

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาโครงการอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดา ผู้ศึกษาได้ศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา เป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์
 - 1.1 กาะะกลุ่มอาการดาวน์
 - 1.2 ลักษณะของเด็กกลุ่มอาการดาวน์
 - 1.3 การประเมินเด็กกลุ่มอาการดาวน์
 - 1.4 แนวทางการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - 1.5 แนวทางการวินิจฉัยเด็กกลุ่มอาการดาวน์ก่อนคลอด
2. การพยาบาลเด็กกลุ่มอาการดาวน์
 - 2.1 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์
 - 2.2 พัฒนาการล่าช้าในเด็กกลุ่มอาการดาวน์
 - 2.3 หลักในการเลี้ยงดูบุคคลที่มีพัฒนาการล่าช้า
 - 2.4 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือ/ส่งเสริมในการเลี้ยงดูบุตรของบิดา มารดา
 - 2.5 การพยาบาลเด็กกลุ่มอาการดาวน์และครอบครัว
3. พฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของผู้ดูแล/มารดา
 - 3.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
 - 3.3 ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล
 - 3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดา
 - 3.5 การประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดา
4. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - 4.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - 4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - 4.3 วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4.5 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

5. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ของมารดา

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome)

1.1 ภาวะกลุ่มอาการดาวน์

กลุ่มอาการดาวน์ เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ซึ่งสาเหตุของความผิดปกตินี้ ยังไม่ทราบกลไกแน่ชัด เชื่อว่า สารพันธุกรรมของโครโมโซมคู่ที่ 21 ที่เกินมานั้น ทำให้เด็กเหล่านี้ มีลักษณะหน้าตาคล้ายคลึงกัน เช่น ศีรษะเล็กและแบน หน้าแบน ดั้งจมูกแบน ตาเฉียงขึ้น ปากเล็ก ใบหูเล็ก คอสั้น มือแบนกว้าง นิ้วมือสั้น เส้นลายมือตัดขวาง นิ้วก้อยโค้งงอ ช่องว่างนิ้วเท้าที่ 1 และ 2 กว้าง และอาจมีความผิดปกติในระบบต่างๆของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจ และหลอดเลือดร่วมด้วย ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาในเกณฑ์ปัญญาอ่อนระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ความผิดปกติของโครโมโซมที่พบในกลุ่มอาการดาวน์

กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) เป็นโรคพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ซึ่งลักษณะของความผิดปกติทางโครโมโซมคู่ที่ 21 นี้ มี 4 แบบ

1. Trisomy-21 คือ การมีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แห่ง ส่วนใหญ่เกิดจากการที่โครโมโซมไม่แยกจากกัน ในระหว่างการแบ่งตัวของเซลล์สืบพันธุ์ในมารดา ประมาณร้อยละ 10 เกิดจากการที่โครโมโซมไม่แยกจากกัน ในระหว่างการแบ่งตัวของเซลล์สืบพันธุ์ของบิดานั้นคือ ความผิดปกติแบบนี้ส่วนใหญ่เกิดก่อนการปฏิสนธิ แต่อาจเกิดจากการแบ่งตัวครั้งแรกของตัวอ่อน ปกติหลังการปฏิสนธิได้ ความผิดปกติชนิดนี้ พบได้ร้อยละ 95 ของกลุ่มอาการดาวน์ทั้งหมด จะพบบ่อยขึ้น เมื่อมารดามีอายุมากขึ้น อัตราเสี่ยงของการเกิดซ้ำประมาณร้อยละ 1 ไม่ต้องเจาะโครโมโซมมารดา สาเหตุของการที่โครโมโซมไม่แยกจากกัน ยังไม่ทราบแน่ชัด

2. Robertsonian Translocation พบได้ร้อยละ 4 ของกลุ่มอาการดาวน์ทั้งหมด คือ การเคลื่อนย้ายที่ของแขนยาวของโครโมโซมพวกนี้มีจำนวนโครโมโซม 46 แห่ง แต่มีโครโมโซมแห่งหนึ่งมีลักษณะผิดปกติไป

โครโมโซมคู่ที่ 13,14,15,21,22 และ y มีลักษณะพิเศษ คือ แขนข้างสั้นของโครโมโซม มีขนาดสั้นมากและแทบไม่มียื่นที่สำคัญอยู่บนแขนข้างสั้นของโครโมโซมดังกล่าวเลย

จึงอาจเกิดความผิดปกติทางโครงสร้างของโครโมโซมดังกล่าวคือ แขนข้างสั้นของโครโมโซมถูกลดหรือกำจัดไป และแขนข้างยาวของโครโมโซมมาเชื่อมกันตรงจุดกึ่งกลางของโครโมโซม

ในกรณีของกลุ่มอาการดาวน ความผิดปกติลักษณะนี้ อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างโครโมโซมคู่ที่ 13 หรือ 14 หรือ 15 หรือ 21 เอง หรือ 22 แต่ที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มนี้ คือ ระหว่างโครโมโซมคู่ที่ 21 กับ 14

อัตราการเกิดการเคลื่อนย้ายที่ของโครโมโซมนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุของมารดา ร้อยละ 95 ของการเคลื่อนย้ายที่ของโครโมโซมเกิดในไข่ อีกร้อยละ 5 เกิดในสเปิร์ม และประมาณร้อยละ 50 ของการเคลื่อนย้ายที่ของโครโมโซมเกิดขึ้นเอง อีกร้อยละ 50 เกิดจากการที่บิดาหรือมารดาเป็นพาหะสมมูลของการเคลื่อนย้ายที่ของโครโมโซมนั้น ดังนั้น ถ้าหากบุตรมีความผิดปกติของโครโมโซมแบบนี้ จะต้องตรวจโครโมโซมของบิดาหรือมารดาด้วยว่า เป็นพาหะหรือไม่ เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาต่อไป

3. Mosaicism มีโครโมโซม 2 แบบในคนคนเดียวคือ บางเซลล์ปกติมี 46 โครโมโซม และ บางเซลล์มี 47 โครโมโซม (Trisomy 21) พบได้ร้อยละ 1 ของกลุ่มอาการดาวนทั้งหมด กลุ่มอาการดาวนประเภทนี้ จะมีความรุนแรงใกล้เคียงกับแบบที่ 1 หรือ 2 แต่ที่พบที่รุนแรงน้อยกว่าด้วยเช่นกัน เกิดจากการที่โครโมโซมไม่แยกจากกัน ในระหว่างการแบ่งตัวครั้งที่ 2 หรือครั้งต่อไปของตัวอ่อนหลังการปฏิสนธิ และเนื่องจากการที่โครโมโซมไม่แยกจากกันในกลุ่มอาการดาวนชนิดนี้เกิดหลังการปฏิสนธิ ดังนั้น จึงมีเพียงบางเซลล์เท่านั้นที่ผิดปกติ ซึ่งถ้าตรวจเลือดไม่พบความผิดปกติของโครโมโซม แต่ยังคงสงสัยว่าเป็นกลุ่มอาการดาวนหรือไม่ ต้องตัดเนื้อเยื่อจากผิวหนังมาตรวจ

4. Partial Trisomy 21 คือ การที่โครโมโซมคู่ที่ 21 เกิดมาเพียงบางส่วน ไม่ใช่ทั้งโครโมโซม โดยส่วนของเกินมานั้น มียีนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการดาวน (Down Syndrome Critical Region Or DSCR) ซึ่งอยู่บนแขนยาวของโครโมโซมที่ 21 รวมอยู่ด้วย ความผิดปกติแบบนี้พบน้อยมาก มักเป็นกลุ่มอาการดาวนที่ตรวจโครโมโซมโดยวิธีมาตรฐานแล้วผลปกติ ดังนั้น ถ้าลักษณะทางคลินิกเหมือนแต่จำนวนโครโมโซมปกติ ต้องใช้วิธีการตรวจทางอนุพันธุศาสตร์ (Molecular Genetic) ต่อไป

ดังนั้น ถ้าพบเด็กกลุ่มอาการดาวน จะต้องทำการตรวจโครโมโซมทุกราย เพื่อดูว่ามีความผิดปกติของโครโมโซมเป็นแบบใด ถ้าหากเป็นชนิดที่มีการเคลื่อนย้ายที่ของโครโมโซม จะต้องตรวจโครโมโซมของบิดามารดา หากพบว่า คนหนึ่งคนใดเป็นพาหะ จะต้องตรวจโครโมโซมของคนในครอบครัวฝ่ายนั้น เพื่อหาพาหะอื่นในครอบครัว เนื่องจาก จะมีผลต่อการให้คำแนะนำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ต่อไป

ระบาดวิทยา

กลุ่มอาการดาวน์พบได้ในทุกเชื้อชาติ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ และภูมิประเทศ โดยทั่วไป พบ 1 ต่อ 800 ของเด็กไทยเกิดใหม่ แต่อุบัติการณ์นี้ ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากหากทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์ จะมีการแท้งไปเองสูงถึงร้อยละ 75 แม้กระนั้นก็ตาม โรคนี้ก็ยังเป็นโรคของความผิดปกติของโครโมโซมที่พบบ่อยที่สุดว่า เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน และเป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุดว่า เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน คิดเป็นสัดส่วน 1 ใน 3 ของภาวะปัญญาอ่อนระดับปานกลางถึงรุนแรง อัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1.3 ต่อ 1 แต่ละปีในประเทศสหรัฐอเมริกา จะมีเกิดใหม่เป็นกลุ่มอาการดาวน์ประมาณ 10,000 ราย หากประเทศไทยมีประชากรเกิดใหม่ปีละ 1 ล้านคน จะมีเด็กกลุ่มอาการดาวน์เกิดใหม่ปีละ ประมาณ 1,000 คน

เด็กกลุ่มอาการดาวน์ Trisomy-21 พบได้มากที่สุด มารดาของเด็กประเภทนี้ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี ส่วนประเภท Translocation มารดามีอายุน้อยกว่า คือ ระหว่าง อายุ 24-29 ปี อายุของบิดา ไม่มีความสำคัญในกลุ่มอาการนี้ มารดาที่คลอดเด็กกลุ่มอาการดาวน์คนหนึ่งแล้ว โอกาสที่จะเกิดคนที่ 2 ซ้ำมีมาก

ตารางแสดงโอกาสเกิดเด็กดาวน์และเกิดซ้ำในมารดาวัยต่างๆ

| อายุของมารดา (ปี) | โอกาสที่เกิดกลุ่มอาการดาวน์ | โอกาสที่จะเกิดซ้ำ |
|-------------------|-----------------------------|-------------------|
| 20-29 | 1 ใน 1,500 | 1 ใน 500 |
| 30-34 | 1 ใน 750 | 1 ใน 200 |
| 35-39 | 1 ใน 300 | 1 ใน 100 |
| 40-44 | 1 ใน 100 | 1 ใน 25 |
| 45-49 | 1 ใน 40 | 1 ใน 10 |
| มารดาทั้งหมด | 1 ใน 650 | 1 ใน 100 |

1.2 ลักษณะเฉพาะของกลุ่มอาการดาวน์

ลักษณะของกลุ่มอาการดาวน์ทางคลินิกประกอบด้วย

1. ลักษณะทางร่างกาย

ลักษณะทั่วไป หน้าแบน สันจมูกสั้น ตาเฉียงขึ้น หูเล็กและต่ำกว่าปกติ ีริษะเล็ก ช่องปากเล็ก เพดานปากสูง คอสั้น แขน - ขาสั้น มือแบนกว้าง นิ้วสั้น ฝ่าเท้ากว้าง นิ้วเท้าสั้น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม ข้อต่อยึดได้มาก ทำให้พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวช้า บางรายมีข้อกระดูกเคลื่อน เช่นกระดูกคอ สะโพก การตรวจพบทำได้โดยการฉายรังสี กระดูกสันหลังเมื่ออายุ 2 ปี นอกจากนี้ยังพบกระดูกเจริญเติบโตช้า จึงมีตัวเล็กเตี้ย จมูกแบน ช่องปากเล็ก หูชั้นกลางอักเสบง่าย รวมทั้งความผิดปกติของหูชั้นกลาง ระบบผิวหนังมีความยืดหยุ่นน้อย ผิวแห้งแตกง่าย มีรอยจำเป็นลาย การรับรู้ทางประสาทสัมผัสมีน้อย

ระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 10 - 20 ของเด็กจะมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (Intestinal Malformation) เป็น 300 เท่าของเด็กปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะลำไส้ตีบตัน (Intestinal Atresia) บริเวณ Duodenum บางรายมีอาการแหวะนม และอาเจียนจนถึงอายุ 6 เดือน เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะอาหารไม่แข็งแรง และส่วนใหญ่พบปัญหาท้องอืดและท้องผูกได้เนื่องจากกล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้หย่อนตัว

ระบบหัวใจและหลอดเลือด มากกว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มอาการดาวน์มีโรคหัวใจร่วมด้วย

ระบบประสาท สมองขนาดเล็กทำให้การรับรู้และความเข้าใจช้า สติปัญญาต่ำกว่าเด็กทั่วไป ปัญหาทางตาและการมองเห็น พบได้บ่อยกว่าเด็กปกติ เช่น ตาเข สายตาสั้น ต้อกระจก ร้อยละ 35 ของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีปัญหาตาเข ดังนั้นการตรวจคัดกรองโดยกุมารจักษุแพทย์ ทำได้ในวัยทารกและการติดตามเด็กอย่างน้อยขณะอายุ 18 เดือน , 5 ปี และ 15 ปี นอกจากนี้ทั้งด้านการได้ยินพบว่าร้อยละ 10 - 15 ของเด็กกลุ่มอาการดาวน์มีภาวะหูหนวกอย่างรุนแรง (Severe Hearing Loss) การได้ยินมีความจำเป็นต่อพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก ดังนั้นการตรวจการได้ยินที่เชื่อถือได้ (Reliable Audiologic Evaluation) ที่อายุ 6 เดือน และทำซ้ำทุก 6 - 12 เดือน ในช่วงวัยเรียนก็มีส่วนสำคัญ

ระบบทางเดินหายใจ พบว่าเด็กติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำและขับเสมหะได้ไม่ดี

ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ ในผู้ชายอาจมีอวัยวะเพศเล็กกว่าปกติ ร้อยละ 20 - 25 พบอวัยวะไม่ลงสู่ถุงอัณฑะ (Undecided Testis) อาจมีพัฒนาการทางเพศช้ากว่าปกติเล็กน้อยและมีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ

ระบบเลือด พบว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากกว่าบุคคลทั่วไป

ชีวิตมี ร้อยละ 15 มีความผิดปกติในหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ พบว่าไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำตั้งแต่กำเนิด (Congenital Hypothyroidism) ในกลุ่มเด็กอาการความรุนแรงกว่าในทารกแรกเกิดปกติถึง 28 เท่า

2. ลักษณะนิสัยและอารมณ์

วัยเด็กจะเชื่องช้า โตขึ้นจะร่าเริงแจ่มใส การเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่แรกเกิด ตลอดจนการศึกษาในช่วงวัยก่อนเรียน จะมีผลต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กในทางที่ดีขึ้น

3. สถิติปัญญา

ระดับสติปัญญา (IQ) ต่ำกว่าเด็กปกติ เป็นเด็กบกพร่องทางสติปัญญา (กัลยา สุตะบุตร: 2533)

จากลักษณะเฉพาะของเด็กเหล่านี้ ทำให้พัฒนาการล่าช้าในทุกด้าน ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

ความผิดปกติต่างๆที่เจอพบร่วมด้วยในกลุ่มอาการความ

ความผิดปกติต่างๆที่พบร่วมด้วยในกลุ่มอาการความมีหลายอย่างแต่ไม่จำเป็นต้องพบทุกอย่างในคนเดียวกัน ส่วนใหญ่จะมีความผิดปกติเพียงบางอย่างเท่านั้น ความผิดปกติเหล่านี้ได้แก่

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบประมาณร้อยละ 40 -60 (ในขณะที่พบในประชากรทั่วไปเพียงร้อยละ 1 ส่วนใหญ่โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในกลุ่มเด็กอาการความ มักเป็นชนิดไม่เขียว โดยพบชนิดผนังหัวใจรั่วทั้งห้องบนและล่าง ร้อยละ 51 ผนังหัวใจห้องล่างรั่วร้อยละ 28 ผนังหัวใจห้องบนรั่วร้อยละ 11 โรคหัวใจชนิดเขียวแบบ Tetralogy of Fallot ร้อยละ 7 เส้นเลือดผิดปกติชนิด Patent ductus arteriosus ร้อยละ 2 ถ้ามีความดันเลือดในปอดสูง จะทำให้หัวใจพิการแต่กำเนิดเสถียร ซึ่งภาวะความดันเลือดในปอดสูงนี้ มักพบในผู้ที่มีโรคหัวใจชนิดที่มีเลือดคั่งวงจรจากซ้ายไปขวา และโรคทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นเรื้อรัง

ในช่วง 2 เดือนแรก ความผิดปกติของหัวใจบางอย่าง อาจไม่มีอาการ โรคหัวใจที่รุนแรง อาจตรวจร่างกายแล้ว ไม่ได้ยินเสียงฟู่ของหัวใจ ดังนั้น จึงควรมีการตรวจหัวใจ และการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) ก่อนจำหน่ายเด็กเหล่านี้จากหออภิบาลเด็กแรกเกิด หรือก่อนอายุ 3 เดือน การรักษามีตั้งแต่การใส่ระวาง กินยา ไปจนถึงการผ่าตัด

เด็กกลุ่มอาการความที่มีโรคหัวใจ จะมีการเจริญเติบโตช้า กล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวช้า และอายุสั้น เมื่อเทียบกับเด็กกลุ่มอาการความที่ไม่มีโรคหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 30 - 50 ในกลุ่มอาการความ อัตรารอดชีวิตที่

อายุ 1 ปี สำหรับเด็กที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นร้อยละ 76.3 เมื่อเทียบกับร้อยละ 90 ของเด็กที่ไม่มีโรคหัวใจ

2. ระบบต่อมไร้ท่อ โรคต่อมธัยรอยด์ พบประมาณร้อยละ 15 ต่อมธัยรอยด์ผลิตฮอร์โมนธัยรอยด์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการเจริญเติบโตของร่างกายและสมอง ความผิดปกติที่พบอาจเป็นภาวะบกพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิด (ซึ่งพบเพิ่มขึ้น 27 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป โดยพบแบบชั่วคราว ร้อยละ 0.3 หรือแบบถาวรร้อยละ 0.7) ไม่มีต่อมธัยรอยด์หรือคอพอก เด็กและผู้ใหญ่ พบภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนภายหลังเกิด ร้อยละ 14 – 20 มักเป็นผลจากการสร้างภูมิคุ้มกันของตนเองต่อต่อมธัยรอยด์ (Autoimmune Thyroiditis) ดังนั้น จึงต้องตรวจหาภูมิคุ้มกันจากธัยรอยด์ด้วย ส่วนภาวะธัยรอยด์ฮอร์โมนเกินปกติ พบน้อยมาก

จึงควรตรวจธัยรอยด์ฮอร์โมนชนิด Tetraiodothyronine (T4) และThyroid stimulating hormone(TSH) เมื่อแรกเกิดและที่อายุ 12 เดือน ถ้าพบว่า มีTSH เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย โดยที่ T4 ปกติ ควรตรวจซ้ำ เพื่อให้แน่ใจว่า ไม่เปลี่ยนไปเป็นภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนต่อไป ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนรักษาได้โดยให้ภาวะธัยรอยด์ฮอร์โมนรับประทาน ส่วนภาวะธัยรอยด์ฮอร์โมนเกินปกติ รักษาโดยการให้ยาด้านธัยรอยด์หรือน้ำแร่รับประทานหรือโดยการผ่าตัด

อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในเด็กกลุ่มอาการดาวน์สูงถึง 1 ต่อ 250 รักษาโดยการควบคุมอาหาร ให้ยารักษาโรคเบาหวานและฉีดอินซูลิน

มีการทดลองใช้ฮอร์โมนการเจริญเติบโตหรือ Growth Horemone (GH) ในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อเพิ่มความเจริญเติบโต โดยเฉพาะความสูง แต่ยังคงศึกษาต่อไป ถึงความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและจริยธรรม ซึ่งในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ส่วนใหญ่จะมีระดับฮอร์โมนการเจริญเติบโตปกติ

3. ระบบทางเดินอาหาร พบลำไส้อุดตันร้อยละ 5 – 12 มักพบในช่วง 1 เดือนหลังเกิด แต่อาจพบเมื่ออายุมากขึ้น โดยพบภาวะหรือโรคต่างๆ ดังนี้

-อาการท้องผูก พบได้ถึงร้อยละ 30 ในกลุ่มอาการดาวน์ ถ้าให้ยาระบายแล้ว อาการไม่ดีขึ้น จะต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน หรือ Hirschsprung Disease

- Hirschsprung Disease หรือ Aganglionic Megacolon พบร้อยละ 0.5 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป 25 เท่า เป็นความผิดปกติในการเคลื่อนไหวนៃของลำไส้ เนื่องจากขาดปมประสาทที่คอยควบคุมการทำงานของลำไส้ใหญ่ โดยทารกจะไม่ถ่ายขี้เทาใน 24 ชั่วโมงแรก มีอาการท้องผูกมาก ถ้าลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่อักเสบร่วมกัน จะมีอัตราตายสูง รักษาโดยการผ่าตัด

- ลำไส้เล็กส่วนต้นตันหรือตีบ พบร้อยละ 2.4 มีอาการท้องอืด อาเจียน สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ โดยตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง(Ultrasound) รักษาโดยการผ่าตัด

- ไม่มีรูทวารตั้งแต่เกิด พบร้อยละ 1 รักษาโดยการผ่าตัด
- มีรอยต่อระหว่างหลอดลมและหลอดอาหาร พบร้อยละ 0.4 รักษาโดยการผ่าตัด
- กระเพาะอาหารตีบพบร้อยละ 0.3 รักษาโดยการผ่าตัด
- โรคลำไส้ชนิด celiac disease หรือ gluten enteropathy พบร้อยละ 7 เป็นภาวะที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเอง มีอาการอาเจียน ท้องเสีย และเลี้ยงไม่โต
- ภาวะตัวเหลืองหลังเกิด พบในกลุ่มอาการดาวนีย์ ร้อยละ 71 เมื่อเทียบกับเด็กทั่วไป ซึ่งพบร้อยละ 4

4. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่า กล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม ข้อต่อยึดได้มาก เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวล่าช้า ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนนุ่มจากระบบประสาทส่วนกลางจะทำให้การดูกลืนไม่ดี มารดาจึงให้นมบุตรลำบาก พบข้อต่อสะโพกหลุดหรือเคลื่อน ข้อต่อกระดูกคอที่ระดับต่อเคลื่อน ได้แก่ กระดูกคอชั้นที่ 1 และ กระดูกท้ายทอย (C1 occiput) กระดูกคอชั้นที่ 1 และ 2 (C1 C2 หรือ Allanto-axial subluation)

- ข้อต่อสะโพกหลุดหรือเคลื่อน พบร้อยละ 6 มักพบช่วง 2 เดือน ถึง 10 ปี อาจมาด้วยท่าเดินที่ไม่ปกติ หรือลุกได้ช้า เกิดจากเอ็นหย่อนและความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ท่านั่งที่เสริมให้เกิดภาวะนี้ คือ นั่งโดยข้อสะโพก งอ กาง และหมุนอกด้านนอก ถ้าพบภาวะนี้แพทย์จะทำศัลยกรรมกระดูก

- ข้อต่อกระดูกคอชั้นที่ 1 และ 2 เคลื่อน พบตั้งแต่ร้อยละ 10 -30 เกิดจากการหย่อนของเอ็น การเจริญของกระดูกคอที่ผิดปกติ พบได้ โดยการถ่ายภาพรังสีกระดูกคอในท่าต่างๆ แล้วพบว่า มีช่องว่างระหว่างกระดูกคอกว้างกว่าปกติ (5 มิลลิเมตร) ภาวะข้อต่อกระดูกเคลื่อนนี้ ประมาณร้อยละ 10 จะไม่มีอาการ มีเพียงร้อยละ 1-2 เท่านั้น ที่จะมีอาการของไขสันหลังถูกกดทับ เช่น ปวดหลัง คอเอียง งุ่มง่าม เดินกระเผลก แขนขาอ่อนแรง ปฏิเสธที่จะเดิน ปฏิกริยาสะท้อนไวที่ขาทั้งสองข้าง และการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะผิดปกติไป ซึ่งในกลุ่มนี้ การถ่ายภาพรังสี มักมีช่องว่างกระดูกคอกว้างกว่า 7.5 มิลลิเมตร

อีกประมาณร้อยละ 0.1 จะมีผลแทรกซ้อนทางระบบประสาทอย่างรุนแรง ได้แก่ ขาทั้งสองข้างอ่อนแรง ซึ่งจะต้องส่งต่อไปพบศัลยแพทย์ทางระบบประสาท เพื่อรับการผ่าตัดทันที โดยการผ่าตัดเชื่อมกระดูกคอ ดังนั้น กลุ่มอาการดาวนีย์ที่จำเป็นต้องรับการผ่าตัด ควรถ่ายภาพรังสีกระดูกคอทุกคนก่อนการผ่าตัด เพื่อระวังเป็นพิเศษในการดมยาสลบ มีรายงานผู้ป่วยบางรายได้รับการถ่ายภาพรังสีกระดูกคอช้าแล้วพบว่า ปกติ จึงยังไม่ทราบแน่ชัดว่า การถ่ายภาพรังสีกระดูกคอจะเชื่อถือได้เพียงใด ในปัจจุบัน ยังไม่มีข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ ระหว่างความผิดปกติของระบบประสาท จากการกดทับประสาทไขสันหลังกับความผิดปกติที่พบจากการถ่ายภาพรังสีกระดูกคอ ดังนั้น การตรวจพบกระดูกคอเคลื่อนจากการถ่ายภาพรังสี จึงมีประโยชน์เพียงเพื่อให้

คำแนะนำให้หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่โหดโผน หรือการเล่นกีฬาบางประเภท และบอกบิดามารดาถึงอาการที่ต้องรีบมาพบแพทย์ คือ เดินเซ แขนขาเกร็งและแขนขาอ่อนแรง

ได้มีคำแนะนำของคณะกรรมการ โอลิมปิกพิเศษ (Special Olympics) ว่า กลุ่มอาการดาวน์นี้จะเข้าร่วมในการแข่งขันกีฬา ควรได้รับการถ่ายภาพรังสีกระดูกคอ ที่อายุ 3,12 และ 18 ปี ตามลำดับ ถ้าพบความผิดปกติ ควรแนะนำให้ระมัดระวังในการออกกำลังกาย หรือการเล่นกีฬาบางประเภท โดยงดกีฬาประเภทตีลังกา trampoline และกีฬาที่มีการปะทะหรือชนกัน เช่น ชกมวย สก๊อคกี และฟุตบอล จำกัดกีฬาที่มีการกระทบกับ เช่น เบสบอล บาสเกตบอล จักรยาน ดำน้ำ ชีมน้ำ สก๊อต และว่ายน้ำท่าผีเสื้อ

5. ระบบโลหิต พบมะเร็งเม็ดเลือดขาวร้อยละ 1-2 ซึ่งสูงกว่าประชาชนทั่วไป 10 – 20 เท่า ภาวะเม็ดโลหิตขาวผิดปกติชั่วคราว (Leukemoid Reaction) พบในกลุ่มอาการดาวน์แรกเกิดบางคนได้ โดยพบว่า มีจำนวนเม็ดโลหิตขาวสูงขึ้น มักหายไปในเวลา 2-3 เดือนโดยไม่ต้องรักษา แต่อีกประมาณร้อยละ 20 จะเกิดโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวอีกหลายปีต่อมา

6. ระบบความผิดปกติทางตา พบได้ร้อยละ 60 ซึ่งร้อยละ 35 ของกลุ่มอาการดาวน์ที่มีปัญหาทางตา ต้องได้รับการตรวจและรักษาเป็นระยะๆ ความผิดปกติที่พบ ได้แก่

- ขนตาสั้นและขึ้นไม่เป็นระเบียบ ทำให้เกิดการอักเสบของเปลือกตา พบได้บ่อย ร้อยละ 36 ถ้าขนตาที่อักเสบบ่อยๆ อาจทำให้กระจกตาผิดปกติในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ได้

- ต้อกระจก พบร้อยละ 3-15 ถ้าสงสัยต้องรีบส่งต่อจักษุแพทย์เล็ก เพื่อผ่าตัด เนื่องจากในเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี อาจเกิดภาวะตาขี้เกียจ (Amblyopia) ได้ภายใน 7 วัน

- ต้อหินพบน้อย แต่พบในทารกกลุ่มอาการดาวน์มากกว่าทารกทั่วไป มีอาการน้ำตาไหล กลัวแสง ต้องรีบส่งต่อจักษุแพทย์

- สายตาสั้น พบร้อยละ 30-70 (โดยพบระดับรุนแรงร้อยละ 5) มักเป็นสายตาสั้น แด็กก็พบสายตายาวและสายตเอียงได้บ่อย จักษุแพทย์มักจะให้ใส่แว่นสายตา

- ท่อน้ำตาอุดตัน พบร้อยละ 20 รักษาโดยการนวดหัวตา ถ้าไม่หาย ในบางรายอาจต้องแยงท่อน้ำตา

- ตาเข พบร้อยละ 22-44 รักษาโดยการฝีกกล้ามเนื้อตาหรือผ่าตัดดัดกล้ามเนื้อตา

- ตาแกว่ง (Nystagmus) พบร้อยละ 15 โดยมากมักไม่มีพยาธิสภาพ แต่อาจเกิดจากรอยโรคในระบบประสาทส่วนกลาง เลนส์ขุ่น สายตาสั้นหรืออาจเป็นอาการของโรคทางระบบประสาทที่เรียกว่า spasmus mutans ที่พบในวัยทารก มีอาการสรีระเยี่ยง และผกผันสรีระขึ้นลงบ่อยๆร่วมด้วย

- Brushfield's spot เป็นจุดขาวบนม่านตา เรียงตัวอยู่รอบรูม่านตา พบร้อยละ 50 ไม่ทำให้เกิดความผิดปกติของการมองเห็น

โดยสรุป เด็กกลุ่มอาการดาวน์ ควรได้รับการตรวจตาโดยจักษุแพทย์เด็ก ภายในอายุ 6 เดือน แม้ไม่มีพยาธิสภาพทางตาชัดเจน และควรตรวจตาทุกปี เนื่องจากโรคตาพบ บ่อยขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น

7. ความผิดปกติทางหูและภาษา

1) การได้ยินผิดปกติ พบร้อยละ 75 พบได้ทั้งชนิดการนำเสียงผิดปกติ ระบบประสาทการรับส่งเสียงผิดปกติ และชนิดผสม ที่พบบ่อยที่สุด คือ ชนิดการนำเสียงผิดปกติ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งพบถึงร้อยละ 60-90 มักเกิดจากมีของเหลวในหูชั้นกลาง และ กระจกหูผิดปกติ

2) หูชั้นกลางอักเสบชนิด serous otitis media (SOM) พบร้อยละ 50-70 หู ชั้นกลางอักเสบที่พบบ่อยนี้เกิดจากบริเวณส่วนกลางของใบหน้าเจริญไม่เต็มที่ และภาวะภูมิคุ้มกัน บกพร่อง โดยมีเม็ดโลหิตขาวชนิด T cell และ B cell มีจำนวนและการทำหน้าที่ลดลง และมีความตึง ตัวของกล้ามเนื้อเพดานและคอหอยลดลง ทำให้มีน้ำสะสมในช่องหูชั้นกลางและไอเอแสมหะออก ยาก ดังนั้นควรตรวจการได้ยินชนิด ABR (Auditory Brainstem Evoked Potential Response) หรือ OAE (evoked otoacoustic emission testing) ภายในอายุ 3-6 เดือนแรก และตรวจทุก 1 ปี จนถึงอายุ 3 ปี หลังจากนั้นตรวจทุก 2 ปี

3) ความสามารถในการพูดหรือการใช้ภาษาดีกว่าสติปัญญาที่แท้จริง

8. ระบบประสาท

- พบโรคลมชักร้อยละ 14 โดยประมาณครึ่งหนึ่งจะพบเมื่ออายุน้อยกว่า 1 ปี เป็นชนิด infantile spasm ซึ่งมักตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยฮอร์โมน ACTH (adrenocorticotrophic hormone) อีกครึ่งหนึ่งพบเมื่ออายุ 20 ปี ขึ้นไป โดยพบชนิด generalized seizure และ complex partial seizure รักษาโดยการให้ยากันชัก

- ความผิดปกติทางจิต พบร้อยละ 22 ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า การ ปรับตัวผิดปกติ พัฒนาการผิดปกติชนิด pervasive developmental disorder โรคจิต และ anorexia nervosa รักษาโดยการให้ยาและจิตบำบัด

- ปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ ไม่รวมมือ และที่พบบ่อย ได้แก่ สมาธิสั้น หุนหันพลันแล่น ชน ไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าว และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง รักษาโดยการให้ยาและ พฤติกรรมบำบัด

- ถ้ามีโรคสมองเสื่อม (Alzheimer's disease) หรือ ภาวะพร่องฮอร์โมน สมองจะมีอาการความจำเสื่อม หลงลืม ความรู้ ความจำ รวมทั้งภาษาพูดแย่ลงด้วย

- ชราก่อนวัยอันควร (premature aging) ได้แก่ สมองเสื่อมก่อนวัย เกิด ต้อกระจกก่อนวัย และข้อเสื่อมก่อนวัย โรคสมองเสื่อม หรืออัลไซเมอร์นี้ พบร้อยละ 20-30 ของ กลุ่มอาการดาวน์ เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและการตายในวัยผู้ใหญ่ พบหลังอายุ 40 ปี

ความดันในปอดสูง เกิดภาวะการทำงานของหัวใจห้องขวาล้มเหลวตามมา โดยจะมีอาการนอนกรน นอนมาก มีปัญหาพฤติกรรมและการเจริญเติบโต วินิจฉัยได้โดยการบันทึก และศึกษาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ระหว่างการนอน รักษาโดยการตัดต่อทอนซิลและต่อมดิวคัลออกทำให้ลิ้นมีขนาดเล็กลงเพื่อให้คอหอยกว้างขึ้น

15. ปัญหาโรคติดเชื้อ ได้แก่ วัณโรค ไชนัสอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบและปอดบวม เนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ลักษณะทางกายวิภาคที่ผิดปกติ elli ต่อการติดเชื้อได้ง่าย ในต่างประเทศจึงมีการให้ยาปฏิชีวนะป้องกันเมื่อมีไข้หวัดธรรมดาในชุมชน รวมทั้งให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และเชื้อนิวโมคอคคัส ในวัยรุ่นอาจมีการติดเชื้อที่ผิวหนังบริเวณก้น ต้นขา และรอบๆ อวัยวะเพศ

16. ภาวะภูมิคุ้มกันต่อร่างกายตนเอง ทำให้เกิดต่อมธัยรอยด์อักเสบ ผมหงอก (พบร้อยละ 10-15) เบาหวาน เม็ดโลหิตแดงแตก ชนิด Autoimmune hemolytic anemia และข้อเสื่อมรูมาตอยด์

แนวทางการวินิจฉัย

จากลักษณะอาการและอาการแสดงทางคลินิกและการตรวจโครโมโซมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย

1.3 การประเมินเด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีเป้าหมาย เพื่อ

1. การวินิจฉัยที่ถูกต้อง(Definition Diagnosis)และค้นหาความผิดปกติที่พบร่วมได้
2. ทราบถึงความต้องการในการมารับบริการ
3. วางแผนการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กกลุ่มอาการดาวน์ได้

กระบวนการประเมิน

1. การซักประวัติ ได้แก่
 - อาการสำคัญที่นำมา อาการหรือความผิดปกติอื่นๆที่พบร่วมด้วย การตรวจวินิจฉัย รักษาหรือบริการอื่นๆที่เคยได้รับ การได้รับภูมิคุ้มกันที่จำเป็น
 - ลำดับที่และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ความต้องการมีบุตรอีก การวางแผนครอบครัว
 - การตั้งครรภ์ ภาวะผิดปกติแรกเกิดหรือหลังคลอด พัฒนาการที่ผ่านมา
 - โรคหรือความผิดปกติที่พบในครอบครัว อายุมารดา บิดา การเลี้ยงดู
2. การตรวจร่างกาย

- เพื่อค้นหาลักษณะผิดปกติ (Dysmorphic Features) ที่พบ เช่น เส้นลายมือตัดขวาง นิ้วก้อยโค้งงอ เป็นต้น

3. การตรวจประเมินพัฒนาการหรือระดับความสามารถอย่างคร่าวๆ ปัญหาพฤติกรรม หรือปัญหาทางจิตเวช ความเครียดและการปรับตัวของครอบครัว

การทดสอบและการสืบค้นเพิ่มเติม

ควรพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละราย ได้แก่

1. การตรวจโครโมโซม
2. ส่งต่อเพื่อตรวจหาโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งบางครั้ง การตรวจร่างกาย อาจไม่พบ ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภาพรังสีของปอดและหัวใจ หรือการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ
3. ตรวจเลือด (Complete blood count) เพื่อดูเม็ดเลือด และตรวจการทำงานของต่อมธัยรอยด์
4. ตรวจการได้ยิน
5. ส่งต่อเพื่อตรวจตา
6. ส่งต่อเพื่อตรวจภาพรังสีของกระดูกคอ
7. ส่งต่อเพื่อรับบริการอื่น เช่น การศึกษาในโรงเรียน บริการในชุมชน
8. ประเมินพัฒนาการ
9. ทดสอบทางจิตวิทยา ได้แก่ การทดสอบระดับเชาวน์ปัญญาและความสามารถในการปรับตัว (Adaptive Function)

1.4 แนวทางการดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

จุดมุ่งหมายของการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อรักษาตามอาการหรือแก้ไขความผิดปกติ ที่พบร่วมด้วย เพื่อให้เด็กเหล่านี้ สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด ดังต่อไปนี้

1. ด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากอาจมีความผิดปกติหลายอย่างที่พบร่วมด้วยได้ ในกลุ่มอาการดาวน์ รวมทั้งมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายและบ่อยกว่าเด็กทั่วไป บิดามารดาจึงควรพาบุตรไปพบแพทย์ตั้งแต่เริ่มแรก ติดตามการรักษาเป็นระยะๆ เพื่อแพทย์จะได้ค้นหาและให้การรักษาได้ทันที รวมทั้งให้คำแนะนำต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ การวางแผนครอบครัว ความเสี่ยงในการเกิดซ้ำของโครโมโซมในครอบครัวและการวินิจฉัยก่อนคลอด
2. การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กกลุ่มอาการดาวน์สามารถพัฒนาได้ ถ้าได้รับการฝึกสอนที่เหมาะสม บิดามารดาจึงควรพาบุตรไปพบแพทย์เพื่อรับคำแนะนำต่างๆ รวมทั้งวิธีการ

ในการส่งเสริมพัฒนาการที่มีเด็กฝนบุตรเองที่บ้าน เนื่องจากส่วนใหญ่บุตรจะอยู่กับบิดามารดา ไม่ใช่ผู้ฝึกทั้งนี้เพื่อให้บุตรมีพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กทั่วไป

3. การดำรงชีวิตประจำวัน เด็กกลุ่มอาการดาวน์ควรจะให้มีประสบการณ์ชีวิต เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป จึงควรฝึกให้ช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเพื่อให้สามารถไปเรียนรวมและเรียนร่วมได้ ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม บิดามารดาจึงควรพาบุตรไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ บ้าง ให้รู้จักควบคุมตนเอง มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ปฏิบัติตามกฎหมายของสังคมและสามารถใช้บริการต่างๆ ในสังคมได้

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่

- การฟื้นฟูทางการแพทย์ เช่น การฝึกพูด กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด
- การฟื้นฟูทางการศึกษา โดยจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล

(Individualized Education Program : IEP)

- การฟื้นฟูทางสังคม เช่น การฝึกทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living Skills) การจดทะเบียนรับรองความพิการ

- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางเอซีพีโดยการฝึกเอซีพี

การรักษาด้วยยา

ยังไม่มียารักษาเฉพาะสำหรับกลุ่มอาการดาวน์ ยาที่ใช้เพื่อการรักษาความผิดปกติที่พบร่วมด้วย ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่

1. ยารักษาโรคหัวใจ เช่น ยาขับปัสสาวะ Lanoxin ยาขยายหลอดเลือด
2. ธีรรอยด์ฮอร์โมน
3. ยาลดปัญหาพฤติกรรมและรักษาอาการทางจิต ได้แก่

- ชน อยู่ไม่นิ่ง เช่น methylphenidate (Ritalin), clonidine, valproic acid, haloperidol หรือ risperidone

- ก้าวร้าวรุนแรง เช่น haloperidol, risperidone, valproic acid, propranolol (inderal) หรือ buspirone

- กระตุ้นตนเอง ทำซ้ำๆ (stereotype) เช่น SSRIs, haloperidol, risperidone หรือ clonidine(Catapres)

- ทำร้ายตนเอง เช่น risperidone, SSRIs, หรือ valproic acid

4. การให้ยาปฏิชีวนะก่อนการรับบริการทางทันตกรรม เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ

การวางแผนดูแลตนเอง

การติดตามการดูแลสุขภาพเด็กกลุ่มอาการดาวน์ตามวัยต่างๆ ควรได้รับการวางแผนและทบทวนเป็นระยะๆ ร่วมกับครอบครัว ประสานงานกับเครือข่ายบริการต่างๆ ในชุมชน โดยติดตามระดับพัฒนาการหรือความสามารถที่ก้าวหน้าขึ้น ภาวะของความคิดปกติที่พบร่วมด้วย ปัญหาการเรียน การปรับตัวในครอบครัว อาการทางจิตเวช การรับประทานยาสม่ำเสมอและผลข้างเคียงของยา

แนวทางการดูแลสุขภาพกลุ่มอาการดาวน์

| วัย | การตรวจ | คำแนะนำ |
|----------------------------------|---|---|
| ทารกแรกเกิด (แรกเกิด 1 เดือน) | <ul style="list-style-type: none"> - ยืนยันการวินิจฉัยความผิดปกติของโครโมโซม ลักษณะและโรคที่พบร่วมด้วย เมื่อบิดามารดาอยู่พร้อมหน้ากัน - กล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม ลักษณะหน้าตา - ตาเข ต้อกระจกและตาแฉ่ง - ตรวจเมื่อแรกเกิดหรืออายุ 6 เดือน - ตรวจหาความผิดปกติของหัวใจ ซึ่งพบประมาณร้อยละ 50 แนะนำว่าควรตรวจหัวใจโดยคลื่นเสียงสะท้อน - ถ้าใส่เหล็กอุดต้น - มะเร็งเม็ดโลหิตขาวซึ่งพบบ่อยในเด็กกลุ่มอาการดาวน์มากกว่าในประชากรทั่วไป แต่ก็ยังพบน้อยกว่าร้อยละ 1 มักพบเม็ดโลหิตขาว | <ul style="list-style-type: none"> - บริการส่งเสริมพัฒนาการที่มีอยู่และประสิทธิภาพโดยเน้น - บริการส่งเสริมพัฒนาการที่มีอยู่ในชุมชน - กลุ่มสนับสนุนระดับประคอง ซึ่งได้แก่ หนังสือคู่มือสำหรับบิดามารดา หรือชมรมผู้ปกครองเล็กกลุ่มอาการดาวน์ * หาข้อดีของเด็กและช่วยให้ครอบครัวมองโลกในแง่ดี - มองหาผู้ประคับประคองสนับสนุน เช่น เพื่อน, ครอบครัว - วิธีบอกครอบครัว เพื่อนและวิธีปรับตัวในระยะยาว * การวินิจฉัยก่อนคลอดและความเสี่ยงในการเกิดซ้ำ |

| วัย | การตรวจ | คำแนะนำ |
|----------------------------------|---|---|
| | <p>ผิดปกติชนิด Leukemoid reaction มากกว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนแต่กำเนิดพบประมาณ ร้อยละ 1 - การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยขึ้น | <ul style="list-style-type: none"> - โอกาสเกิดซ้ำใน trisomy 21 มี 1 ใน 200 จนกระทั่งมารดาอายุ 35 ปี ความเสี่ยงจะขึ้นกับอายุของมารดา สมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวไม่มีความเสี่ยงที่จะมีบุตรผิดปกติทางโครโมโซมเพิ่มขึ้น - โอกาสเกิดซ้ำใน translocation ชับซ้อนควรปรึกษานักเวชพันธุศาสตร์ - พุดคุยถึงการรักษาที่ยังไม่มีหลักฐานว่าได้ผล |
| <p>วัยทารก (1 เดือน-1ปี)</p> | <p>ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจการได้ยินทุกครั้งที่ได้รับการบริการและตรวจหา serous otitis media (SOM) - ตรวจตาที่อายุ 6 เดือน ถ้าไม่ได้ตรวจแรกเกิดตรวจการมองเห็นที่อายุ 6-12 เดือน ถ้าจำเป็นอาจต้องพบจักษุแพทย์ - ตรวจธัยรอยด์ฮอร์โมน ตรวจซ้ำที่อายุ 4-6 เดือน และ 12 เดือน - ตรวจหาความผิดปกติของหัวใจ- | <ul style="list-style-type: none"> - คู่มือการเจริญเติบโตและพัฒนาการ โดยใช้กราฟประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ - สังเกตอาการของบิตามารดาและความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้คำปรึกษาประคับประคองพี่น้อง คุยถึงการปรับตัวของพี่น้องรวมทั้งการวางแผนระยะยาว การวางแผนการเงินและอุปการะ - ทบทวนบริการส่งเสริม |

| วัย | การตรวจ | คำแนะนำ |
|-------------------------------|--|--|
| | <p>-โอกาสเกิดซ้ำใน trisomy 21 มี 1 ใน 200 จนกระทั่งมารดา อายุ 35 ปี ความเสี่ยงจะขึ้นกับอายุของมารดา สมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว 'ไม่มีความเสี่ยงที่จะมีบุตรผิดปกติทางโครโมโซมเพิ่มขึ้น</p> <p>-โอกาสเกิดซ้ำใน translocation ชับซ้อนควรปรึกษานักเวชพันธุศาสตร์</p> <p>-พูดคุยถึงการรักษาที่ยังไม่มีหลักฐานว่าได้ผล</p> | <p>พัฒนาการตามความสามารถและความต้องการ ความสามารถและความต้องการของเด็กและครอบครัว ที่อายุ 6-12 เดือน</p> <p>- ทบทวนความเสี่ยงในการเกิดซ้ำและการวินิจฉัยก่อนคลอด ในระหว่างปีแรก</p> |
| <p>วัยเด็กตอนต้น (1-5 ปี)</p> | <p>ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>- ตรวจร่างกายและตรวจทางระบบประสาทปีละครั้ง</p> <p>-ตรวจการได้ยินปีละครั้งส่งไปพบนักโสตวิทยาถ้าจำเป็น (ร้อยละ 30-50 มีความเสี่ยงที่จะเกิด SOM ระหว่างอายุ 3-5 ปี)</p> <p>-ตรวจการมองเห็นปีละครั้งส่งต่อพบจักษุแพทย์ถ้าจำเป็น (ร้อยละ 50 มีความผิดปกติของสายตา ระหว่างอายุ 3-5ปี)</p> <p>- เมื่ออายุ 3-5 ปี ให้ถ่ายภาพรังสีดูว่ามีกระดูกคอเคลื่อนหรือไม่ ความเป็นนี้ยังถกเถียงกันอยู่แต่ต้องทำถ้าจะเข้าร่วม Special Olympics เล่นกีฬาปะทะกัน หรือมีอาการ</p> | <p>- ประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ- โปรแกรมวัยก่อนเรียน การไปโรงเรียนและความสามารถในอนาคต</p> <p>- การวางแผนการตั้งครรถ์ต่อไป โอกาสเกิดซ้ำและการวินิจฉัยก่อนคลอด</p> |

| วัย | การตรวจ | คำแนะนำ |
|--|--|--|
| | ศีดปกติ - ตรวจรย์รอยด์ฮอร์โมนปีละครั้ง - ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟัน | |
| วัยเด็กตอนปลาย (5-13 ปี) | - ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจร่างกายและตรวจทางระบบประสาทปีละครั้ง - ตรวจการได้ยินอย่างน้อย 1 ครั้งในวัยนี้ - ตรวจประเมินทางตาตามความจำเป็น | - ทบทวนพัฒนาการและความเหมาะสมของการไปโรงเรียน โดยเน้นทักษะการฝึกอาชีพ - พูดคุยถึงเรื่องสังคม สถานะความสัมพันธ์ในครอบครัว การจัดการการเงินและการปกครอง - พัฒนาการของทักษะทางสังคมที่เหมาะสมกับอายุและ |
| | - ตรวจมัยรอยด์ฮอร์โมนปีละครั้ง (ความเสี่ยงร้อยละ 3-5) - พูดคุยถึงปัญหาทางผิวหนังถ้าเหมาะสม เนื่องจากเด็กกลุ่มอาการดาวนั้นมีปัญหาทางผิวหนังและผิวหนังแห้งได้บ่อย | พัฒนาการของความรับผิดชอบ - พูดคุยถึงพัฒนาการทางเพศในด้านจิตใจและร่างกาย การดูแลเวลามีประจำเดือนและความสามารถในการมีบุตรทั้งเพศหญิงและชาย- เน้นทักษะทางสังคม แนะนำการคุมกำเนิด ความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์ |
| วัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (13-21 ปี หรือมากกว่านี้) | ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ตรวจร่างกายและตรวจทางระบบประสาทปีละครั้ง - ตรวจหาโรคอ้วน | พูดคุยถึง - การเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยผู้ใหญ่ - ความเหมาะสมของการไป |

| วัย | การตรวจ | คำแนะนำ |
|-----|---|--|
| | <p>- ตรวจการได้ยินปีละครั้ง- ตรวจประเมินทางตาปีละครั้ง</p> <p>- ตรวจธรอยคัยออร์โมนปีละครั้ง โดยตรวจห ภูมิคุ้มกันต่อต่อมธัยรอยด์ (thyroid antibody) ด้วย</p> <p>เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อต่อมธัยรอยด์อักเสบ (thyroiditis) สูงขึ้น</p> <p>- พุดคุยถึงการดูแลผิวหนัง</p> <p>- ประเมินพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือการสูญเสียทักษะบางอย่างที่เคยทำได้</p> | <p>โรงเรียนโดยเน้นทักษะการฝึกอาชีพ</p> <p>- เรื่องเพศและสังคม การคุมกำเนิด การดูแลและให้คำแนะนำ</p> <p>- การจ้างงานในชุมชน การอยู่ร่วมกับผู้อื่น</p> <p>- ความสัมพันธ์ในครอบครัว</p> <p>การวางแผนการเงินและการปกครอง</p> <p>- ถ้าจำเป็นหรือเหมาะสมส่งต่อไปยังบริการทางแพทย์สำหรับผู้ใหญ่</p> |

คำแนะนำเพิ่มเติม

- ในเพศหญิงตรวจภายในและตรวจหามะเร็งปากมดลูกรวมทั้งตรวจเต้านมด้วยปีละครั้ง
- แนะนำการคุมกำเนิด และการทำหมันโดยคำนึงถึงความยินยอมโดยส่งปรึกษาสูตินรีแพทย์ เพศหญิงที่เป็นกลุ่มอาการดาวน์สามารถตั้งครรภ์ได้และบุตรที่เกิดมีโอกาสที่จะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ประมาณร้อยละ 50 ในเพศชายจะเป็นหมัน แต่บางครอบครัวก็ต้องการให้ทำหมันชาย
- ควรมีการสอนเพศศึกษาในการศึกษาพิเศษด้วย
- ในกลุ่มอาการดาวน์ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจซ้ำบ่อยและรุนแรง
- ควรได้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และเชื้อนิวโมคอคคัสปีละครั้ง
- ในกลุ่มอาการดาวน์ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดบางประเภท ควรได้รับคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ (infective endocarditis) ด้วย เช่น ถ้าจะทำฟัน ควรได้รับยาปฏิชีวะก่อนและหลังการทำฟัน

- ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจโรคหัวใจ เนื่องจากในวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 57 มีลิ้นหัวใจไมตรัลผิดปกติ แบบ mitral valve prolapse และร้อยละ 11 มีลิ้นหัวใจเอออร์ติกร้าว

1.5 แนวทางการวินิจฉัยก่อนคลอดเด็กกลุ่มอาการดาวน์

การวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal Diagnosis) คือ การตรวจวินิจฉัย เพื่อตรวจดูว่าทารกในครรภ์ เป็นโรคพันธุกรรมที่เราสงสัยหรือไม่ เช่น การตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ การวินิจฉัยก่อนคลอดเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ทำในกรณีต่อไปนี้

1. มารดาอายุเกิน 35 ปี
2. มารดามีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์ชนิดใดก็ตามเคยมีที่มีความผิดปกติทางโครโมโซม

ทางโครโมโซม

3. บิดาหรือมารดา เป็นพาหะสมดุขของความผิดปกติทางโครโมโซม

การตรวจกรองทางชีวเคมีก่อนคลอด โดยการเจาะเลือดมารดา หรือการตรวจคลื่นเสียงสะท้อน (Ultrasound) แล้วสงสัยกลุ่มอาการดาวน์ มารดามีประวัติแท้งหลายครั้ง โดยไม่ทราบสาเหตุ สงสัยบางโรคที่สามารถตรวจได้ โดยเทคนิคทางอนุพันธุศาสตร์

การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด สำหรับเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ในปัจจุบัน โดยทั่วไป จะมี 2 ลักษณะ คือ

ก. การตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ วิธีนี้จะช่วยค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดต่อไป ได้แก่

- การตรวจกรองทางชีวเคมีก่อนคลอด (Biochemical Screening)

โดยการตรวจสาร alphafetoprotein (AFP) free human chorionic gonadotrophic hormone (free β hCG) และ pregnancy-associated plasma protein A (PAPP-A) ในไตรมาสที่ 1 และตรวจสาร alphafetoprotein (AFP) free human chorionic gonadotrophic hormone (free β hCG) unconjugated estriol (UE) และ inhibin A ในไตรมาสที่ 2

- การตรวจโดยคลื่นเสียงสะท้อน (Ultrasound) เพื่อวัดความหนาของผิวหนังบริเวณต้นคอ (fetal nuchal translucency)

การตรวจกรองทางชีวเคมี มักใช้สารเคมีหลายตัวมาคำนวณหาความเสี่ยง เพื่อเพิ่มอัตราการตรวจพบและมีชื่อเรียกต่างกัน เช่น

1. Double test คือ ตรวจ PAPP-A + free β hCG ในไตรมาสที่ 1 หรือ AFP + hCG (total hCG หรือ free β hCG) ในไตรมาสที่ 2

2. Triple test คือ ตรวจ AFP + UE3 + hCG (total hCG หรือ free β hCG) ในไตรมาสที่ 2

3. Quadruple test คือ ตรวจ AFP+UE3+hCG(total hCG หรือ free β hCG) + inhibinA ในไตรมาสที่ 2

4. Serum integrated test คือ ตรวจ PAPP-A ในไตรมาสที่ 1 ร่วมกับ Quadruple test ในไตรมาสที่ 2 และคำนวณหาความเสี่ยงเพียงครั้งเดียว

Integrated test เป็นการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ที่ใช้ค่าต่างๆของการตรวจกรองในไตรมาสที่ 1 (NT+PAPP-A) ร่วมกับ Quadruple test ในไตรมาสที่ 2 และนำมาคำนวณความเสี่ยงครั้งเดียว

ข. การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด วิธีนี้สามารถบอกได้ชัดเจนว่า ทารกในครรภ์เป็นกลุ่มอาการดาวน์หรือไม่ ได้แก่

- การตัดชิ้นเนื้อทารก (Chronic Villi Sampling) ในไตรมาสแรก อายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์

- การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ในไตรมาสที่ 2 อายุครรภ์ 16-18 สัปดาห์

การเลือกตรวจวิธีใด ควรได้รับคำแนะนำและปรึกษาสูตินารีแพทย์

2. การพยาบาลเด็กกลุ่มอาการดาวน์

2.1 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์

การพยาบาลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ยึดหลักเดียวกับการพยาบาลจิตเวชเด็ก และมีรายละเอียดเจาะจงสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน ทั้งนี้เพื่อสามารถช่วยเหลือดูแลให้เด็กสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายการดูแลตนเอง กลุ่มอาการดาวน์จะมีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อมีภาวะปัญญาอ่อนเกิดขึ้นในครอบครัวหนึ่งราย จะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กปัญญาอ่อนอย่างเป็นระบบ ทั้งกระทบต่อครอบครัว บุคคลในครอบครัว และชุมชน เพราะฉะนั้นการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม ที่รวมถึงสภาพแวดล้อมของตัวเด็กปัญญาอ่อนด้วย จินตนา ยูนิพันธ์ (2545) กล่าวถึงการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนไว้ดังนี้ การปฏิบัติการพยาบาลหรือบทบาทของพยาบาลสำหรับเด็กปัญญาอ่อนเป็นการปฏิบัติการในมิติต่าง ๆ ดังนี้

1. การป้องกันมิให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนและการคัดกรอง เพื่อการค้นหาเด็กปัญญาอ่อนในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ป้องกันมิให้เกิดผลกระทบต่อผู้ความผิดปกติอื่น ๆ

2. การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อน หมายถึง การดูแลช่วยเหลือและบำบัด เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวัน สติปัญญาและการได้รับการศึกษา ทักษะการติดต่อสื่อสารและการพัฒนา

ทักษะทางสังคม และการใช้กล้ามเนื้อ หรือสมรรถนะทางกาย ทั้งนี้โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง และการทำงานร่วมกับครอบครัวเป็นสำคัญ

3. การให้การคุ้มครองและการพิทักษ์สิทธิเด็กปัญญาอ่อนตามประกาศสิทธิเด็ก

4. การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษาและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนให้มีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและสามารถดำรงชีวิตร่วมกับเด็กปัญญาอ่อนอย่างเป็นปกติสุข

5. การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษาแก่ชุมชน และสังคมโดยรวม ในการสร้างความเข้าใจและให้มีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดภาวะปัญญาอ่อน

ประเด็นสำคัญคือ การดูแลช่วยเหลือที่เป็นลักษณะการดูแลช่วยเหลือระยะยาว การปฏิบัติการพยาบาลสู่การมีผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องพัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลงในเด็กเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ดังนั้น การจัดระบบการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนจึงต้องมีลักษณะพิเศษ คือเป็นระบบที่มีพยาบาลหนึ่งคนดูแลเด็กเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง เช่นระบบพยาบาล เจ้าของไข้ (Primary Nursing) หรือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการทางการพยาบาลเป็นพิเศษ และต้องใช้ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง นอกจากนี้ที่กล่าวมาแล้ว การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน โดยการใช้กระบวนการทางการพยาบาลก็เป็นแนวทางการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนอีกทางหนึ่งด้วย

กระบวนการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน

1. การประเมินภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลด้วย การสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากเด็ก บิดามารดา ผู้นำส่ง และผู้เกี่ยวข้องกับเด็กเกี่ยวกับ

1.1 ข้อมูลทั่วไป

1.2 ความคาดหวังของครอบครัวต่อการใช้บริการ

1.3 การดำรงชีวิตและการทำงานที่ของครอบครัว ได้แก่ การปฏิบัติของบิดามารดาต่อบุตร ความเครียดความกังวลของบิดามารดา

1.4 แบบแผนการสื่อสาร

1.5 การระบุปัญหา ควรให้บิดา มารดา ระบุปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็ก

1.6 อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม

1.7 การเจริญเติบโตและพัฒนาการ พัฒนาการของเด็กด้านการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านสติปัญญาและการได้รับการศึกษา พัฒนาการส่วนตัว ประวัติทางสังคมของเด็ก

1.8 การประเมินด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงการตรวจร่างกายอย่างละเอียด

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ ควรพิจารณาให้ครอบคลุมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบทของครอบครัวกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาขึ้นกับระดับความรุนแรงของภาวะปัญหาอ่อนเช่นเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

3. การวางแผนการพยาบาล ร่วมกับบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก โดยกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาล

3.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ ความรู้สึก พัฒนาการเด็ก หรือปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะสุขภาพดี เช่น เด็กไม่มีอันตราย/บาดเจ็บ ได้รับการตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเอง

3.2 การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือและบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กปัญหาอ่อน ได้แก่

3.2.1 การตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของเด็กในด้านเรื่องที่เด็กมีความบกพร่อง ฝึกทักษะการดูแลตนเอง เทคนิคสำคัญคือให้เด็กได้เรียนรู้ หรือฝึกทีละอย่างเมื่อเด็กปฏิบัติได้ ชมเชยหรือให้รางวัล จึงค่อย ๆ เพิ่มการเรียนรู้การดูแลตนเองเรื่องอื่น

3.2.2 การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก เป็นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก

3.2.3 การส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อสื่อความต้องการให้ผู้อื่นทราบ เกิดความไว้วางใจพยาบาล และบุคคลแวดล้อม คาดการณ์ความต้องการของเด็กและตอบสนองได้อย่างเพียงพอ ฝึกพัฒนาการด้านภาษาอย่างต่อเนื่อง

3.2.4 การดูแล ช่วยเหลือเด็กเพื่อการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยเริ่มสอนทักษะทางสังคมเมื่อเด็กไว้วางใจพยาบาลแล้ว อธิบายแก่เด็กหรือผู้อื่นให้เข้าใจความหมายของท่าทาง / สัญลักษณ์ที่เด็กใช้ในการสื่อสาร ใช้ภาษาพูดที่ง่าย สั้น ใช้เทคนิคของการปรับพฤติกรรม สิ่งสำคัญคือให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสภาพของเด็ก คาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็ก มีความรู้ความเข้าใจและใช้เทคนิคปรับพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง

4. การปฏิบัติการพยาบาล ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กปัญหาอ่อน ซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็ก ความเครียด ความกังวล และรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้ นั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ กลยุทธ์สำคัญที่พยาบาลควรใช้ ได้แก่

4.1 การกระตุ้นให้ครอบครัวระบายความรู้สึก

4.2 ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด

- 4.3 สนับสนุน ปรึกษาปรึกษาให้ครอบครัวผ่านพ้นความโศกเศร้า
- 4.4 กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกัน
- 4.5 ให้โอกาสในการซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ
- 4.6 กระตุ้นให้ครอบครัวรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง
- 4.7 เน้นสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ กำลังใจในการดูแลเด็ก
- 4.8 ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม
- 4.9 สอนพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม
- 4.10 ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็ก
- 4.11 สร้างเครือข่ายกับชุมชน

5. การประเมินผลการพยาบาลเน้นผลลัพธ์ที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์ สู่พัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้าน ใช้เกณฑ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับเด็กเป็นเกณฑ์ประเมินซ้ำตามเวลาที่กำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล และต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์เกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

สรุป การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนเป็นการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม เน้นการให้ครอบครัว / ผู้ดูแลมีส่วนร่วม โดยการปฏิบัติการพยาบาลเน้นไปที่การส่งเสริม/ฝึก กระตุ้นให้เด็กมีการพัฒนาความสามารถในทักษะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งการช่วยเหลือตนเอง ภาษา สังคม เพื่อให้เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เต็มศักยภาพและการให้ความรู้ สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง

ความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มอาการดาวน์ การช่วยเหลือเด็กกลุ่มอาการดาวน์ในแต่ละวัยควรจะได้รับมีดังนี้

1. วัยเด็ก เน้นเรื่องการดูแลสุขภาพ แก้ไขความพิการแต่กำเนิด การป้องกันโรคและการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งบิดามารดาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยังเป็นหน้าที่ของครอบครัว บุคลากรทางสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา
2. วัยเรียน เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและพัฒนาการ เด็กควรได้รับการศึกษาในโรงเรียนปกติและโรงเรียนใกล้บ้าน เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับชีวิตจริงในชุมชนของตนเองซึ่งเป็นหน้าที่ของครอบครัวและบุคลากรทางการศึกษา
3. วัยทำงาน เมื่อจบการศึกษาจากโรงเรียนแล้ว เด็กควรได้รับการฝึกอาชีพจากสถานฝึกอาชีพต่างๆ ชุมชนควรเปิดโอกาสรับเด็กเข้าทำงาน งานที่จะทำควรเป็นงานที่ง่าย ไม่ซับซ้อนหรือใช้ทักษะไม่มากนัก

2.2 พัฒนาการที่ล่าช้าในเด็กกลุ่มอาการดาวนีย์

1. พัฒนาการล่าช้าด้านการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ ในเด็กกลุ่มอาการดาวนีย์ เกิดจาก low muscle tone พบบ่อยมากในเด็กกลุ่มอาการดาวนีย์ มีผลต่อพัฒนาการ โดยจะทำให้การเรียนรู้เกี่ยวกับการทำงานของกล้ามเนื้อใหญ่ช้ากว่าปกติ เพราะฉะนั้น เด็กจะมีปัญหาในการชัน กอ นั่ง ยืน ตะเควน ทุกขั้นค่อนข้างช้ากว่าปกติทั้งสิ้น ในบางกรณีอาจมีปัญหากับการพูดด้วย ถ้ากล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดอ่อนแรง joint flexibility พบบ่อยในข้อสะโพกและขา จึงทำให้ขาบิดออก ข้างนอกได้ง่าย และมักเกิดจากผลของ low muscle tone ร่วมด้วย หรืออาการอ่อนแรง เกิดจากการที่มีโรคหัวใจร่วมด้วย ทำให้การสูดหายใจเวียนเลือดมาดีพอ

2. พัฒนาการล่าช้าของกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา เด็กกลุ่มอาการดาวนีย์ เป็นเด็กที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเล็ก ทำให้ไม่สามารถใช้งานได้หรือใช้งานได้ไม่ดีเท่าเด็กปกติ อันเป็นสาเหตุทำให้สูญเสียสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจาก มีปัญหาของการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมือ คือ กล้ามเนื้อมืออ่อนแรง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆของมือ

3. พัฒนาการล่าช้าด้านการช่วยเหลือตนเอง เนื่องจาก มีปัญหาในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเล็ก ทำให้ไม่สามารถใช้งานได้หรือใช้งานได้ไม่ดีเท่าเด็กปกติ เป็นสาเหตุให้สูญเสียสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือตัวเองทำได้ช้า อายุ 3-6 ปี อาจจะยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งกาย การอาบน้ำ การล้างหน้า การแปรงฟัน การขาดสมรรถภาพในการเคลื่อนไหว เปลี่ยนอริยาบถ เพราะปัญหาจากการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมือ ทำให้หยจับหรือยึดเหนี่ยว เพื่อการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย เป็นไปอย่างลำบาก หรือเป็นไปในอริยาบถที่ไม่ถูกต้อง

4. ปัญหาการพูด เด็กกลุ่มอาการดาวนีย์ เป็นเด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า (Delayed speech and language development) เด็กปกติสามารถพูดเป็นคำที่มีความหมายเมื่ออายุ 1 ปี คำพูดส่วนใหญ่ เป็นคำเดี่ยวๆ เมื่ออายุ 2 พูด เป็นวลีได้ และอายุ 3 ปี พูดเป็นประโยคได้

5. ปัญหาทางสังคม เด็กกลุ่มอาการดาวนีย์ จะมีโอกาสเกิดปัญหาทางสังคมได้ หากไม่ได้รับการดูแล ส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามวัยและตามศักยภาพของเด็กที่มีอยู่ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และปรับตัวดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีความสามารถใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด

2.3 หลักในการเลี้ยงดูบุคคลที่มีพัฒนาการล่าช้า

จากปัญหาพัฒนาการที่ล่าช้าของกลุ่มอาการดาวน์ทำให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงดู แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านเด็ก เป็นปัญหาการเลี้ยงดูที่เกิดจากตัวเด็ก ได้แก่
 - 1.1 พัฒนาการที่ล่าช้าในด้านต่างๆ เช่น นั่ง ยืน เดิน พูด ล่าช้ากว่าเด็กปกติ เป็นต้น
 - 1.2 พฤติกรรม เด็กมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา เช่น ดื้อ อยู่ไม่นิ่ง ทำร้ายตนเองทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น
2. ด้านบิดามารดา/ผู้ดูแล เป็นปัญหาในการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดจากบิดามารดา/ผู้ดูแล ได้แก่
 - 2.1 ทักษะคติของบิดามารดา/ผู้ดูแลต่อการดูแลบุคคลปัญญาอ่อน/บุคคลที่มีปัญหาพัฒนาการไม่ดี
 - 2.2 วิธีการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม
 - 2.3 รูปแบบการเลี้ยงดูที่ขัดแย้งกันของพ่อแม่หรือผู้ดูแลคนอื่นๆ
 - 2.4 บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งถูกทิ้งให้รับภาระการเลี้ยงดูตามลำพัง
 - 2.5 ไม่มีเวลาดูแล
3. ด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเด็กและบิดามารดา ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงดู ได้แก่
 - 3.1 สิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น พื้นห้องของเด็ก ความขัดแย้งในครอบครัว
 - 3.2 สิ่งแวดล้อมรอบบ้านและในชุมชน สิ่งสนับสนุนอื่นๆ เช่น การศึกษา ข้อจำกัดในการดูแลจากภาครัฐ/แหล่งดูแลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

บิดามารดา/ผู้ดูแลที่ให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาพัฒนาการ ต้องรับภาระในการดูแลที่ยาวนาน การเลี้ยงดูที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น มีความมั่นใจในการใช้ศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ และเป็นภาระแก่ผู้ดูแลน้อยที่สุด ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข

การเลี้ยงดูที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงที่บิดามารดาควรปฏิบัติ คือ

 1. ปรับทัศนคติต่อการดูแล ยอมรับในสิ่งที่ลูกเป็น ความบกพร่องที่ลูกมี
 2. มีความทุ่มเทในการดูแล และเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ
 3. เรียนรู้พฤติกรรมของลูก รู้จักสังเกต รู้จักธรรมชาติของลูก เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับพฤติกรรมและปรับวิธีการเลี้ยงดู
 4. อดทนต่อการดูแลที่ยาวนาน

5. แสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคของลูกและการดูแลเฉพาะทางสำหรับลูก
6. ฝึกและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องแบบซ้ำๆ
7. สนับสนุนให้ลูกทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง ใจเย็นและให้เวลาลูกในการทำกิจกรรม โดยคอยช่วยเหลือระดับประคองตามความจำเป็น
8. พาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่สร้างความรู้สึกละแวกแยกให้ลูก
9. เรียนรู้เทคนิควิธีเฉพาะในการฝึกลูก เช่น
 - ก. ใช้การเล่นผสมผสานกับการฝึก
 - ข. ไม่เคี้ยวเข็ญจนเกินไป และพลิกแพลงวิธีการฝึกตามกิจกรรมต่างๆที่ทำ หรือตามสภาพการณ์
 - ค. ใช้สื่อที่ลูกสนใจในการฝึก
 - ง. รู้ความสามารถของลูก รู้ว่า ต้องฝึกลูกในด้านไหน
 - จ. หาอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการฝึก เป็นต้น
10. มีเทคนิคในการปรับพฤติกรรม
11. ให้แรงเสริมอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ
12. สร้างความคิดในแง่บวกในการดูแลและเสริมสร้างกำลังใจให้ตนเอง เช่น มองเห็นข้อดีของการมีลูกที่บกพร่อง คิดว่า ลูกพัฒนาขึ้นทุกวัน ไม่ได้หยุดอยู่กับที่ เพียงแต่เรายังสังเกตเห็น
13. มีการวางแผนและการจัดการเกี่ยวกับการเลี้ยงดูหรือปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงดู
14. เข้าร่วมกลุ่มกับบิดามารดา/ผู้ดูแลครอบครัวอื่นที่มีลูกมีปัญหาพัฒนาการเหมือนกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเพื่อรวมกลุ่มเป็นตัวแทนในการเรียกร้อง/พิทักษ์สิทธิให้แก่ลูก
15. หาแหล่งสนับสนุนต่างๆในสังคม

2.4 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือ/ส่งเสริมในการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา

1. บทบาทในการให้การพยาบาล

ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล โดยยึดมาตรฐานการพยาบาลบุคคลปัญหาอ่อนเป็นเกณฑ์

2. บทบาทการสอน

การให้ความรู้แก่บิดามารดา ครอบครัว เกี่ยวกับโรค/ภาวะที่เด็กเป็น วิธีการเลี้ยงดูที่เหมาะสมและส่งเสริมพัฒนาการ ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และวิธีปรับพฤติกรรม

3. บทบาทการเป็นที่ปรึกษา

การให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหากลุ่มอาการเด็ก ปรึกษา พฤติกรรมตลอดจนวิธีการฝึกเด็กอย่างถูกต้อง ให้โอกาสบิดามารดาในการซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ

4. บทบาทการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กำลังใจในการเลี้ยงดู กระตุ้นให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด สนับสนุน ปรึกษาประคอง ให้ครอบครัวได้ผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างครอบครัวอื่น ๆ ที่มีปัญหาเหมือนกัน มีการรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง เน้นการสร้าง ความเข้มแข็งทางจิตใจ มีกำลังใจในการดูแลเด็ก ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม ให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิของเด็ก และความรับผิดชอบของครอบครัว

5. บทบาทในการบริหารจัดการ บริหารจัดการให้เกิดการบริการ/การดูแลอย่างเป็นองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ โดยเน้นการทำงานร่วมกับครอบครัว กระตุ้นให้เกิดการใช้ศักยภาพสูงสุดของทีมสหวิชาชีพและครอบครัว

6. บทบาทพิทักษ์สิทธิและการประสานงานให้เกิดความช่วยเหลือครอบครัว ในการเลี้ยงดูบุตร ได้แก่ การประสานงานกับหน่วยงานอื่น ที่สามารถให้การดูแลเฉพาะตามปัญหาอื่น ๆ การสร้างเครือข่ายกับชุมชน เป็นต้น

สรุป กลไกหลักที่ให้การดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ คือครอบครัวหรือผู้ดูแลซึ่งมีความเครียดจากปัญหา การในการดูแล และต้องการช่วยเหลือซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนในการดูแลเด็ก จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถผ่านพ้นความเครียดและสามารถให้การดูแลเด็ก ได้ดีขึ้น ดังนั้นบุคลากรพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดครอบครัวและเด็กปัญหาอ่อนที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทั้งความรู้ การให้ข้อมูล การสอนให้ผู้ดูแลส่งเสริม พัฒนาการบุตรอย่างถูกต้อง ให้คำแนะนำปรึกษาและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กได้ดี ไม่รู้สึกเป็นภาระและมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

2.5 การพยาบาลเด็กกลุ่มอาการดาวน์และครอบครัว

ครอบครัวที่มีบุตรกลุ่มอาการดาวน์ มีภาวะปัญหาอ่อน มักเกิดปัญหา 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเกิดวิกฤตการณ์ทางจิต (Psychological Crisis)

ระยะที่ 2 ปัญหาของครอบครัว

ระยะที่ 1 การเกิดวิกฤตการณ์ทางจิต (Psychological Crisis)

พ่อแม่เมื่อทราบว่าลูกเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีภาวะปัญญาอ่อนจะเกิดปฏิกิริยาต่างๆเปลี่ยนแปลงไปแต่ตลอดเวลา ซึ่งความรุนแรงของปฏิกิริยาดังกล่าว เกี่ยวข้องกับลักษณะของโรค สาเหตุ อายุของเด็กที่แสดงอาการ รวมทั้งพื้นฐานของครอบครัว เช่น ความเชื่อทางศาสนา เศรษฐสังคมและความรู้หรือข้อมูลที่พ่อแม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หรือนักจิตวิทยาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น ครู นักจิตวิทยา พยาบาล เป็นต้น

ปฏิกิริยาของพ่อแม่ ประกอบด้วย

1. การปฏิเสธ (Denial) พบได้บ่อยโดยเฉพาะในช่วงแรกๆ พ่อแม่จะปฏิเสธปัญหาและไม่ยอมรับความช่วยเหลือ ทำให้เด็กถูกทอดทิ้งมากขึ้น
2. การกล่าวโทษ (Blame) พ่อแม่มีความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อแพทย์ผู้รักษา และบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ
3. ความกลัว (Fear) ส่วนใหญ่พ่อแม่จะไม่ค่อยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อนหรือโรคที่ทำให้พัฒนาการของเด็กมีปัญหา จึงมักจะกลัวเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และการเกิดซ้ำในลูกคนต่อไป
4. ความรู้สึกผิด (Guilt) พ่อแม่หลายคนคิดว่า การมีลูกพิการเป็นตัวแทนของความผิด จะมีความรู้สึกเจ็บปวด ผิดหวัง และเศร้าโศก
5. การแยกตัว (Withdraw) เนื่องจากมีความรู้สึกอายหรือมีความรู้สึกผิด พ่อแม่จะแยกตัวจากเพื่อนญาติ คนรู้จักในวงสังคม งดกิจกรรมต่างๆในสังคม ซึ่งถ้าอาการนี้เกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตของพ่อแม่
6. การรังเกียจ (Rejection) ที่พบบ่อย แบ่งออกเป็น
 - 6.1 Primary Rejection เป็นผลจากการที่ลักษณะของเด็กไม่เปลี่ยนแปลง และจากบุคลิกภาพของพ่อแม่
 - 6.2 Secondary Rejection เป็นผลจากพฤติกรรมของเด็ก เช่น ปัญหาการเป็นภาระของครอบครัว เมื่อลูกมีพฤติกรรมดีขึ้น พ่อแม่จะยอมรับได้มากขึ้น
7. การทำตรงกันข้าม (Reaction Formation) เพื่อกลบเกลื่อนความรู้สึกจริงๆที่มีต่อเด็ก เช่น การแสดงความรักและทูลนอมเด็กมากเกินไปเกินควร ห่วงใยเด็กจนเกินขอบเขต เป็นต้น

ปฏิกิริยาของพ่อแมื่อดังกล่าว จะมีผลต่อครอบครัวและต่อบุตรด้วย ได้แก่ การถูกทอดทิ้ง การมีเจตคติในทางลบกับเด็ก หรือพ่อแม่ที่ตั้งความหวังสูงเกินความสามารถของเด็ก เมื่อเด็กทำไม่ได้ตามที่พ่อแม่หวัง พ่อแม่จะเกิดความรู้สึกในทางลบต่อเด็กมากขึ้น

การที่พ่อแม่ยอมรับเด็ก และกล้าที่จะให้ผู้อื่นทราบความจริง คือ การยอมรับ (Acceptance) เป็นขั้นสุดท้ายที่พ่อแม่ตัดสินใจได้ ได้แก่ การยอมรับว่า มีบุตรเป็นเด็กพัฒนาการล่าช้า ยอมรับในตัวเด็ก และยอมรับตัวเอง

ในการที่มีบุตรเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัวความเครียดของมารดาจะสูงเมื่อเปรียบเทียบกับบิดา โดยการศึกษาของ Holrogol พบว่า มารดามีความรู้สึกเป็นอิสระ มีอารมณ์ทางบวกน้อยกว่าบิดา และมีปัญหาทางพฤติกรรมมากกว่าบิดา (Cited in Schilling 1985:859) พบว่า มารดาของเด็กพิการ จะมีความคับข้องใจมากกว่าบิดาและมีสุขภาพแยกว่าบิดา เพราะมารดา มีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวโดยตรงและเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด มารดาต้องรับภาระในการดูแลเอาใจได้ หรืออาจต้องดูแลพิเศษจากแผนการรักษา และยังคงเผชิญกับสภาพอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวที่เกิดจากความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ก็เช่นเดียวกัน ที่อยู่ในสภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมารดาจะต้องรับภาระอันหนักหน่วงนี้เป็นส่วนใหญ่ จากการศึกษาของ Wolfen-Sberger พบว่า มารดามีภาวะวิกฤติจากการมีเด็กผิดปกติ คือ

1. ช่วงแรกที่รับรู้ว่ามีเด็กผิดปกติ
2. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงคุณค่า ได้แก่ มารดาต้องเปลี่ยนแปลงความคาดหวังที่มีต่อตัวบุตร

3. มารดาต้องเผชิญปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน

การเจ็บป่วยของบุตรมีผลกระทบต่อมารดาทั้งโดยตรงและโดยอ้อม คือ ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว มารดาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ย่อมได้รับผลกระทบนั้นด้วย มีผลทำให้มารดามีความเครียดมากมาย มารดาจึงพยายามปรับตัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุล ถ้ามารดาใช้กลไกเผชิญความเครียดได้เหมาะสม ก็จะเกิดการปรับตัวที่ปกติ แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลว หรือไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Blland & Passos: 1981) ในการให้การดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์แบ่งตามระยะเวลาได้เป็น ระยะที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค ระยะที่ได้รับการรักษา+อาการบรรเทา และระยะตามแผนการรักษาพยาบาลมีความสำคัญอย่างมากในระยะดังกล่าว โดยการปฏิบัติงานร่วมกับครอบครัวในการช่วยทำให้เด็กกลุ่มอาการดาวน์ ได้รับผลดีในการทำบำบัดรักษาและการพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้ปกติสุขที่สุด ปฏิกริยาและผลกระทบต่อมารดา และบทบาทของพยาบาลในระยะเวลาต่างๆ มีดังนี้

ระยะเวลาที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรค

ปฏิกริยาของมารดา มีได้ตั้งแต่

- ปฏิเสธ เช่น ปฏิเสธไม่ยอมเชื่อผลของการตรวจวินิจฉัย อ้างว่า บุตรของตนเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย อาจไม่ถามรายละเอียดเกี่ยวกับโรค หรือการรักษาแต่อย่างใด มารดาจะ

ปกปิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก พยายามกั้นเด็กออกจากสังคม ระยะเวลาอาจกินเวลาไปกี่วันหรือหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือนก็ได้ (Allmond, et.al. 1963)

- ความรู้สึกผิด มารดามักพยายามฟื้นความจำ เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค เกิดความรู้สึกผิดที่ไม่ได้เอาใจใส่กับอาการตั้งแต่แรกหรือไม่เอาใจใส่เด็กเท่าที่ควร ความรู้สึกผิดอาจเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนา โดยมารดาเชื่อว่า ตนถูกลงโทษจากการที่เละกระทำบางอย่างในอดีต

บทบาทพยาบาล

ในระยะที่เพิ่งวินิจฉัยโรคว่า เด็กเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวนั ในระยะที่บิดามารดาอยู่ในระยะช็อค พยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

1. ให้ความแก่บิดามารดา ให้ข้อมูลแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและให้ความมั่นใจว่า ทีมสุขภาพสามารถช่วยเหลือประคับประคองเขาได้
2. เปิดโอกาสให้บิดามารดา พูกระบายความรู้สึก ivoต่อคำพูดที่แสดงความรู้สึกผิดของบิดามารดา เพื่อจะให้ได้ให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้แสดงความรู้สึกเศร้าโศก
3. ให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเด็ก เพื่อลดความวิตกกังวล

ระยะที่ได้รับการรักษาและอาการบรรเทา

ระยะนี้ เป็นระยะที่เริ่มต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามภาวะแทรกซ้อนของแต่ละคน และจะกินเวลานานกว่าอาการต่างๆจะทุเลาบรรเทาลง มารดาของผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาต่างๆ คือ จะโกรธ รู้สึกผิด อาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือลดความเชื่อถือพยาบาล โกรธแพทย์ที่วินิจฉัยช้า โกรธการบริการ ฯลฯ นอกจากนี้ ยังรู้สึกซึมเศร้า เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตของบุตร ชักแงเมแพทย์หรือพยาบาลถึงควมเจ็บป่วยของเด็กบ่อยๆ ในระยะนี้ พยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

1. สร้างความไว้วางใจให้แก่มารดาโดยดูแลเอาใจใส่เรียนรู้ ถึงสิ่งที่เป็นลักษณะเฉพาะของเด็ก สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การสื่อสารกันอย่างเปิดเผยและเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้บิดามารดาเกิดความไว้วางใจในทีมสุขภาพ
2. พยาบาลเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของมารดา เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความโกรธ
3. ให้คำอธิบายช้าเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น
4. การให้ความรู้แก่มารดา เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง

ระยะที่ ๑ การของโรคทางกายสงบ (มีภาวะปัญญาอ่อน)

เด็กเข้าสู่ชีวิตครอบครัว แต่ต้องดูแลในเรื่อง ภาวะปัญญาอ่อน ระยะนี้ มารดา จะมีความกังวลในเรื่อง เศรษฐกิจที่ใช้ในการรักษา ค่าเดินทาง ค่าอาหาร เพื่อพาเด็กมารับบริการ มารดาต้องทำงานบ่อยๆ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น ในระยะนี้ พยาบาลควรมีบทบาท ดังนี้

1. พยาบาลไม่ควรสนับสนุนหรือล้าถ่วงความหวังของมารดา แต่ให้ความจริงเกี่ยวกับภาวะของเด็กแก่มารดา
2. การทำกลุ่มบำบัด จะช่วยให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ได้รับความรู้ ในการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะครั้งแรกที่จะนำเด็กไปอยู่ที่บ้าน

ระยะที่ 2 ปัญหาของครอบครัว ได้แก่

1. ปัญหาระหว่างพ่อแม่ลูก (Parent-child Problem) เกิดจากการที่พ่อแม่ ไม่ยอมรับการที่ลูกมีภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ และเกิดเจตคติทางลบต่อตนเองและคนอื่น
2. ปัญหาการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ (Problem of caring for Down Syndrome) เนื่องจาก การขาดความรู้ ความเข้าใจในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อนอย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของฉลวย จตุกุล (2542) เกี่ยวกับปัญหาการดูแลเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน พบว่า พ่อแม่ ต้องการได้รับความรู้ในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน ได้แก่ วิธีการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง วิธีการปฏิบัติต่อบุตรปัญญาอ่อนเมื่อบุตรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การทราบความต้องการของบุตรปัญญาอ่อน การเสริมสร้างแรงสนับสนุนด้านกำลังใจและเป้าหมายในการเลี้ยงดูบุตรปัญญาอ่อน
3. ปัญหาด้านการเงิน (Financial Problem) ครอบครัวที่มีบุตรอาการดาวน์ จะมีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาล การจัดเตรียมและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆสำหรับบุตร ค่าใช้จ่ายในการเดินทางพาบุตรไปรับบริการดูแล การฝึกอบรม การเข้ารับการศึกษานในโรงเรียน เป็นต้น
4. ปัญหาด้านการศึกษา (Education Problem) พ่อแม่จะมีความวิตกกังวล และมีปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรอาการดาวน์ ซึ่งมีความสามารถจำกัด เรียนรู้ได้น้อย หรือเรียนหนังสือไม่ได้ ปัจจุบัน สถานศึกษาของรัฐและเอกชนเปิดรับเด็กที่ต้องการเรียนร่วมเป็นการศึกษาพิเศษเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นทางเลือกให้แก่พ่อแม่ในการนำบุตรไปรับการเรียนร่วมกับเด็กปกติมากขึ้น
5. ปัญหาด้านอาชีพ (Occupational Problem) จากการศึกษาการติดตามผลการประกอบอาชีพของบุคคลปัญญาอ่อน (ฉลวย จตุกุลและคณะ, 2542) พบว่า ร้อยละ 56-60 ของบุคคลปัญญาอ่อน มีงานทำอยู่ในหมู่เครือญาติ ลักษณะงานที่ทำไม่ตรงกับงานที่ฝึกและรายได้อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก ร้อยละ 43.40 มีระดับเขาวนปัญญาอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจะประกอบอาชีพได้แต่

จ้างงานอยู่ ไม่สามารถแข่งขันกับผู้อื่นในตลาดแรงงานได้ เนื่องจาก ผู้ว่าจ้างต้องการผู้ที่ทำงานเก่งที่สุด ดีที่สุด และทำงานได้หลายๆอย่าง ซึ่งบุคคลปัญญาอ่อนไม่สามารถทำหลายๆอย่างได้ อีกทั้งยังต้องการความช่วยเหลืออุปถัมภ์ แนะนำดูแลด้วย

6. ปัญหาด้านกฎหมาย (Legal Problem) บุคคลปัญญาอ่อนไม่สามารถทำนิติกรรมทางกฎหมายใดๆได้ด้วยตนเอง เสี่ยงต่อการฉกฉวย ถ่วงถ่วง ต่อการกระทำผิดกฎหมาย การก่ออาชญากรรมหรือโสเภณี ลักขโมย กระทำผิดกฎหมายโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์

7. ปัญหาในวัยต่อของชีวิต (Phase of life Problem) ส่วนใหญ่เป็นปัญหาในวัยรุ่นหรือวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาทางเพศ การตั้งครภ์โดยไม่พึงประสงค์ ตลอดจนการไม่สามารถช่วยตนเองได้ในบุคคลปัญญาอ่อนเพศหญิงในวัยมีประจำเดือน เป็นต้น

3. พฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวนซ์ของผู้ดูแล

3.1 ความหมายของผู้ดูแล (Caregivers)

จอม สุวรรณโณ (2541) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน โดยลักษณะสำคัญของผู้ดูแล มีดังนี้

1. เป็นบิดา มารดา พี่ น้อง หรือคู่สมรส หรือบุคคลสำคัญในชีวิตคนอื่น ๆ
2. ผู้รับการดูแล ต้องเป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา การจิตตสันใจต่างๆ ที่มีผลทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลบำบัดรักษาเฉพาะ ตลอดจนการแสดงบทบาทหน้าที่ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยความต้องการดังกล่าว ต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในระยะเวลาหนึ่งหรือตลอดไป
3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือ โดยไม่ได้รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชน แหล่งอาศัย

Horowitz (1985 , อ้างในจอม สุวรรณโณ, 2541) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลและการใช้เวลาในการดูแลประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย

เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทาง ตรวจรักษา หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว ช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายว่าผู้ดูแล หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับคำตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลและในสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดที่บ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นกลไกหลักที่ช่วยเหลือ ส่งเสริมพัฒนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กปัญญาอ่อนให้ช่วยเหลือตนเองได้ (จิรภัทร เปลื้องนุช, 2545) การดูแลเด็กปัญญาอ่อน เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการและการปรับตัวของเด็กในแต่ละช่วงวัย(ชวลา เขียวธนู, 2536)

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem ที่กำหนดการดูแลตนเองของเด็กพึ่งตนเองไม่ได้ ให้เป็นความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ ซึ่งมีความรู้เรื่องการเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็กเพื่อส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ปรึกษา ประคับประคอง ชี้แนะ สอนและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมให้กับเด็ก(Orem, 1991)จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลและครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีหน้าที่หลักในการดูแลเด็กปัญญาอ่อน ต้องใช้เวลาการดูแลมาก บางรายต้องใช้เวลาเกือบทั้งวัน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ใช้เวลาในการดูแลนาน(Brust, Leonard & Sielaff, 1922) มีความรู้สึกถูกคุกคาม ทำทนายถูกทำลายหรือรู้สึกสูญเสีย และยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวเช่นความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา มีแนวโน้มที่จะมีการหย่าร้างมากขึ้น (อริสา พงษ์ศักดิ์, 2536) นอกจากนี้ยังเป็นเหตุให้เกิดปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องของเด็กปัญญาอ่อน ที่ต้องการตั้ง

ความสนใจจากพ่อแม่ (Marcia Van Riper, 2000) รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจที่ต้องมีค่าใช้จ่าย ในกรณีเลี้ยงดูและการรักษาพยาบาลที่ใช้เวลายาวนานและต่อเนื่องล้วนเป็นสิ่งกดดันให้เกิด ความเครียดต่อครอบครัว หากเพิ่มพูนสะสมเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อาจเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรค ทางจิต (สุนีย์ บรรจง, 2536)เด็กปัญญาอ่อนที่ผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่มีความสนใจ ฝึกลบรรม พัฒนาการไม่สมวัยมากยิ่งขึ้น ส่วนผู้ดูแลที่ให้ความสนใจเด็ก ฝึกลบรรมเด็กทุกครั้งเมื่อ ได้รับมอบหมายให้ไปฝึกเด็กที่บ้าน เด็กที่พัฒนาการที่ดูอย่างเห็นได้ชัด (จิรภัทร เป็ถื่องนุช, 2545) จากการศึกษาของ Nongpanga (1996) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาจิตเวชเด็กบ่งบอกอย่างกับ การอบรมเลี้ยงดูเด็กพบว่า ร้อยละ 80 มีอาการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงหรือเป็น ส่วนหนึ่งของปัญหาจิตเวชเด็ก อีกร้อยละ 24 มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกโดยตรง

สิ่งสำคัญของการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน คือ ให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องครอบครัว และผู้ดูแลเด็กต้องมีความรู้ความเข้าใจในสภาพของเด็ก มีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กปัญญาอ่อนและมี ทพมรู้ความเข้าใจและสามารถใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ครอบครัว และผู้ดูแลยังต้องมีความรู้ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน สามารถขอความ ช่วยเหลือขอรับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มีประสิทธิภาพ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) บุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลบุตรคือ มารดาของเด็กนั่นเอง และในสังคมไทย มารดามี บทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูบุตร (สุริศา อารยพิทยา, 2533) จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาการเด็กกลุ่มอาการดาวน์ในภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2536-2540 ศึกษาผู้ปกครองกลุ่มอาการดาวน์จำนวน 80 ราย พบว่า ร้อยละ 72.5 มารดา เป็นผู้เลี้ยงดูบุตรกลุ่มอาการดาวน์เป็นส่วนใหญ่ (ธนรศ บุญยัง, 2541)

ดังนั้นมารดาเด็กกลุ่มอาการดาวน์ คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลเด็ก กลุ่มอาการดาวน์ที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์และมีความจำเป็นต้องได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่องในด้าน การดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งมารดาต้องมีความรู้ความเข้าใจในสภาพของเด็ก มีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็ก มีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน สามารถขอความช่วยเหลือขอรับการสนับสนุน จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มีประสิทธิภาพ

3.2 แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

มีผู้ให้ความหมายของการดูแลไว้หลายลักษณะ ดังนี้

Mayeroff (1971: 1) กล่าวว่า การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ และ แนวทางของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันเป็นเช่นเดียวกับเพื่อนสนิท ให้ความช่วยเหลือกันด้วยความไว้วางใจกันและมีความในสัมพันธ์ภาพต่อกัน การดูแลก่อให้เกิดการปรับหรือค่านิยม และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกันเสียใหม่ และการดูแลช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี มีคุณค่าหรือมีความหมายมากขึ้น องค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิดนี้มี 8 ประการ คือ

1. ความรู้ ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่จะให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้นและรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ

2. ความจริงใจ ผู้ให้การดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือบุคคล

3. ความไว้วางใจ ผู้ให้การดูแลและบุคคลที่รับการดูแลต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันคือมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

4. ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้รับการดูแลอีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5. ความอดทน ผู้ให้การดูแลมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

6. ความหวัง เป็นการมองไปในอนาคตเพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง

7. ความกล้าหาญเป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8. การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล ในการดูแลบุคคลต้องมีการมองปัญหาจากหลายแนว มีการประเมินผลการดูแลและปรับปรุงและเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ ซึ่งคล้ายกับแนวคิดของ (Leininger, 1981 : 9) ที่ว่าการดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ ให้กับบุคคลหรือกลุ่มตามความต้องการเพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิตและสภาพของมนุษย์ (Blattner 1981 : 10 ; Orem, 1991 : 361-362) อธิบายว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับ ช่วยกันสร้างความเจริญความพึงพอใจในชีวิตช่วยกันยกระดับความมีสุขภาพดี ซึ่งเป้าหมายอยู่ที่การตอบสนองต่อความต้องการ ได้อย่างสมบูรณ์ โดยโอเร็มได้เน้นว่าการดูแลนั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลจงใจกระทำให้กับผู้อื่นในความรับผิดชอบของตน(สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 : 8 ; Orem, 1985 : 84 ; Orem, 1991 : 117) โดยโอเร็มได้กำหนดการดูแลตนเองของเด็กที่พึ่งตนเองไม่ได้ ให้เป็นความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ (Orem, 1991 : 361) ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องของการเจริญเติบโตและระดับพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมี

การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ความสำเร็จในแต่ละขั้นของการพัฒนาความสามารถของเด็กในการดูแลตนเอง ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ในการดูแลระดับประคอง ชี้แนะสอนและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับเด็ก ก่อนที่ผู้ใหญ่จะลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา บุคคลนั้นจะต้องทราบถึงความต้องการในการดูแลทั้งหมดของเด็กเสียก่อน (Orem, 1985 . 88)

เด็กกลุ่มอาการดาวน์ เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาศูนย์อื่นซึ่งอาจพึ่งพาทั้งหมดหรือบางส่วนจะขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องของการเจริญเติบโต ระดับพัฒนาการของเด็กในแต่ละวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

Leininger (1991) ได้เสนอว่าการดูแลเพื่อนมนุษย์ (Human care) เป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ การดูแลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุนคำจูน (Supportive) การอำนวยความสะดวก (Facilitative) และการสร้างความสามารถ (Enabling) ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกเพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดีหรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก

ภาวะปัญญาอ่อนทำให้เด็กเกิดความจำกัดทางสติปัญญา ทำให้มีผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและทำให้การเรียนรู้ทักษะต่างๆ ตามพัฒนาการบกพร่อง ได้แก่ การเข้าใจและการใช้ภาษา การเคลื่อนไหว และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลต่อเนื่องให้มีข้อจำกัดในการปรับตัว (กรมสุขภาพจิต 2542:12) จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นได้แก่บิดามารดา หรือสมาชิกในครอบครัวคือผู้ดูแล บุคคลที่จะต้องดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบหรือบุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกที่ต้องพึ่งพานี้ (Orem, 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2534: 6) เรียกว่า Dependent care agent ซึ่งพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องริเริ่มกระทำด้วยตนเอง และกระทำอย่างจริงจัง มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายหรือสิ่งที่คาดว่าจะดีกับเด็ก เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ ในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กปัญญาอ่อนซึ่งจะช่วยดูแลและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของเด็ก

3.3 พฤติกรรมของผู้ดูแลต่อการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อนเรียนตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

เด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อนเรียน มีความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งต้องใช้ความสามารถที่มีอยู่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาว คงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้าง ปรับหรือควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น แต่ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อนเรียน มีข้อจำกัดที่จะตอบสนอง

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ทั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านปัจจัยสำคัญ คือ อายุ ระดับพัฒนาการ และภาวะด้านสุขภาพ จึงจำเป็นที่เด็กกลุ่มอาการดาวน์ จะต้องอาศัยความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent Care Agency) ประกอบด้วยกัน 3 ด้านคือ

1. การดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์โดยทั่วไป (Univeral self-care Requisites)

1.1 การดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วนทั้งปริมาณอย่างถูกต้องเหมาะสมเพียงพอ โดยมีหลักการดังต่อไปนี้ อาหารสำหรับเด็กอายุ 3-6ปี ควรได้อาหารอิมครบ 3 มื้อ ในแต่ละวัน และมีสารอาหารครบ 5 หมู่ ควรฝึกให้เด็กใช้ช้อนกลางและภาชนะส่วนตัว การใช้ช้อนกลางและภาชนะส่วนตัวให้เด็กช่วยเหลือตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร และควรหลีกเลี่ยงการฝึกหัดให้เด็กงมินิสัยจู้จี้ในการกินหรือกินจุบจิบ โดยเฉพาะอาหารที่ไม่มีประโยชน์หรืออาจเป็นโทษต่อร่างกาย เช่น อาหารที่ใส่สีจัด น้ำอัดลม น้ำหวาน ลูกอม อาหารที่สุกๆ ดิบ และหมักดอง (นิตยา คชภักดี, 2537:95-97)

1.2 การดูแลให้มีการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ป้องกันภาวะท้องผูก โดยจัดหาอาหารที่มีกากมากให้รับประทาน เช่น ผักผลไม้และดื่มน้ำมากๆ รวมทั้งดูแลให้มีกรฝึกการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะอย่างเหมาะสม และเป็นไปตามวัย

1.3 ดูแลให้เด็กได้เล่น การเล่นนับว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุดส่วนหนึ่งของการพัฒนาการ โดยเฉพาะเด็กในวัยนี้จะใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ในการเล่น ซึ่งการเล่นจะเป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจที่เด็กมีต่อโลกภายนอก รวมถึงทัศนคติที่เขามีต่อ สิ่งแวดล้อม และบุคคลรอบตัว (วรรณมา บุญนวน, 2541) ออกกำลังกายและพักผ่อนให้เพียงพอ ในการดูแลส่งเสริมให้เด็กได้เล่นและออกกำลังกาย พ่อแม่ควรจัดเวลาและสถานที่ เพื่อให้เด็กได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย และเล่นได้อย่างปลอดภัย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับเพศและวัย รวมวันละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

สำหรับการพักผ่อนเด็กๆ ควรได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี ไม่อับชื้นและแออัด ทั้งป้องกันไม่ให้ยุ่งกีด เด็กอายุ 3-6ปี ควรนอนประมาณ 10-12 ชั่วโมง โดยนอนตลอดคืน (20.00 - 06.00 น.) กลางวันวันละ 1-2 ชั่วโมง (นิตยา คชภักดี, 2537)

1.4 การดูแลเด็กให้เด็กอยู่คนเดียวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ควรสอนให้เด็กมีกิจกรรมเมื่ออยู่คนเดียวอย่างเหมาะสม เช่น สอนให้เด็กอ่านหนังสือ วาดภาพ ฟังเพลง ทำงานบ้าน ฯลฯ เพื่อไม่ให้เด็กมีเวลาไปสนใจ ระบายมุขต่างๆ และป้องกันการที่เด็กอยู่คนเดียว ซึ่งต่อไปเด็กจะไม่รู้จักเล่นกับผู้อื่น สอนให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อเด็กเกิดการเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นตามกฎเกณฑ์ของสังคม เช่นการรอคอย การเข้าแถว การเล่นกับเพื่อน เป็นต้น ซึ่งจะพื้นฐานในการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กต่อไป

1.5 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดีคือ เด็กกลุ่มอาการดาวน์ ความสนใจ รับรู้ การป้องกัน หลีกเลี่ยง หรือกำจัดอันตราย ได้ไม่ดี และ

เนื่องจากกล้ามเนื้อต่างๆของร่างกายของเด็กกลุ่มอาการดาวบี ทำงานประสานกันไม่ได้ไม่ดี ดังนั้น ผู้ดูแลควรให้ความสนใจ และแก้ไขสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็ก เช่น เก็บของมีคมไว้นอกที่ห่างมือเด็ก การจัดห้องน้ำใหม่ในรายที่เด็กนั่งของๆไม่ได้ หรือการจัดให้มีราวจับในห้องน้ำ เป็นต้น

1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงระดับสูงสุด คือผู้ดูแลปฏิบัติกับเด็กในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ โดยการพาดึงไปรับบริการด้านสาธารณสุข เช่น ตรวจพัฒนาการ พาไปรับวัคซีน การตรวจฟัน รวมถึงการตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น ผู้ดูแลควรค้นหา และสนใจสิ่งผิดปกติของเด็กตั้งแต่เริ่มแรก เช่น การมีไข้ เจ็บคอ อาเจียน ฯลฯ เพื่อผู้ดูแลจะได้แก้ไขปัญหาของเด็กได้ทัน่วงที

2.การดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวบีตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)

เด็กเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโต และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากความบกพร่องทางสติปัญญาที่เกิดขึ้นกับเด็ก มีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้ากว่าปกติ โดยการสนองตอบความต้องการตามพัฒนาการของเด็ก การดูแลเด็ก อย่างสอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยของเขา เป็นการป้องกันและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ให้เป็นไปตามวัยดังต่อไปนี้

พัฒนาการด้านร่างกาย

พัฒนาการด้านร่างกาย เด็กจะมีรูปร่างไม่สมประกอบ เช่น มือและเท้าใหญ่ยาวกว่าปกติหรือบางคนก็ปากเบี้ยวหรือแบน มักจะมีโรคเกี่ยวกับตา หู กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก มีผลทำให้ร่างกายผิดปกติ เช่น การเดินทำให้เด็กเดินช้า กล้ามเนื้อที่ใช้ในการรับประทานอาหารไม่ดี ส่งผลทำให้มีเศษอาหารตกค้างในกระพุ้งแก้มมาก ผลตามมาก็คือเกิดฟันผุได้ง่าย ลักษณะของผิวหนังหยาบกร้านเป็นแผลง่าย และมักจะเป็นโรคผิวหนัง (วาริ ธิระจิตร ,2531:69; ศรียา นิยมธรรม, 2534:35) ผู้ดูแลควรดูแลเรื่องความสะอาดเป็นพิเศษ ควรฝึกกล้ามเนื้อ เช่น การถีบจักรยาน ระบายสี ปั้นดินน้ำมัน เป็นต้น ในการทำกิจกรรมต่างๆเด็กควรทำด้วยตนเอง เช่นการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆน้อยๆ เท่าที่เด็กจะสามารถทำได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทดลองทำสิ่งต่างๆอย่างอิสระ ผู้ใหญ่ไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวมากนัก ควรให้ความช่วยเหลือและแนะนำอยู่ห่างๆ เพื่อให้เด็กเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

พัฒนาการทางภาษา

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเกินกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาการพูดและการสื่อความหมาย กระบวนการฝึกในเรื่องนี้มีไว้เพื่อให้เปล่งสำเนียงเป็นภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจเท่านั้น แต่จะเริ่มจากเด็กต้องฝึกใช้กล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อเปล่งเสียง ออกเสียงให้ถูกต้อง ซึ่งการฝึกพูดต้องกระทำตั้งแต่เด็กอายุต่ำกว่า 4 ขวบ โดยมีหลักดังนี้ (ประชาสงเคราะห์, 2538:75-76)

1. สอนให้เด็กเข้าใจภาษาก่อน เช่น สอนให้เด็กทำตามคำสั่งง่ายๆ และเริ่มสอนคำศัพท์ต่างๆ โดยเริ่มจากคำที่ง่ายๆ ที่เป็นรูปธรรม มองเห็นได้ จับต้องได้ หากเป็นสิ่งของจริง ได้จะดีมาก เมื่อได้ศัพท์มากพอแล้ว เริ่มสอนให้เป็นประโยคโดยใช้คำต่างๆ และประโยคที่เหมาะสมกับสถานการณ์

2. การแก้ไขการพูดผิดปกติ ได้แก่ การแก้ไขการพูดไม่ชัด ควรทำเมื่อเด็กพูดได้มากแล้วควรฝึกเสียงง่ายๆ ก่อนโดยเน้น การฝึกแยกเสียง ฝึกให้รู้จักลักษณะคุณสมบัติของเสียง ฝึกการวางฐานเสียงให้ถูกต้อง

3. การส่งเสริมการสื่อความหมาย คือ เมื่อเด็กพูดไม่ถูกต้องผู้ใหญ่จะพูดสิ่งที่ถูก เป็นการนำโดยเน้นในเรื่องเนื้อหาที่พูด เช่น เวลาทำอะไรก็พูดไปด้วย ผู้ใหญ่อถามเอง ตอบเอง เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงคำถามที่คลุมเครือหรือกว้างเกินไป เช่น หนูเป็นคนดีหรือเปล่า เด็กจะตอบไม่ได้ ควรถามให้มีคำตอบเฉพาะได้ เช่น หนูจะไปไหน ใช้ประสบการณ์ของเด็กเป็นพื้นฐานในการสร้างสถานการณ์ในการสื่อความหมาย เช่น ถามเรื่องของเด็กจากพ่อแม่ก่อน เพื่อให้ทราบว่าเด็กสนใจอะไร แล้วพูดคุยกับเด็กเกี่ยวกับเรื่องนั้น

พัฒนาทางอารมณ์และสังคม

สำหรับเด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีพฤติกรรมก้าวร้าวเอาแต่ใจตนเอง หงุดหงิดโมโหง่าย ซึ่งพบมากในเด็กวัยก่อนเรียน อายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว บิดามารดาหรือผู้ดูแลไม่ควรให้ความสนใจมากนัก (ยกเว้นพฤติกรรมก้าวร้าวที่ก่อให้เกิดอันตรายเช่น การทำลายของการทำร้ายตนเอง) เพราะถ้าผู้ใหญ่ให้ความสนใจพฤติกรรมดังกล่าวเด็กจะเกิดการเรียนรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทุกครั้ง เมื่อเด็กมีความต้องการสิ่งใดควร จะให้ความสนใจเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเท่านั้น เพื่อให้เด็กรับทราบทิศทางของพฤติกรรมที่ควรทำต่อไป (พรณี ชูทัยเจนจิต, 2530: 151) ทางสังคมเด็กช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือได้น้อยกว่าเด็กวัยเดียวกัน ไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยลำพังต้องมีผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ดูแลต้องอดทนต่อการฝึกและให้กำลังใจ เพื่อให้เด็กสามารถทำกิจกรรมต่างๆ โดยพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

พัฒนาทางสติปัญญา

การเรียนรู้จะขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญา หากเป็นปัญญาอ่อนระดับมาก เด็กจะเรียนรู้ได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย ความจำจะเป็นความจำระยะสั้น ๆ และลืมง่าย ขาดสมาธิ ส่วนในระดับที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่น้อยจะเรียนรู้ได้ช้าและการตัดสินใจโดยการใช้เหตุผลได้ไม่ดีเท่ากับเด็กวัยเดียวกัน (ศรียา นิยมธรรม, 2534:38)

3. การดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ตามภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพ ผู้ดูแลควรให้การดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ดังนี้

3.1 การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลควรขอความช่วยเหลือ จากบุคลากรที่เชื่อถือได้ เช่น เมื่อการให้ยาเบื้องต้นไม่ดี เช่น เมื่อเด็กมีไข้ ผู้ดูแลเช็คตัวและให้ยาลดไข้ แต่เด็กไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.2 การรับรู้การสนใจ และผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลควรดูแลเด็ก เรื่องความสะอาด เป็นพิเศษเนื่องจากเด็กกลุ่มอาการดาวน์มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ต่ำ และเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วย เด็กเองไม่สามารถบอกได้ถึงความเจ็บป่วย ทำให้เด็กติดเชื้อโรคได้ง่าย กว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน และเมื่อเด็กป่วย ผู้ดูแลควรเฝ้าระวังให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้เด็กหายป่วยให้เร็วที่สุด

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิด เช่น เมื่อเด็กเป็นไข้หวัดควรให้ยาตามแผนการรักษา ระวังอย่าให้เด็กนอนที่มีอากาศชื้น หรือเย็นมา จะทำให้เด็กเป็นโรคปอดบวมได้

3.4 รับรู้และสนใจ สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต และความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยา เช่น ผลข้างเคียงของยา การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการเดิน เป็นต้น

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของเด็ก โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสม ในการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ในที่นี้หมายถึง ความรู้สึกส่วนใหญ่ของครอบครัว ที่มีเด็กกลุ่มอาการดาวน์ จะรู้สึกผิดหวังและเศร้าเสียใจ โดยบิดา มารดา บางรายมีความรู้สึกท้อแท้ (Hurlock, 1980: 271) การเลี้ยงดูจะออกมาในลักษณะปล่อยเด็กไปตามบุญตามกรรม แต่การสามารถรับและเผชิญความเป็นจริงได้ผู้ดูแลจะให้ความสำคัญต่อการดูแลและช่วยเหลือเด็ก

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น โดยพยายามห้ส่งเสริมให้ตนเองมี พัฒนาการแห่งตน ได้ดีที่สุดตามสภาพที่เหลืออยู่ ตลอดจนหมั่นแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จะช่วยเหลือ เช่น สถานที่ศึกษา การประกอบอาชีพ โรงเรียนพิเศษเพื่อฝึกการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน

สรุป การพยาบาลและการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดของโอเรม ทั้ง 3 ด้านดังกล่าว เป็นการกระทำที่พยาบาล ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีความรู้ความเข้าใจ ในพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ ในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็ก (Orem, 1991:175-176)

3.4 ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคล Watson (1985 : 1-21, 1988 : 29)

เป็นทฤษฎีที่เน้นความเป็นมนุษย์โดยชี้ให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ที่มีจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ การดูแลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าความเต็มใจ และความมุ่งมั่นในการดูแล ความรู้และการกระทำที่สอดคล้องกันเป็นการตอบสนองความต้องการภายใน ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของคนต่อ ถึงแวดล้อม ความรอบรู้ในกระบวนการดูแลของผู้ดูแล การรู้จักตนเอง รู้จักผู้อื่นและ ขอบเขตของการกระทำต่าง ๆ รูปแบบการปฏิบัติการที่แสดงถึงการดูแลประกอบด้วยการปฏิบัติ กิจกรรมได้แก่การดูแลความสบายทางกาย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสุขสบายรวมถึงการ สอน การให้คำแนะนำ การแก้ปัญหาและการปฏิบัติอีกประการหนึ่งคือ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ การแสดงออกที่มุ่งเน้นถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการดูแล โดยผู้ให้การดูแลต้องมีการ สร้าง สัมพันธภาพ การแสดงความไว้วางใจ ความหวัง การเสนอให้ความช่วยเหลือซึ่งจะรวมถึง พฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความสมบูรณ์พูนสุข ความอยู่รอด ความสุขสบายและการปกป้องคุ้มครอง เป็นที่มาของการดูแลคือให้บุคคลมีภาวะสมดุลสภาพการจิตและจิตวิญญาณ การดูแลเป็นอุดมคติ หรือคุณธรรมที่มุ่งปกปักและดำรงไว้ซึ่งคุณคาศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นมนุษย์ กระบวนการ ดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ซึ่งต่างก็เป็นองค์รวมของกาย-จิต- จิตวิญญาณ ที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นปรากฏการณ์ของแต่ละบุคคล วัตสัน (Watson, 1985:-21, 1988:29) ได้เสนอกระบวนการดูแลที่จะทำให้เกิดจิตใจกันได้ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการ ดังนี้

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและมีเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์เป็น ปัจจัยแรกที่สำคัญที่สุด เน้นการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกันมีความรัก ความเมตตา แสดงการเข้าใจและยอมรับ คอยดูแลเอาใจใส่อย่างจริงจัง

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง เป็นสิ่งที่เสริมสร้างกำลังใจและความ เข้มแข็งในการเผชิญกับความทุกข์ทรมานของบุคคล ความหวังที่สร้างขึ้นควรเป็นความหวังที่เป็น รูปธรรมและมีความเป็นไปได้โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนตามความเหมาะสมและมีท่าทางที่เชื่อมั่น สามารถให้คำปรึกษาและเป็นที่ยอมรับของผู้รับการดูแลได้

3. วัตถุประสงค์ต่อตนเองและผู้อื่น เป็นการพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรม ที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดการรับรู้ที่ติดต่อกันและสร้างพฤติกรรมการ ดูแลที่ดีได้

4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจกันเป็นปัจจัยที่ต่อเนื่องจาก ปัจจัยที่ 4 ประกอบด้วย

4.1 ความเข้าใจกันดีกับผู้ป่วยทำให้เกิดการปรับตัวเข้าหากัน

ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกต่อกัน

4.2 การร่วมรู้สึก เป็นการรู้จักเอาใจผู้รับบริการมาใส่ใจตนเอง เพื่อรับความรู้สึกจะได้เข้าใจและตอบสนองต่อความรู้สึกของผู้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

4.3 ความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นจากการแสดงออกทางวาจา และกิริยาท่าทาง

4.4 การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ โดยผู้ดูแลต้องทำให้ผู้รับบริการดูแลเกิดความไว้วางใจ ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสมอันจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. การส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกที่ดีและไม่ดี ผู้ดูแลควรมีการแสดงออกของความรู้สึกที่ดีและไม่ดี และแสดงออกอย่างจริงใจ เปิดใจกว้างยอมรับตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับความรู้สึกที่ดีและไม่ดีและแสดงออกอย่างจริงใจ เปิดใจกว้างยอมรับตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับความรู้สึกที่ดีและไม่ดีของผู้รับการดูแลได้ด้วยเช่นกัน

6. การใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นการที่ผู้ดูแลจะต้องแสดงความรอบรู้ปัญหาอย่างกว้างขวางทั้งด้านสาเหตุและผลรู้สึกค้นหาข้อมูลที่ครอบคลุมมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งต้องใช้เครื่อตัดสินใจและกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

7. สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอนผู้ดูแลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอนการเรียนรู้ ผู้รับการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลทราบปัญหาของผู้รับการดูแล การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันของผู้ดูแลและผู้รับการดูแลทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน

8. ประทับใจประทับใจสนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดลอมทั้งด้านกายภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการจัดสิ่งแวดลอมให้ผู้รับการดูแลรู้สึกสบาย สะอาด ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสุขสบาย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากการเอาใจใส่ของผู้ดูแล

9. ใ้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล สิ่งที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติได้แก่

9.1 ตอบสนองความต้องการด้านชีวภาพ เพื่อให้ผู้รับการดูแลสามารถดำรงชีพอยู่ได้ เช่น การดูแลเรื่องน้ำ อาหาร เป็นต้น

9.2 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสรีระเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น

9.3 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม เพื่อให้การดูแล
รู้สึกว่าคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

9.4 ตอบสนองความต้องการภายในระหว่างบุคคล เป็น
การช่วยให้มีพลังภายในตน ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณการผูกพันทางใจ
กับโลก กับบุคคลอื่นและกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ

10. เสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ ช่วยให้ได้รับการดูแล
ค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญา และสิ่งที่ดีงาม โน้มนำให้
ได้รับการดูแลค้นหาแก่นของชีวิต เข้าใจชีวิต แนะนำและให้โอกาสแก่ผู้รับบริการแสดงออกซึ่ง
ความเชื่อทางศาสนา นำผู้รับบริการค้นแหล่งพลังจิตวิญญาณของตนและค้นพบสัจธรรมของชีวิต

3.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวนซ์

Orem (1985) กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้อง
พึ่งพา ซึ่งได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่
ต้องพึ่งพามีหลายประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี สภาพ
ที่อยู่อาศัย สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนในการ
ดำเนินชีวิต และสภการณ์ที่สำคัญในชีวิต โดยในที่นี้จะกล่าวถึงปัจจัยด้านผู้ดูแล กับปัจจัยด้าน
เด็กปัญญาอ่อน ปัจจัยด้านผู้ดูแลได้แก่

อายุ Orem (1985) เชื่อว่า อายุเป็นตัวบ่งถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถหรือการ
ปฏิบัติ พฤติกรรมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยจะค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นตามอายุ จากเด็กถึงผู้ใหญ่
ซึ่งจะมีความสามารถสูงสุด และค่อยๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชราเช่นเดียวกับ Hurlork (1978) ที่กล่าวว่า
มารดาที่มีอายุน้อยยังขาดความพร้อม ในการรับภาระเลี้ยงดูบุตร เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการพัฒนา
กิจกรรมของการเลี้ยงดูบุตร และจะพัฒนาความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้นเรื่อยๆ จนสมบูรณ์
สูงสุด เมื่ออย่างเข้าวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ส่วน Pender (1987) กล่าวว่าอายุมีผลต่อพฤติกรรมดูแล
ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมหรือความสามารถในการดูแลบุตรตนเองของบุคคล โดยทางอ้อมผ่าน
ปัจจัยการรู้คิด การรับรู้

ระดับการศึกษา การได้รับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ ทักษะ และ
เจตคติที่มีต่อการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้
และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ที่มีการศึกษาสูงมี
โอกาสรับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถ
ปฏิบัติตนได้ถูกต้องและเหมาะสมส่วนผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ตลอดจน
การแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

รายได้ของครอบครัว เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 1985) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง มักจะมีรายได้สูง มีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ของตนเอง มีผลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้อง ตามคำแนะนำดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (ประภาพัฒน์ สุวรรณ, 2532) นอกจากนี้รายได้มากเพียงพอที่จะอำนวยความสะดวกให้กับสมาชิกในครอบครัว และสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ Pender (1987) ดังนั้น สถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล รายได้ของครอบครัวก็มีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลเช่นเดียวกัน จากการศึกษาของ เนตรทราย รุ่งเรืองธรรมและคณะ (2534) พบว่า รายได้ครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมและการรักษาโรคอูจาระร่วงได้ และการศึกษาของประกริต รัชวัตร์ (2536) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรทั้งป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ

ประสบการณ์การดูแลเด็ก หากมารดาที่มีเด็กที่มีพัฒนาการตามปกติมาก่อนที่จะมีบุตรที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มารดาของเด็กกลุ่มอาการดาวน์เข้าใจถึงความต้องการการดูแลของเด็กได้ (Orem, 1985) เพราะมารดาที่เคยดูแลเด็กปกติจะมีประสบการณ์และเรียนรู้วิธีการดูแลได้ดีกว่ามารดาที่ดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์เป็นครั้งแรก ประสบการณ์การเลี้ยงดูจากการศึกษา Gross et. Al. (1989) พบว่าประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์กับการรู้สมรรถนะตนเองของมารดา ในการดูแลบุตรทั้งในกลุ่มมารดาที่มีบุตรเกิดครบกำหนดและในกลุ่มมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด

การสนับสนุนทางด้านสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย การแบ่งปันหรือความรู้สึที่ดี ความรักใคร่ ความผูกพันใกล้ชิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ จากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง การสนับสนุนทางสังคมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความคาดหวัง มีความปลอดภัย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ขนบธรรมเนียมประเพณี และลัทธิทางสังคมซึ่งกันและกัน รวมทั้ง การได้รับการช่วยเหลือ ด้านวัตถุ สิ่งของ ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ที่สำคัญ ได้แก่ สามี บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อน และบุคลากรในทีมสุขภาพคอยให้ความช่วยเหลือแนะนำในด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ วัตถุประสงค์ของ การแบ่งเบาภาระและการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านสังคม ทั้งนี้ ระดับของพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ต้องพึ่งพา จะถูกต้องมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนทางด้านสังคมที่บุคคลได้รับว่า มีมากน้อยเพียงใด (Connelly, 1986) สำหรับการศึกษาในเด็กพบว่า การสนับสนุน

ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมและการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กโรคเรื้อรัง และงานการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางด้านสังคม และอายุของมารดา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมียได้ถึงร้อยละ 30.16

ภาวะสุขภาพจิต มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ กล่าวคือ บุคคลมีการปรับตัวและยอมรับการเผชิญกับปัญหา รวมถึงหาทางแก้ไขปัญหา ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่วนบุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี ก็จะมีพฤติกรรมของการไม่ยอมรับภาวะความเป็นจริง ไม่กล้าเผชิญกับปัญหา หนีปัญหา ทำให้พฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาไม่ดีเท่าที่ควร จะเป็นเช่นเดียวกับพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ที่มีสุขภาพจิตดี เมื่อทราบว่าบุตรของตนเป็นกลุ่มอาการดาวน์ มารดาก็จะยอมรับและหาทางในการช่วยเหลือ ตรงกันข้ามกับมารดาที่มีสุขภาพจิตไม่ดีไม่ยอมรับบุตร พฤติกรรมการดูแลก็จะออกมาในทางที่ปกป้องมากเกินไป หรือปล่อยปละละเลยไม่สนใจ ในด้านของความตึงเครียดทางอารมณ์ พบว่า บุคคลที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์สูง จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหาลดน้อย (Mouly, 1965) และจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์เหมาะสมลดลงด้วย และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชานุกูล (คลองกุ่ม) จำนวน 10 คนเมื่อ ตุลาคม 2548 พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 70 มีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะปัญญาอ่อน นอกจากนี้จากการศึกษาของ อริยา ดีประเสริฐ (2543) เกี่ยวกับสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่ สับสน กังวล มีความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ เนื่องจากไม่ทราบแนวทางในการดูแลเด็กปัญญาอ่อนว่า จะดูแลเด็กอย่างไร และยังพบว่าสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมา พฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแล มีผลต่อความสามารถและพัฒนาการของเด็กปัญญาอ่อน ความตึงเครียดทางอารมณ์ หรือสุขภาพจิตของผู้ดูแล มีผลเป็นอย่างมากต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลมารดา ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ก็เช่นกันหากมีสุขภาพจิตไม่ดี หรือมีความตึงเครียดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูงพฤติกรรมการดูแลก็จะออกมาในแนวทางที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น

3.6 การประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดา

การปฏิบัติกิจกรรมของมารดาในการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อนเรียนที่แสดงออกถึงการดูแลที่จำเป็นต่อเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม 3 ด้าน คือ

1. ความสามารถในการตอบสนองความจำเป็นโดยทั่วไปของเด็ก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อนเรียน ในด้านการได้รับสารอาหาร การเล่น การจับถ้าย การทำความสะอาดร่างกาย การป้องกันอันตรายต่อชีวิต

2. ความสามารถในการตอบสนองตามระยะพัฒนาการของเด็ก หมายถึง การช่วยให้เด็กเรียนรู้ในด้านการสนองตอบความต้องการตามพัฒนาการของเด็ก, การดูแลเด็ก อย่างสอดคล้องกับพัฒนาการตามวัย

3. ความสามารถในการตอบสนองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมผู้ดูแล ในการดูแลเบื้องต้นที่ถูกต้องเมื่อเด็กมีการเจ็บป่วย ในด้านรับรู้และสนใจสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ปฏิบัติตามแผนการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิด การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของเด็ก

การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลของมารดาเด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อนเรียน โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดา ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากแนวคิดของโอเรม โดยพัฒนามาจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของผู้ดูแล (จิรภัทร เปลื้องนุช(2545)

เด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อนเรียนเป็นช่วงของการเจริญเติบโตในทุกด้านจึงจำเป็นต้องได้รับการเลี้ยงดูเหมือนกับเด็กปกติคือ ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือป้องกันด้านสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือเด็กและการฝึกให้เด็กเกิดทักษะขึ้น เพื่อการดำรงต่อไปในอนาคตเท่าที่สามารถทำได้ สรุป การพยาบาลและการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดของโอเรม ทั้ง 3 ด้านดังกล่าว เป็นการกระทำที่พยาบาลช่วยให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีความรู้ความเข้าใจ ในพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ ในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็ก(Orcm, 1991:175-176) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงใช้กรอบแนวคิดของโอเรมในการวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดา

4. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self - efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการ

แสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกรู้จักคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk and Cabonari, 1984) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ และการกระทำ (Lawrance and McLeroy, 1986)

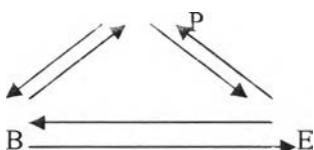
4.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมบางอย่าง ว่าตนเองมีความสามารถที่จะนำทักษะต่างๆ ที่มีอยู่มาใช้ได้หรือไม่อยู่ในระดับใด ซึ่งทักษะต่างๆ นี้ หมายถึง ทักษะที่ตนเองมีอยู่ และ / หรือ ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติม เพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาในการตัดสินใจว่าจะอะไรที่คนสามารถทำได้ โดยใช้ทักษะของแต่ละคนที่มีอยู่ (Bandura, 1981, 1982, 1986)

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ให้คำจำกัดความ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self - efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลว่า เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal person factor = P) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (behavior condition = B) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environmental condition = E) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้ มีลักษณะที่ต่อเนื่องเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกันไว้ (interlocking system)

ซึ่งอิทธิพลของแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพแวดล้อม (Bandura, 1977)

ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในตัวบุคคล (P) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (B) และเงื่อนไขเชิงสภาพสิ่งแวดล้อม (E) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน (Bandura, 1997)

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่าง $P \longleftrightarrow B$ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก การกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ เป้าหมายและความตั้งใจ เป็นตัวกำหนดทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่คุณคิด เชื่อ และรู้สึกจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ในขณะเดียวกัน ผลจากการกระทำเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาลักษณะการคิด การตอบสนองทางอารมณ์ ลักษณะของร่างกาย และระบบประสาทของการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรม และลักษณะของบุคคล ในทำนองเดียวกันระบบของสมองและการรับรู้จะเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ของพฤติกรรม

ปัจจัยระหว่าง $E \longleftrightarrow P$ แสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลงโดยอิทธิพลทางสังคม ที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ ด้วยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างกันตามสภาพสังคม ลักษณะทางกาย เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศ ความสนใจของร่างกาย และจากสิ่งที่พูดและทำ นอกจากนั้นการตอบสนองยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสภาพทางสังคม เช่น เด็กที่ถูกมองว่าเป็นเด็กก้าวร้าวจะถูกกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างจากเด็กที่ถูกมองว่าไม่กล้าแสดงออก

ปัจจัยระหว่าง $B \longleftrightarrow E$ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขของสภาพแวดล้อม ขณะเดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปด้วย สภาพแวดล้อมไม่มีอิทธิพลใดๆ ต่อบุคคลจนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น เช่น ครูผู้สอนไม่มีอิทธิพลต่อเด็กจนกว่าเด็กจะเข้าเรียน ผู้ปกครองจะไม่ชมเด็กถ้าเด็กยังไม่มีพฤติกรรมให้ชม เป็นต้น เนื่องจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองจากเดิมที่ว่า ผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อเด็กมาเป็นทั้งผู้ปกครองและเด็กมีอิทธิพลต่อกันและกัน

จากการที่ปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้น มีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่เกิดพร้อมๆกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง จะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2541: Bandura, 1997) กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคล อาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ในขณะเดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก และปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของ

บุคคลและความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ จึงเป็นระบบเกี่ยวพันมีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล

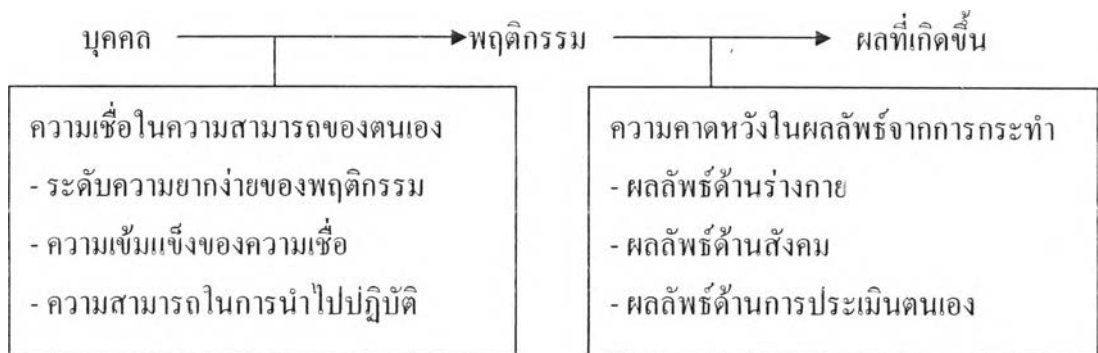
ดังนั้นการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977, 1986, 1997) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมได้ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

ความเชื่อในความสามารถเป็นเหตุที่เกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม ในขณะที่ผลลัพธ์จากการกระทำที่จะเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ล่วงหน้าโดยอาศัยการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถกระทำได้แค่ไหนในสถานการณ์นั้นๆ

ซึ่ง Bandura (1997) ได้เสนอรูปแบบความสามารถสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นเหตุผลกัน ระหว่างความเชื่อในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Bandura, 1997)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการหรือกระทำพฤติกรรมในแบบที่จะกระทำให้ประสบผลสำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำ เป็นการตัดสินใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาจากการกระทำพฤติกรรม

ดังนั้นสรุปได้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่า ตนเองรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว

จะได้ผลตามที่ตนเองต้องการหรือไม่? ถ้าบุคคลเฝ้าเห็นว่า การกระทำนี้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และคาดหวังว่า ตนเองมีความสามารถเพียงพอ ก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อให้เกิดเกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าคาดหวังว่า ตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอ ก็จะไม่ว่างกระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว นอกจากนี้ อิทธิพลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลแล้ว การรับรู้ความสามารถของตนเอง ยังมีอิทธิพลต่อสภาพอารมณ์ และจิตสังคมของบุคคลด้วย กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองสูง และคาดหวังว่า จะได้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง ก็จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะคาดหวังถึงความล้มเหลว และไม่ได้รับผลลัพธ์ตามความคาดหวังนั้น เป็นผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย

โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งแสดงไว้ใน ภาพประกอบ 3

ความคาดหวังในผลที่จะเกิด

| | | สูง | ต่ำ |
|-----------------------------|-----|------------------------|---------------------------|
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง | มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ |
| | ต่ำ | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน |

ภาพประกอบที่ 3 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น (สม โทชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2549 อ้างอิงจาก Bandura, 1978)

จากภาพจะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่เกิดขึ้นได้ว่า ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองสูง และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วยก็มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมแน่นอน หรือการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

จากรูปแบบนี้ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมจะได้ผลที่ต้องการหรือไม่และการรับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำไหนนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ตัวอย่างเช่น การสอบชิงทุนไปศึกษาในต่างประเทศหรือการสอบแข่งขันศึกษาต่อ มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถไม่พอที่จะสอบได้ แนวโน้มที่เขาจะไปสมัครสอบจะน้อยลง อาจจะตัดสินใจไม่ไปสอบเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง เป็นการพลาดโอกาสที่ตนเองจะได้สิ่งที่ปรารถนานั้น ความมั่นใจในการตัดสินใจว่าคุณมีความสามารถแค่ไหนเป็นตัวชี้วัดให้เห็นว่า บุคคลพยายามทำงานนั้นมากเพียงใด ถ้าเขาเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ จะเกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ช่วยให้เกิดความไม่หวาดหวั่นล่วงหน้าในการทำงาน และทำให้เกิดความเพียรพยายามไม่ทอดทิ้งเมื่อพบอุปสรรค ยังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก จะยังมีความพยายามและกระตือรือร้นในการทำงานมาก การที่บุคคลพยายามทำงานในสถานการณ์ที่บีบบังคับสำเร็จ และได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมในการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทำให้เกิดความกลัวน้อยลง เมื่อประสบเหตุการณ์เช่นเดิม แต่ถ้าบุคคลเลิกการทำงานโดยง่ายจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง และเกิดความกลัวงานนั้นมากขึ้น (Bandura, 1977)

4.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ ดังนี้

1. การเลือกกระทำพฤติกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องคิดตัดสินใจอยู่ตลอดเวลา จะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติกิจกรรมใดในสภาพการณ์ใด ส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะบุคคลจะเลือกทำงานนั้น ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอการทำงานนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงงาน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มักจะเลือกงานที่มีความท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตัวเองให้สูงยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอย ขาดความมั่นใจในตนเองเป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตนเอง แต่ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไป และต้องพบกับการทำงานที่เกินความสามารถ ความล้มเหลวนั้น จะทำให้เขารู้สึกทุกข์ เครียด ผิดหวัง และทำลายความเชื่อในความสามารถของเขาลงไปด้วย ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำเกินไป มักจะเลือกงานที่พื้นๆ และง่าย ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเอง และมักจะไม่มีความสงสัยในความสามารถของ

ตนเอง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ทำให้ขาดความพยายามในการทำกิจกรรมใดๆ และในที่สุดก็ขาดการพัฒนาความสามารถของตัวเองให้ก้าวหน้า

2. การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใด และจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงใด บุคคลนั้นจะยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำงานมากเท่านั้น และมักประสบกับความสำเร็จในงานที่ทำ ทายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด

3. รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระหว่างการกระทำพฤติกรรม และการคาดการณ์การกระทำภายหน้า ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สำหรับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ จะรู้สึกว่า งานนั้นยากลำบากซึ่งมักจะรู้สึกว่ามากเกินไปจนจริงมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทาลายความสามารถของตนเอง

4.เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้กำหนดเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคิด รู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะสนใจ และเลือกทำงานที่ท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็ยิ่งจะพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลว ก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบผลสำเร็จ ตรงกันข้ามกับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักจะเอาความสามารถ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน เมื่อพบกับอุปสรรคก็จะล้มเลิกการกระทำนั้น ทำให้มีทวิมตะเขยตะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

4.3 วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ 4 แหล่ง ดังนี้

1. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

(Enactive mastery experience) การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคล มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง โดยเชื่อว่า ถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีก หรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ แต่ถ้าล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่า จะ

นั้นทศนความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าความกลัวเหล่านี้ เกิดขึ้นก่อน ที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมีพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้ จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็น แหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

วิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ผู้เรียนสามารถรับรู้หรือเรียนรู้ได้ด้วย ตนเอง ได้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง ได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม และได้สัมผัสด้วยตนเองด้วย ตนเอง จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มนุษย์สามารถรับรู้จากเหตุการณ์ต่างๆทั้ง ทางตรงและทางอ้อม จากสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ประสาทรับรู้โดยการมองเห็น ประมาณร้อยละ 75 ประสาทรับรู้โดยการฟังประมาณ ร้อยละ 13 ประสาทผิวหนังรับรู้โดยการลูบคลำประมาณร้อยละ 6 ประสาทจมูกรับรู้โดยการดมกลิ่น ประมาณร้อยละ 3 และประสาทลิ้นรับรู้โดยการลิ้มรสประมาณร้อยละ 3 (วาสนา ชาวหา, 2533)

เดล (Dale, 1961 อ้างใน วาสนา ชาวหา, 2533) ได้ให้แก้มักการเรียนรู้ไว้ว่า มนุษย์เรียนรู้ได้ดีขึ้น หากการเรียนรู้นั้น เกิดจากประสบการณ์ รูปธรรม และการเรียนรู้จะลดลง หากการเรียนรู้นั้นเกิดจากประสบการณ์นามธรรม นอกจากนั้น ยังได้จำแนกประสบการณ์การ เรียนรู้เป็น 10 ชั้น โดยเรียงลำดับจากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม สามารถรับรู้และเรียนรู้ได้ง่าย ที่สุด ถูกต้องและประทับใจมากที่สุด โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงไปสู่ประสบการณ์ที่เป็น นามธรรม อย่างไรก็ตาม การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก ทำให้ เสียเวลา และอาจมีอันตรายในบางพฤติกรรม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Model) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จในเรื่องใดเรื่องหนึ่งย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ ตั้งเกิดในเรื่องนั้นๆด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้น มีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมกเท่าไร ก็ยังมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มี ความซับซ้อนและได้ผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่ เขาก็สามารถที่จะประสบ ความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้ คือ

- 2.1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes)
- 2.2 กระบวนการเก็บจำ (Retension Processes)
- 2.3 กระบวนการกระทำ (Production Processes)
- 2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes)

โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจรับรู้อย่างแม่นยำที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจเป็นตัวกำหนดว่า บุคคลสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัดเป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึง การเห็น การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส ระดับการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้ง่าย การที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ นั้น มาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำไว้ได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม การเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ ก็ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้สึกแผลงว่า ตนได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้น

ประเภทของตัวแบบเสนอได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ คือ (Bandura, 1997)

ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่ง สมโกชนัน เอี่ยมสุภายิต (2536) ได้เสนอลักษณะตัวแบบไว้ ดังนี้

- ควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งทางด้านเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่า พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้น เหมาะสมและสามารถทำได้เพราะคล้ายคลึงกับตน ทำให้คิดว่า ตนเองก็น่าจะทำได้

- ควรเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายต ของผู้สังเกตแต่ถ้าชื่อเสียงมากเกินไป จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่า พฤติกรรมนั้นไม่น่าเป็นจริงได้สำหรับผู้สังเกต

- ควรมึระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกตหรือความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเล็กน้อย จึงจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด(Bandura, 1977)

- การมีลักษณะอบอุ่นและเป็นกันเอง

ประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน ภาพยนตร์ เทปบันทึกภาพ ข้อเขียน หรือหนังสือ นวนิยาย เป็นต้น (दारारวรรณ ต๊ะปีนดา, 2527 ; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้น จะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตาม และมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997)

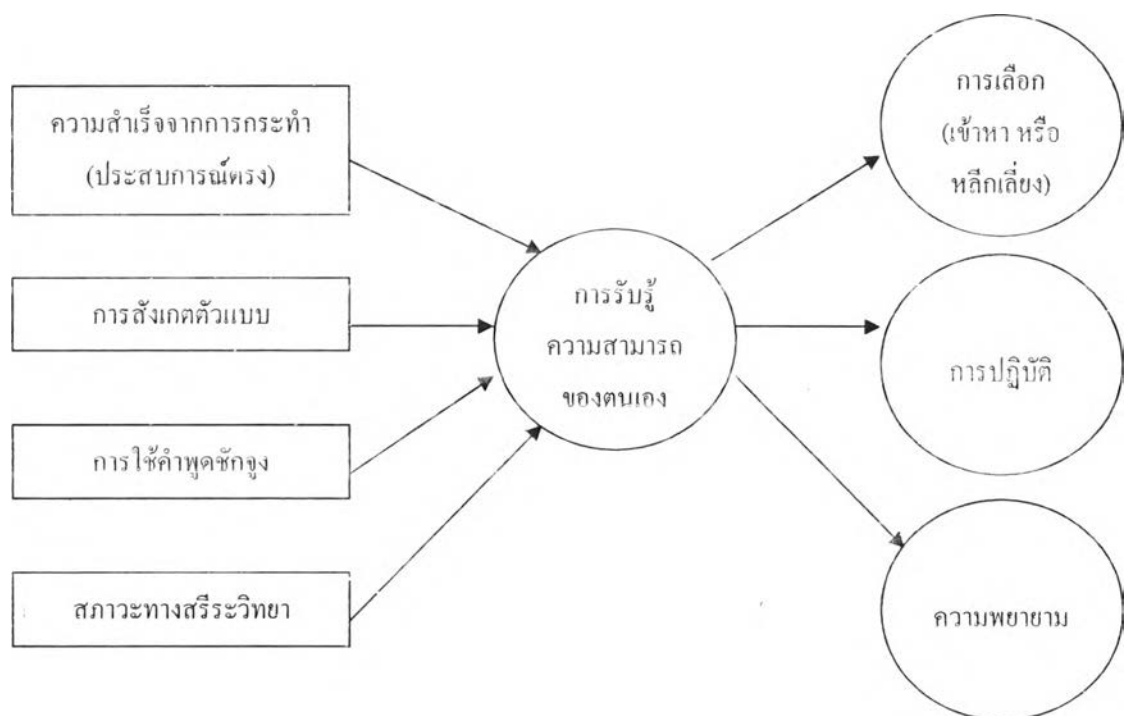
3. การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง(Verbal Persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น(Significant Persuasion)แสดงออก โดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่า จะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้เชื่อความสามารถของตนเองนี้ ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-Doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ เป็นการแนะนำ อธิบาย ชักชวน หรือใช้คำพูดชื่นชมผู้อื่นว่า มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะ พฤติกรรมที่บุคคลนั้น รู้สึกยุ่งยากที่จะตัดสินใจความสามารถของตนเอง วิธีนี้ที่นิยมใช้กันมาก แต่จะมีผลเพียงระยะสั้นๆ และมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบุคคลได้ไม่มากนัก ควรใช้ ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

4.การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and Affective States) ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไป คนเรามักจะทอดถอยและคิดถึงความเสี่ยงมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด หากบุคคลรับรู้ว่ ตนมีความวิตกกังวลสูง จะขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมักจะตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือสถานการณ์นั้น บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้นๆมากขึ้นทีละน้อยๆ การผ่อนคลาย การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) การลดความรู้สึก โดยใช้สัญลักษณ์ (Symbolic Desensitization) ให้เกิดความมั่นใจว่า นั้นเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นปกติ และแนะนำว่า อาจเป็นปัจจัยด้านบวกในการกระทำ (Bandura, 1977)

จากการกล่าวถึงปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้มองเห็นภาพรวมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น Betz (1992) ได้เสนอรูปแบบของการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura ได้ดัดภาพประกอบ 4 ซึ่งจากแผนภาพได้แสดงถึงการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของมนุษย์โดยผ่านจาก 4 ปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งได้แสดงไว้ในด้านซ้ายมือของภาพ ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนผลที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะแสดงไว้ในด้านขวาของภาพ ซึ่งจะเป็นลักษณะของพฤติกรรม

ที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

พฤติกรรม



ภาพประกอบ 4 แสดงรูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (Betz, 1992)

ในการกล่าวถึงที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 ปัจจัยมาแล้วนั้น ได้มีผู้เสนอแนะในแต่ละปัจจัยที่เพิ่มเติมไว้ดังนี้ (Hjelle and Ziegler, 1992; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549; วิลาศทักษ์ ช่ววลลี, 2538) ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลวในการพยายามที่จะทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายนั้น คนที่มีประสบการณ์ที่เชี่ยวชาญมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ส่วนคนที่พบกับความล้มเหลวก่อนมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และพบว่า คนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มีเหตุบางอย่างชักนำให้มีการกระทำพฤติกรรมอย่างหวาดกลัว ดังนั้นการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการให้เกิดการรับรู้ว่าเขาความสามารถ

ที่จะทำกิจกรรมเช่นนั้นได้ ใ้เขาไปใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้ปรับปรุงถึงเป้าหมายที่ต้องการ

ส่วนการเรียนรู้จากการปฏิบัติของบุคคลอื่น สามารถเปลี่ยนระดับของความสามารถของตนเองได้ โดยการจัดให้เขาติดตาม และสังเกตพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตน พบว่า มีระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น แต่ถ้าสังเกตบุคคลที่มีพฤติกรรมล้มเหลว ก็ยังจะทำให้ระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ตัวแบบ(Modeling) มีผลต่อการเพิ่มหรือลดระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลของตัวแบบจะก่อให้เกิดมาตรฐานทางสังคม ในการต่อสู้กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสามารถของต้นแบบจะถ่ายทอดความรู้ และสอนผู้สังเกตเกี่ยวกับประสิทธิภาพในด้านของทักษะ และกลวิธีในการจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อม

การให้คำพูดโน้มน้าวใจนั้น ทุกครั้งจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ตามความจริงของตัวบุคคลด้วย เช่น พรสวรรค์ ความถนัด เป็นต้น เพราะอาจจะส่งผลให้ความเชื่อถือในตัวผู้โน้มน้าวลดลง ทำให้ผู้ถูกโน้มน้าวมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ผู้โน้มน้าวต้องมีบุคลิกภาพดี ถูกยอมรับในสถานภาพ มีความน่าเชื่อถือ วิธีการใช้คำพูดโน้มน้าวใจนี้เป็นวิธีง่าย และไม่ก่อให้เกิดผลดีนัก ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ผลดีต้องใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนควบคู่ไปด้วย

สภาวะทางสรีระวิทยาและอารมณ์มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลมักจะใช้ข้อมูลด้านสรีระวิทยาในการตัดสินใจความสามารถของตน เช่น การตื่นเต้นมากเกินไป จะทำให้ทำกิจกรรมได้ไม่ดี บุคคลจะคิดว่าตนทำได้สำเร็จเมื่อภาวะทางสรีระปกติ ไม่ปั่นป่วนหรือไม่เครียด คนที่อารมณ์ดีจะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้น ส่วนคนที่มีความซึมเศร้าก็จะลดการรับรู้ความสามารถของตนเองลง การฝึกให้บุคคลลดภาวะกระตุ้นทางอารมณ์ลงได้ จะช่วยเพิ่มความสามารถของตนเอง และช่วยเพิ่มผลการปฏิบัติงาน สภาวะทางสรีระวิทยาที่กล่าวถึงความอ่อนล้า เหนื่อยหอบ และความเจ็บปวดด้วย

4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกลไกทางปัญญา ของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ จึงน่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วย ดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงความแตกต่างทางด้านสรีระของบุคคล เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในสังคม ชุมชนและครอบครัว (Kutner&Kutner, 1979) การศึกษาของเทอร์แมนและไทเลอร์ (Terman&Tyler, 1954 อ้างใน มาลินี จุฑะรพ, 2537) พบว่า เพศหญิงมีความสามารถทางด้านภาษาอังกฤษ การเขียน และศิลปะ ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีความสามารถทางด้านคณิตศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ภูมิศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ ความแตกต่างที่ชัดเจนทำให้งิจกรรมที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละเพศ ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในแต่ละเพศ จึงมีความแตกต่างกันในพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง

2. อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงควมมีวุฒิภาวะที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งมีความแตกต่างกัน ตามพัฒนาการ (Orem, 1985) ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาสมากกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเองและได้สังเกตเห็นแบบอย่างการกระทำของผู้อื่น

3. การศึกษา เป็นพื้นฐานของการรู้จัก การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ เล็งเห็นผลประโยชน์ และแสวงหาความรู้ การศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการนำเอาความรู้ และประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้ให้เกิดประโยชน์ นอกจากนั้น การศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาความรู้ การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ (Muhleenkamp & Sayles, 1986) การศึกษาของ รัตนภรณ์ สิริวัฒน์ชัยพร (2536) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีความเข้าใจในข้อมูลได้ง่าย รู้จักแสวงหาข้อมูลข่าวสาร และสามารถเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ

4. ประสบการณ์เดิม เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถถ่ายโยงการเรียนรู้ใหม่ได้ ผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน ย่อมเรียนรู้เหตุการณ์ใหม่ได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เคย

5. สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส รายได้ มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการดูแลตนเอง (Pender, 1987) รวมทั้งเป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้ชีวิต ความเป็นอยู่ และการดูแลตนเองดีขึ้น (Hanucharurnkul, 1989) สถานภาพสมรส เป็นแหล่งประโยชน์และเป็นตัวกำหนด

บทบาทในสังคม มีส่วนช่วยปลดปล่อยงานสลับเสนาด้วยความรู้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนั้น ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นความแตกต่างภายในของบุคคล พบว่า มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกในตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น (Lawrance & McLeroy, 1986)

4.5 การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1977) ได้เสนอลักษณะของการรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 ระดับหรือขนาดความยากของงานที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้ (Level or magnitude of job difficulty) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกัน เมื่อต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน เป็นการคาดหวังของบุคคลว่าตนจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน เมื่อถูกเสนองานที่มีระดับความยากแตกต่างกัน บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องง่าย ๆ ถ้าได้รับมอบหมายให้กระทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ออกเกินความสามารถ ควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

มิติที่ 2 ความเข้ม หรือความมั่นใจ ที่จะปฏิบัติได้ในระดับความยากต่างๆ (Strength of Confidence) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมีความเข้มน้อย คือ บุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนลดลง แต่ถ้ามีความเข้ม หรือความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความบากบั่นพยายามมาก แม้ว่าจะประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังบ้างก็ตาม

มิติที่ 3 การแผ่ขยายความสามารถ หรือการนำไปใช้ (Generality of ability) เป็นการแผ่ขยายความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองไปในสถานที่อื่น ประสบการณ์ปฏิบัติบางบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสภาพการณ์อื่นที่คล้ายกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างอาจไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

จากแนวคิดของBanduraและคณะ(1977) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะมีผลในการเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่เนื่องจากว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการทำงาน โดยก่อให้เกิดความพากเพียรพยายามในการทำงานนั้น จากหลักการนี้ เมื่อต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้มีความพยายามและไม่หลีกเลี่ยงงานที่จะทำ ก็

สามารถทำได้ โดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น และข้อมูลสำคัญที่ทำให้การรับรู้ความสามารถของบุคคลเพิ่มขึ้นคือ การประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน การเห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน การพูดชักจูงจากผู้อื่น และการรับรู้ความตื่นตัวทางร่างกายและอารมณ์ของตนเอง ซึ่งในการศึกษานี้ Bandura ต้องการเปรียบเทียบว่า วิธีการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการทำงานด้วยตนเอง และการให้บุคคลเห็นตัวแบบประสบความสำเร็จ จะสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของบุคคลได้หรือไม่อย่างไร วิธีการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ใหญ่ที่มีอาการกลัวงู โดยวิธีเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับงู ตั้งแต่กิจกรรมง่ายไปกิจกรรมยาก เช่น การดูงูซึ่งอยู่ในตู้กระจก การใส่ถุงมือจับงู การจับงูด้วยมือเปล่า จนกระทั่งถึงการไ้งูเลื้อยบนटक วิธีการเพิ่มระดับความคาดหวังนี้ใช้ 2 วิธี คือ กลุ่มผู้รับการทดลองกลุ่มที่ 1 จะได้ดูตัวแบบกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแสดงให้เห็นว่าไม่ได้กลัวอย่างที่ตนคิด ผู้อื่นสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้ ตนเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน กลุ่มผู้รับการทดลองกลุ่มที่ 2 จะได้ลงมือปฏิบัติร่วมกับตัวแบบ ซึ่งแสดงขั้นตอนต่าง ๆ ให้ดูเป็นการลดความกลัวก่อนลงมือปฏิบัติ ก่อนและหลังทำการทดลองจะวัดความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งจะวัดความคาดหวังทั้ง 3 ด้าน โดยได้รับการทดลองจะได้รับรายการกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติเรียงลำดับจากง่ายหายาก ให้ผู้รับการทดลองคาดหวังว่าตนจะปฏิบัติได้ถึงความยากระดับที่เท่าไร ซึ่งเป็นการวัดระดับหรือขนาดความยากของงาน (Magnitude) ส่วนการวัดความเข้มหรือความมั่นใจของ ความคาดหวัง (Strength) ทำโดยให้ผู้รับการทดลองเลือกระดับความมั่นใจจาก 0 ถึง 100 ว่าตนมั่นใจเพียงไรในการทำกิจกรรมที่คิดว่าจะทำได้สำเร็จ ในการวัดการแผ่ขยายความสามารถ หรือการนำไปใช้ (Generality) จะวัดระดับความยาก และความมั่นใจในการทำกิจกรรม เช่นเดียวกันนี้กับขบวนการอื่นที่ไม่ได้ใช้ในการทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการเพิ่มระดับความคาดหวังทั้งสองวิธี สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของผู้รับการทดลองได้แต่ที่ที่สองคือ ให้ลงมือปฏิบัติร่วมกับตัวแบบ สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองได้สูงกว่า ทั้งสองวิธีนี้สามารถทำให้บุคคลเพิ่มความกล้าในการทำกิจกรรมและเพียรพยายามทำในสิ่งที่ตนไม่คิดว่าจะสามารถกระทำได้มาก่อน และพบว่า การพิจารณาว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้ถึงระดับไหน สอดคล้องกับงานที่ทำได้ ยิ่งมีระดับความมั่นใจในความสามารถของตนสูงก็就会有ความกลัวในการกระทำงานน้อยลง ก่อให้เกิดความพยายามที่จะทำงานในระดับความยากต่าง ๆ มากขึ้น

จากงานศึกษาวิจัยข้างต้น ได้ข้อมูลสนับสนุนทฤษฎี Bandura ที่ว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนมากก็จะมีความพยายามมากในการทำงานที่ยากและน่ากลัว และการประสบความสำเร็จในการทำงาน จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของบุคคลด้วย

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมของมนุษย์นั้น Lawler and Rhode (ตีพิมพ์ใน 1976 อ้างอิงจาก Lawler and Rhode, 1976) ได้อธิบายเกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมของบุคคลในหน่วยงานหรือองค์กรว่า เมื่อบุคคลมีโอกาเลือกแผนงาน เพื่อจะปฏิบัติตามแผนงานนั้น การเลือกจะขึ้นอยู่กับว่า ความพยายามที่จะใช้ความสามารถของเขาจะนำไปสู่งานที่ต้องการหรือไม่ และงานนั้นนำไปสู่ผลลัพธ์ ที่เขาต้องการหรือไม่ นั่นคือ บุคคลจะคาดหวังเกี่ยวกับความพยายามของเขา ที่จะนำไปสู่การกระทำตามที่ต้องการ (Effort → Performance Expectancy) และความคาดหวังเกี่ยวกับผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการทำงานนั้น (Performance → Outcome Expectancy)

บุคคลจะเปรียบเทียบผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมต่าง ๆ กัน และเลือกอันที่ตนพอใจที่สุด เช่น เมื่อบุคคลจะเลือกทำงานให้ได้ผลงานในอัตราสูง เขาจะพิจารณาถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1. พิจารณาว่าเป็นไปได้หรือไม่ที่จะทำงานให้ได้ผลงานในอัตราสูงเท่า นั้นซึ่งต้องพิจารณาถึงความสามารถทางร่างกาย และสติปัญญา รวมทั้งความชำนาญของตน ถ้าเขารู้สึกว่าเขากระทำพฤติกรรมนั้นไม่ได้ก็จะไม่เลือกทำงานนั้นเป็นการพิจารณาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีพอหรือไม่
 2. พิจารณาถึงผลที่จะได้จากการทำงานให้ได้ผลงานในอัตราสูงสุด เช่น ทำให้ตนเหนื่อยเกินไป ทำให้มีโอกาสเลื่อนตำแหน่งเร็วขึ้น ทำให้เพื่อนร่วมงานไม่พอใจ ขึ้นอยู่กับว่า แต่ละบุคคลจะคำนึงถึงเรื่องอะไรบ้าง
 3. พิจารณาค่าของผลลัพธ์ แต่ละอย่างว่าเป็นบวกหรือลบแค่ไหน
 4. ประเมินผลลัพธ์ทางบวก และทางลบที่ได้ทั้งหมด ถ้าคุณค่าที่บุคคลให้ผลลัพธ์ยังคงเป็นบวกอยู่ บุคคลก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น
 5. นำเอากระบวนการในการดำเนินงานตามแผนงานอื่น และผลลัพธ์ที่ได้มาเปรียบเทียบกัน พิจารณาว่าแผนงานใดตนพอใจที่สุดก็จะกระทำตามนั้น
- บุคคลจะเลือกทำงานตามแผนงานใดนั้น ไม่ได้คำนึงถึงผลลัพธ์ที่ได้แต่อย่างเดียว เขาจะพิจารณาทั้งความสามารถ และผลลัพธ์ที่จะได้นั้นคู่กัน

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวนซ์ของมารดา เพื่อให้มารดาเด็กกลุ่มอาการดาวนซ์วัย

ก่อนเรียนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ และสามารถปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

5. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของ มารดา

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ บุคคล ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura(1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม มาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรม การดูแลมารดาเด็กกลุ่มอาการดาวน์ เพื่อให้มารดาเด็กกลุ่มอาการดาวน์ เกิดการรับรู้ความสามารถของ ในการดูแลบุตรและสามารถปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยใช้แหล่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 แหล่ง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง(verbal persuasion) การให้ความรู้ เป็นแนวทางหนึ่งของแนวทางการให้คำแนะนำ เป็นปัจจัยขั้นแรกและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป ดังนั้นความรู้จึงนำไปสู่การปฏิบัติได้ (พรศรี ศรีอัญญาพร และคณะ, 2542 ; Bandura, 1997)

1.1 การสอนเป็นการให้คำแนะนำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมอีกวิธีหนึ่ง มีวิธีการสอนที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีสมาชิกอยู่รวมกันเป็นกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน การสอนทำให้เกิดการเรียนรู้ในด้านความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการสร้างสัมพันธ์ทางเพกเกอเรติตต่อระหว่างกันภายในกลุ่มได้เป็นอย่างดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532)

ข้อดีของการสอนเป็นกลุ่มคือ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นระหว่างกลุ่มและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.2 การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการกล่าวสนับสนุนให้กำลังใจ กระตุ้นให้มารดาเด็กกลุ่มอาการดาวน์เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองและเสริมแรงใจ โดยการกล่าวคำชื่นชมเมื่อมารดาเด็กกลุ่มอาการดาวน์ปฏิบัติได้ถูกต้อง

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่มารดา เรื่องเรียนรู้ลูกรัก ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความสำคัญของกลุ่มอาการดาวน์ ความผิดปกติของโครโมโซม และลักษณะ เฉพาะกลุ่มอาการดาวน์และความต้องการการดูแลของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ และเลี้ยง

หนูให้วินัย ซึ่งที่เนื้อหาเกี่ยวกับ ปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย การสร้างวินัยให้กับลูก โดยใช้ แผนการสอนและคู่มือเป็นสื่อการสอน

2) การได้เห็นการทำกิจกรรมของตัวแบบ (vicarious experience) เนื่องจาก กระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะได้จากการ เรียนรู้ผ่านตัวแบบ และการที่บุคคลเห็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจากผู้อื่น

หนังสือคู่มือ (Hand Book)

หนังสือคู่มือ เป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งสื่อการสอน หมายถึง ตัวกลางที่นำ ความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ทำให้การเรียนการสอนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ เพราะว่ สื่อการสอนช่วยให้เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมจากการที่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็น รูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น หนังสือคู่มือสามารถใช้ได้ทั้งเป็นสื่อหลักและสื่อประกอบการสอน ช่วยให้ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของหนังสือคู่มือดังนี้

กิดานันท์ มลิทอง (2543:83) กล่าวว่า หนังสือเรียนคู่มือ และสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ สามารถให้ความหมายต่อประสบการณ์การเรียนรู้แก่ผู้ช่วยได้ โดยการนำสื่อเหล่านี้ ไปใช้เพื่อเป็น ความรู้พื้นฐานและอ้างอิง

หนังสือคู่มือเป็นสื่อการเรียนการสอนประเภทวัสดุสิ่งพิมพ์ มีข้อดีและข้อเสีย ดังนี้ คือ (กิดานันท์ มลิทอง, 2543:83)

ข้อดี เป็นการเรียนรู้ที่ดีที่สุด สามารถอ่านได้ตามยัตราความสามารถของแต่ละบุคคล เหมาะสำหรับการอ้างอิงหรือทบทวน การแจกเป็นจำนวนมาก และสะดวกในการแก้ไข ช่วยให้ผู้รับความรู้ไม่จำเป็นต้องบันทึกการบรรยายอีก

ข้อเสีย ต้นทุนการผลิตค่อนข้างสูง ถ้าให้ได้สิ่งพิมพ์ที่มีคุณภาพดี บางครั้ง ข้อมูลล้าสมัยง่าย ต้องปรับปรุงอยู่เสมอ และผู้ที่ไม่รู้หนังสือไม่สามารถอ่านได้

เนื่องจากหนังสือคู่มือเป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้สอนใช้ถ่ายทอด ความรู้ เจตคติและทักษะไปสู่ผู้เรียน ดังนั้น การสร้างหนังสือคู่มือ จึงใช้แนวเดียวกับการผลิตสื่อ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ คือ

- 1) เลือกหัวเรื่อง ศึกษาว่าเนื้อหาที่จะสอนเป็นอย่างไร
- 2) ประเมินผู้เรียน เพื่อให้ทราบความต้องการและข้อจำกัดของผู้เรียน
- 3) กำหนดเนื้อหา วัตถุประสงค์ของหนังสือคู่มือว่า ต้องการให้ผู้เรียนรู้ใน ประเด็นใดบ้าง ทำการรวบรวมและจัดเนื้อหา
- 4) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา นำมา ปรับปรุง แก้ไขและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมายแล้วนำมา แก้ไข ปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนการจัดพิมพ์
- 5) นำไปใช้จริงเมื่อทดสอบ แก้ไข ปรับปรุง จนมีคุณภาพดี

จึงนำไปเผยแพร่หรือใช้งานตามที่วางแผนที่

ตัวแบบในรูปแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) เป็นการนำเสนอตัวแบบที่ผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ คู่มือ การ์ตูน หุ่นกระบอก ภาพพลิก เทปบันทึกภาพ เป็นต้น ลักษณะการเสนอตัวแบบที่มีการใช้การสอนร่วมด้วยจะทำให้ผู้เรียนสนใจตัวแบบมากขึ้น โดยการอธิบายว่าเราหวังที่จะให้เขาทำความเข้าใจแบบนั้น และให้ผู้เรียนสรุปลักษณะของพฤติกรรมตัวแบบที่ดู จะทำให้สามารถเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบได้ดีขึ้น

การสาธิต (Demonstration)

การสาธิตเป็นกลยุทธ์การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่สำคัญมาก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้เกิดการเรียนรู้ทั้งด้านทักษะ และความรู้ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541:197) เป็นการแสดงให้เห็นตัวอย่าง เพื่อให้ผู้เรียนได้มีความเข้าใจในหลักการและกระบวนการ ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ จากการสังเกต การฟัง การกระทำหรือการแสดง

ประโยชน์ของการสาธิตนั้น จะช่วยให้ผู้เรียนได้เห็นวิธีการตามลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง และเกิดความมั่นใจว่า ตนเองสามารถทำได้ เป็นการเรียนรู้ที่น่าสนใจ เพราะผู้เรียนได้มีโอกาสเห็นการปฏิบัติ และได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ สามารถจดจำและนำไปใช้ได้ ซึ่งในการสาธิตให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ควรปฏิบัติดังนี้

1) การเตรียมการสาธิต ผู้สาธิตต้องมีความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในเรื่องที่จะสาธิตเป็นอย่างดี มีการจัดลำดับขั้นตอนการสาธิตให้เหมาะสม ซึ่งเอื้อต่อการเรียนรู้ วัตถุประสงค์ประสงค์เชิงพฤติกรรมในการสาธิตแต่ละครั้งอย่างชัดเจน จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้สาธิตไว้ให้พร้อม ตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ เตรียมกระบวนการสาธิต จัดเตรียมสถานที่ ทำการทดลองหรือฝึกซ้อมก่อนที่จะมีการสาธิตจริง จัดเตรียมผู้รับบริการให้พร้อมสำหรับการสาธิต กำหนดช่วงเวลาของการสาธิต และเวลาการสาธิตย้อนกลับ

2) การดำเนินการสาธิต ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการสาธิต ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการสอน แนะนำเครื่องมือที่จะใช้ให้ผู้รับบริการได้ทำความรู้จักคุ้นเคย ระหว่างที่สาธิตต้องอธิบาย ด้วยเสียงที่ดัง ฟังชัด ได้ยินทั่วถึงกัน ควรสาธิตให้ผู้รับบริการดูอย่างสมบูรณ์ครั้งหนึ่งก่อน แล้วทำซ้ำอีกครั้งอย่างช้าๆ พร้อมทั้งให้ผู้รับบริการทำตาม ระหว่างการสาธิตต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของผู้รับบริการด้วยว่าเป็นอย่างไร

3) หลังการสาธิต ควรมีการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการ และประเมินผลการสาธิตของตนเองร่วมด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจัดกิจกรรมโดย การสังเกตวิธีการปฏิบัติการดูแลบุตร ผ่านการสาธิตจากผู้ศึกษาการสังเกตตัวแบบมารดาเด็กกลุ่มอาการความที่ประสบความสำเร็จ ผ่าน วิดีทัศน์และการให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายกลุ่มประกอบสื่อการสอน ในเรื่อง การชมวิดิทัศน์

เรื่อง กิน เล่น เดิน วาด และ การให้ความรู้เรื่อง ส่งเสริมความฉลาดด้วยการเล่น การเล่านิทาน การส่งเสริมภาวะโภชนาการ เพื่อให้มารดาเด็กกลุ่มอาการดาวน์เกิดการเรียนรู้ทางอ้อม และเกิดความคิดคล้ายกันว่า ผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม

3) การประสบความสำเร็จในการลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง (enactive mastery experience) เป็นข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นว่าตนเองทำได้สำเร็จ

การบันทึกพฤติกรรม เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมโดยตรงวิธีหนึ่ง โดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตามความเป็นจริง ผู้สังเกตจะไม่แสดงความคิดเห็นใดๆ ทั้งสิ้น การนำเอาการบันทึกมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ข้อมูลที่บันทึกได้จะเป็นดัชนีชี้วัดให้เห็นความสำเร็จของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากจัดกิจกรรมการให้ความรู้โดยการคู่วิดีทัศน์เรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย 3-4 และ 4 - 5 ปี ด้านการใช้ก้ามเนื้อมัดเล็ก แบ่งกลุ่มมารดาเป็น 2 กลุ่ม เลือกทักษะการใช้ก้ามเนื้อมัดเล็กกลุ่มละ 1 เรื่อง ทำการฝึกปฏิบัติร่วมกัน และการลงบันทึกกิจกรรมที่ทำประจำวันแก่เด็กกลุ่มอาการดาวน์ในแบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน ในเรื่อง การเล่นกับลูก เล่านิทาน ร้องเพลงกล่อมเด็ก เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก การให้อาหารเด็ก เป็นเวลา 1 สัปดาห์

4) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยาและการกระตุ้นทางอารมณ์ (physiological and effective states) บุคคลต้องมีการประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ที่ส่งเสริมความสามารถ เพื่อให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ

การอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการที่สมาชิกภายในกลุ่ม ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ทางคำพูดภายในกลุ่ม แยกแยะความคิดเห็นของตนเอง และการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น (สุรีย์ จันทรมณี, 2543) ข้อดีคือ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการในการเรียนรู้โดยตรง ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และเกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยพัฒนาจากการฟังหรือการอ่าน การอภิปรายกลุ่มช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงงูใจในการเรียนรู้ และสามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้ การที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็น จะทำให้เขาเต็มใจในการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น และทำให้เกิดแรงงูใจในการเรียนรู้และการแก้ปัญหา

(จินตนา ยูนิพันธ์, 2532)

ในการศึกษานี้ ได้จัดกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจ การพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน การรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และแสดงออกถึงความสามารถในการกระทำพฤติกรรมการดูแลบุตรได้เหมาะสม โดยใช้แบบบันทึกกิจกรรมประจำวันของมารดาต่อเด็กกลุ่มอาการดาวน์เป็นต้นนำ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Forman and Owen (1990) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารก และทักษะการดูแลทารกของมารดา ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการป้อนนม การทำให้เรอ การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ และการอุ้มทารก ในกลุ่มตัวอย่างมารดาก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถซึ่งประเมินโดยมารดา มีความสอดคล้องสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารก และพบว่า อายุของมารดา จำนวนบุตรและทักษะของมารดา เป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกสูงสุด

นุชนาถ สะกะมณี(2541) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครรภ์แรก อายุระหว่าง 20-35 ปี จำนวน 40 ราย โดยทำการสุ่มตัวอย่างทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก และความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมพร โชติวิทย์ธารากร (2543) ศึกษาโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดา ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การบันทึกสุขภาพและจดหมายเหตุเดือน โดยวัดการรับรู้สมรรถนะของมารดา และพฤติกรรมดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 ของโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะของมารดาและพฤติกรรมในการดูแลบุตรเพิ่มสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สมทรง คำฝาย (2541) ศึกษาการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด เข้ารับการรักษาในหออภิบาลแรกเกิด ตั้งแต่หนึ่งสัปดาห์ขึ้นไป และเตรียมจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 ราย และกลุ่มทดลอง 10 ราย ซึ่งได้รับการเตรียมเป็นเวลา 3 วัน ก่อนจำหน่ายทารก โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของ Bandura 4 วิธี คือ การประสบความสำเร็จในการกระทำ การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นเร้าอารมณ์ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่า และมีพฤติกรรมการดูแลทารกถูกต้องเหมาะสมมากกว่า มารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปรียะพร ภัทรสังจธรรม (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) และแนวความคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (1997) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กนักเรียนโรคหอบหืดที่มีอายุ 7-12 ปี จำนวน 40 ปี จัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มต่างๆ และมีอิทธิพลต่อความนึกคิด และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรม ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้

6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

จรัส ปิ่นเงิน (2536) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการกับระดับพัฒนาการตามวัยของเด็กวัยทารกและวัยเตาะแตะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กวัยทารกและวัยเตาะแตะ จำนวน 360 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการ หมวดการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ การมองเห็น การใช้กล้ามเนื้อเล็ก การช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยทางด้านครอบครัว พบว่า การศึกษาของผู้เลี้ยงดู ฐานะทางเศรษฐกิจ และภาวะโภชนาการของเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ พบว่าเด็กที่เป็น

บุตรคนแรก มีพัฒนาการหัดเดินได้ยืน ภาษา และพัฒนาการความคิดรวบยอดเร็วกว่าเด็กที่ไม่ใช่บุตรคนแรก

ชูศรี ดีวิสกูล (2539) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระ ภูเก็ต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กวัยขวบปีแรกจำนวน 300 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมาราด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค และด้านการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ร้อยละ 72,65 และ 97.7 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของมารดาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อริยา ดีประเสริฐ (2543) ได้ทำการศึกษาสุขภาพจิตพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลที่พาเด็กปัญญาอ่อนอายุ 1 เดือน - 6 ปี มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกสถาบันราชานุกูล จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนร้อยละ 80.9 ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช และมีแนวโน้มความผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 19.1 โดยมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับสูงกว่าค่าอื่นๆ พฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนโดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 82.67 ของคะแนนเฉลี่ย และสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จิรภัทร เปลื้องนุช (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อน ของผู้ดูแลในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดของโอเรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่อาศัยอยู่ในชุมชน กรุงเทพมหานคร จำนวน 120 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการดูแลโดยทั่วไป และพฤติกรรมการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคม รองลงมาคือ ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็ก และระดับการศึกษาของผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลร้อยละ 60

โสภณ สวัสดิ์ (2548) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของมารดา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ , 2545 ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Miller (1992) กลุ่มตัวอย่างคือมารดาเด็กปัญญาอ่อนที่นำบุตรมาเข้ารับบริการในศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชานุกูล จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของมารดาหลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า มารดาของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญามีปัญหาทั้งด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแล โดยเฉพาะด้านพัฒนาการตามวัยของเด็ก ซึ่งพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา จะมีผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและภาวะโภชนาการ และขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองของมารดา การส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงอยู่ของพฤติกรรม ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นที่จะกระทำหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดา เพื่อให้มารดาเด็กกลุ่มอาการดาวน์เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ และสามารถปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้องและเหมาะสม

กรอบแนวคิดโครงการศึกษาอิสระ

