

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. เด็กพัฒนาการล่าช้าและการดูแล
2. ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในการดูแล
4. แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแล
5. ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

เด็กพัฒนาการล่าช้าและการดูแล

เด็กพัฒนาการล่าช้า คือเด็กที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถของร่างกาย และสติปัญญา บางคนอาจมีปัญหาด้านพฤติกรรมร่วมด้วย จึงไม่สามารถดูแลตัวเองได้ดี และต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากผู้อื่นในระยะยาว เพื่อช่วยในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในประเทศไทย มีผู้ที่ได้ให้ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้า พอสรุปได้ดังนี้

พรณี วาสิกนันท์ (2540) ให้ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้าว่าหมายถึง การที่เด็กไม่สามารถมีพัฒนาการจนถึงขั้นที่เด็กปกติทุกคนควรทำได้ตามวัย เช่น อายุ 6 เดือนนั่งทรงตัวเองไม่ได้ อายุ 9 เดือนเกาะเดินเองไม่ได้ เป็นต้น

นิชรา เรืองดารกานนท์ (2541) ให้ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้า ว่าหมายถึง เด็กที่มีแบบแผนของพัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากเด็กปกติ และล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน โดยจะมีความผิดปกติของพัฒนาการในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ (gross motor) ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กรวมทั้งใช้ตาและมือร่วมกันในการทำงาน (fine motor-adaptive) ด้านการสื่อสาร (language) และด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (social and self-help) โดยที่เด็กบางคนอาจมีพัฒนาการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่ง และบางคนอาจมีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้าน

โรงพยาบาลราชานุกุล (2537) ให้ความหมายของเด็กพัฒนาการล่าช้า ว่าหมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกัน ประเมินได้จากประวัติ การสังเกต และการทดสอบโดยใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปี จำแนกพัฒนาการออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการทรงตัว และการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

สำหรับโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ได้นำคู่มือการทดสอบและการฝึกทักษะของโรงพยาบาลราชานุกุล (2537) มาใช้ประเมินพัฒนาการของเด็กทั้ง 5 ด้าน และแบ่งประเภทการประเมินตามอายุ คือ แรกเกิดถึงอายุ 1 ปี อายุ 1 - 2 ปี อายุ 2 - 3 ปี อายุ 3 - 4 ปี และอายุ 4 - 5 ปี เมื่อประเมินพบความผิดปกติแล้ว จึงนำมาวางแผนฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ และเพื่อการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

โดยสรุป เด็กพัฒนาการล่าช้าจึงหมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติของพัฒนาการในด้านต่างๆ 4 ด้าน คือ ด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก รวมทั้งการใช้ตาและมือร่วมกันในการทำงาน ด้านการสื่อสารทั้งด้านการเข้าใจและการใช้ภาษา และด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง โดยเด็กบางคนอาจมีพัฒนาการล่าช้าด้านใดด้านหนึ่ง และบางคนอาจมีพัฒนาการล่าช้าทั้ง 4 ด้าน

ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กที่ทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้า มีหลายด้าน ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กที่ทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้า มีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factors) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม พบประมาณร้อยละ 5 โดยเด็กจะมีพัฒนาการล่าช้ามาตั้งแต่แรกเกิดหรือสังเกตได้ในระยะไม่นานหลังเกิด และมักจะมีลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดร่วมด้วย เช่น กลุ่มอาการดาวน์ จะมีความผิดปกติของโครโมโซม ซึ่งเป็นสาเหตุของพัฒนาการล่าช้า ที่พบบ่อยที่สุด ปัจจุบันมีโรคทางพันธุกรรมหลายโรค ซึ่งมีลักษณะความผิดปกติภายนอกน้อยมาก และไม่มีลักษณะจำเพาะ การตรวจโครโมโซมด้วยวิธีธรรมดา มักให้ผลปกติ

1.2 โรคของระบบประสาท เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มักมีอาการหรืออาการแสดงทางระบบประสาทร่วมด้วย อาการที่พบบ่อยคืออาการชัก และความตึงตัวของกล้ามเนื้อผิดปกติ เมื่อเด็กมาพบแพทย์ด้วยพัฒนาการล่าช้าและมีอาการชักร่วมด้วย ควรถามถึงประวัติอายุที่เริ่มมี

พัฒนาการล่าช้า และตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อวินิจฉัยแยกโรค เด็กที่มีประวัติพัฒนาการถดถอย ควรได้รับการส่งต่อแพทย์ทางระบบประสาทต่อไป

1.3 สภาพทางกายวิภาคและสรีระของสมอง พบว่า ขนาดศีรษะที่เล็กผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการ ความแตกต่างของโครงสร้างทางสมองในเพศหญิงและเพศชาย มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาทักษะ จนเกิดความถดถอยที่แตกต่างกัน ในทารกและเด็กเล็กสมองส่วนต่างๆ อาจปรับตัวและทำงานทดแทนกันได้ แต่เมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถนี้จะลดน้อยลง เนื่องจากเซลล์ประสาทบางส่วนที่ไม่ได้ใช้ถูกกำจัดออกไป ส่วนที่เหลืออยู่ก็จะพัฒนาต่อไป ดังนั้นถ้าร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอในช่วงที่สมองกำลังแบ่งเซลล์และสร้างวงจร ก็จะมีผลกระทบทำให้ร่างกายไม่เจริญเติบโตและพัฒนาการไม่เป็นไปตามปกติ ในขณะที่เด็กซึ่งในช่วงต้นของชีวิตขาดการดูแลเอาใจใส่และขาดโอกาสเรียนรู้ หรือเด็กที่ถูกกระตุ้นหรือเร่งรัดเกินไป จะทำให้โครงสร้างและการทำงานของสมองผิดปกติ ส่งผลให้พัฒนาการล่าช้าได้

2. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การเลี้ยงดู โอกาสรับการศึกษา ลักษณะครอบครัว บิดามารดา และผู้ดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมือง การอุปถัมภ์บริบาล สวัสดิการในชุมชน การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมตลอดจนการขาดสารอาหาร ปัจจัยข้อนี้ แม้จะมีผลกระทบต่อพัฒนาการตามวัยของเด็ก แต่ไม่รุนแรง (ศรีนวล ชวศิริ, 2542)

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่

3.1 การติดเชื้อ การติดเชื้อของมารดาที่อาจส่งผลกระทบต่อเด็กที่สำคัญคือ การติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ได้แก่ หัดเยอรมัน ซิฟิลิส ทุสวัด เด็กมักมีน้ำหนักรีดตัวแรกเกิดน้อย ศรีษะเล็กกว่าปกติ อาจมีตับโต ม้ามโต การได้ยินบกพร่องและต่อกระจกร่วมด้วย การติดเชื้อในเด็กเอง ที่อาจส่งผลให้เกิดพัฒนาการล่าช้าได้เช่น การติดเชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัสในสมอง สมองบวม และการติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

3.2 ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกเกิด ที่พบบ่อย คือ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย ซึ่งเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อในครรภ์มารดา นอกจากนี้ ยังมีภาวะที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการล่าช้าโดยตรง จากภาวะสมองพิการเนื่องจากการขาดออกซิเจน ภาวะเลือดออกในสมอง การบาดเจ็บของเนื้อสมอง และภาวะที่มีbilirubin เข้าไปสะสมในสมองมากกว่าปกติ จนเกิดการทำลายเซลล์สมอง (นิชรา เรื่องดาร์กานนท์, 2541 : นิตยา คชภักดิ์, 2541)

3.3 สารเคมี สารเคมีที่มีผลต่อพัฒนาการมากที่สุดคือสารตะกั่ว และแอลกอฮอล์ พบว่า เมื่อมีระดับสารตะกั่วสะสมในร่างกายเป็นเวลานาน จะทำให้ระดับสติปัญญาต่ำกว่าคนทั่วไป และมารดาที่ติดแอลกอฮอล์ จะทำให้ลูกที่เกิดมามีตัวเล็ก ตาเล็ก หัวใจพิการและมีปัญหาด้านพัฒนา การและพฤติกรรม (นิชรา เรื่องดาร์กานนท์, 2541)

โดยสรุป ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก ที่ทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้า มีได้หลายด้าน ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

อาการของเด็กพัฒนาการล่าช้า

เด็กพัฒนาการล่าช้า จะมีความผิดปกติของพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่ง หรือทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก รวมทั้งการใช้ตาและมือร่วมกันในการทำงาน ด้านการสื่อสารภาษา และด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง โดยมีกลุ่มอาการของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่พบได้บ่อย ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) กลุ่มอาการโรคออทิซึม (autism) ภาวะปัญญาอ่อน (mental retardation) ภาวะสมองพิการ (cerebral palsy) โดยมีความผิดปกติของพัฒนาการตามกลุ่มอาการที่พบได้บ่อย ดังนี้

ภาวะปัญญาอ่อน (Mental Retardation: MR)

ตามคำนิยามของ AAMR (American Association on Mental Retardation, 1992) ภาวะปัญญาอ่อนหมายถึง ภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนของการทำหน้าที่ (functioning) ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับความจำกัดของทักษะการปรับตัวอย่างน้อย 2 ทักษะจาก 10 ทักษะ ได้แก่ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน ทักษะทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน การรู้จักควบคุมตัวเอง การนำความรู้มาใช้ในการชีวิตประจำวัน การทำงาน การใช้เวลาว่าง สุขภาพอนามัยและความปลอดภัย และจะแสดงอาการก่อนอายุ 18 ปี โดยจำแนกระดับความรุนแรง ตาม DSM-IV(2004) ได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับน้อย (mild mental retardation) ระดับเชาวน์ปัญญา 50-55 ถึงประมาณ 70
2. ระดับปานกลาง (moderate mental retardation) ระดับเชาวน์ปัญญา 35-40 ถึง 50-55
3. ระดับรุนแรง (severe mental retardation) ระดับเชาวน์ปัญญา 20-25 ถึง 35-40
4. ระดับรุนแรงมาก (profound mental retardation) ระดับเชาวน์ปัญญา ต่ำกว่า 20-35

ลักษณะอาการทางคลินิกของ MR ขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรคทางกาย และโรคทางจิตเวชที่พบร่วมด้วย (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2548) โดยอาจพบความผิดปกติของพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้ง 4 ด้านดังนี้

- a. mild MR อาจไม่แสดงอาการของพัฒนาการล่าช้า จนกว่าจะเข้าวัยเรียน

b. moderate MR จะมีพัฒนาการทางด้านการเคลื่อนไหวปกติ แต่พัฒนาการทางด้านการสื่อสารจะล่าช้า เห็นได้ในช่วงวัยเตาะแตะ (toddler)

c. severe MR มีพัฒนาการหลายด้านล่าช้าอย่างชัดเจนและมักวินิจฉัยได้ตั้งแต่อายุน้อย โดยมีความผิดปกติของทักษะทางการเคลื่อนไหว (psychomotor) ซึ่งจัดเป็นความผิดปกติด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก รวมทั้งการใช้ตาและมือร่วมกันในการทำงาน ทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวล่าช้า นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของทักษะด้านการสื่อสาร ทั้งด้านความเข้าใจภาษา (receptive language) และการใช้ภาษา (expressive language) รวมทั้ง ทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง

d. profound MR มีพัฒนาการล่าช้าทุกด้านอย่างชัดเจนตั้งแต่วัยทารก ต้องการการดูแลตลอดเวลา มักเป็นโรคทางกายที่รุนแรง

กลุ่มอาการโรคออทิซึม (autism)

โรคออทิซึมติก (Autistic Disorder) หรือ ออทิซึม (Autism) เป็นความบกพร่องของพัฒนาการรูปแบบหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะ ซึ่งยังไม่สามารถหาสาเหตุของโรคได้ชัดเจน ทั้งนี้ คำว่า “Autism” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก ว่า “Auto” ซึ่งแปลว่า Self หมายถึง แยกตัวอยู่ตามลำพังในโลกของตัวเอง (เพ็ญแข ลิมศิลา, 2541) จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (Pervasive Developmental Disorders: PDD) แสดงอาการอย่างชัดเจนในวัยเด็ก โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคออทิซึมติก ตาม DSM-IV ดังนี้ (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2548).

A. เข้าเกณฑ์ต่อไปนี้ 6 ข้อหรือมากกว่า จากหัวข้อ (1) (2) และ (3) โดยอย่างน้อยต้องมี 2 ข้อ จากหัวข้อ (1) และจากหัวข้อ (2) และ (3) อีกหัวข้อละ 1 ข้อ

1. มีคุณลักษณะในการเข้าสังคมที่ผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

1.1. บกพร่องอย่างชัดเจนในการใช้ท่าทางหลายอย่าง (เช่น การสบตา การแสดงสีหน้า กิริยาหรือท่าทางประกอบการเข้าสังคม)

1.2. ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับที่เหมาะสมกับอายุได้

1.3. ไม่แสดงความอยากเข้าร่วมสนุก ร่วมทำสิ่งที่สนใจ หรือร่วมงานให้เกิดความสำเร็จกับคนอื่น ๆ (เช่น ไม่แสดงออก ไม่เสนอความเห็น หรือไม่เชื่อว่าตนสนใจอะไร)

1.4. ไม่มีอารมณ์หรือสัมพันธ์ทางตอบสนองกับสังคม

2. มีคุณลักษณะในการสื่อสารผิดปกติ โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้

2.1. พัฒนาการในการพูดช้าหรือไม่มีเลย โดยไม่แสดงออกว่าอยากใช้การสื่อสารวิธีอื่นมาทดแทน (เช่น แสดงท่าทาง)

2.2. ในรายที่พูดได้ อาจไม่สามารถเริ่มพูดหรือสนทนาต่อเนื่องกับคนอื่นได้

2.3. ใช้คำพูดซ้ำหรือใช้ภาษาที่ไม่มีใครเข้าใจ

2.4. ไม่มีการเล่นสมมติที่หลากหลาย คิดเองตามจินตนาการ หรือเล่น

เลียนแบบสิ่งต่างๆ ตามสมควรกับพัฒนาการ

3. มีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือกิจกรรมที่จำกัด ใช้ซ้ำ และรักษาเป็นเช่นเดิม โดยแสดงออกอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้

3.1. หมกมุ่นกับพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotyped) ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป และความสนใจในสิ่งต่างๆ มีจำกัด ซึ่งเป็นภาวะที่ผิดปกติทั้งในแง่ของความรุนแรงหรือสิ่งที่สนใจ

3.2. ติดกับกิจวัตร หรือย้ำทำบางสิ่งบางอย่างที่ไม่มีประโยชน์โดยไม่ยืดหยุ่น

3.3. ทำกิริยาซ้ำๆ (mannerism) เช่น เล่นสะบัดมือ หมุน โยกตัว

3.4. สนใจหมกมุ่นกับเพียงบางส่วนของวัตถุ

B. มีความซ้ำหรือผิดปกติในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ก่อนอายุ 3 ปี

1) ปฏิสัมพันธ์กับสังคม

2) ภาษาที่ใช้สื่อสารกับสังคม

3) เล่นสมมติหรือเล่นตามจินตนาการ

C. ความผิดปกติไม่เข้ากับ Rett's Disorder หรือ Childhood Disintegrative Disorder

ทั้งนี้การทำนาย โรคออทิสติก ในเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป มี 4 อาการหลัก ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติเหล่านี้ตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป ควรนึกถึงโรคออทิสติก และควรมีการดำเนินการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และให้ความช่วยเหลืออย่างทันที อาการดังกล่าว คือ

1. เล่นสมมติ เล่นจินตนาการไม่เป็น (lack of pretend play)

2. ไม่สามารถชี้นิ้วบอกความต้องการได้ (lack of protodeclarative pointing)

3. ไม่สนใจเข้ากลุ่ม หรือเล่นกับเด็กคนอื่น (lack of social interest)

4. ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจร่วมกับคนอื่นได้ (lack of joint attention)

ระดับอาการของเด็กออทิสติก แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. เด็กออทิสติกที่มีความสามารถต่ำ (low function Autism) เด็กออทิสติกในกลุ่มนี้พบได้ร้อยละ 80 โดยแบ่งแยกความแตกต่าง จากกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีความสามารถสูง (high function Autism) ด้วยการวัดระดับสติปัญญาและความสามารถทางภาษา (language) ก็ต้องมีระดับสติปัญญา (IQ) ต่ำกว่า 75 และพัฒนาการทางภาษาอยู่ในขั้นการเลียนแบบ (echolalic speech)

2. เด็กออทิสติกที่มีความสามารถสูง (high function Autism) มักมีพัฒนาการทางด้านภาษาผ่านในขั้นการเลียนแบบ (echolalic speech) แต่เด็กออทิสติกในกลุ่มนี้อาจยังมีพัฒนาการล่าช้า

ด้านทักษะทางสังคม โดยในปัจจุบันเด็กกลุ่มนี้มักได้รับการวินิจฉัยในอีกชื่อหนึ่งว่า แอสเพอร์เกอร์ (asperger-syndrome) ตามชื่อแพทย์ผู้ค้นพบ

กลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome)

เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 (trisomy 21) ซึ่งสาเหตุของความผิดปกติ นั้นยังไม่ทราบกลไกแน่ชัด ทำให้กระบวนการปกติที่ควบคุมการสร้างตัวอ่อนเปลี่ยนแปลงไป เป็น โรคความผิดปกติของโครโมโซมและโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุด ว่าเป็นสาเหตุของภาวะ ปัญญาอ่อน คิดเป็นสัดส่วน 1 ใน 3 ของภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลางถึงรุนแรง อัตราส่วน ระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1.3 ต่อ 1 และเด็กเหล่านี้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น ศีรษะเล็กและแบน หน้าแบน ค้างคูดมแบน ตาเฉียงขึ้น ปากเล็ก ใบหูเล็ก คอสั้น มือแบนกว้าง นิ้วมือสั้น เส้นลาย มือตัดขวาง นิ้วก้อยโค้งงอ ช่องระหว่างนิ้วเท้าที่ 1 และ 2 กว้าง อาจมีความผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อ ทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ การได้ยิน บกพร่อง และอื่นๆอีกหลายระบบ ที่สำคัญคือเด็กกลุ่มนี้จะมีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ส่วนใหญ่มี ระดับสติปัญญาในเกณฑ์ปัญญาอ่อนระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และจะพบความผิดปกติของการพัฒนา การในด้านต่างๆ ได้ทั้ง 4 ด้าน (โรงพยาบาลราชานุกูล, 2543)

ภาวะสมองพิการ (Cerebral Palsy: CP)

ภาวะสมองพิการ คือ ภาวะที่สมองส่วนที่ใช้ควบคุมกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่ง บกพร่องหรือสูญเสีย ทำให้เด็กสมองพิการ มีปัญหาพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งจัดเป็นความ ผิดปกติด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก โดยแต่ละคน จะมีลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง รุ่มง่าม เคลื่อนไหวช้า ทรงตัวได้ไม่ดี และ เด็กสมองพิการบางคนอาจมีความบกพร่องอื่นร่วมด้วย เช่น ด้านการสื่อสาร ได้แก่ การได้ยิน การ มองเห็น หรือและด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งแต่ละคนจะเป็นมากน้อย แตกต่างกัน (มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ, 2544)

อาการของเด็กสมองพิการ

1. กล้ามเนื้อหดตัว เกร็ง(spastic) เป็นลักษณะความผิดปกติของการควบคุมการ เคลื่อนไหว เคลื่อนไหวช้า แข็งก้าง และมีอาการเกร็ง กลุ่มนี้พบมากที่สุด
2. กล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวได้ยาก (Athetoid) แขน ขาไม่สัมพันธ์กัน หันออกไป ตามทิศต่างๆ ในเด็กอายุก่อน 1 ขวบ เด็กจะอ่อนปวกเปียก และเมื่อโตจะต้องสังเกตการเคลื่อนไหว

ที่ไม่สัมพันธ์ เด็กกลุ่มนี้จะมีสติปัญญาปกติ แต่จะมีปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อคอและริมฝีปาก ในการเปล่งเสียง

3. กล้ามเนื้อ ตึงตัว (Ataxia) มีอาการสั่น เดินเซ ควบคุมการทรงตัวได้ไม่ดี เป็นชนิดที่พบน้อยที่สุด

4. แบบผสม มีลักษณะร่วมกันตั้งแต่ 2 ชนิด เช่น มีอาการเกร็ง ร่วมกับมีอาการเคลื่อนไหวของแขนและขาไม่สัมพันธ์กัน หันไปคนละทิศหรือมีอาการเกร็ง และควบคุมการทรงตัวไม่ได้ มีอาการสั่น เดินเซ

เด็กสมองพิการบางคน อาจมีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ส่งผลให้มีพัฒนาการทางด้านอื่นๆบกพร่อง เช่น ด้านการสื่อสารและด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากบางคนจะมีความบกพร่องทางสายตา บางคนจะมีความบกพร่องที่หูส่วนกลาง โดยเฉพาะการจำแนกเสียงความถี่สูง (20-30 เดซิเบล) ซึ่งเป็นช่วงของการพูดที่นุ่มนวล ดังนั้น เมื่อต้องการพูดกับเด็กด้วยเสียงระดับนี้ในระยะใกล้ ต้องพูดซ้ำๆ เด็กถึงจะได้ยิน บางคนอาจมีปัญหาเรื่องการพูดและการกลืน เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด กลืน และหายใจ ทำงานไม่ประสานกัน หรือพูดซ้ำเนื่องจากความผิดปกติทางการได้ยินหรือระดับสติปัญญาดำกว่าปกติ เด็กสมองพิการบางคนอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ง่าย เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดังใจ ทำให้เด็กอาจจะซึมเศร้าหรือในเด็กโตบางคนไม่สามารถเล่นกับเพื่อนได้หรือช่วยตัวเองไม่ได้ ทำให้เด็กมีปัญหาทางอารมณ์และสังคมได้ (มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ, 2544)

จากความบกพร่องของพัฒนาการของเด็กพัฒนาการล่าช้า อาจทำให้เด็กกลุ่มนี้ดูแลตัวเองได้น้อยลง และบางคนไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ผู้ดูแลจึงต้องดูแลเด็กกลุ่มนี้มากกว่าปกติ แต่อาการดังกล่าว สามารถพัฒนาได้หากได้รับการวินิจฉัย ให้การช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

การบำบัดรักษา

เนื่องจากสาเหตุของพัฒนาการล่าช้าอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงสาเหตุเดียว ในการรักษา จึงมุ่งเน้นให้เกิดความผิดปกติที่น้อยที่สุด หรือช่วยแก้ไขความผิดปกติบางอย่างให้ดีขึ้น โดยมีแนวทางในการรักษาเด็กพัฒนาการล่าช้าดังนี้

1. การบำบัดทางชีวภาพ ได้แก่ การรักษาด้วยยา มักใช้ในกรณีที่เด็กมีอาการชัก หรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ซุกซน ไม่อยู่นิ่ง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น ในเด็กบางรายที่อาจมีอาการอัมพาต การทำกายภาพบำบัดที่ถูกต้องตั้งแต่แรก สามารถป้องกันการเกร็ง

หรือการยัดคิดของข้อต่างๆ บางรายอาจใช้อุปกรณ์ทางกระดูก เพื่อช่วยให้สมรรถภาพการใช้งานของแขนขาดีขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการตรวจวัดการปรับเปลี่ยนกระแสการไหลเวียนของเลือดที่ผิวสมอง (Hemoencephalogram: HEG) เพื่อให้เด็กเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองในการสร้างความตั้งใจโดยดูจากกระบวนการป้อนกลับที่ผ่านทางจอคอมพิวเตอร์ มาใช้ในเด็กพัฒนาการล่าช้า กลุ่มโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติในหน้าที่ของระบบประสาท เช่น ออทิสซึม โรคสมาธิสั้น และภาวะอื่นๆ (ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา, 2547)

2. พัฒนาการบำบัด การกระตุ้นพัฒนาการในเด็กพัฒนาการล่าช้ามีความจำเป็นมาก หากผู้ดูแลทราบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าแล้วนำมารับการบำบัดได้เร็วมากเท่าใด ย่อมทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้และพัฒนามากยิ่งขึ้น(อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) การกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม มีดังนี้

2.1 การกระตุ้นพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว เช่น การให้เด็กนอนคว่ำบนดักหรือบนที่นอน นอนคว่ำบนลูกบอลเพื่อพัฒนาการทรงตัว กระตุ้นการยืนโดยการยืนบนปลายเท้า ก้าวขึ้นก้าวลงจากแท่นไม้ โยนลูกบอลลงตะกร้า กระโดดเท้าพื้นพื้นทั้ง 2 ข้าง เป็นต้น

2.2 การกระตุ้นพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาเช่น การเขียนเป็นวง การเลียนแบบ การร้อยลูกปัด

2.3 การกระตุ้นพัฒนาการด้านการรับรู้ภาษา เพื่อให้เด็กได้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นด้วยการมองสบตา เช่น ชูของเล่นหรืออาหารให้เด็กตรงระดับสายตา เพื่อให้เด็กมองของเหล่านั้น ให้เด็กมองกระจกเพื่อกระตุ้นให้สนใจดูแลบริเวณใบหน้าหรือสบตากับผู้ดูแล การพูดหรือเรียกชื่อเด็กต่อหน้าเด็กบ่อยๆ เพื่อให้เด็กรู้จักหันหาเสียง เป็นต้น

2.4 การกระตุ้นพัฒนาการด้านความเข้าใจภาษาและการพูดเป็นการฝึกที่ตอบสนองด้านการสื่อความหมาย ที่ไม่ต้องใช้การพูด เช่น ฝึกชี้ตา ชี้จมูก ชี้ปาก ฝึกให้หยิบของตามสั่ง เช่น หยิบเสื้อ หยิบช้อน ส่งลูกบอล หรือให้แสดงกิริยาท่าทาง เช่น ยิ้มหวาน ประหม่อ โบกมือ อ้าปาก แลบลิ้น การกระตุ้นพัฒนาการด้านการพูดเช่น ฝึกเลียนเสียงหัวเราะ เสียงร้องไห้ เสียงสัตว์ร้อง เสียงเคาะประตู เป็นการฝึกฝนการเคลื่อนไหวอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการพูด และพัฒนาการด้านการแปรเสียงสระและพยัญชนะ เพื่อเป็นพื้นฐานการฝึกพูดในระดับคำพูดต่อไป ต่อจากนั้น จึงฝึกพูดคำที่มีความหมาย คำเดียว คำ 2-3 พยางค์ จนสามารถพูดเป็นวลีหรือประโยคที่สมบูรณ์ได้

2.5 การกระตุ้นพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม เช่น ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ ใช้หลอดดูดของเหลว ใช้ส้อมจิ้มอาหารรับประทาน กระตุ้นให้เด็กสบตากับคู่สนทนา ฝึกให้รู้จักทักทายกับบุคคลใกล้ชิด และเมื่อเด็กได้เรียนรู้มากขึ้น จึงเริ่มสอนให้รู้จักสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้เรียนรู้การเข้าสังคม มารยาทในสังคม ทั้งนี้ผลการศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมของเด็กออทิสติกที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ของปีพม่า บุญตันบุตร(2547) ซึ่งเป็นการวิจัย

แบบกรณีศึกษา พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม เด็กออทิสติกเกิดการเรียนรู้และมีพัฒนาการทางสังคมดีขึ้น

3. พฤติกรรมบำบัด เป็นวิธีการปรับหรือควบคุมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้ผลดีแต่ต้องกระทำด้วยความสม่ำเสมอ และต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ดูแล ในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน วิธีการที่ใช้น้อย ได้แก่ การหยุดพฤติกรรมไม่เหมาะสมที่ไม่อันตราย โดยไม่ให้แรงเสริมใดๆ ใช้การเพิกเฉยหรืออาจใช้วิธีการลงโทษที่ไม่รุนแรง เช่น เมื่อเด็กตีตัวเอง ให้จับมือเด็กไว้เฉยๆ 1 นาที เป็นต้น

4. กิจกรรมบำบัด จะช่วยให้เด็กได้ฝึกควบคุมตัวเอง ส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยให้การดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย

5. อรรถบำบัด เป็นการฝึกกล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อเปล่งเสียง เพื่อให้เด็กออกเสียงให้ถูกต้อง ซึ่งควรฝึกพูดตั้งแต่เด็กอายุต่ำกว่า 4 ขวบ จึงจะได้ผลดี

6. การบำบัดอื่นๆ เช่น การฝังเข็ม ถือเป็นการแพทย์ทางเลือกสาขาหนึ่งที่ช่วยปรับสมดุลของร่างกาย เพื่อให้อวัยวะและระบบต่างๆกลับมาทำงานตามปกติ ทำให้พัฒนาการของเด็กเปลี่ยน แปลงไปในทางที่ดีขึ้น(ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ, 2546) นอกจากนี้ ยังมีการบำบัดด้วยการนวด และการกดจุด ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด นิทานบำบัด เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการบำบัดรักษาเด็กพัฒนาการล่าช้า นั้น บางคนต้องใช้วิธีการบำบัดหลายๆ ด้าน และต้องทำงานร่วมกันหลายๆ ฝ่ายโดยบุคลากรหลายสาขา เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา ซึ่งส่วนใหญ่จะทำงานอยู่ในสถานพยาบาล แต่การช่วยให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้มีพัฒนาการดีขึ้นโดยเร็ว ควรจะได้รับการดูแลและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ผู้ดูแลจึงต้องเข้าใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้การช่วยเหลือเด็กที่บ้าน (Davis อ้างใน จอมสุวรรณ์, 2541) จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ในกลุ่มเด็กออทิสติก พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา (นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล, 2546: สมจิตร พิพัฒน์, 2547) ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการตอบสนองความต้องการของเด็ก ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดให้ความรักและเลี้ยงดูเด็กมาตลอด และการดูแลเด็กกลุ่มนี้ค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างจากเด็กทั่วไป เนื่องมาจากเด็กไม่สามารถสื่อสารได้

ดังนั้นการดูแลเด็กกลุ่มนี้ผู้ดูแลต้องมีความรัก ความอดทนและความเสียสละเป็นอันมาก (ภัทราภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ, คณินิจ ไชยลังการณ, 2547) ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า จึงควรมีลักษณะสำคัญสรุปได้ ดังนี้

1. เป็นญาติที่มีความสัมพันธ์กับเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยเป็น บิดา มารดา พี่ น้อง หรือบุคคลสำคัญในชีวิตคนอื่นๆ หรือผู้ดูแลที่ผู้ปกครองจัดหา มา เพื่อช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขตามศักยภาพของตน
 2. ให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือตลอดไป
 3. ให้การดูแลช่วยเหลือ ด้วยความรักและความเข้าใจเด็ก อุทิศตนเพื่อเด็กได้ ผู้ดูแล ที่มีการยอมรับ และเข้าใจในสภาพความบกพร่องทางสติปัญญา และทางร่างกายของเด็ก จะเป็นผลดีต่อการช่วยเหลือดูแลเด็กมาก
 4. ให้การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย
- การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างจากเด็กทั่วไป ผู้ดูแลจึงต้องมีความรัก ความอดทน ยอมรับและเข้าใจในสภาพความบกพร่องทางสติปัญญาและทางร่างกายของเด็ก และมีความเสียสละเป็นอันมากเพื่อช่วยให้เด็กกลุ่มนี้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุขตามศักยภาพของตน

บทบาทของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า นั้น ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในการทำหน้าที่ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถจำแนกผู้ดูแลทั่วไปตามระดับความรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือ เป็นผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง (ยุพาพิน ศิระโพธิ์, 2539) โดยผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ และผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล อาจช่วยทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอ หรือต่อเนื่อง สามารถแบ่งบทบาทของผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม (Lubkin อ้างใน ปรีชา ปราณีตพลกรัง, 2547)

1. บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลเป็นผู้ทำ

หน้าที่ช่วยเหลือเด็กพัฒนาการล่าช้า ทั้งด้านสุขภาพอนามัย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ โดยยึดแนวทางการรักษาเช่น การส่งเสริมพัฒนาการ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาเป็นต้น เป็นการดูแลเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมด้วย

2. บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแล ทำหน้าที่ในการประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมโดยผู้จัดการดูแล จะทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ต้องมีบทบาททั้งในการเป็นผู้ดูแลเด็กโดยตรง และการประสานงานกับบุคลากรด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องดูแลด้านอื่นๆ เพื่อช่วยในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

เด็กพัฒนาการล่าช้า จะมีข้อจำกัดด้านความสามารถทางร่างกายและสติปัญญา เนื่องจากมีความผิดปกติของพัฒนาการในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก รวมทั้งการใช้ตาและมือร่วมกันในการทำงาน ด้านการสื่อสาร (ด้านการเข้าใจ และการใช้ภาษา) และด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง อาจมีความผิดปกติเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้ง 4 ด้าน ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กในด้านต่างๆ ดังนี้ (คณะกรรมการโครงการส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลราชานุกูล , 2542)

1. การดูแลทั่วไป เนื่องจากเด็กแต่ละคนมีข้อจำกัดในตนเองและมีความแตกต่างกัน การดูแลเด็ก จึงต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ถูกต้องและเหมาะสมกับเด็กแต่ละคน เพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสติปัญญา

2. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรได้รับการดูแลในเรื่อง การป้อนอาหาร การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การแต่งตัว การขับถ่าย การช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่าย การอุ้มหรือพยุงในเด็กสมองพิการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ตลอดจนการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ และอันตรายต่างๆรวมทั้งยังต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อดำรงชีวิต นอกจากนี้ ผู้ดูแลควรฝึกให้เด็กพัฒนาการล่าช้าช่วยเหลือตัวเองตามศักยภาพ เช่นในกลุ่มเด็กออทิสติก เด็กที่มีภาวะ

ปัญห่อ่อนในระดับปานกลางหรือน้อย เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัว

3. ด้านการดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา ในเด็กพัฒนาการล่าช้าบางคนจำเป็นต้องได้รับยาร่วมด้วยเช่น เด็กสมองพิการที่มีปัญหาชัก เด็กที่มีภาวะปัญห่อ่อนต้องให้ยาเพื่อเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเอง ชน และสมาธิสั้น จำเป็นต้องให้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรม ผู้ดูแลจึงต้องดูแลให้เด็กได้รับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาด และเวลา

4. ด้านจิตใจและอารมณ์ บางครั้งเด็กพัฒนาการล่าช้าอาจมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ผู้ดูแล ควรหาสาเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในกรณีที่ไม่มีทราบสาเหตุ ควรเบี่ยงเบนความสนใจโดยการสัมผัส พูดยุย ปลอบโยนหรือชักจูงให้ทำกิจกรรมอื่นๆ หากเด็กมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายข้าวของ ควรแยกเด็กมาอยู่ในสถานที่ปลอดภัย ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด อาจให้เด็กออกกำลังกายหรือเล่นเพื่อให้เด็กได้ระบายอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้เด็กผ่อนคลายขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลควรให้ความรัก ความเข้าใจโดยการสัมผัส สวมกอดเด็กด้วยความนุ่มนวล พูดยุย และเรียกชื่อเด็กด้วยน้ำเสียงอ่อนโยน พร้อมกับกระตุ้นให้เด็กได้สบตากับคู่สนทนา ฝึกให้เด็กได้รับคำสั่งง่ายๆ รู้จักพักทักทายกับบุคคลใกล้ชิด และเมื่อเด็กได้เรียนรู้มากขึ้น จึงสอนให้เด็กรู้จักสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อให้เรียนรู้การเข้าสังคมและมารยาทในสังคม

จะเห็นได้ว่าในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า นั้น ผู้ดูแลต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กหลายๆด้าน ขึ้นกับปัญหาและความรุนแรงของเด็กแต่ละคน บางคนมีความสลับซับซ้อน ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแล และถ้าเด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดปัญหาความผิดปกติของพัฒนาการเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลอาจต้องประสบกับความยากลำบากในการดูแล และช่วยเหลือมากขึ้น อาจก่อให้เกิดผลกระทบตามมา

ผลกระทบจากการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า พบว่า ผู้ดูแลอาจได้รับผลกระทบต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สัมพันธภาพในครอบครัวและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ด้านร่างกายพบว่า การที่ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะด้านกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่างๆ โดยไม่สามารถปล่อยให้เด็กอยู่ตามลำพังได้ ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลมาก ดังเช่น การศึกษาเกี่ยวกับการใช้เวลาในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่า มารดาใช้เวลา

ในการดูแล 3 กิจกรรม คือ งานบ้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก การดูแลเด็กโดยตรง และกิจกรรมการเฝ้าระวัง รวมทั้งหมด 12 ชั่วโมง 6 นาที โดยใช้เวลาในการเฝ้าระวังสูงสุด คือ 6 ชั่วโมง 30 นาที รองลงมาคือด้านการดูแลโดยตรงใช้เวลา 3 ชั่วโมง 36 นาที และกิจกรรมที่ใช้เวลาน้อยที่สุดคือด้านงานบ้าน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง (Brust, Leonard & Sielaff อ้างในจริยา วิริยะสุกร, 2539; ปรียา ปราณีตพลกรัง, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร อินทวิชัย(2539) ที่พบว่า การดูแลเด็กป่วยเรื้อรังทำให้สุขภาพของมารดาทรุดโทรมลง รับประทานอาหารน้อยลง มีความเหน็ดเหนื่อย นอนไม่หลับ อ่อนล้าและอ่อนเพลียมากกว่าความเป็นมารดาของเด็กปกติทั่วไป

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ จากความจำเป็นที่ต้องดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ในหลายๆ ด้านและใช้ระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล โดยพบว่า ครอบครัวของเด็กออทิสติก มารดาจะมีลักษณะการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงความจริง ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเศร้า และมีแนวโน้มจะมีความผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 27 (สมจิตร พิพิมาย, 2547) เกิดความวิตกกังวลในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก วิตกกังวลในความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตของเด็ก ด้านภาวะสุขภาพ ขั้นตอนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และอาการต่างๆ รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิต ทำให้ต้องทุ่มเทเวลาและแรงกายแรงใจ ในการดูแล รู้สึกท้อแท้ว่าตนเองดูแลเด็กมานานแล้ว แต่เด็กอาการไม่ดีขึ้น (Bristol & Schopler อ้างในปรียา ปราณีตพลกรัง, 2545) ผู้ดูแลจะเกิดความเครียด และมีความวิตกกังวลต่ออาการของเด็ก บางรายวิตกกังวลมากจนนอนไม่หลับ (ยุพา สัมฤทธิ์มีผล, 2535) ในเด็กที่มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นมาก จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นทุกข์มากขึ้น เกิดความเครียดในบทบาทของการดูแล ไม่มีความมั่นใจในตนเอง กลัวถูกผู้อื่นทอดทิ้ง จนในที่สุดเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไร้ค่า และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Singer & Farkas อ้างในเฉลิม วงศ์จันทร์, 2539) จากผลการศึกษาของฟิสแมน โวลฟ์ และโน (Fisman, Wolf & Noh as cited in Dunn et al., 2001) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติกมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่า และมีระดับสัมพันธภาพในคู่สมรสต่ำกว่าบิดามารดาที่มีบุตรปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฬารักษ์ สมใจ (2546) ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในบิดามารดาเด็กพัฒนาการล่าช้า พบว่าบิดามารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 27.58 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางร้อยละ 20.70 นอกจากนี้ จากการศึกษาของรุ่งฤดี วงศ์ชุม (2539) พบว่า ครอบครัวที่มีเด็กพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มโรคออทิสซึม จะรู้สึกเสียใจ สับสน เกิดความเครียด โดยเฉพาะบิดามารดาจะมีความเครียดในระดับสูง และการศึกษาเรื่องภาวะเครียดและการเผชิญความเครียดของจิราวรรณ พุ่มศรีอินทร์(2545) ที่พบว่า มารดาเด็กออทิสติก มีระดับความ เครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับเครียดมาก

3. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวของผู้ดูแลอาจเกิดการเปลี่ยนแปลง บางครอบครัวมีการขัดแย้งกันระหว่างสามีภรรยา เกิดความเครียดในชีวิตสมรส พี่น้องของเด็กรู้สึกว่าเขาถูกทะเลาะ พ่อแม่ไม่สนใจ และอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง เกิดความไม่มั่นคงในพ่อแม่ ความปรองดองระหว่างพี่น้องอาจลดลง หากได้รับมอบหมายให้ช่วยดูแลพี่น้องที่มีพัฒนาการล่าช้า อาจรู้สึกวิตกกังวลหรือหวาดกลัวความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับพี่หรือน้อง และกังวลว่าตนเองจะมีโอกาสเกิดความผิดปกติแบบนั้นได้ จึงทำให้เกิดความเครียด (อรศิริ ภิเสก, 2542) จากการศึกษาของรสนิน เอี่ยมยิ่งพานิช (2539) ที่ศึกษาภาระในการดูแลและความผาสุกในครอบครัว ของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน 70 ราย พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เกิดผลกระทบในชีวิตประจำวันถึง 13 ราย และมารดาที่มีความขัดแย้งกับบิดามากขึ้น บิดาทำตัวเหินห่างจากครอบครัวและเอาใจใส่บุตรน้อยลง 3 ราย จากการศึกษาของวาสนา เกษมสุข (2545) ที่ศึกษาความผาสุกของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่มารับการรักษาที่ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ โดยศึกษาจากผู้ดูแลแบบประจำ 34 คน และผู้ดูแลแบบไปกลับ จำนวน 34 คน พบว่าความผาสุกของผู้ดูแลแบบประจำอยู่ในระดับต่ำ ส่วนความผาสุกของผู้ดูแลแบบไปกลับอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาของเพลท (Platt อ้างในปริยา ปราณีตพลกรัง, 2545) พบว่าในครอบครัวที่มีบุตรป่วย จะมีสถิติการหย่าร้างสูงกว่าครอบครัวที่มีบุตรปกติ ซึ่งมักจะมีสาเหตุมาจากครอบครัวเกิดความเครียด เหนื่อยล้าจากการทำงาน และจากการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความกลัวว่าจะเกิดบุตรที่มีความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

4. ด้านเศรษฐกิจ เด็กพัฒนาการล่าช้าเป็นเด็กที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามาก และใช้เวลาในการดูแลรักษานาน นอกจากค่ารักษาแล้ว บางครั้งยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ทำให้เป็นภาระที่หนักและยุ่งยากทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางหรือต่ำ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545) นอกจากนี้ บางครอบครัวอาจต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการจ้างผู้ดูแลเมื่อตนเองประสบปัญหาในการฝึกเด็ก และต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน (Donoghue อ้างใน เฉลิม วงศ์จันทร์, 2539) จากการศึกษาของสมจิตร พิพิมาย (2547) เรื่องความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลของบิดามารดาเด็กออทิสติก มีความเครียดอยู่ในระดับมาก เพราะต้องรับภาระในการดูแลและใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน สมาชิกในครอบครัวมีความตึงเครียดและวิตกกังวลต่อการบำบัดรักษา รวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในช่วงแรกที่ได้รับรู้ว่าเด็กมีความผิดปกติ จะนำเด็กไปรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อยืนยันถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า นั้น เกิดขึ้นได้หลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สัมพันธภาพภายในครอบครัวและเศรษฐกิจ หากผู้ดูแล

ประเมินว่าผลกระทบที่เกิดขึ้น มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง คุณค่า เป็นอันตราย แล้วไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือเพิ่มแหล่งประโยชน์ที่ต้องการในการจัดการกับสถานการณ์เพิ่มเติม ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด และแม้จะมีการประเมินใหม่ ก็ยังประเมินว่าเป็นความเครียดเหมือนเดิม ซึ่งอาจเกิดปัญหาต่อสุขภาพของผู้ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการเพิ่มแหล่งประโยชน์ในการดูแล มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และมีความพร้อมที่จะให้การดูแล ก็จะสามารดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างเหมาะสม เกิดความเชี่ยวชาญและมั่นใจในการดูแล ให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้มีประสิทธิภาพ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ และไม่เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในการดูแล

ความหมายของความเครียด

ความหมายของความเครียด (stress) นั้น มีผู้ให้ความสนใจศึกษากันอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดแนวคิดที่หลากหลาย ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ทบทวนวรรณกรรมและจัดกลุ่มแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. การให้คำนิยามโดยเน้นที่สิ่งเร้า (stimulus definition) บุคคลจะให้ความสำคัญกับเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความตึงเครียด ซึ่งในกลุ่มแนวคิดนี้มีผู้ให้คำนิยามว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่ใดก็ตามที่คุกคามภาวะสมดุลของร่างกาย และรบกวนความต้องการขั้นพื้นฐาน (Luckman & Sorensen, 1993) และคำนิยามของแอนโทโนฟสกี (Antonovsky, 1982) กล่าวว่า ความเครียดเป็นความต้องการที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกบุคคล ซึ่งจะรบกวนภาวะสมดุลในร่างกาย

2. การให้คำนิยามที่เน้นปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกาย (response definition) โดยให้นิยามว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางชีวภาพแบบไม่เฉพาะเจาะจงเมื่อมีสิ่งคุกคาม (Selye, 1976) โดยได้แบ่งปฏิกิริยาตอบสนองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะปฏิกิริยาต่อสิ่งเตือนภัย (alarm reaction) ระยะต่อต้าน (stage of resistance) ระยะเหนื่อยล้า (exhaustion stage) และคำนิยามของลิวีและคณะ (Levy & et al., 1984) กล่าวว่า ความเครียดหมายถึงปฏิกิริยาทางด้านร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3. การให้คำนิยามที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวคิดที่ลาซารัสและโฟล์คแมนเป็นผู้นำเสนอไว้ โดยกล่าวว่า ความเครียดเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยสติปัญญา ว่าความสัมพันธ์นั้นจะมีผลเสียหรือเป็นโทษต่อสุขภาพหรือไม่ ซึ่งการประเมินจะขึ้นกับคุณลักษณะของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง จะใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หากเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ จะเกิดเป็นภาวะเครียด และยังมีคำนิยามของซัทเทอร์เลย์และโคนเนลลี (Sutterley & Connelly, 1984) ที่ให้คำนิยามว่า ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลแปลความหมายตามการรับรู้ความเครียดของแต่ละบุคคล ที่มีความแตกต่างกันทางพันธุกรรม โครงสร้างร่างกาย ประสบการณ์ในอดีต ว่าเหตุการณ์นั้นเป็นอันตราย หรือคุกคาม จะทำให้บุคคลใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดความเครียดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่า ความเครียด (stress) เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และผู้ดูแลจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังที่ผู้ดูแลมีอยู่ นั่นคือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของผู้ดูแล ดังนั้นการตัดสินใจว่าเครียดจึงต้องผ่านกระบวนการประเมินตัดสินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) ของผู้ดูแล ว่าความสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษหรือผลเสียต่อสุขภาพของผู้ดูแลหรือไม่ โดยขึ้นอยู่ที่คุณลักษณะของผู้ดูแล เช่น ความคิด ความจำ ประสบการณ์ เมื่อผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ประเมินว่าการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ซึ่งมีแบบแผนของพัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ทำให้มีความผิดปกติทางพัฒนาการในด้านต่างๆ และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดนั้น มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และประเมินว่ามีแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นหรือไม่ หากมีก็จะดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ แต่หากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับความต้องการ หรือเกินกำลังความสามารถของแหล่งประโยชน์ ผู้ดูแลจะตอบสนองโดยการแสดงออกเป็นความโกรธ ซึมเศร้า รู้สึกผิด ในขณะที่ผู้ดูแลบางคนอาจรู้สึกว่าเป็นสิ่งท้าทาย มากกว่ารู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้นอยู่กับการประเมินและการเรียนรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ในการประเมินนั้นๆ

การประเมินค่าทางปัญญา

จากแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดจะรุนแรงมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal) ของบุคคลและการพิจารณาสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร และทำให้เกิดความเครียดหรือไม่ แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์เพื่อตัดสินว่ามีผลกระทบต่อตนเองหรือไม่ แบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 เหตุการณ์นั้นไม่มีผลใดๆกับตนเอง (irrelevant) คือ การที่บุคคลประเมินค่าว่าเหตุการณ์นั้นอาจคุกคามหรือไม่ก็ได้ ทำให้บุคคลไม่แน่ใจต่อผลกระทบนั้นๆ

1.2 เหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับตนเอง (benign positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลในทางที่ดี ทำให้เกิดขวัญและกำลังใจ หรือมีความพึงพอใจในชีวิต (moral or life satisfaction) จึงไม่ต้องปรับตัว หรือจัดการกับเหตุการณ์นั้น

1.3 เหตุการณ์นั้นเป็นความเครียด (stress) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นจำเป็นต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm & loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการสูญเสีย หรือเสียหายขึ้นกับตนเอง มักเป็นลักษณะของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การเจ็บป่วย การตาย การสูญเสียคุณค่าในตนเอง

1.3.2 คุกคาม (threat) เป็นการประเมินถึงอันตราย การสูญเสียหรือความยุ่งยากที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.3 ท้าทาย (challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้น มีแนวโน้มก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีขวัญกำลังใจดีขึ้น เกิดแนวโน้มของการเจริญพัฒนาสำหรับบุคคลมากกว่าเกิดโทษ และอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นลักษณะของความพอใจ น่าสนใจมากกว่า

2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์

3. การประเมินใหม่ (reappraisal) หมายถึง การประเมินเนื่องจากการได้ข้อมูลมาใหม่จากสิ่งแวดล้อม การประเมินจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้อีกตลอดเวลา เมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นความเครียดเกิดขึ้นจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ (demand) กับ แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) โดยผ่านการประเมินทางปัญญา (cognitive appraisal) ของบุคคลนั้น โดยเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่ามีความเครียดหรือไม่ และการประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ว่ามีแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นหรือไม่ จึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการประเมินค่าใหม่ (reappraisal) ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้อีกตลอดเวลา เมื่อได้พบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินค่าทางปัญญา

ลาซาลัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินค่าทางปัญญาของบุคคล ออกเป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย

1.1 ความเชื่อ (beliefs) หมายถึง การที่บุคคลเชื่อว่า สามารถควบคุมเหตุการณ์ ที่ตนเองประสบอยู่ได้ มักจะประเมินค่าเหตุการณ์นั้นในลักษณะท้าทาย แต่หากประเมินว่าตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ก็จะประเมินว่าเหตุการณ์นั้นคุกคาม สูญเสียและเป็นอันตราย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด การที่ผู้ดูแลจะเชื่อว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ท้าทาย และตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับการที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น ทักษะการสื่อสาร ตลอดจนการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระหว่างการดูแล

จากที่กล่าวมาข้างต้น การที่ผู้ดูแลจะประเมินว่าสถานการณ์ใดในการดูแล มีความเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคลของผู้ดูแลคือความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และการประเมินตัดสินใหม่ เมื่อผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าว่ามีผลคุกคาม เป็นอันตรายต่อตนเอง ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ และเมื่อประเมินแหล่งประโยชน์แล้วพบว่าไม่เพียงพอ ก็จะประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด และเมื่อมีการประเมินตัดสินใหม่ ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า อาจจะประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด หากไม่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติม

1.2 ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น ว่ามีความสำคัญหรือมีความหมายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ยิ่งมีมาก ยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุกคามต่อตนเองมาก การมีความยึดมั่นผูกพันต่อเหตุการณ์นั้น อาจทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำ เพื่อแก้ไขสถานการณ์นั้นให้ดีขึ้น การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็กพัฒนาการ

ล่าช้า นั้น อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความยึดมั่นผูกพันที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด และมีความคาดหวังที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามสิ่งที่คาดหวัง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) การที่ผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็น ความเครียดนั้น ขึ้นอยู่กับการเชื่อมโยงสิ่งที่พบเห็นกับประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล ความไม่แน่ใจ ในเหตุ การณ์ในการดูแล และระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์นั้นๆ ดังนี้

2.1 ความแปลกใหม่และความรุนแรง (novelty) ในสถานการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน และเป็นเหตุการณ์ที่ประเมินว่าคุกคามต่อตนเอง บุคคลย่อมประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียดที่คุกคามและเป็นอันตรายหรือสูญเสีย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลด้วย

2.2 ความสามารถในการคาดเดาสถานการณ์หรือการทำนาย(predictability) หากผู้ดูแล รู้สึกว่าเหตุการณ์สามารถคาดการณ์ หรือทำนายถึงผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ก็จะประเมินว่าเป็นลักษณะความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ยากต่อการคาดเดา

2.3 ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์ (event uncertainty) เป็นภาวะที่ข้อมูลไม่ชัดเจน หรือไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ซึ่งจะสร้างความรู้สึกคุกคามได้มาก และถูกประเมินได้ว่าเป็นความเครียด

2.4 ปัจจัยด้านเวลา (temporal factors) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นฉับพลัน จะมีผลต่อความเร่งรีบในการตัดสินใจ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่สื่อเค้าวาเป็นอันตรายหรือควบคุมไม่ได้ ก็จะก่อให้เกิดความเครียดได้

โดยสรุป ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินค่าทางปัญญาของผู้ดูแลได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลของผู้ดูแลประกอบด้วย ความเชื่อและความยึดมั่นผูกพัน และปัจจัยด้านสถานการณ์ ประกอบด้วย ความแปลกใหม่และความรุนแรง ความสามารถในการคาดเดาสถานการณ์หรือการทำนาย ความไม่แน่ใจในเหตุการณ์และปัจจัยด้านเวลา ซึ่งปัจจัยที่กล่าวถึงนี้ จะส่งผลต่อระดับของความเครียดของผู้ดูแลต่อไป

ระดับของความเครียด

ความเครียดของบุคคลแต่ละคน ถึงแม้จะมีสาเหตุเดียวกัน แต่อาจมีปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการยอมรับและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล รวมทั้ง

พื้นฐานทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในขณะนั้น โดยสามารถแบ่งระดับความเครียดออกได้เป็น 3 ระดับ (Iwing , 1984) ดังนี้

1. ระดับความเครียดต่ำ (mild stress) ความเครียดชนิดนี้ จะสิ้นสุดลงในเวลาสั้น ๆ เกี่ยวข้องกับสาเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น การพลาดเวลานัดหมาย
2. ความเครียดระดับกลาง (moderate stress) ความเครียดชนิดนี้ จะรุนแรงกว่าชนิดแรก อาจใช้เวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน เช่น ความเครียดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง ความเครียดจากการทำงานหนัก
3. ความเครียดระดับสูง (severe stress) ความเครียดชนิดนี้ อาจคงอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือนหรือเป็นปี สาเหตุที่จะทำให้เกิดความเครียดเช่น การสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ความเครียดจากการเจ็บป่วยที่รุนแรง เมื่อมีความเครียดในระดับสูง บุคคลจะพยายามปรับตัวเพื่อต่อสู้กับความเครียดนั้นๆ แต่ถ้าความเครียดนั้นอยู่นานและรุนแรงเกินไป จะทำให้บุคคลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนแรง ไม่สามารถเผชิญหรือต่อสู้กับความเครียดได้ นำไปสู่ความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจได้ในที่สุด

สรุประดับความเครียดของผู้ดูแลแต่ละคนแบ่งระดับความเครียดออกได้เป็น 3 ระดับ คือระดับความเครียดต่ำ ความเครียดระดับกลาง และความเครียดระดับสูง ขึ้นอยู่กับการยอมรับและความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล รวมทั้งพื้นฐานทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในขณะนั้น

ความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

ความเครียดในการดูแล จากมุมมองของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เกิดจากการที่ผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์ในการดูแลนั้นมีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อเชื่อมโยงกับปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล คือปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ความเชื่อ และความยึดมั่นผูกพัน ปัจจัยด้านสถานการณ์ประกอบด้วย สถานการณ์ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้แก่ ความไม่แน่ใจในสถานการณ์ การเชื่อมโยงสิ่งที่พบเห็นกับสถานการณ์เดิม และปัจจัยด้านเวลา ซึ่งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ จะมีผลต่อการประเมินตัดสินสถานการณ์ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยอาจจะประเมินว่า คุณภาพ เป็นอันตรายต่อตนเอง หากมีความเชื่อว่าตนเองควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการขาดแหล่งประโยชน์คือความรู้และทักษะในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด และแม้จะมีการประเมินใหม่ โดยที่ยังไม่มีแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับสถานการณ์เพิ่มเติม ผู้ดูแลก็จะประเมินว่าเป็นความเครียดเหมือนเดิม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้วัดความเครียดตามแนวคิดของลาซาลัสและโพลล์แมน อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้ก็สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเครียดของผู้ดูแลได้ ดังเช่นผลการศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก ของประภาศรี ท่งมีผล (2548) กลุ่มตัวอย่างคือมารดาเด็กออทิสติกที่พาบุตรมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต 2 แห่ง คือสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.50 ดังนั้น การศึกษาถึงวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดความเครียดในผู้ดูแลเหล่านี้จึงมีความจำเป็น เพื่อช่วยลดความเครียดในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้ ดังเช่นผลการศึกษาของอิซยา เชื้อนมัน (2545) ที่ศึกษาเรื่องสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก โดยศึกษาในมารดาเด็กออทิสติกที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 72 คน ผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก หากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดี ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าต่อไป

โปรแกรมการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยเหลือครอบครัว ให้มีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่มีสาเหตุจากการดูแล โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดปฏิกิริยาตอบสนองที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย เป็นการลดความเครียดของผู้ดูแล เพิ่มความเข้าใจและยอมรับของญาติ ปรับการแสดงออกของผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high express emotion) ให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต่ำ (low express emotion) ดังนี้

โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา เป็นโปรแกรมที่เน้นการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤติของโกลด์สไตน์ รอดนิก อีแวนส์ เมย์ และสไตน์เบิร์ก (Goldstein, Rodnick Evans, May & Steinberg, 1987 อ้างในภัทรภรณ์ ท่งปันคำและคณะ, 2547) เป็นการให้คำปรึกษากับครอบครัวในระยะสั้น 6 สัปดาห์ มุ่งเน้นการเผชิญปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญห

โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการอยู่ร่วมกับสังคม ของเอนเดอร์สัน โฮการ์ตส์ และริสส์ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1981 อ้างในภัทรภรณ์ ท่งปันคำและคณะ, 2547) เป็นการให้ความรู้ทางจิตเวชและการรักษา เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและการเผชิญความเครียด รวมทั้งสร้างเครือข่ายระหว่างผู้รักษากับครอบครัว

โปรแกรมที่มุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหาและการติดต่อสื่อสาร โดยฟอลลูนและคณะ (Folloon et al., 1985 อ้างใน อัจฉรวรรณ ตรีวง, 2547) สร้างขึ้นเพื่อฝึกให้ครอบครัวมีทักษะในการสื่อสารและการจัดการกับปัญหา

หากผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่เป็นแหล่งประโยชน์ ดังเช่นการศึกษาของ งามพันธุ์ ชิตมินทร์ (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กสมองพิการที่จัดให้กับผู้ดูแล ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอบรมผู้ดูแลตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น พบว่าผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเด็กสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้กับเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน และผลการศึกษาของ อุบล วรรณกิจ(2548) เรื่อง ผลของการปฏิบัติพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กเป็นปัญญอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจหลังได้รับการปฏิบัติพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติพยาบาลในระบบ แต่ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีโปรแกรมใดที่พัฒนาขึ้นเพื่อผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าโดยเฉพาะ ซึ่งหากนำผลการศึกษาเรื่องความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก ของสมจิตร์ พื้พิมาย (2547) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความพร้อมด้านอารมณ์ 2) ความพร้อมด้านการให้บริการสุขภาพและการจัดหาแหล่งในการดูแล และ 3) ความพร้อมด้านการจัดการกับความเครียดในระหว่างให้การดูแลมาพิจารณา พบว่า แนวทางหนึ่งในการให้ข้อมูลที่จำเป็นเหล่านี้ คือการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ให้ครอบคลุมแหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลต้องการ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ของเด็กพัฒนาการล่าช้า รวมถึงการจัดการกับปัญหาความตึงเครียดที่เกิดจากการรับรู้บทบาทในการดูแล เกิดความมั่นใจในการดูแล (Stewart & Archblod, 1994)

แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแล

ความพร้อม (Readiness) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้กระทำเกิดความมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรม และยังสามารถเป็นเครื่องทำนายหรือแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่เกิดจากการกระทำนั้นๆด้วย จากการศึกษาถึงความพร้อมในการดูแล มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

สจิวตและอาร์ชโบลด์(Stewart & Archblod, 1994) กล่าวถึงความพร้อมว่า หมายถึงการที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับปัญหาความตึงเครียดที่เกิดจากการรับรู้บทบาทในการดูแล

นันทนา รัตนกร (2536) กล่าวถึงความพร้อม ว่าหมายถึง สภาพที่ต้องมีการเตรียมการ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยมีความตั้งใจและพึงพอใจ กับการ ทำกิจกรรมนั้นๆ ด้วย

แทตเชอร์และคณะ (Thatcher et al., 1970) กล่าวถึงความพร้อมว่า หมายถึงสภาพหรือ คุณภาพของการเตรียมความพร้อม อันเนื่องมาจากการเตรียมความถนัด ความพอใจ ความกระตือรือร้น

กู๊ด (Good, 1975) กล่าวถึงความพร้อมว่า ความพร้อมเกิดจากวุฒิภาวะ และประสบการณ์ ของผู้เรียนเป็นความสามารถตกลงใจ ความปรารถนาและความสามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรม จึงเป็น การพัฒนาคนให้มีความสามารถที่จะเรียนหรือทำกิจกรรม

ดังนั้น ความพร้อมจึงหมายถึง สภาพที่ต้องเตรียมการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เพื่อให้ทำ กิจกรรมต่างๆโดยความตั้งใจ ความพอใจ ความถนัด เพื่อให้กิจกรรมสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และ เป็นสภาพที่บุคคลพร้อม หรือเต็มใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัย สำคัญ ในการทำนายผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ว่าจะมีประสิทธิภาพเพียงใด

ความพร้อมที่ผู้ศึกษาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดความพร้อมในการดูแล ของสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1994) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีบทบาทและการวิจัย เชิงคุณภาพ โดยศึกษาพื้นฐานของครอบครัวผู้ดูแล ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการ รับรู้ตนเองของผู้ดูแลในด้านความหมาย ภาระหน้าที่ในการดูแล และบทบาททางกฎหมาย แนวคิดดังกล่าว ได้มุ่งความสนใจเกี่ยวกับความพร้อมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลไม่ยุ่งยากในการเรียนรู้ บทบาท ซึ่งผลจากการสำรวจของสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1992) พบว่า ผู้ดูแลที่ มีความสามารถในการรับรู้สูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ ปัจจัยที่สนับสนุนคือความเชี่ยวชาญในการดูแล และได้ศึกษายบทบาทความเครียดของผู้ดูแล เพื่อเป็นการทำนายภาวะขาดแคลนแหล่งให้ความช่วย เหลือ ในบทบาทความเครียดในครอบครัวผู้ดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล และเป็นประโยชน์ สำหรับพยาบาลในการดูแลที่บ้าน รวมทั้งการประเมินครอบครัวในสถานการณ์การดูแล

จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1994) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยใช้แบบวัดความพร้อมในการดูแลและ พัฒนาต่อเนื่องจนเป็นแบบวัดมาตรฐาน แบ่งออกเป็น 8 ด้าน คือ

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย เป็นความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ในด้าน กิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย และด้านอื่นๆ
2. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ เป็นความพร้อมในการตอบสนองต่อ อารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างเหมาะสม และให้การช่วยเหลือได้อย่าง ถูกต้อง

3. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแลช่วยเหลือ เป็นความสามารถหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในและภายนอกครอบครัว และสามารถนำมาใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลได้เช่น สถานบริการพยาบาล โรงเรียนการศึกษาพิเศษ เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง วัด ชุมชนหรืออื่นๆ

4. ความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล เป็นความสามารถจัดการกับภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การดูแลได้ เช่น การออกกำลังกาย การพูดคุยกับผู้อื่น การฟังเพลง การมีอารมณ์ขัน เป็นต้น

5. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เช่น การดูแลเด็กเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความหมายมากขึ้น เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของเด็กได้มากขึ้น

6. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน เป็นความสามารถแยกแยะสภาวะการณ์ตึงเครียดในการดูแล และสามารถแก้ไข ตลอดจนสามารถเผชิญกับปัญหาในภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม เพื่อแสดงให้เห็นการเลือกแนวทางปฏิบัติ การพิจารณาไตร่ตรองประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย

7. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล เป็นความสามารถในการหาแหล่งให้ความช่วยเหลือในการดูแล ในกรณีที่ตนเองไม่สามารถให้การดูแลได้ และต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด โรงเรียนการศึกษาพิเศษ เพื่อนบ้าน ญาติ พี่น้อง เป็นต้น เป็นการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหา การช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและสามารถที่จะพึ่งพาตัวเองผู้อื่น รวมทั้งนำความรู้ที่ได้รับ มาใช้ในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้

8. ความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม เป็นความพร้อมที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะปฏิบัติกิจกรรม การดูแลโดยภาพรวมทั้งหมด

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ที่ได้นำกรอบแนวคิดความพร้อมของสจ๊วต และอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1994) มาศึกษาในเรื่อง ความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กออทิสติก (สมจิตร พืพิมาย, 2547) ซึ่งผลการศึกษาในเรื่องดังกล่าวพบว่า ความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติกโดยรวมทั้ง 8 ด้านอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้านกลับพบว่า ความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความพร้อมด้านอารมณ์ 2) ความพร้อมด้านการให้บริการสุขภาพและการจัดหาแหล่งในการดูแล และ 3) ความพร้อมด้านการจัดการกับความเครียดในระหว่างให้การดูแล แต่ยังไม่ได้มีการสร้างเครื่องมือสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลรวมทั้ง

การติดตามให้ความช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความพร้อมในการดูแล จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล การดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ การจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจำเป็นจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความพร้อมที่จะให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เพื่อสามารถให้การดูแลในแต่ละด้านได้อย่างครอบคลุม และความเครียดในการดูแลลดลง

การประเมินความพร้อมในการดูแล

แบบวัดความพร้อมในการดูแล ที่สร้างขึ้นโดยสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1994) เป็นแบบวัดความพร้อมในการดูแลที่พัฒนามาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และพัฒนาต่อเนื่องจนเป็นแบบวัดมาตรฐาน โดยได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรคต่างๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา อยู่ระหว่าง 0.86 – 0.92 และแบบวัดความพร้อมในการดูแลนี้ ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย วิชาพรณวิโรจน์รัตน์และคณะ จากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา กับนักภาษาศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญ จนมีความหมายที่ตรงกัน

สมจิตร์ พิพิมาย และภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ (2547) ได้พัฒนาแบบประเมินความพร้อมในการดูแลเด็กออทิสติก โดยดัดแปลงตามกรอบแนวคิดความพร้อมในการดูแล ของโดยสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1994) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ประเด็นสำคัญของเนื้อหา ที่จะศึกษาตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสม ความชัดเจนในเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากนั้น นำมาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบประเมินความพร้อมในผู้ดูแลเด็กออทิสติก ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.97

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแบบประเมินความพร้อมในผู้ดูแลเด็กออทิสติก ของสมจิตร์ พิพิมาย และภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ (2547) มาพัฒนาต่อ เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าเช่นเดียวกัน รวมทั้งข้อคำถามในแบบสอบถาม มีความครอบคลุมความพร้อมในการดูแลทั้ง 8 ด้านคือ 1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ 3) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล 4) ความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล 5) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับ

เหตุการณ์ฉุกเฉิน 7) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล 8) ความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ซึ่งสามารถนำมาดัดแปลงเพื่อใช้ประเมินความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้

ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ซึ่งมีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติและล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน อาจพบความผิดปกติทางพัฒนาการในด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านการทรงตัวและการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กรวมทั้งการใช้ตาและมือร่วมกันในการทำงาน ด้านการสื่อสาร และด้านทักษะทางสังคมและการช่วยเหลือตนเอง โดยอาจพบความผิดปกติเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านพร้อมกัน แต่จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กผู้ดูแล จึงเป็นบุคคลสำคัญในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ ให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่จากความบกพร่องด้านพัฒนาการของเด็ก การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการ จึงต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ผู้ดูแลจึงควรมีความรู้และทักษะในการดูแล เพื่อช่วยเหลือเด็กให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2546) ครอบคลุมทั้งในด้านสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน การสื่อความหมาย การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งหากเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการดูแลและการตอบสนองที่เหมาะสมดังกล่าว อย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้เด็กสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ได้ตามศักยภาพ

ความพร้อมในการดูแล เป็นการประเมินความสามารถในการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ในการดูแล ผู้ที่มีการรับรู้ในบทบาทการดูแลสูง จะมีภาวะซึมเศร้า และความเครียดจากการดูแลลดลง และปัจจัยที่สนับสนุนในบทบาทหน้าที่การดูแล คือการมีความเชี่ยวชาญในการดูแล ความพร้อมที่ดี จะทำให้ผู้ดูแลไม่ยุ่งยากในการเรียนรู้บทบาทการดูแล มีความผูกพันในครอบครัว ส่งผลที่ดีต่อการดูแล ลดความตึงเครียด และผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล (Stewart & Archblod, 1994) หากผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแล จะมีความยากลำบากในบทบาทการดูแล และไม่สามารถลดความเครียดได้ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลในบทบาทการดูแลทั้ง 8 ด้านนอกจากจะเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าแล้ว ยังเป็นประโยชน์ในการติดตามดูแล เมื่อผู้ดูแลต้องกลับไปดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่บ้าน และเห็นความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง เกิดการ

ทำงานเป็นทีมร่วมกับพยาบาลแบบไม่เป็นทางการ สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ระหว่างแนวคิดของสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1994) ที่แบ่งออกเป็น 8 ด้านนั้น ผู้ศึกษาสรุปความพร้อมในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย เนื่องจากเด็กพัฒนาการล่าช้า จะมีการเจ็บป่วยได้เหมือนเด็กปกติ แต่ไม่สามารถบอกถึงความไม่สบายของตนเองได้อย่างชัดเจน สุขภาพด้านร่างกายจะมีผลต่อพฤติกรรมและการใช้ชีวิตของเด็ก หากสุขภาพไม่ดีจะทำให้เด็กรู้สึกหงุดหงิดหรือแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ปัญหาสุขภาพที่พบเช่น อาการชัก ท้องผูก นอนไม่หลับ การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ส่งผลให้เด็กมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง(ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำและคณินิจ ไชยลังการณ, 2546) ผู้ดูแลจึงต้องเฝ้าต่อการสังเกตอาการเจ็บป่วย เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลรักษาทันทั่วทั้งที่ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของเด็ก ส่งผลให้เกิดปัญหาและเป็นภาระต่อไปในการดูแลของผู้ดูแล

2. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ เด็กกลุ่มนี้จะมีปัญหาทางอารมณ์ได้ง่ายเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นมากเกินไปหรือไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดอาการวอกแวก หรือสนใจกับสิ่งที่ไม่สำคัญ สิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปจะทำให้สมองล้าง่าย เกิดความตึงเครียด ความสามารถในการตั้งสมาธิลดลง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) และตอบสนองโดยการมีพฤติกรรมซ้ำๆ กรีดร้อง หรืออาละวาด ทำร้ายตนเองเป็นต้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือสถานที่ เด็กอาจแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ดิ้นตระหนก กลัวไม่สมเหตุผล (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2546) ผู้ดูแลจึงต้องเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของเด็ก พยายามวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมและอารมณ์นั้นๆ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องต่อไป

3. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแล โดยผู้ดูแลต้องศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กครอบคลุมทุกด้าน เช่น ความรู้ในเรื่องโรคที่เด็กเป็นและการดูแล การกระตุ้นพัฒนาการ การปรับพฤติกรรม การแสวงหาข้อมูลในการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรงเรียนการศึกษาพิเศษ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ซึ่งผู้ดูแลอาจจะแสวงหาข้อมูลได้หลายวิธี ทั้งการขอรับคำแนะนำจากผู้อื่น การพูดคุยกับผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแล จากแหล่งข้อมูลต่างๆ จากการเข้าร่วมกลุ่ม โดยมีช่องทางข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ ญาติ เพื่อน หนังสือ ซึ่งข่าวสารที่ได้รับ สามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลเด็ก การตัดสินใจ

ในการเลือกแหล่งบริการสุขภาพที่เหมาะสม และสะดวกต่อการรักษา ส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

4. ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล จากปัญหาอุปสรรคด้านพัฒนาการของเด็ก ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมและอารมณ์ เกิดความเครียดจากการดูแลและกังวลในการเลี้ยงดูเด็ก นอกจากนี้ ยังส่งผลที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงดู รู้สึกเป็นภาระและยากลำบากในการดูแล ท้อแท้ เบื่อหน่าย (อริสิริ ภิเศก, 2542) ก่อให้เกิดความเครียดกดดันสะสมในทุกๆด้าน ผู้ดูแลจึงควรหาแนวทางในการผ่อนคลายความเครียดและใช้วิธีการที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ การพูดคุยกับคนอื่น การฟังเพลง การมีอารมณ์ขันเป็นต้น (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) เพื่อลดความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแล มีความรู้สึกที่ดีในระหว่างการดูแล ส่งผลให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีขึ้น

5. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ จากการที่ต้องดูแลบุตรที่มีพัฒนาการล่าช้า ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกผิดหวัง ซึมเศร้า เครียด กังวลและท้อแท้จากการดูแล (อริยาดี ประเสริฐ, 2543) ในขณะที่ผู้ดูแลบางรายมีความรู้สึกท้อแท้ เนื่องจากดูแลเด็กไม่มีที่สิ้นสุด การดูแลจึงต้องมีทัศนคติที่ดี มีความรัก ความผูกพันในการดูแลบุตร(ภทราภรณ์ ท่งปันคำ และคณินิจ ไชยลังการณ, 2546) ความรู้สึกที่ดีจะส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพ เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของเด็ก มีความพึงพอใจที่ได้รับจากการดูแล และไม่รู้สึกรเป็นภาระ (Archblod & Stewart, 1990) ดังนั้น ผู้ดูแลที่จะสามารถดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้ดี จึงควรมีความรักและความผูกพันต่อเด็ก เรียนรู้และเข้าใจในสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของเด็ก และพึงพอใจที่ได้เป็นผู้ให้การดูแล

6. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ทั้งพฤติกรรมที่เกิดจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงต่อสถานการณ์ สถานที่ เด็กจะมีความยากลำบากในการปรับตัว และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ อาละวาด เป็นต้น ผู้ดูแลควรทำความเข้าใจลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ค้นหาสาเหตุ เบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากพฤติกรรมเหล่านั้น โดยหาสิ่งเร้าใหม่ที่เด็กสนใจมากกว่า สอนให้เด็กปรับตัวกับสถานการณ์ที่ทำให้หงุดหงิด และให้แรงเสริมในพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ได้นานเช่น การกอด การปรบมือแสดงความชื่นชม การให้ขนม และต้องพยายามทำตัวเองให้สงบและมั่นคง เด็กจะรู้สึกสงบและมั่นคงตามไปด้วย ไม่พูดหรือบอกเด็กพร้อมกันหลายๆอย่าง เพราะจะทำให้เด็กสับสน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) ซึ่งหากผู้ดูแลเข้าใจ

และให้การดูแลต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ สามารถแก้ไข ตลอดจนเผชิญกับปัญหาในภาวะฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม จะมีแนวโน้มต่อการปรับลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กได้

7. ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติหลายอย่างจากการดูแลเด็ก ทั้งความรู้สึกผิดหวัง กังวลใจ เครียด วิตกกังวล ท้อแท้และสิ้นหวัง ต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็ก ตัวเองและครอบครัว ซึ่งสาเหตุเสริมที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล คือการขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมที่เพียงพอ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม จิตใจ ข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ปัญหาได้ดี และพร้อมที่จะดูแลช่วยเหลือเด็กให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ทั้งนี้ บุคคลที่ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือส่วนใหญ่ ได้แก่ แพทย์ โรงพยาบาล บุคคลรอบข้าง เพื่อที่จะแสวงหาข้อมูลใหม่ในการรักษา และนำเด็กไปรับบริการ (สังเวียน ชำรงวณะเมธาวิ, 2544) ดังนั้นการทราบแหล่งในการช่วยเหลือจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีที่ปรึกษาและมีข้อมูลในการตัดสินใจ เพื่อให้การดูแลเด็กที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจ และสามารถที่จะพึ่งพา ไว้วางใจผู้อื่น รวมทั้ง นำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

8. ความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ผู้ดูแลจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลเด็กทุกด้าน จึงต้องมีความพร้อมในการดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม สังคม การสื่อสาร ความหมาย (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2546) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก ที่จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

ความพร้อมในการดูแล จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับผู้ดูแล และเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ดูแล ในการให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม และแนวทางในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดความพร้อมในการดูแลดังกล่าว มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าครบทุกด้าน สามารถดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ไม่รู้สึกยุ่งยากในบทบาทการดูแลและมีความเครียดในการดูแลลดลง

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

เป็นแผนการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้ดูแล ในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านร่างกาย และอารมณ์ รวมถึงการจัดการปัญหาความตึงเครียดที่เกิดจากการรับรู้บทบาทในการเป็นผู้ดูแล โดยแบ่งออกเป็น 8 ด้าน คือ 1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ 3) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล 4) ความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล 5) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน 7) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล 8) ความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ซึ่งผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้น จากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแล ของสจ๊วตและอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archblod, 1994) ซึ่งได้อธิบายว่า ความพร้อมในการดูแล หมายถึงการที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความสามารถ ที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการปัญหาความเครียดที่เกิดจากการรับรู้บทบาทในการดูแล นำมาจัดทำเป็นแนวทางสำหรับผู้ดูแล ในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วยแผนการสอน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยแต่ละครั้งมีจุดมุ่งเน้นที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

ครั้งที่ 1 การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านร่างกาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเข้าโปรแกรม และสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มผู้ดูแล
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับในตัวเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านร่างกาย ด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกิดจากเด็กพัฒนาการล่าช้า การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านร่างกาย รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และที่เกิดกับผู้ดูแลคนอื่นๆ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลได้แนวทางในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านร่างกาย

ครั้งที่ 2 การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้านอารมณ์และการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับในตัวเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านอารมณ์ ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านอารมณ์ และในสถาน การณ์ฉุกเฉินด้านอารมณ์

2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีแนวทางในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เพื่อตอบสนองต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งให้การช่วยเหลือเด็กได้ถูกต้อง

ครั้งที่ 3 การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของเด็ก และปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตของผู้ดูแล มีความหมายมากขึ้น และพึงพอใจที่ได้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในระหว่างการให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม

ครั้งที่ 4 การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล (ฝึกปฏิบัติวิธิตลายเครียด)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมีแนวทางในการจัดการกับภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองในระหว่างการให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลลงมือ

2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติวิธิตลายเครียด และสร้างความมั่นใจ โดยให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติวิธิตลายเครียด 3 วิธี

ครั้งที่ 5 การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแลช่วยเหลือ และด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และมีแนวทางในการให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าด้านการให้บริการสุขภาพ และจัดหาแหล่งในการดูแลช่วยเหลือทั้ง ภายในและภายนอกครอบครัว เช่น สถานบริการพยาบาล โรงเรียนการศึกษาพิเศษ เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง วัด ชุมชนหรืออื่นๆ

2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทราบแหล่งให้ความช่วยเหลือในการดูแล ในกรณีที่ตนเองไม่สามารถให้การดูแลได้ และต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด โรงเรียนการศึกษาพิเศษ เพื่อนบ้าน ญาติ เป็นต้น เป็นการช่วยเหลือด้าน ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหา การช่วยเหลือด้าน อารมณ์ จิตใจส่งผลให้เกิดความ มั่นใจและสามารถที่จะพึ่งพา ไว้วางใจผู้อื่น รวมทั้ง นำความรู้ที่ได้รับ มาใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้

ครั้งที่ 6 การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าโดยรวม

วัตถุประสงค์

เป็นการสรุปภาพรวมของโปรแกรม เพื่อให้ผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้ และมีแนวทางในการให้การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ทั้ง 8 ด้าน ตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ในหัวข้อเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล การดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ การดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยสติปัญญา ว่าปฏิสัมพันธ์นั้นจะมีผลเสียหรือเป็นโทษต่อสุขภาพหรือไม่ ซึ่งการประเมินจะขึ้นกับคุณลักษณะของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง จะใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ จนเกิดเป็นภาวะเครียด ดังนั้น หากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ส่วนตนแล้ว ก็จะทำให้การประเมินสถานการณ์ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลในทางที่ดี ส่งผลให้ความเครียดในการดูแลลดลง โดยการเตรียมความพร้อมนั้น ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลของ สจ๊วตและอาร์ชบลัด (Stewart & Archblod, 1994) ซึ่งได้อธิบายว่า ความพร้อมในการดูแล หมายถึงการที่ผู้ดูแลประเมินว่ามีความสามารถ ที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการปัญหาความตึงเครียดที่เกิดจากการรับรู้บทบาทในการดูแล แบ่งเป็น 8 ด้าน คือ 1) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 2) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านอารมณ์ 3) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล 4) ความพร้อมในด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล 5) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ 6) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน 7) ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล 8) ความพร้อมในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม

หากผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้ามีความพร้อมในการดูแลทั้ง 8 ด้าน จะทำให้ไม่รู้สึกรับ
ภาระจากการดูแล มีความเครียดในการดูแลลดลง สามารถดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างต่อเนื่อง
และมีประสิทธิภาพ แต่หากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการดูแล จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกลำบาก
ในการดูแล รู้สึกรับภาระ ท้อแท้ เบื่อหน่าย มีความตึงเครียดในบทบาทการดูแล อาจส่งผลให้การ
ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าไม่มีความต่อเนื่อง และมีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยอันควรมากยิ่งขึ้น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved