			

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ฝึกให้บุตรมีระเบียบวินัย โดยของเล่นแต่ละวัย จัดดังนี้ **อายุ 1 เดือน** เด็กต้องการการสัมผัสใกล้ชิดทางร่างกาย ฉะนั้นการเล่นกับเด็กให้เพลิดเพลิน ได้แก่ การอุ้มนั่งตัก อุ้มเดินเล่น เล่นโดยหันหน้าเด็กออกจากตัวมารดา จ้องเด็กใกล้ๆ พูดเล่นด้วย จัดให้มีเสียงเพลง เสียงนาฬิกาเดิน เด็กจะเหยียดแขน	- ให้สมาชิกอภิปรายถึงการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการบุตรปัญญาอ่อน - ฉายสไลด์เกี่ยวกับการเล่นของเด็กในแต่ละวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุตรปัญญาอ่อน	-อภิปรายถึงการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุตรปัญญาอ่อน - บอกประเภทของเล่นในแต่ละวัยได้	- สไลด์ภาพการเล่นของเด็กแต่ละวัย		

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ขา บิดตัวไปมาเป็นการผ่อนคลาย **อายุ 2 -3 เดือน** การเล่นยังคงเป็นการกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย แขน ขา แตะเท้าไปมา นอนเหยียดหรือนอนคว่ำนอนหงาย เด็กวัยนี้จะสังเกตสีรูปร่าง เลียนแบบการเคลื่อนไหวได้ จัดให้มองเห็นวิวรอบบ้าน ของเล่นที่จัดให้ช่วงนี้ควรเป็นของแขวนห้อย					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	เหนือเตียง หรือผูกของเล่นสีสดขวางเตียงเป็นของที่มีเสียงเมื่อจับดึง ฝึกถือจับขวดนมโดยมีมือมารดาช่วยประคอง **อายุ 4 - 6 เดือน** ยังคงจ้องมองของแขวนสีสดใส วัยนี้เพิ่มของเขย่าของเล่นที่มีเสียงหรือกระดิ่ง ให้ยางที่กัดและจับดึงได้ เล่นกับเด็กเรียกชื่อ จับเด็กให้กระ-โดดบนตักผู้อุ้ม ชอบตีน้ำเล่นเมื่ออาบน้ำ ฝึก					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ถือจับขวดนมเอง **อายุ 6 - 9 เดือน** ให้มีโอกาสคืบบนพื้น กลิ้งลูกบอลใหญ่ๆ บนพื้น ให้เด็กคืบตาม ชอบเล่นกล่องเปล่า จ๊ะเอ๋ ชอบมองกระจก จับนั่งเกาะเก้าอี้ตัวเตี้ยๆหยิบจับของใส่ตะกร้า หยิบจับของชิ้นเล็กด้วย 2 นิ้ว (นิ้วโป้งกับนิ้วชี้) เช่น ไม้หนีบผ้า หมุดตันไม้ หมุดสี 25 เม็ด (ต้องมีคนคอยดูและ					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ระวังเอาเข้าปาก) ดูภาพจากหนังสือรูปภาพสัตว์ เล่นตบมือ หยอดกล่องบล็อคทรงเรขาคณิต โดยเฉพาะช่องทรงกลม **อายุ 9 - 12 เดือน** เด็กเหนี่ยวตัวเองให้ยืนโดยการเกาะเก้าอี้ เกาะเครื่องเรือน ชอบเล่นของที่มีล้อผลักจากของใช้ในบ้าน เช่น ช้อนชามพลาสติก ดูภาพจากหนังสือ ซ้อนกล่อง					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	เปล่า หรือท่อนไม้ได้ 2 ชั้น กลิ้งบอลให้เด็กและทำท่าให้โยนกลับมา ชี้ส่วนของร่างกายและบอกทีละอย่าง เลียนเสียงสัตว์ ให้สัมผัสของที่ร้อนเย็น และบอกให้รู้ ให้รู้จักลมพัดจากพัดลม เขียนเส้นตรงโดยมารดาจับมือให้เขียนตาม หยอดบล็อคทรงเรขาคณิตได้ 2 ช่อง ได้แก่ ทรงกลมและทรงเหลี่ยม					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	อายุ 18 - 24 เดือน ชอบเล่นของเล่นที่ลากถือได้ ยังชอบเล่นลูกบอลใหญ่ๆ เล่นกล่องซ้อนกัน ยืนบนเก้าอี้เตี้ยๆ ขีดเขียนด้วยดินสอ ชอบคันคว้าสิ่งแวดล้อม ร้อยลูกปัดเม็ดใหญ่ เล่นเกมส์ซ่อนหา เกมส์กระดานทรงเรขาคณิต ชอบให้จูงขึ้นลงบันได แต่งตัวสวมใส่ถอดเสื้อยืด รูดซิปติดกระดุม					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	อายุ 2 ปี ชอบเล่นของเล่นที่มีล้อลากดันได้ เช่น รถคันเล็กๆ - กล่องสำหรับปีนป่าย ชอบกระโดดจากพื้นบันไดเตี้ยๆ - เล่นระบายสีด้วยนิ้วมือ - เล่นแยกสี ได้แก่ แป้นสามสี - เล่นน้ำ เล่นทราย - ของเล่นที่แสดงความรู้สึกขุ่นมัวออกมาได้ เช่น มัวนพลาสติก					

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ม้อนตอก ลูกกลิ้ง - เล่นของใช้ในบ้าน เช่น หม้อ กระทะ ถ้วย - ชอบเล่นกลางแจ้ง เช่น ว่ายน้ำ เตะลูกบอล - ชอบฟังนิทาน พูดคุยเกี่ยวกับภายในหนังสือ - ขีดเขียนรูปกากบาท วาดวงกลม - ชี้รูปภาพตามที่บอกได้ **อายุ 2 ปี 6 เดือน** - ชอบเดินทรงตัว เล่นบันไดลื่นเตี้ยๆ					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	- เกมส์ง่ายๆ ที่ต้องกระโดดวิ่ง - แต่งตัวเลียนแบบผู้ใหญ่ พ่อแม่ พยาบาล สวมหมวก สวมรองเท้า ซอบถือกระเป๋าเหมือนผู้ใหญ่ - แยกสีได้ 2 สี - ขีดเขียนวาดรูปคน - นับเลขตามได้ **อายุ 3 ปี** - ชอบกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหว รถสามล้อ รถลากสี่ล้อ ม้าโยก					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	รถเด็ก - ของเล่นสำหรับก่อสร้าง เช่น บล็อคไม้ ท่อนไม้ ทาสี - ต่อภาพปริศนาง่ายๆ - เล่นบ้าน แต่งตัวเป็นพ่อแม่ มีเครื่องใช้ในบ้าน เตา จาน ไม้กวาด ตุ๊กตา เตารีด - เขียนตามเส้นประ - นับเลข 1 - 10 ได้ - ต่อท่อนไม้ได้ 8 -10 ก้อน - บอกชื่อตัวเองได้					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
4. มารดาบอกได้ว่าเด็กแต่ละวัยมีการออกกำลังกายอย่างไร และจะกระตุ้นพัฒนาการอย่างไร	- บอกชื่อสัตว์ได้ตามรูปภาพที่ชี้ - แยกสีได้ 3 สี การออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นพัฒนาการบุตร **แรกเกิด** - การอาบน้ำ - การเปลี่ยนท่าในเวลานอนหลับ เนื่องจากปัสสาวะ อุจจาระรดที่นอน เปลี่ยนผ้าอ้อม - นวดปากลิ้น กระพุ้งแก้มเด็กนานประมาณ	- ให้สมาชิกอภิปรายถึงการออกกำลังกายของบุตรปัญญาอ่อนควรทำอย่างไรบ้าง -ฉายสไลด์ภาพการออกกำลังกาย - สาธิตการออกกำลังกายบุตรปัญญาอ่อน	- อภิปรายถึงการออกกำลังกายของบุตรปัญญาอ่อนทำอย่างไรบ้างในแต่ละวัย ในเรื่องของ - การบริหารแขนขา - การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก	- สไลด์ภาพการกระตุ้นพัฒนาการแต่ละวัย		

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	3 - 5 นาทีก่อนให้ดูดนม และลูบลำคอเด็กเพื่อฝึกกลืนนม - นวดคลึงเปลือกตาบนให้เปิดขึ้น - นวดคลึงตามกล้ามเนื้อ แขนขาเด็ก **อายุ 2 - 3 เดือน** - นวดคลึงกล้ามเนื้ออย่างเบามือ และกล้ามเนื้อหลังให้แข็งแรง - จับเด็กอุ้มหันหน้าออกจากตัวมารดาเพื่อให้กล้ามเนื้อคอบุตร					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	แข็งแรง - ฝึกเกร็งคอบุตรโดยดึงเด็กขึ้นนั่งจากท่านอนหงาย โดยที่ศีรษะเด็กหงายไปด้านหลังเล็กน้อย - ยกศีรษะในท่านอนคว่ำ ใช้ผ้าขนหนูม้วนหรือหมอนข้างใบเล็กรองใต้อกแล้วลูบคอและหลังเด็กเพื่อกระตุ้นให้เด็กยกศีรษะขึ้น ใช้ของเล่นที่มีเสียงและเคลื่อนไหวได้วางล่อ					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ข้างหน้า ยกของเล่นให้สูงขึ้นช้าๆ เด็กจะมองตามและพยายามยกศีรษะขึ้น **4 - 5 เดือน** - ฝึกการลงน้ำหนักแขนขา โดยจับเด็กนอนคว่ำบนหมอนข้างลงน้ำหนักบนแขนที่วางไปข้างหน้า โดยจับแขนขาเหยียดตรงและวางของเล่นไว้ข้างหน้าให้เด็กมองและคว้าจับ เมื่อเด็กลงน้ำหนักบนแขนทั้ง					

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	2 ข้างได้แล้วให้ยกสะโพกเด็กขึ้นเพื่อให้เข่าเด็กงอ และลงน้ำหนักบนเข่าทั้งสองข้าง มารดาโยกหมอนข้างเบาๆ เป็นการฝึกการลงน้ำหนักที่แขนขาด้วย - การบริหารแขน โดยจับเด็กนั่งบนตักหันหน้าออก มารดาจับมือเด็กทั้ง 2 ข้าง และใช้นิ้วโป้งประคองข้อมือเด็กไว้ด้วยโดยค่อยๆ ดึง					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	แขนเด็กให้ เหยียดตรงไปข้างหน้ากางไปทางด้านข้าง ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ ลดแขนลงข้างตัวงอแขนไว้ที่ระดับหน้าอก ทำให้ครบวงจรเช่นนี้ 7 - 8 ครั้ง - การบริหารขา โดยจับเด็กนั่งตักหันหน้าออกมารดาใช้มือซ้ายประคองเข่าเด็กข้างซ้ายให้ตรง ส่วนมือขวาของมารดารองไว้ใต้เท้าเด็ก การบริหารขาทำโดย					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	การยืดขาเด็กออกและหุบเข้า (ทำครั้งละ 7- 8 ครั้งสลับทำทั้งข้างซ้ายและข้างขวา) - การลงน้ำหนักในท่ายืน มารดาคุกเข่ากับพื้นจับเด็กยืนให้หลังพิงกับหน้าขาและหน้าท้องมารดา จัดท่าให้เด็กลงน้ำหนักบนเท้าทั้ง 2 ข้าง ลำตัวตั้งตรง - จับเด็กพลิกตะแคงตัวและกลิ้งคว่ำตัว โดยมารดาช่วยผลักสะโพก					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	เด็กเบาๆ ถ้าแขนติดอยู่ใต้หน้าอก มารดาต้องดึงชายเสื้อเพื่อช่วยดึงแขนเด็กออกด้วย - นั่งได้ชั่วครู่โดยเด็กเหยียดแขนขาเอามือยันพื้นได้ **6 - 7 เดือน** - นั่งได้นาน 1 นาทีโดยไม่ล้ม แขนไม่เกร็ง และใช้มือเล่นของเล่นได้ - ในท่านอนคว่ำลุกขึ้นมาอยู่ในท่าคลานและโยกตัวได้					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	- จากท่าคลานลุกขึ้นมาอยู่ในท่านั่งได้ **9 - 12 เดือน** - โหนตัวขึ้นเพื่อเกาะยืนโดยหาราวให้เหนี่ยวและหาเก้าอี้ตัวเตี้ยๆ ให้เด็กรองนั่ง - ยืนตั้งไข่โดยจับเด็กยืนเอาหลังพิงผนังและให้เด็กถือของเล่น 2 มือ มารดาเรียกชื่อเด็กให้โผเข้าหาตัวมารดา - เด็กเกาะเดินไปข้างๆ โดยหน้าเด็กหันหาของ					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	ที่เกาะ **อายุ 12 -15 เดือน** - หัดเด็กลุกยืนและหย่อนก้นลงนั่ง - หัดเด็กเดินโดยช่วยจูงมือเด็กทั้งสองข้าง มารดาอยู่ด้านหลังเด็ก จับมือเด็กทั้ง 2 ข้างให้อยู่ในระดับไหล่ของเด็ก และใช้ของเล่นล่อข้างหน้า เช่น ลูกบอล รถเด็กเล่น					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	อายุ 15 - 18 เดือน - เดินได้คล่อง มารดาชักชวนให้เด็กเดินไปยังที่ต่างๆ บ่อยๆ เช่น เดินขึ้นลงที่ชันเล็กน้อย เดินบนทราย - โยน ขว้าง รับลูกบอล - เตะลูกบอล **อายุ 18 - 24 เดือน** - เดินถอยหลังโดยใช้ของเล่นที่ลากจูงได้วางไว้ข้างหน้าเด็ก ให้เด็กจับเชือกและก้าวถอยหลัง					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
	- เดินขึ้นบันไดโดยมือหนึ่งจับมือมารดา อีกมือหนึ่งจับราวบันได และหัดก้าว - กระโดดโดยช่วยพยุง โดยให้เด็กนั่งยองๆ บนโต๊ะเตี้ยๆ บอกเด็กให้กระโดดลงมา มารดาจับมือเด็กทั้ง 2 ข้าง **อายุ 2 - 3 ปี** - วิ่งไล่จับ - กระต่ายขาเดียว - ว่ายน้ำ					

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
5. มารดามีความรู้ความเข้าใจเรื่องการพักผ่อนของเด็กแต่ละวัย	การพักผ่อนที่สำคัญคือการนอน เด็กทารกนอนวันละ 16 ชั่วโมง ตื่นเป็นระยะเพื่อกินนม อายุ 4 - 5 เดือน อาจจะนอนรวดเดียว ช่วงการนอนจะนานขึ้นในตอนกลางคืน ถ้าไม่ตื่นไม่ต้องปลุกให้อาหาร อายุ 1 - 2 ปี อาจต้องการนอนช่วงกลางวัน 1 - 2 ครั้ง หลับได้ตลอดคืน อายุ 3 - 5 ปี อาจไม่นอนกลางวันเลย	- ให้สมาชิกอภิปรายถึงการให้เด็กพักผ่อนแต่ละวัย - ให้ผู้มีประสบการณ์อธิบาย - สรุปและอธิบายเพิ่มเติม	- อภิปรายถึงการให้เด็กพักผ่อนแต่ละวัย - ช่วยกันสรุปและรับฟังอธิบายเพิ่มเติม			

ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		<u>ขั้นอภิปรายสรุปและการนำไปใช้</u> - ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปประสบการณ์ที่ได้รับในครั้งนี้และครั้งที่แล้ว - กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความรู้สึกนึกคิดหรือปัญหาที่มีอยู่ในใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ที่มีอายุตั้งแต่ 3 เดือน - 3 ปี - ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกันที่บ้านหลังจาก				

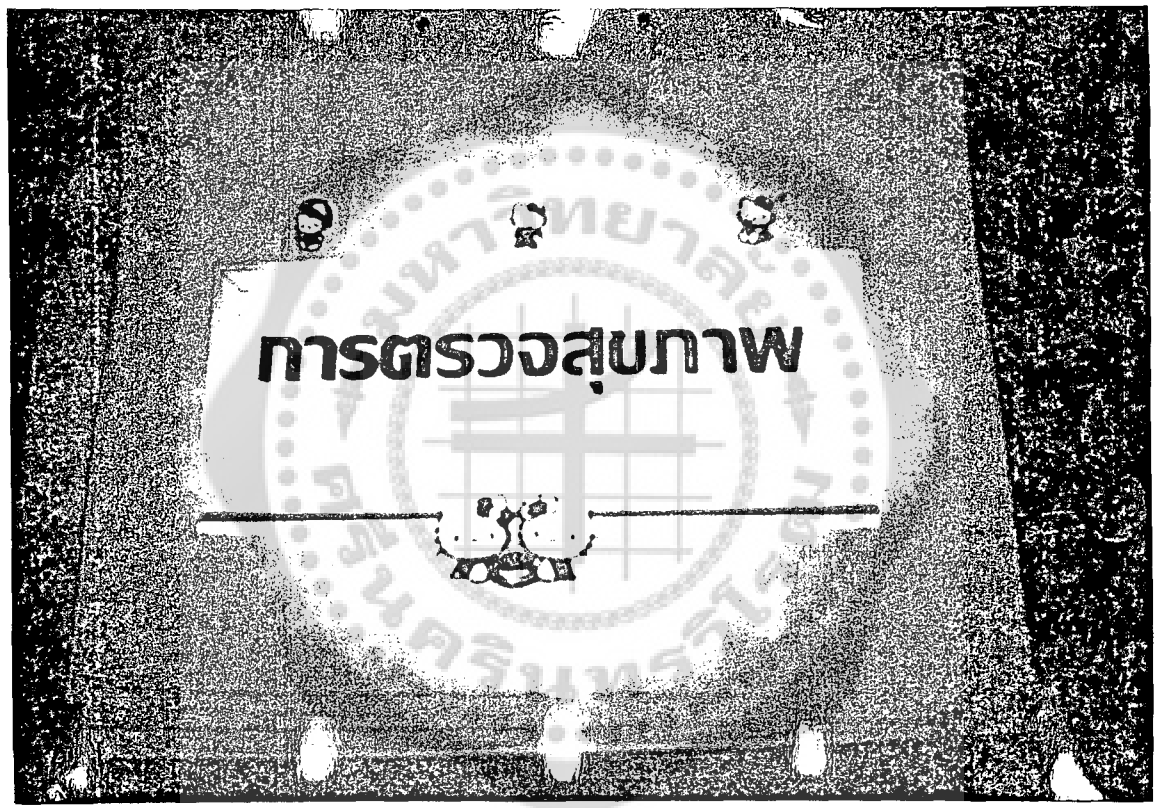
ตาราง 27 (ต่อ)

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	บทบาทผู้นำกลุ่ม	บทบาทสมาชิกกลุ่ม	อุปกรณ์	การประเมินผล	
					เกณฑ์การประเมิน	ผลการประเมิน
		ปิดกลุ่มแล้วยังสามารถปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนได้อีก				

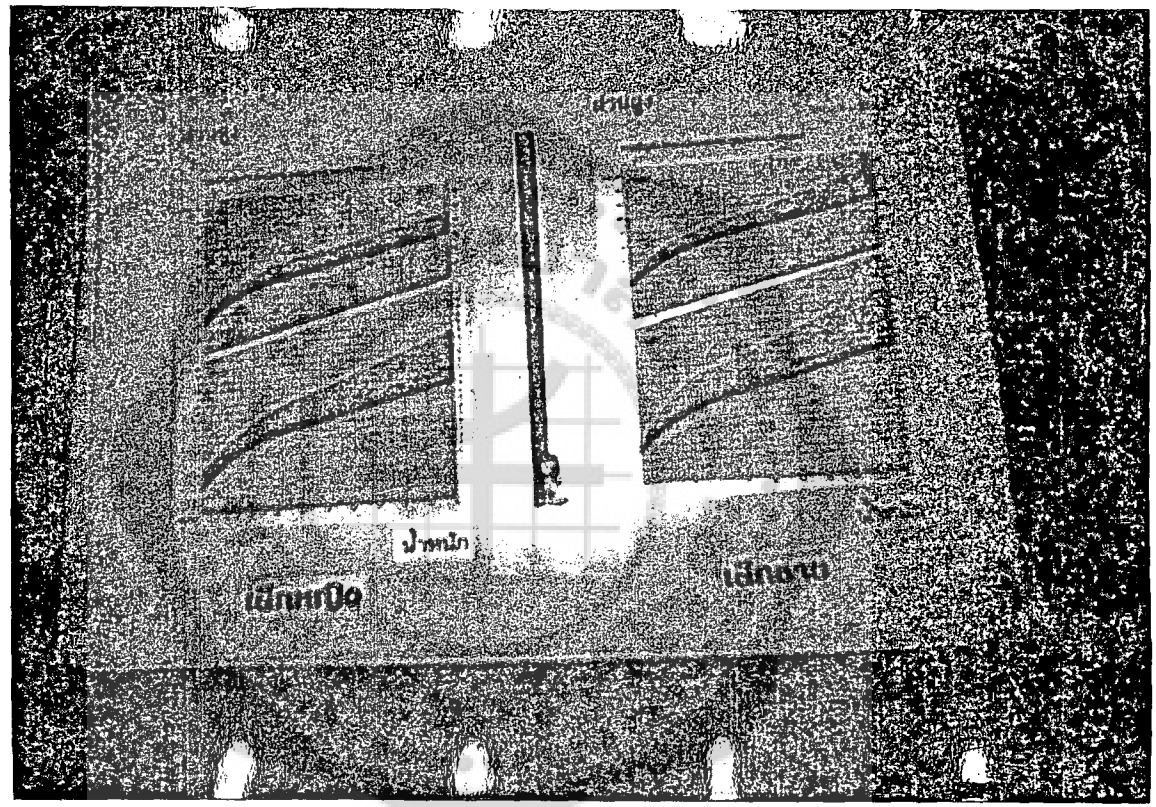
ภาคผนวก ง
แผ่นภาพพลิกเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดา ที่เข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ



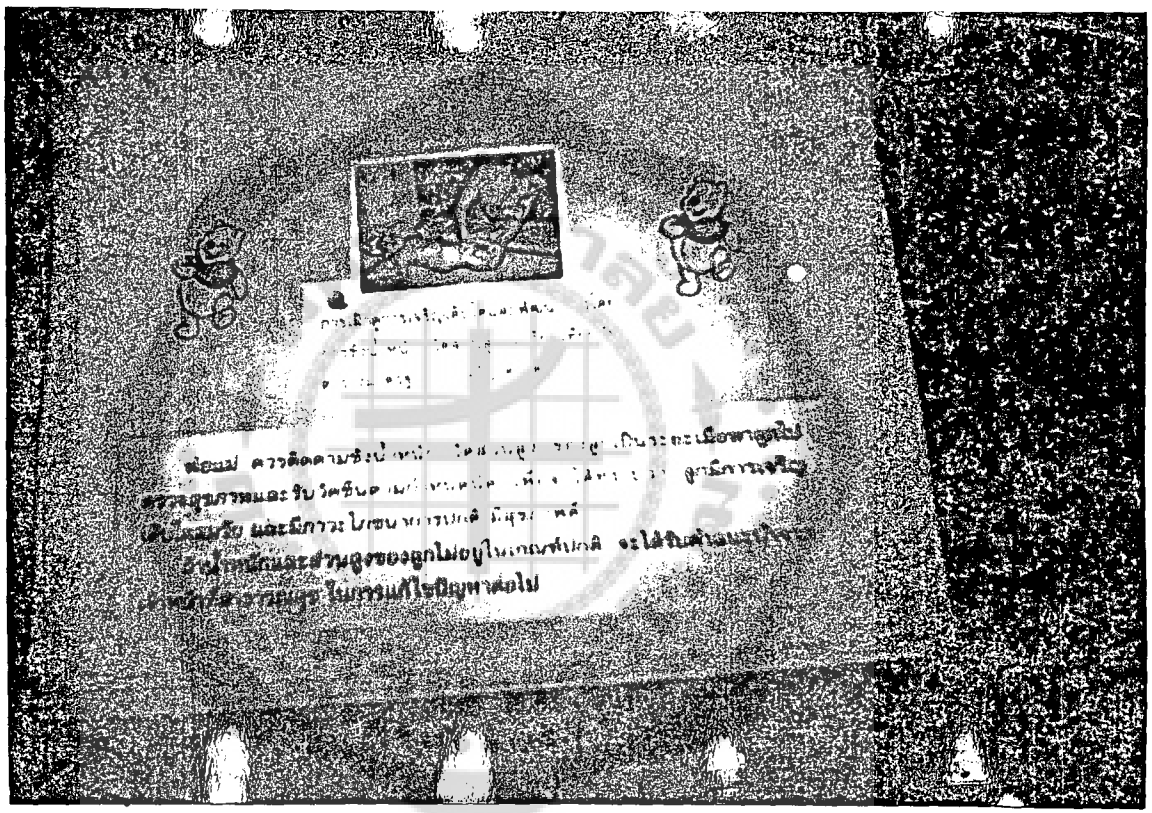
ภาพประกอบ 9 แผ่นภาพพลิกเรื่องพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน



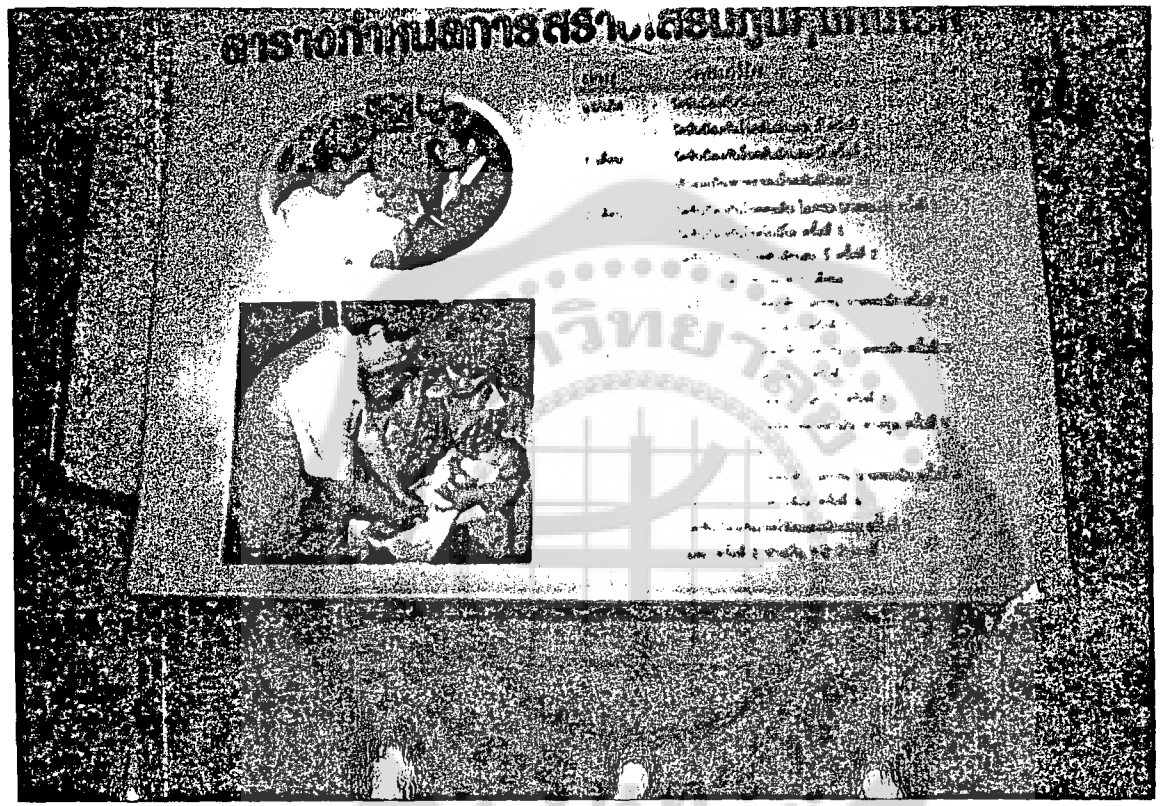
ภาพประกอบ 10 แผ่นภาพพลิก ตอนที่ 1 การตรวจสุขภาพตามนัดของบุตรปัญญาอ่อน



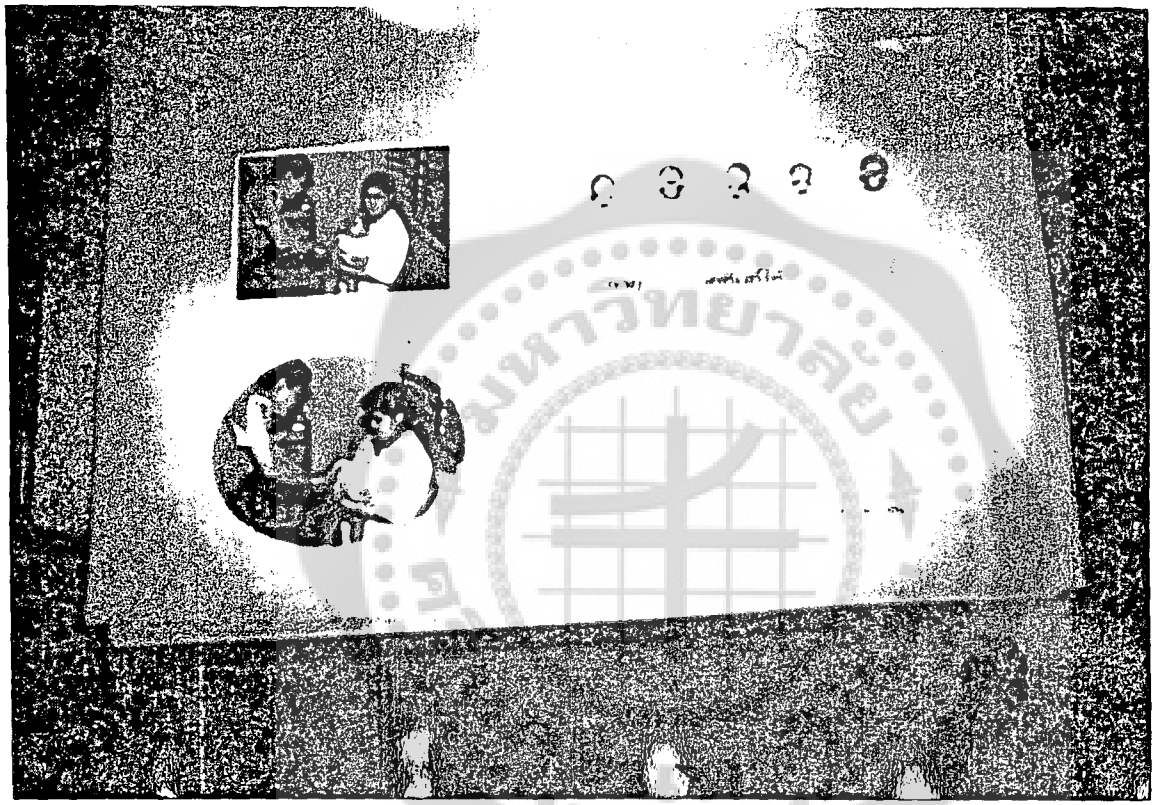
ภาพประกอบ 11 แผ่นภาพพลิกแสดงกราฟการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง



ภาพประกอบ 12 แผ่นภาพพลิกแสดงการวัดส่วนสูงของบุตรปัญญาอ่อน



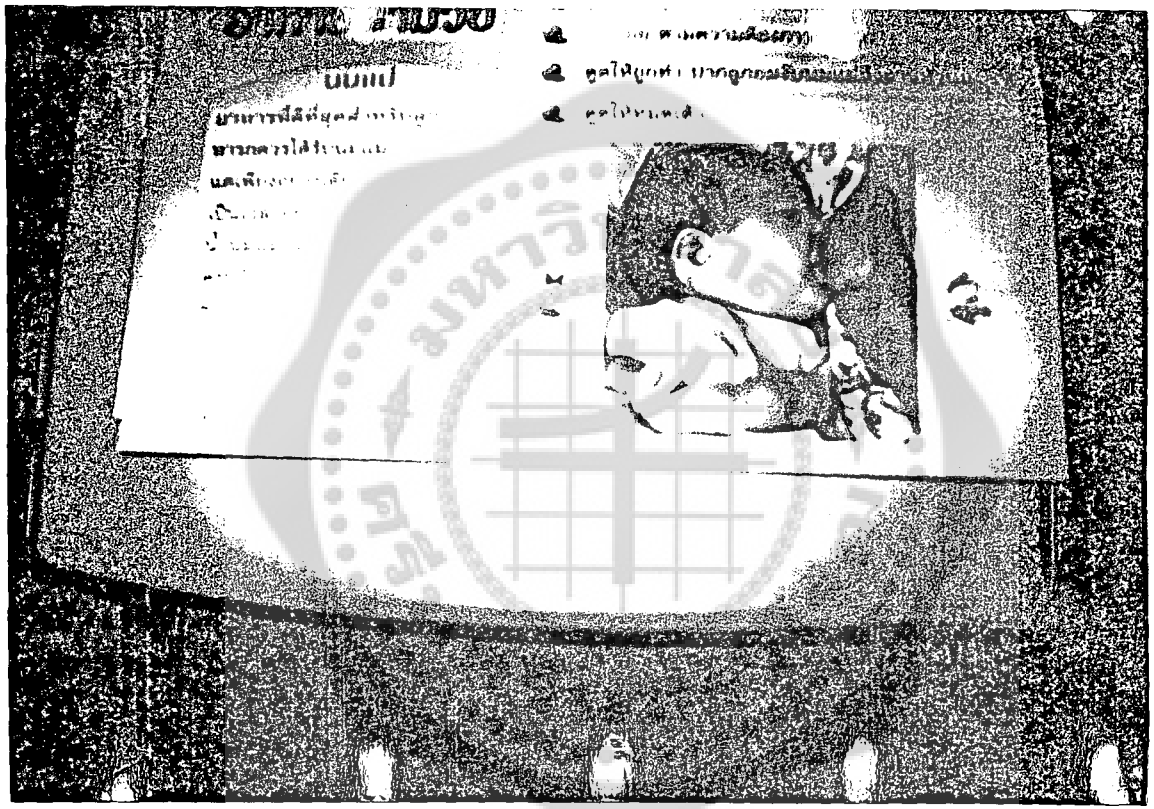
ภาพประกอบ 13 แผ่นภาพพลิกแสดงตารางกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของบุตรปัญญาอ่อน ตั้งแต่อายุแรกเกิด ถึง 2 ปี



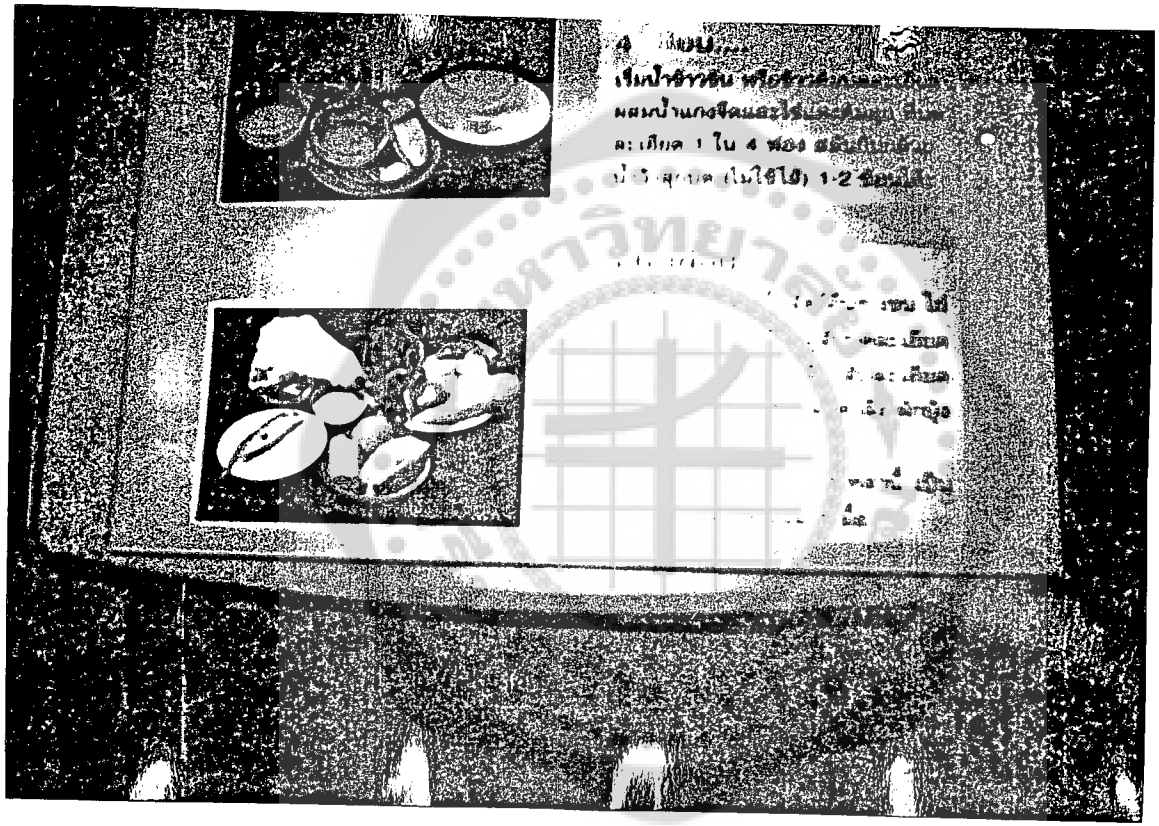
ภาพประกอบ 14 แผ่นภาพพลิกแสดงตารางกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของบุตรปัญญาอ่อน (ต่อ)
อายุ 2 ปี 6 เดือน ถึง 6 ปี



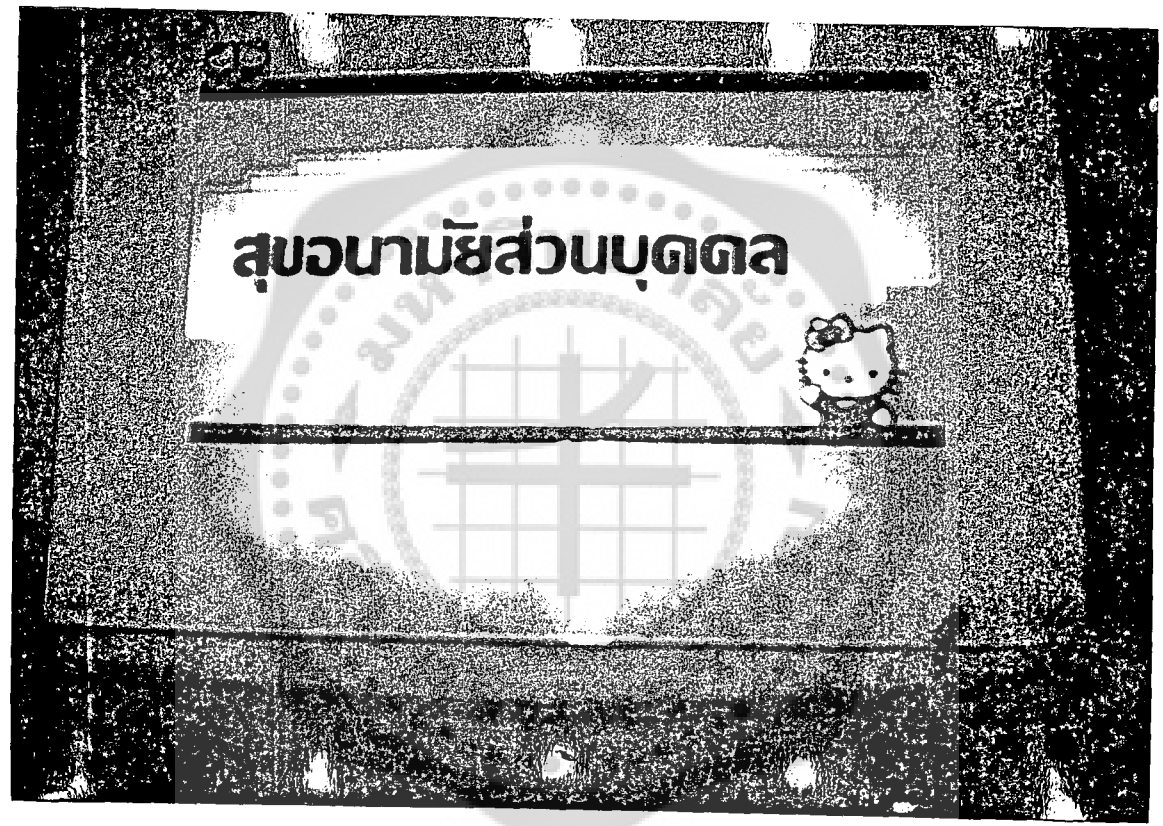
ภาพประกอบ 15 แผ่นภาพพลิก ตอนที่ 2 การให้อาหารตามวัยของบุตรปัญญาอ่อน



ภาพประกอบ 16 แผ่นภาพพลิกแสดงการให้นมแม่กับบุตรปัญญาอ่อน ตั้งแต่แรกเกิด ถึง 4 เดือน



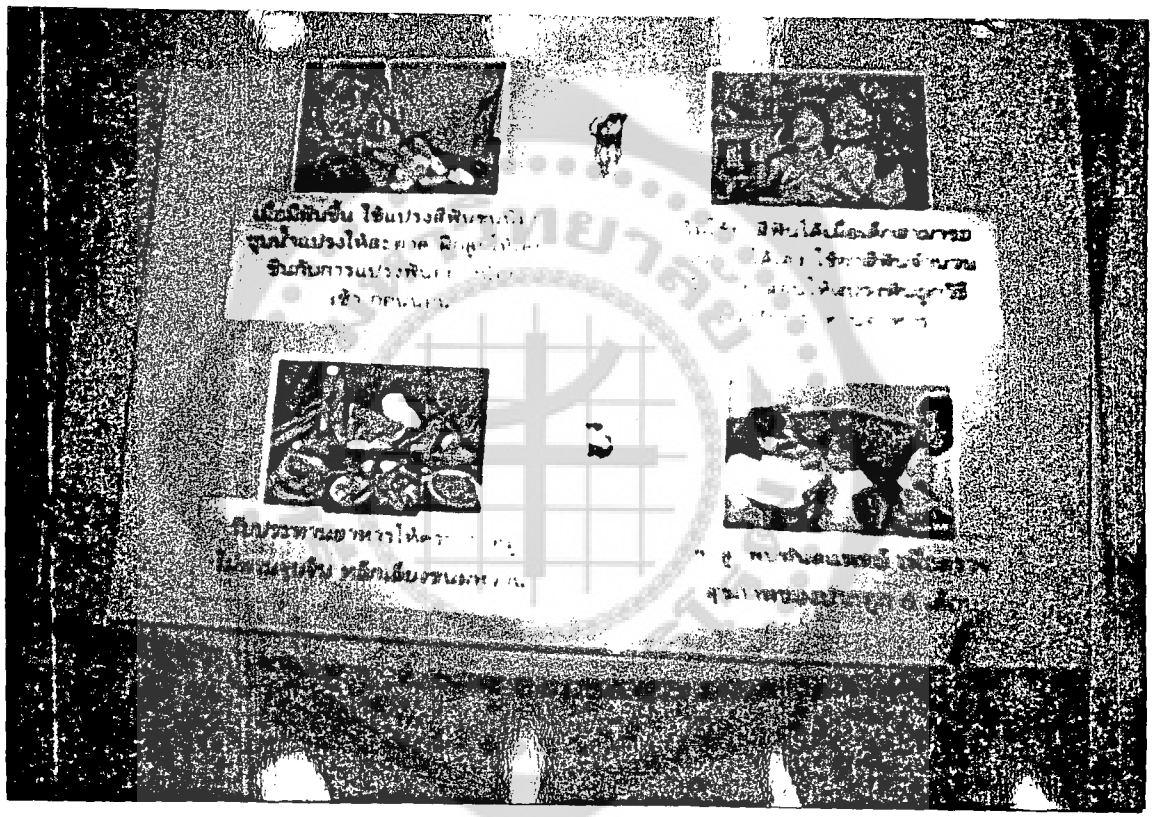
ภาพประกอบ 17 แผ่นภาพพลิกแสดงการให้อาหารตามวัยกับบุตรปัญญาอ่อน ตั้งแต่อายุ 4 เดือน ถึง 1 ปี



ภาพประกอบ 18 แผ่นภาพพลิก ตอนที่ 3 สุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของบุตรปัญญาอ่อน



ภาพประกอบ 19 แผ่นภาพพลิกแสดงการทำความสะอาดร่างกายบุตรปัญญาอ่อนในช่วงวัยทารก



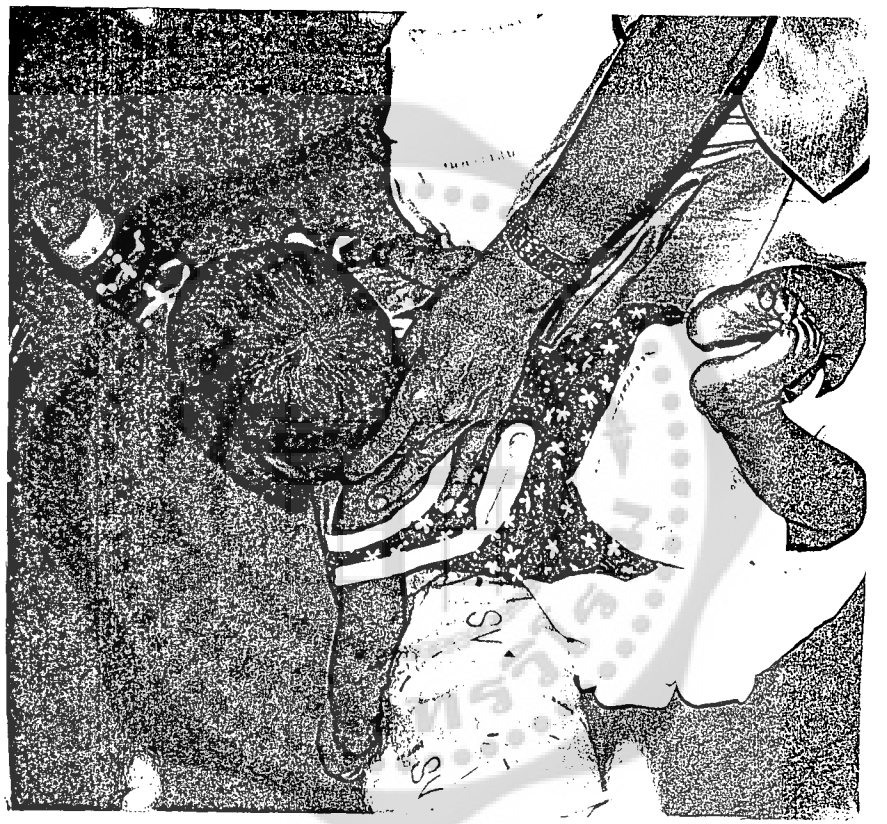
ภาพประกอบ 20 แผ่นภาพพลิกแสดงการฝึกหัดบุตรปัญญาอ่อนทำความสะอาดฟัน



ภาพประกอบ 21 แผ่นภาพพลิก ตอนที่ 4 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัยของบุตรปัญญาอ่อน



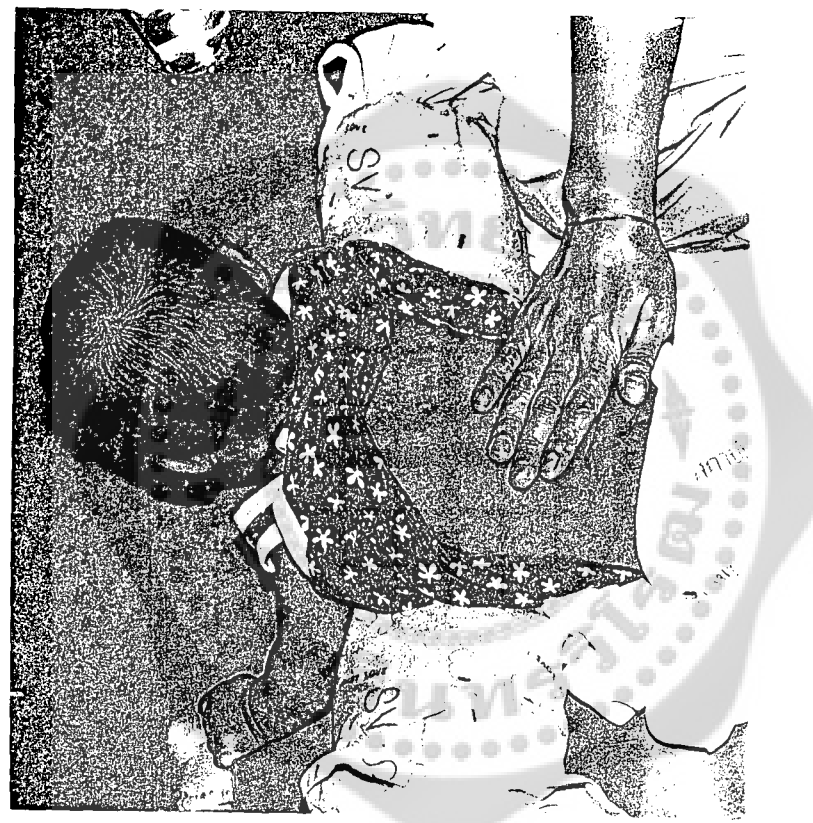
ภาพประกอบ 22 แผ่นภาพพลิกแสดงท่าการนวดปากบุตรปัญญาอ่อน



ภาพประกอบ 23 แผ่นภาพพลิกแสดงท่าการนวดกล้ามเนื้อคอ



ภาพประกอบ 24 แผ่นภาพพลิกแสดงท่าการใช้ของเล่นสีสด ๆ ล่อให้บุตรปัญญาอ่อนจ้องมองตาม



ภาพประกอบ 25 แผ่นภาพพลิก แสดงท่าการนวดหลังบุตรปัญญาอ่อน



ภาพประกอบ 26 แผ่นภาพพลิก แสดงท่าการฝึกหัดหยอดกล่องบล็อคทรงเรขาคณิต

ภาคผนวก จ
แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนที่มารดาเข้ารับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรที่มีภาวะปัญญาอ่อน

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรที่มีภาวะปัญญาอ่อน

ตอนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรที่มีภาวะปัญญาอ่อน

<u>คำชี้แจง</u>

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนของมารดาที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาวิจัยประกอบการศึกษาระดับมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา เท่านั้น การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใดทั้งสิ้น จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และขอขอบคุณในความกรุณาของท่านไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาววชิรพร โชติพานัส
นิสิตปริญญาโท หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) ตามข้อความเป็นจริง

1. ระดับการศึกษา
   - ( ) ประถมศึกษา
   - ( ) มัธยมศึกษา
   - ( ) อาชีวศึกษา, พาณิชย์, ปกศ.
   - ( ) ปริญญาตรีขึ้นไป
2. ระยะเวลาในการดูแลบุตร
   - ( ) 1 - 5 เดือน
   - ( ) 6 - 11 เดือน
   - ( ) 1 ปี - 1 ปี 11 เดือน
   - ( ) 2 ปีขึ้นไป
3. จำนวนบุตร
   - ( ) 1 คน
   - ( ) 2 คน
   - ( ) 3 คน
   - ( ) มากกว่า 3 คนขึ้นไป
4. การรับรู้ระดับเชาวน์ปัญญาของบุตร
   - ( ) น้อย
   - ( ) ปานกลาง
   - ( ) มาก
5. รายได้ของครอบครัว
   - ( ) ต่ำกว่า 4,000 บาท
   - ( ) 4,000 - 5,999 บาท
   - ( ) 6,000 - 7,999 บาท
   - ( ) 8,000 - 9,999 บาท
   - ( ) 10,0000 บาทขึ้นไป

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรที่มีภาวะปัญญาอ่อน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
ความรู้ของมารดาในการป้องกันการตั้งครรภ์				
1. บุตรที่มีความผิดปกติอาจเกิดจากการที่สมองขาดออกซิเจนขณะอยู่ในครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด				
2. มารดาควรปรึกษาแพทย์ก่อนมีบุตร ถ้าบิดามารดามีประวัติเป็นโรคทางพันธุกรรม				
3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี อาจให้กำเนิดบุตรที่มีความผิดปกติได้				
4. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากเกิน 35 ปี อาจให้กำเนิดบุตรที่มีความผิดปกติได้				
5. หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคหัดเยอรมันจะมีผลต่อบุตรในครรภ์				
6. หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคซิฟิลิสจะมีผลต่อบุตรในครรภ์				
7. หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคตับอักเสบบีจะมีผลต่อบุตรในครรภ์				
8. หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มเหล้าจะมีผลต่อบุตรในครรภ์				
9. หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีนจะไม่มีผลต่อบุตรในครรภ์				

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
10. มารดาที่ได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจขณะตั้งครรภ์จะไม่มีผลต่อบุตรในครรภ์				
ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตร 11. การฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการควรทำตั้งแต่บุตรอายุ 1 ปีขึ้นไป บุตรจึงจะมีการรับรู้ได้				
12. บุตรอายุ 5 เดือนแล้วยังไม่พลิกคว่ำหงาย ควรปรึกษาแพทย์ทันที				
13. บุตรอายุ 5 เดือนแล้วยังลุกนั่งเองไม่ได้ ควรปรึกษาแพทย์ทันที				
14. บุตรอายุ 1 ปี 6 เดือนแล้วยังไม่มีภาษาพูด ควรรอให้โตก่อน				
15. ในการเลี้ยงดูบุตรคนนี้ นอกจากการเลี้ยงดูเหมือนปกติแล้ว บุตรต้องการได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย				
ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุตร 16. ท่านควรพาบุตรคนนี้ไปรับการฉีดวัคซีนทุกครั้งเพื่อให้มีแรงต้านทานโรค				
17. ท่านไม่ควรพาบุตรคนนี้ไปรับการฉีดวัคซีน ถ้าบุตรมีไข้				

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลให้บุตรช่วยเหลือตัวเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน				
18. ท่านควรให้บุตรคนนี้เมื่ออายุ 1 ปีขึ้นไปช่วยเหลือตัวเองทุกครั้งในการรับประทานอาหาร				
19. ท่านควรให้บุตรคนนี้อายุ 1 ปีขึ้นไปช่วยเหลือตัวเองบ้าง และมารดาช่วยทำให้บ้างในเวลาแปรงฟัน				
การให้รางวัลและการทำโทษบุตร				
20. ท่านควรให้รางวัลบุตรคนนี้เมื่อทำงานสำเร็จตามคำสั่ง				
21. ถ้าท่านดุหรือทำโทษบุตรคนนี้บิดาต้องปลอบเด็ก				

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	หมายเหตุ
ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการรักษา				
1. การรักษาของแพทย์และฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการทำให้บุตรคนนี้มีพัฒนาการดีขึ้น				
2. การรักษาโดยรดน้ำมนต์ทำให้บุตรหายจากโรคนี้ได้				
3. บุตรคนนี้จะมีพัฒนาการปกติโดยไม่ต้องฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ				
4. บุตรคนนี้ต้องได้รับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้พัฒนาการดีขึ้น				
5. เมื่อทราบจากแพทย์ว่าบุตรมีพัฒนาการล่าช้า ควรเข้ารับการการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการทันที				
ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับสาเหตุ				
6. ถ้ามารดารับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดมาก หวานมาก หรือเค็มมากขณะตั้งครรภ์ทำให้บุตรมีความผิดปกติได้				
7. ถ้ามารดาทำงานหนักขณะตั้งครรภ์ทำให้บุตรมีความผิดปกติได้				
8. มารดาติดยาเสพติดขณะตั้งครรภ์จะทำให้บุตรมีความผิดปกติได้				

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	หมายเหตุ
9. มารดาได้รับอุบัติเหตุขณะตั้งครรภ์จะทำให้บุตรมีความผิดปกติได้				
10. มารดามีความเครียดขณะตั้งครรภ์ทำให้บุตรมีความผิดปกติได้				
ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตร				
11. ท่านเชื่อว่าบุตรคนนี้อายุ 3 เดือนมีการจ้องมองหน้าและชันคอได้เองเหมือนเด็กปกติ				
12. ท่านเชื่อว่าบุตรคนนี้อายุ 4 เดือนสามารถพลิกคว่ำหงายได้เหมือนเด็กปกติ				
13. ท่านเชื่อว่าบุตรคนนี้อายุ 8 เดือนสามารถลุกนั่งได้เองเหมือนเด็กปกติ				
14. ท่านเชื่อว่าบุตรคนนี้อายุ 1 ปีสามารถเดินได้เองเหมือนเด็กปกติ				
15. ท่านเชื่อว่าบุตรคนนี้อายุ 1 ปีสามารถพูดได้เองเหมือนเด็กปกติ				
16. ท่านเชื่อว่าถ้าบุตรคนนี้ยังพูดคำว่า “ปลา” ไม่ได้จะไม่ให้รับประทานปลา				
17. ท่านเชื่อว่าถ้าฟันน้ำนมของบุตรคนนี้ยังไม่ขึ้น ไม่ควรให้บุตรส่องกระจก				

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	หมายเหตุ
ความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวการส่งเสริมสุขภาพ 18. มารดาควรให้บุตรดูดนมมารดาอย่างน้อย 4 เดือน				
19. บุตรคนนี้ต้องได้รับการฉีดวัคซีนตามนัดทุกครั้ง				
20. มารดาควรให้บุตรที่มีพัฒนาการล่าช้ารับประทานอาหารตามที่เด็กชอบ				
ความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวการให้บุตรช่วยเหลือตนเอง 21. มารดาควรฝึกหัดบุตรคนนี้เมื่ออายุ 8 เดือน ให้รู้จักการใช้นิ้วหยิบจับขนมชิ้นเล็ก ๆ				
22. มารดาควรฝึกหัดบุตรคนนี้เมื่ออายุ 1 ปีให้รู้จักการขีดเส้นตรง				
23. มารดาควรฝึกหัดบุตรคนนี้เมื่ออายุ 2 ปีให้รู้จักการทำความสะอาดร่างกายภายหลังการขับถ่าย				
ความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวกับบุตรคนนี้ต่อครอบครัว 24. การมีบุตรผิดปกติเป็นเรื่องธรรมดา อาจเกิดขึ้นกับครอบครัวใดก็ได้				
25. การเลี้ยงดูบุตรคนนี้เป็นภาระมากกว่าบุตรคนอื่น				

ตอนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติเรื่องการเลี้ยงดูบุตร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	หมายเหตุ
การปฏิบัติตัวของมารดาขณะตั้งครรภ์				
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ขณะตั้งครรภ์				
2. ท่านป้องกันการติดต่อโรคหัดเยอรมันขณะตั้งครรภ์				
3. ท่านป้องกันการเกิดฟันผุขณะตั้งครรภ์				
การปฏิบัติตัวของมารดาเกี่ยวกับการรักษาบุตร				
4. ท่านทำการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการบุตรคนนี้อย่างสม่ำเสมอหลังได้รับคำแนะนำ				
5. ท่านพาบุตรคนนี้เมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน แล้วยังพูดไม่มีภาษาพูดเข้ารับการตรวจจากแพทย์หู คอ จมูก				
การปฏิบัติตัวของมารดาเกี่ยวกับการฝึกหัดกระตุ้นพัฒนาการ				
6. ท่านกระตุ้นการจ้องมองพูดคุยกับบุตรอายุ 3 เดือนขณะอุ้มให้นม				
7. ท่านนวดปาก ลิ้น ก่อนให้นมบุตรคนนี้ทุกครั้งในในช่วงอายุก่อน 8 เดือน				
8. ท่านได้จัดท่าอุ้มให้ศีรษะบุตรสูงขณะให้นม				

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	หมายเหตุ
9. ท่านกระตุ้นการชันคอและการมองของบุตรคนนี้เมื่ออายุ 3 เดือน โดยการจับอุ้มหันหน้าบุตรออกจากตัวมารดา				
10. ท่านให้บุตรอายุ 6 เดือน ที่มีกล้ามเนื้อคอและกล้ามเนื้อหลังแข็งแรง นั่งพิงผนังและใช้มือเกาะเก้าอี้ตัวเล็ก ๆ ข้างหน้า				
11. ท่านกระตุ้นให้บุตรอายุ 9 เดือนตั้งไข่ โดยให้บุตรยืนพิงผนัง โดยท่านช่วยประคองเอวบุตรไว้				
12. ท่านกระตุ้นให้บุตรอายุ 1 ปี โดยหาของเล่นล่อข้างหน้า เช่น ลูกฟุตบอล				
การฝึกหัดปฏิบัติของมารดาในการให้บุตรรู้จักช่วยเหลือตนเอง				
13. ท่านควรให้บุตรที่มีอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปตักอาหารรับประทานเอง				
14. ท่านให้บุตรอายุ 1 ปี รู้จักใช้นิ้ว 2 นิ้วหยิบขนมเข้าปากเอง				
15. ท่านสอนวิธีแปรงฟันบุตรอายุ 2 ปี โดยเริ่มจากการให้เด็กจับแปรงสีฟันและส่องกระจกขณะแปรงฟันจนถนัดก่อน				
16. มารดาพาบุตรอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปเข้าห้องน้ำทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร				

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	หมายเหตุ
การสอนให้บุตรรู้จักเขจ้าสังคม 17. ท่านพาบุตรคนนี้ออกไปเล่นกับเด็กข้างบ้าน				
18. ท่านพาบุตรคนนี้ไปเยี่ยมญาติด้วย				
การเตรียมความพร้อมบุตรเพื่อเข้าเรียน 19. ท่านสอนให้บุตรอายุ 1 ปีรู้จักชื่อตัวเอง				
20. ท่านสอนให้บุตรอายุ 1 ปีชี้อวัยวะบนใบหน้าตัวเอง				
21. ท่านสอนให้บุตรอายุ 1 ปีเขียนเส้นตรง				
22. ท่านสอนให้บุตรอายุ 2 ปีเขียนวงกลม				
23. ท่านสอนให้บุตรอายุ 3 ปีบอกความแตกต่างได้ เช่น ผู้ชาย - ผู้หญิง, สั้น - ยาว, ร้อน - เย็น				
24. ท่านสอนบุตรอายุ 3 ปีแยกสีได้ 3 สี คือ สีเขียว สีเหลือง สีแดง				
25. ท่านสอนบุตรอายุ 3 ปีวาดรูปกากบาท รูปคนได้				

เฉลยแบบสอบถาม

ด้านความรู้

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1 - 8, 12 - 13, 15 - 16, 18 - 20

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 9 - 11, 14, 17, 21

ด้านเจตคติ

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 7, 8 - 10, 18 - 19

ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 2 - 3, 6, 11- 17, 20

ด้านการปฏิบัติ

ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 1- 25

ไม่มีข้อความทางลบ



ภาคผนวก ฉ
คุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 28 ค่าความยากง่ายของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ข้อที่	ค่าความยากง่าย
1	0.73
2	0.80
3	0.80
4	0.80
5	0.73
6	0.79
7	0.79
8	0.79
9	0.37
10	0.33
11	0.80
12	0.70
13	0.57
14	0.53
15	0.72
16	0.73
17	0.60
18	0.69
19	0.72
20	0.70
21	0.72

ตาราง 29 ค่าอำนาจจำแนก (t) เป็นรายข้อแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	0.22
2	0.73
3	0.58
4	0.80
5	0.44
6	0.72
7	0.73
8	0.73
9	0.38
10	0.33
11	0.47
12	0.79
13	0.80
14	0.31
15	0.79
16	0.73
17	0.49
18	0.59
19	0.78
20	0.33
21	0.70

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เท่ากับ 0.90

ตาราง 30 ค่าอำนาจจำแนก (t) เป็นรายข้อแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	0.28
2	0.35
3	0.74
4	0.46
5	0.46
6	0.31
7	0.35
8	0.58
9	0.61
10	0.42
11	0.58
12	0.43
13	0.43
14	0.43
15	0.60
16	0.70
17	0.78
18	0.68
19	0.71
20	0.50
21	0.36
22	0.48
23	0.32
24	0.43
25	0.42

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจจตคติรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนเท่ากับ 0.87

ตาราง 31 ค่าอำนาจจำแนก (t) เป็นรายข้อแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	0.57
2	0.47
3	0.53
4	0.47
5	0.28
6	0.27
7	0.38
8	0.27
9	0.28
10	0.59
11	0.60
12	0.57
13	0.73
14	0.67
15	0.60
16	0.69
17	0.29
18	0.39
19	0.36
20	0.26
21	0.65
22	0.72
23	0.70
24	0.59
25	0.62

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจจตคติรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน เท่ากับ 0.87

ภาคผนวก ช

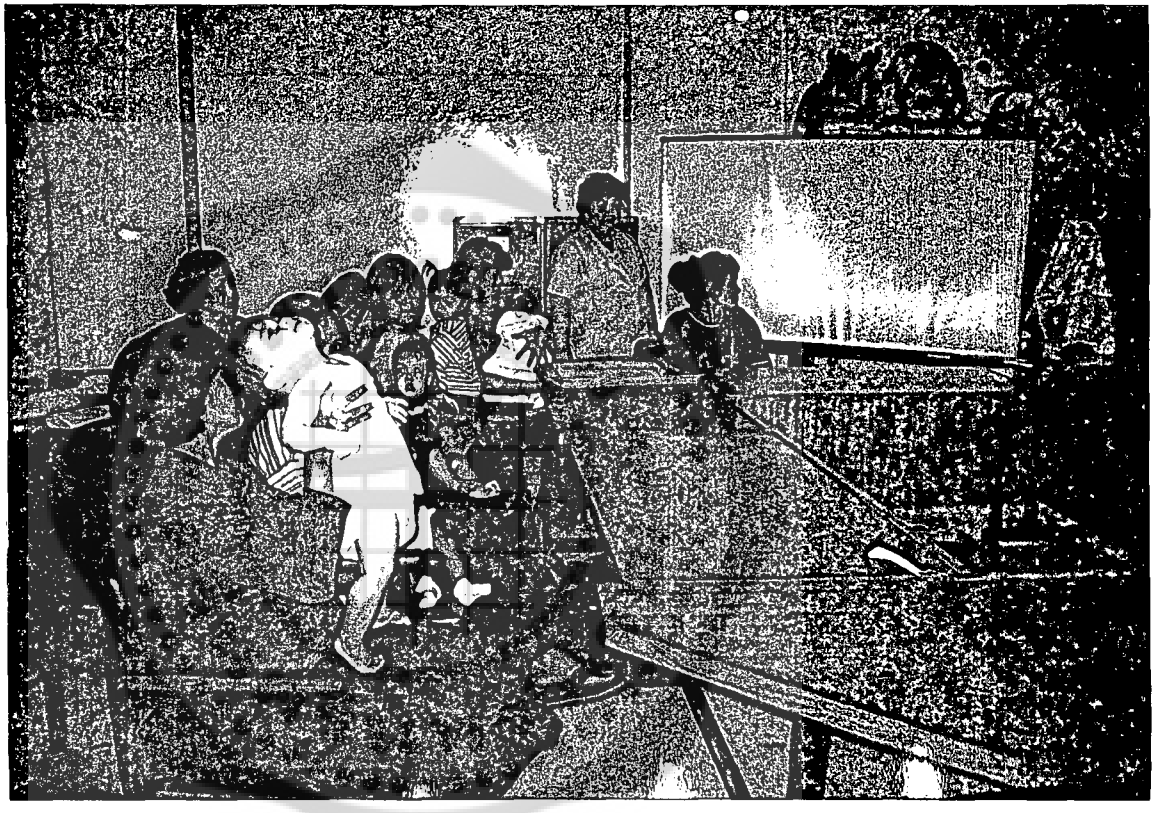
ภาพถ่ายการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยกลุ่มช่วยเหลือตนเอง



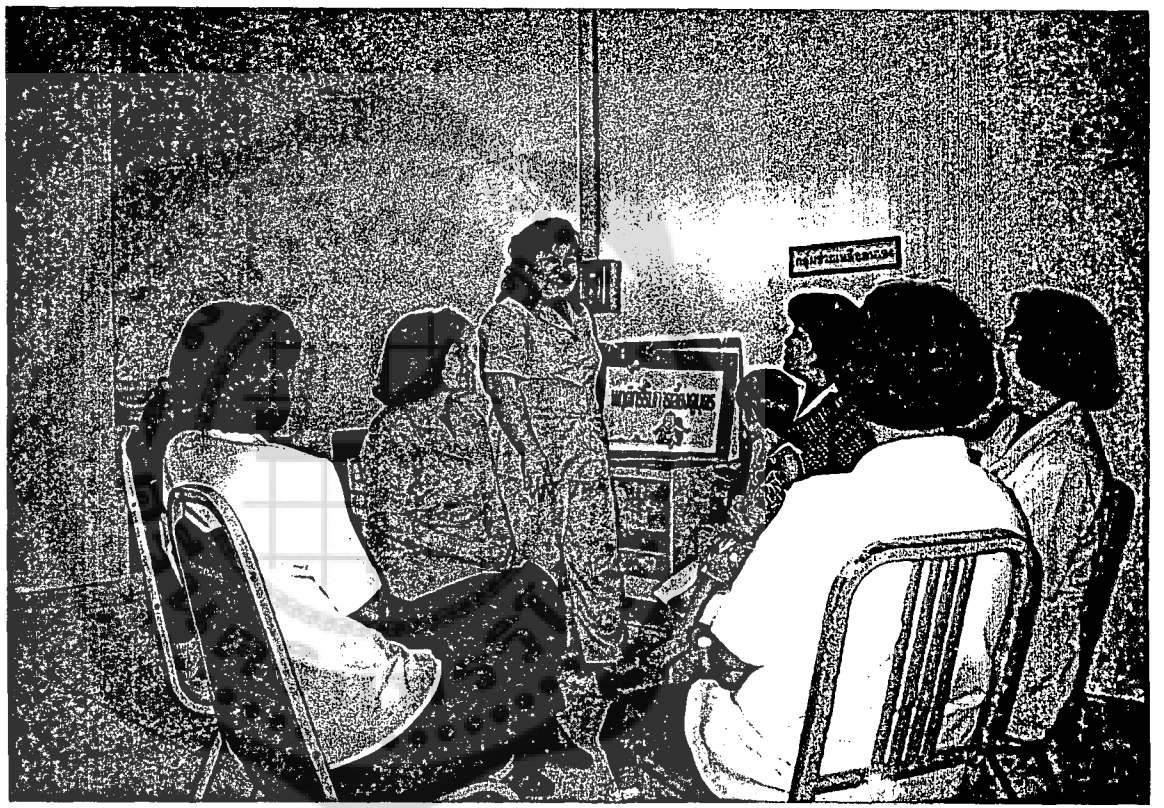
ภาพประกอบ 27 ผู้วิจัยในบทบาทผู้นำกลุ่ม



ภาพประกอบ 28 สมาชิกร่วมอภิปราย



ภาพประกอบ 29 สมาชิกดูสไลด์เรื่องการกระตุ้นพัฒนาการ



ภาพประกอบ 30 สมาชิกแลกเปลี่ยนที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาววชิรพร โชติพานัส
วันเดือนปีเกิด	25 เมษายน 2506
สถานที่เกิด	อำเภอดุสิต กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	5/838 หมู่บ้านประชาชื่น ต. บางตลาด อ. ปากเกร็ด จ. นนทบุรี 11120
ตำแหน่งหน้าที่การงานในปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี คลินิกจิตเวช เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2527	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีธัญญา
พ.ศ. 2533	ศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2534	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
พ.ศ. 2543	การศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร