

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่มีแบบแผนของพัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ และล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน ทำให้มีความผิดปกติทางพัฒนาการในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กรวมทั้งการใช้ตาและมือ ร่วมกันในการทำงาน ด้านการสื่อสาร และด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง โดยมี กลุ่มอาการของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่พบได้บ่อย เช่น กลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) กลุ่มอาการโรคออทิซึม (autism) ภาวะปัญญาอ่อน (mental retardation) ภาวะสมองพิการ (cerebral palsy) สถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการผิดปกติ (WHO อ้างอิงใน นิชรา เรื่องคารกานนท์, 2541) ถึงแม้ในประเทศไทยจะยังไม่มีสถิติชัดเจนเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคนี้ แต่ผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2543 โดยใช้แบบคัดกรองพัฒนาการพบว่า เด็กที่ศึกษามีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน ร้อยละ 0.3 และเด็กในเขตภาคเหนือ มีระดับของพัฒนาการด้าน ภาษาและสังคมล่าช้ากว่าเด็กในภาคอื่นๆ (นิตยา คชภักดี, 2543) และสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการใน คลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2546-2548 พบว่ามี เด็กพัฒนาการล่าช้าเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น จากจำนวน 10,895 ราย ในปี 2546 เป็น 12,557 ราย ในปี 2548 (กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลก ที่พบว่ามีเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้ารับบริการส่งเสริมพัฒนาการในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวนเพิ่มขึ้นจาก 680 คนในปี 2547 เป็น 818 คนในปี 2548 (งานแผนงาน สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2549) นอกจากนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการทั้ง 4 ด้านแล้ว บางคน ยังมีปัญหาและอาการเกี่ยวกับพฤติกรรมร่วมด้วยเช่น ตื้อด้าน ก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การดูแลในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมพัฒนาการและการปรับพฤติกรรมตามปัญหาของเด็กแต่ละคน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) เนื่องจากเด็กบางคนอาจมีพัฒนาการก้าวหน้าไปอย่างช้าๆ ในขณะที่เด็กบางคนอาจไม่มีการ

เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคม รวมทั้งผลกระทบทางเศรษฐกิจ

ผลกระทบต่อผู้ดูแลในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านร่างกาย พบว่า การที่ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่างๆ โดยไม่สามารถปล่อยให้เด็กอยู่ตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว เพื่อปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำให้สุขภาพทรุดโทรมลง นอนไม่หลับ มีความเหน็ดเหนื่อย รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลียและอ่อนล้ามากกว่าความเป็นมารดาของเด็กปกติทั่วไป (Breslar, Staruch, & Mortimer, 1982; Dunlap & Hollinsworth อ้างในรสถลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539) ผู้ดูแลที่มีความรักความผูกพันกับเด็ก จะทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแล จนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2535) สำหรับผลกระทบด้านจิตใจนั้นพบว่า ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าจะเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจากการดูแล โดยผลการศึกษาพบว่ามารดาส่วนใหญ่มีความเครียด ความวิตกกังวลในการเลี้ยงดูบุตร และวิตกกังวลในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุตร (Dunn et al., 2001) และพบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุตร ขึ้นตอนการรักษาอย่างต่อเนื่องและอาการต่างๆ รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตของบุตร (Lam & Mackenzie, 2002) และการที่ผู้ดูแลต้องทุ่มเทเวลาและแรงกายแรงใจในการให้การดูแล ทำให้บิดามารดารู้สึกเป็นทุกข์จากการที่บุตรมีความต้องการพึ่งพาผู้อื่น เกิดความเครียดในบทบาทของการดูแล ไม่มีความมั่นใจในตนเอง กลัวถูกผู้อื่นทอดทิ้ง จนในที่สุดเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่าและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Singer & Farkas อ้างในเฉลิม วงศ์จันทร์, 2539) และยังพบว่าครอบครัวของเด็กออทิสติก มีระดับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด เนื่องจากราคาที่มีบุตรออทิสติก จะมีลักษณะการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงความจริง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเศร้า และมีแนวโน้มจะมีความผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 27 (สมจิตร พืพิมาย, 2547) รวมทั้งผลการศึกษาของอิซยา เชื้อนมน (2545) ที่พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก และผลที่ได้จากการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาเด็กพัฒนาการล่าช้า ของจุฬารักษ์ สมใจ (2546) ซึ่งพบว่า บิดามารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า มีภาวะซึมเศร้าระดับมากและรุนแรงร้อยละ 27.58 และจากผลการศึกษาของ ฟิสแมน โวลฟ์ และ โน (Fisman, Wolf & Noh as cited in Dunn et al., 2001) พบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่า และมีระดับสัมพันธ์ภาพในคู่สมรสต่ำกว่าบิดามารดาที่มีบุตรพัฒนาการปกติ ส่วนผลที่ได้จากการศึกษาเรื่อง ความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก ของสมจิตร พืพิมาย (2547) ในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่าง

การดูแล พบว่า บิดามารดาของเด็กออทิสติกมีความเครียดในระหว่างการดูแลอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ผลจากการศึกษาของ รุ่งฤดี วงศ์ชุม (2539) พบว่า ครอบครัวของเด็กพัฒนาการล่าช้ากลุ่มโรคออทิสซึม จะรู้สึกเสียใจ สับสน เกิดความเครียด โดยเฉพาะบิดามารดาจะมีความเครียดในระดับสูง และผลการศึกษาเรื่องภาวะเครียดและการเผชิญความเครียดของจิราวรรณ พุ่มศรีอินทร์ (2545) ที่พบว่า มารดาเด็กออทิสติกมีระดับความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับเครียดมาก ส่วนผลกระทบด้านครอบครัวและสังคมนั้น พบว่า การที่ครอบครัวมีสมาชิกเจ็บป่วยรักษาไม่หายขาด จะส่งผลให้เกิดความเครียดในชีวิตสมรส มารดาของเด็กปัญญาอ่อนมีความขัดแย้งกับบิดามากขึ้น บิดาทำตัวเหินห่างจากครอบครัวและเอาใจใส่ต่อบุตรน้อยลง (รสนิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539) และสำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจพบว่า บางครอบครัวต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและค่ารักษาพยาบาล ต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่สิ้นสุด ทำให้ต้องรับภาระทางเศรษฐกิจไปตลอด ซึ่งเป็นภาระที่หนักสำหรับครอบครัว (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถแสดงหน้าที่ได้เหมาะสมกับความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น การบริหารเวลาถูกรบกวน ก่อให้เกิดความกดดันสะสมในทุกๆ ด้าน สอดคล้องกับผลที่ได้จากการศึกษาของสมจิตร พิพิมาย (2547) เรื่องความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล การศึกษาดังกล่าวพบว่า บิดามารดาของเด็กออทิสติกมีความเครียดอยู่ในระดับมาก เพราะต้องรับภาระในการดูแล และใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน สมาชิกในครอบครัวมีความตึงเครียดและวิตกกังวลต่อการบำบัดรักษา รวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง ครอบครัวต้องจัดการกับวิถีชีวิตในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป มีภาระในการจัดการภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งมีความล้าเล ไม่แน่ใจในอาการที่ผิดปกติของบุตร โดยเฉพาะในช่วงแรกที่ได้รับรู้ว่าบุตรเป็นออทิสติก บิดามารดาจะนำบุตรไปรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อยืนยันถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น และค้นหาวิธีที่จะรักษาบุตรให้หาย

จากผลกระทบที่ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับดังกล่าว เมื่อผู้ดูแลประเมินต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าคุกคาม เกินขีดความสามารถ หรือเกินแหล่งประโยชน์ที่จะจัดการได้ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ โดยลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ดังกล่าว ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความยึดมั่นผูกพัน และปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ การเชื่อมโยงสถานการณ์ใหม่กับสถานการณ์เดิมในอดีต ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ รวมถึงระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์นั้นๆ ว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ด้าน จะมีผลต่อการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) ของผู้ดูแล ว่าในสถานการณ์นั้นๆ มีผลต่อตนเองอย่างไร โดยแบ่งการประเมินตัดสินได้เป็น 3 ขั้นคือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการ

ประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ไม่มี ความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) มีผลดีต่อตนเอง (benign positive) หรือเกิดภาวะเครียดต่อตนเอง (stressful) 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และ ทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ทั้งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในและภายนอกที่จะใช้ในการ แก้ปัญหานั้นและ 3) การประเมินใหม่ (reappraisal) เป็นการประเมินเนื่องจากการได้ข้อมูลมาใหม่ จากสิ่งแวดล้อม การประเมินจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้อีก ตลอดเวลาที่ได้มีการปฏิสัมพันธ์ ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น จากสถานการณ์ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า หากผู้ดูแล ประเมินว่า การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าอย่างต่อเนื่องนั้น เกินแหล่งประโยชน์ส่วนตนที่จะจัดการได้ อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ ซึ่งผลกระทบจากการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใน ชีวิตของผู้ดูแล มีความสำคัญทั้งต่อตนเองและผู้ที่อยู่ในความดูแล หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้ อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและเด็กพัฒนาการล่าช้า ดังเช่นผลการศึกษาของอิซซา เชื่อนมัน (2545) ที่พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก และผลจากการศึกษา เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ของสุกัญวานิช (Supuckwanich P, 2000) ที่พบว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ทั้งนี้ เพราะ การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าถือเป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ที่ผู้ดูแลจะต้องปรับตัว เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านความสามารถและสติปัญญาของเด็กพัฒนาการล่าช้า ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี จึงต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากผู้อื่นในระยะยาวหรืออาจตลอดชีวิต ความพร้อมในการดูแลจึงเป็น ปัจจัยที่จำเป็น ทั้งการรับรู้บทบาทและภาระหน้าที่ สามารถจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิด จากการดูแลได้ ทำให้ความเครียดในการดูแลลดลง สามารถเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาก็ เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลได้อย่างเหมาะสม เกิดความเชี่ยวชาญและมั่นใจในการดูแล (Archbold et al., 1990, 1992) ดังนั้น หากผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า มีความพร้อมที่จะให้การดูแล ก็จะส่งผลให้ สามารถดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างเหมาะสม ทำให้การประเมินสถานการณ์ในการดูแลไม่ คุกคามต่อตนเองและตนสามารถจัดการได้ ส่งผลให้ความเครียดลดลงได้ สามารถให้การดูแลเด็ก พัฒนาการล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ต้อง เผชิญจากการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถปรับตัวจนมีความพร้อมที่จะให้ การดูแล ตอบสนองความต้องการของตนเองได้และไม่เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล เด็ก พัฒนาการล่าช้ามีหลายปัจจัย ดังเช่นการศึกษาของ ศศิธร แก้วนพรัตน์(2542) เรื่องการ สนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติก

พบว่า บิดามารดาเด็กออทิสติก ที่ได้รับกำลังใจและบริการที่เอื้อต่อการช่วยเหลือบุตร และการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมที่เพียงพอ จะทำให้เกิดความเข้มแข็ง ลดความวิตกกังวล และสามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และการศึกษาของ สุธศิริ หิรัญชนนะ (2541) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่ยังไม่มีการใดที่พัฒนาขึ้นเพื่อผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าโดยเฉพาะ แต่จากการศึกษาเชิงพรรณนาของ สมจิตร พินิมา (2547) ที่ได้ศึกษาเรื่องความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก ตามแนวคิดของสจ๊วต และอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1994) ซึ่งได้ให้ความหมายของความพร้อมว่า หมายถึงการที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการรับรู้บทบาทในการดูแล 8 ด้าน คือ 1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ 3) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล 4) ความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล 5) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน 7) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล 8) ความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม โดยผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกโดยรวมทั้ง 8 ด้าน อยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้านกลับพบว่า ความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมด้านอารมณ์ ความพร้อมด้านการให้บริการสุขภาพ และการจัดหาแหล่งในการดูแล และความพร้อมด้านการจัดการกับความเครียดในระหว่างให้การดูแล อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหากวิเคราะห์ผลการศึกษาดังกล่าว กับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าหากผู้ดูแลไม่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ในที่นี้คือการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และเมื่อประเมินสถานการณ์การดูแล ตามแนวคิดของลาซาร์สและฟอล์คแมนแล้ว ย่อมประเมินว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับความต้องการ จึงเกิดความเครียด ซึ่งหากความเครียดเกิดขึ้นในระหว่างให้การดูแล และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ การให้การดูแลอาจไม่มีความต่อเนื่อง และประสิทธิภาพในการดูแลลดลง ดังนั้นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ในการดูแลให้แก่ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลผ่านการประเมินใหม่ ว่าแหล่งประโยชน์ที่ได้รับเพียงพอกับความต้องการ ย่อมทำให้ความเครียดในระหว่างการดูแลลดลง สามารถเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลได้อย่างเหมาะสม เกิดความเชี่ยวชาญและมั่นใจในการดูแล มีความพร้อมที่จะให้การดูแล ส่งผลให้สามารถดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัด มีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตแก่บุคลากรในจังหวัด เมื่อพบว่า มีสถิติของเด็กพัฒนาการล่าช้า เข้ารับการส่งเสริมพัฒนาการในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพิ่มขึ้น จึงสนใจที่จะพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เพื่อเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือครอบครัวที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้า ให้สามารถปรับตัวต่อความเครียดในการดูแลที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม มีความพร้อมในการดูแล และสามารถให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อพัฒนาการที่ดีของเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

สมมติฐานการศึกษา

คะแนนความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าหลังได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล น้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 1 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการให้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ต่อการลดความเครียดในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ของผู้ดูแลที่พาเด็กมารับบริการที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึงผู้ที่มีแบบแผนของพัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปทำให้มีความ

ผิดปกติทางพัฒนาการในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กรวมทั้งการใช้ตาและมือร่วมกันในการทำงาน ด้านการสื่อสารภาษา และด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้ง 4 ด้าน โดยได้รับการวินิจฉัยตามแบบทดสอบการฝึกทักษะของโรงพยาบาลราชานุกูล (2537)

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึงสมาชิกในครอบครัว ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า อย่างน้อย 6 เดือน มีความสัมพันธ์กับเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยเป็น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือบุคคลอื่นๆ ให้ความช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และพาเด็กพัฒนาการล่าช้า เข้ารับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ความเครียดในการดูแล หมายถึง ผลของการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและสถานการณ์การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าโดยผ่านกระบวนการทางปัญญา แล้วพบว่าสถานการณ์นั้นมีผลเสียหรือคุกคามต่อตนเอง จนทำให้รู้สึกเครียด ประเมินโดย แบบวัดความเครียดในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงจากแบบวัดความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่สร้างขึ้นโดยอัจฉราวรรณ ศรียวง และภัทราภรณ์ ท่งปันคำ (อ้างอิงในอัจฉราวรรณ ศรียวง, ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ และทิพาพร วงศ์หยังกุล, 2548) ตามกรอบแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนสำหรับผู้ดูแล ในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านร่างกาย และอารมณ์ รวมถึงการจัดการปัญหาความตึงเครียดที่เกิดจากการรับรู้บทบาทในการเป็นผู้ดูแล โดยแบ่งออกเป็น 8 ด้านคือ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเอง ให้เกิดความพึงพอใจ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล และความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดความพร้อมในการดูแลของสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1994) และการทบทวนวรรณกรรม