



ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล
เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

โดย

นางสมลักษณ์ กอกุลจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของ
ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

โดย

นางสมลักษณ์ กอกุลจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



THE EFFECTS OF A HOLISTIC HEALTHCARE PROGRAM ON THE CARING
BEHAVIORS OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH
LEARNING DISABILITY

BY

SOMLUK KOKULCHAN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FALCULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2015
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นางสมลักษณ์ กอกุลจันทร์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็ก
ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิษณุ)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิดา ศิริอำพันธ์กุล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลนันท์ พุฒนิวณิชพงศ์)

คณบดี

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิษณุ)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรม
ชื่อผู้เขียน	การดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน
ชื่อปริญญา	สมลักษณ์ กอกุลจันทร์
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. มรรยาท รุจิวิษณุ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนิดา ศิริอำพันธ์กุล
	2558

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษา 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัดดูประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนของผู้ดูแลเด็กกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในพื้นที่จังหวัดอ่างทองจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 30 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพองค์รวมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนของผู้ดูแลเด็กได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ.82 และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยมีระยะเวลาการทดลอง 10สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นด้วยพื้นฐานแนวคิดของแลนดรัม (Landrum et al, 1993)ประกอบด้วย 4 มิติได้แก่ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการ PDCA : plan-do-check-act เพื่อเป็นการควบคุมตรวจสอบและปรับปรุงพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติฟิชเชอร์ แอ็กแซค (Fisher's exact test) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependence t-test) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ ใช้สถิติ ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า 1) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ($M=69.07$, $SD= 5.60$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ($M=49.57$, $SD=5.25$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 16.51$)²) ผลการวิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลเด็ก ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 19.50$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 12.25$)

ข้อเสนอแนะ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระดับชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในชุมชน

คำสำคัญ: ภาวะบกพร่องทางการเรียน ผู้ดูแลเด็ก การดูแลสุขภาพองค์รวม วงจรพัฒนาคุณภาพ

Thesis Title	THE EFFECTS OF A HOLISTIC HEALTHCARE PROGRAM ON THE CARING BEHAVIORS OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH LEARNING DISABILITY
Author	SOMLUK KOKULCHAN
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Psychiatric and Mental Health Nursing. Faculty of Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Associate Professor Manyat Ruchiwit, Ph.D
Co Advisor	Assistant Professor Panida Sirumpunkul, Ph.D
Academic Year	2015

Abstract

The present study is a two-group, quasi-experimental research based on a pre-test/post-test design. The study was conducted with the objective of studying the effects of a holistic healthcare program on the caring behaviors of caregivers of children. The sample group of the study was composed of the caregivers of children with learning disability in Angthong Province and was comprised of 60 caregivers. The subjects were divided into two groups with thirty subjects in each. They were randomly placed in a control group and an experimental groups. The experimental group participated in the holistic healthcare program; the control group, received routine nursing care. The instrumentation employed in the data collection was composed of a questionnaire about holistic healthcare behavior on the part of caregivers of children with learning disabilities. The content validity index was .80 and the reliability using Cronbach's alpha coefficient was .94. The experiment was conducted over a period of 10 weeks. The instrumentation employed in the experiment was composed of a holistic health program created by the researcher based on Landrum's concept (Landrum et al., 1993). In holistic healthcare, people need a balance among physical, mental, social, and spiritual dimension in order to be happy. The researcher then used the PDCA (Plan-Do-Check-Act) as the continually process to check and improve the care of the caregivers of children with learning disability. The objective was to ensure that the caregivers practiced accurate care-giving behavior for the children. The data were analyzed using descriptive statistics and Fisher's Exact Test. The data were analyzed to compare the pre- and post-test mean holistic health behavior scores of the

caregivers of the children by using the t-test. The mean difference between pre-post test mean scores were compared between the experimental and control groups by using an independent t-test.

The following were found. One, After participating in the holistic healthcare program, the post-test care-giving behavior mean score($M=69.07, SD=5.60$) of the caregivers of the children with learning disorders was higher than pre-test care-giving behavior mean score ($M=49.57, SD=5.25$) with a statistical significance at $.001(t=16.51)$ Two, the mean difference between pre-and post-test mean scores of the caregivers of the experimental group ($\bar{D}_1 = 19.50$) were found greater than the control group($\bar{D}_2 = .73$)with the statistical significance at $.001(t = 12.25)$.

Suggestion: Nurses that work in hospitals or community health districts can be used to modify the behavior of the child care, children with learning disabilities in the community

Keywords: Learning disability, Caregiver, Holistic healthcare, PDCA

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ นอกจากจะต้องใช้ความพยายามและความตั้งใจจริงแล้ว ยังได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิเศษณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินดา ศิริอำพันธ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมชื่น สมประเสริฐ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลนันท์ พุฒิวิณิชพงศ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้แนวคิด คำแนะนำ คำปรึกษาและแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ จึงขอกราบขอบพระคุณทุกท่านอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงภัทรภรณ์ กิรินทร์ นายแพทย์ชำนาญการสถาบัน ัญญารักษ์ (จิตแพทย์เด็ก) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล อาจารย์กลุ่มวิชาการ พยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศุภย์รังสิต ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศุภย์รังสิต ได้ให้เกียรติเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือในการวิจัยและขอขอบคุณงานส่งเสริมและพัฒนาวิชาการกองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนในครั้งนี้

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทองและผู้อำนวยการศูนย์การศึกษา พิเศษประจำจังหวัดอ่างทอง ที่อนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนกลุ่ม ตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสมรวย ฉัตรไทย คุณแม่สว่าง ฉัตรไทย ที่ให้การดูแลและให้กำลังใจ ขอขอบคุณคุณประกอบ กอกุลจันทร์ นางสาวทักษพร กอกุลจันทร์ และ เด็กชายทักษ์ดนัย กอกุลจันทร์ ที่เป็นกำลังและสนับสนุนในทุกๆเรื่องอย่างสม่ำเสมอจนผู้วิจัยสำเร็จ การศึกษา ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ พี่ๆ เพื่อน ๆ น้องๆ ที่ช่วยเหลือ คอยกระตุ้น และให้กำลังใจมาโดยตลอด และทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ โอกาสนี้ที่คอยให้กำลังใจและให้ การช่วยเหลือตลอดมาจนงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

นางสมลักษณ์ กอกุลจันทร์

สารบัญ

	หน้า
หน้าอำนวยการ	(1)
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพประกอบ	(12)
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	5
1.3 คำถามการวิจัย	6
1.4 ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	6
1.5 ขอบเขตการศึกษา	6
1.6 นิยามศัพท์การวิจัย	6
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
1.8 สมมติฐานการวิจัย	9

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	
2.1.1 นิยามและอุปบัติการณ์	11
2.1.2 ประเภทของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	13
2.1.3 อาการที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	13
2.1.4 การประเมินและการวินิจฉัยเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	14
2.1.5 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	17
2.2 ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน	
2.2.1 ความหมายของผู้ดูแล	18
2.2.2 คุณลักษณะของผู้ดูแลที่บ้าน	19
2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล	21
2.2.4 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	20
2.2.5 ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	22
2.2.6 หลักและวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	22
2.2.7 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	24
2.3 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	
2.3.1 ทฤษฎีและแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	26
2.3.2 วิธีการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้วงจรควบคุม คุณภาพ (PDCA)	39
2.3.3 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	
3.1 รูปแบบการทดลอง	45
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	50
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	51
3.5 การดำเนินวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	53
3.6 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	55
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
4.1 ผลการวิจัย	58
4.2 การอภิปรายผล	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	72
5.2 ข้อจำกัดการวิจัย	73
5.3 ข้อเสนอแนะ	73
รายการอ้างอิง	75

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. ใบรับรองพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์	88
ภาคผนวก ข. เอกสารชี้แจงอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง	90
ภาคผนวก ค. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	94
ภาคผนวก ง. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการงานวิจัย	97
ภาคผนวก ง-1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย	98
ภาคผนวก ง-2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย	102
ภาคผนวก จ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	112
ประวัติผู้วิจัย	114

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจำแนกตามเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็ก	58
4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามอายุ ของผู้ดูแล เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	60
4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะ บกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม	60
4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะ บกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม	61
4.5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะ บกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม	61

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบที่	หน้า
1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	9
3.1 แสดงขั้นตอนการทดลอง	47



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน (Learning Disability) เป็นเด็กที่มีความบกพร่องของกระบวนการเรียนรู้ เกิดความผิดปกติของสมอง เด็กมีความสามารถด้านการเรียน เช่น ด้านการอ่าน การเขียน คำนวณ ต่ำกว่าความสามารถของเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2558) ส่งผลทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ตามชั้นเรียนจริง (อนัญญา สิริรัตนันท์ และ ธีรรัตน์ แทนขำ, 2556) ความบกพร่องทางด้านทักษะของการอ่านหนังสือ การคำนวณ การเขียนหนังสือ ซึ่งอาจเป็นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านผสมกัน โดยเด็กไม่ได้มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน ด้านสติปัญญา รวมทั้งไม่ได้ขาดโอกาสทางการศึกษา เด็กส่วนใหญ่จะแสดงความบกพร่องให้เห็นเมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษา หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกจะส่งผลให้เด็กมีปัญหาการเรียน ไม่ประสบความสำเร็จด้านการเรียนเท่าที่ควร ถ้าปล่อยไว้เด็กจะเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมตามมา (นันทวิช ลิทธิรักษ์, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และ พนม เกตุมาน, 2558) จากรายงานการศึกษาในประเทศต่างๆ พบว่า จำนวนเด็กกลุ่มนี้มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และมีจำนวนมากกว่าเด็กพิเศษกลุ่มอื่น (Kauffman & Hallahan, 2005)

จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในปี 2009 - 2010 ปี 2010 - 2011 และ ปี 2011 - 2012 มีนักเรียนที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนอยู่ในระบบการศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 37.50 36.68 และ 35.97 ตามลำดับ (National Center for Education Statistics, 2015) สำหรับประเทศไทย พบว่า เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนพบอยู่ในโรงเรียนถึงร้อยละ 4 - 6 ของเด็กวัยเรียน และอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 3 - 4 ต่อ 1 ยกเว้นกลุ่มที่บกพร่องด้านการคำนวณ ซึ่งพบในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย (อนัญญา สิริรัตนันท์ และ ธีรรัตน์ แทนขำ, 2556) รายงานข้อมูลสถิติทางการศึกษาจากสำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ (2556) พบว่า เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษา จำนวน 84,032 คน ศึกษาระดับชั้นก่อนประถมศึกษา 1,574 คน ระดับชั้นประถมศึกษา 68,925 คน ระดับชั้นมัธยมศึกษา 13,533 คน จากการศึกษาของภาสุมิ แสงสุภวานิช และคณะ (2554) พบว่า ร้อยละ 6.5 ของเด็กวัยเรียนมีความบกพร่องทางสติปัญญาและการเรียนรู้ และร้อยละ 40 - 50 ของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนจะมีความผิดปกติทางจิตร่วมกับเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้เมื่ออยู่ในสังคมจะถูกมองเหมือนเด็กปกติทั่วไป แต่เมื่อเข้าระบบการศึกษาจะพบว่าเด็กมีปัญหาทางการเรียนที่มีสาเหตุที่แตกต่างกัน เช่น อ่านหนังสือไม่คล่อง เขียนหนังสือผิดๆ ถูๆ เขียนหนังสือกลับด้าน หรือมีปัญหาด้านการคำนวณ เป็นต้น เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนมีสาเหตุมา

จากความบกพร่องในการแปลข้อมูลในสมอง ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ได้เหมือนเด็กทั่วไป จึงก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อการเรียน (Swanson, 2000; กระทรวงศึกษาธิการ, 2554) ซึ่งถ้าพ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กไม่เข้าใจถึงพยาธิสภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ก็จะพยายามให้เด็กได้รับการศึกษาตามความสามารถของครอบครัวและมีความคาดหวังต่อผลการเรียนที่ดีของเด็ก จาก การถูกเข้มงวดทางด้านการเรียนของพ่อแม่ ผู้ปกครองเด็ก จะทำให้เด็กมีความวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย เศร้า และรู้สึกเป็นปมด้อย แยกตัว ไม่อยากไปโรงเรียน มีปัญหาด้านพฤติกรรมตามมา (วนิดา ชนินทยุทธวงศ์, ประเสริฐ จุฑา, จันทน์ มุ่งเขตกลาง และ อัจจิมา ศิริพิบูลย์ผล, 2554) เด็กบางคนต้องออกจากโรงเรียนก่อนจบการศึกษา ไม่มีงานทำ เข้าสู่วัยแรงงานเมื่ออายุน้อยทำให้ขาดความรู้ ส่งผลต่อทักษะในการใช้ชีวิตในสังคม มีปัญหาปรับตัวไม่ได้ ปัญหาก้าวร้าวอันธพาล ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมโดยวงกว้าง ถ้าปล่อยในเด็กบางคนทีหนีออกจากบ้านไปอยู่ในวงจรไม่ ดีนำไปสู่ปัญหาอาชญากรรมและอาชญากรรม (กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, 2551)

จากการศึกษาถึงการดูแลและช่วยเหลือเด็ก พบว่าประเทศที่พัฒนาทางการศึกษา การแพทย์ จิตวิทยา และสังคมเศรษฐกิจ มีการตื่นตัวศึกษาลักษณะเด็กกลุ่มนี้อย่างจริงจัง ในทั้ง ภาครัฐบาลและเอกชน (ประภัสสร ปรีเอี่ยม, 2552) แต่การศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนยังมีน้อยมาก (Al-Yagon, 2010) ทั้งที่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจะมีความเครียด ความวิตกกังวล ต่อการเลี้ยงดูเด็ก และผู้ดูแลเด็กมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องด้านการเรียน การให้คำปรึกษา และการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลเด็ก (Simon & Easvaradoss, 2015; Sandy, Kgole & mavundla, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลที่กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยผู้ดูแลจะมีความเครียด ความท้อแท้และเหนื่อยกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย (Smith & Kemp, 2016; Murphy, Christian, Caplin & Young, 2006) สำหรับประเทศไทย การให้การช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนอยู่ภายใต้ การกำกับดูแลของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังกระทำกันในวงแคบๆ เนื่องจากมีขีดจำกัดในเรื่องของจำนวนบุคลากร ทุนทรัพย์ และการยอมรับจากสังคม (ประภัสสร ปรีเอี่ยม, 2552) เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางด้านการเรียน เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวต้องการดูแลเอาใจใส่ เพื่อให้เด็กสามารถเรียนรู้และมีทักษะในการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยที่ไม่เป็น ปัญหาของสังคม บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กคือ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ผู้ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ถ้าพ่อแม่ ผู้ปกครอง สามารถสังเกตความความบกพร่องของเด็กได้ ตั้งแต่แรกเริ่มและให้การช่วยเหลือเด็กพัฒนาทางด้านการเรียน เด็กจะได้รับการพัฒนาใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด

ดังนั้นจะเห็นว่าการที่พ่อแม่ ผู้ปกครอง ต้องดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ตลอดเวลานั้น เป็นสิ่งท้าทายสำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง ด้วยเด็กมีข้อจำกัดและต้องการการดูแลเอาใจ ใส่มากกว่าเด็กปกติทั่วไป และถ้าเด็กบางคนมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายคน

อื่น (Chung & Contreres, 2012) ยิ่งทำให้ต้องเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กมากยิ่งขึ้น จาก การที่มีเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน พ่อ แม่ ผู้ปกครองจะมีความทุกข์และความวิตกกังวล เนื่องจากส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากความรู้น้อยและ/หรือขาดความรู้ในการดูแลเด็กรวมทั้งความเชื่อทาง วัฒนธรรมที่มีต่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนของพวกเขาเอง (Sandy, Kgole & Mavundla, 2013) พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ที่ต้องดูแลเด็กควรได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ว่าเป็นความ บกพร่องของเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือ มีความเข้าใจว่าอาการต่างๆ ที่เด็กแสดงออกเป็นพยาธิ สภาพไม่ใช่เกิดจากความไม่สนใจการเรียน พ่อ แม่ ผู้ปกครอง จึงไม่ควรตำหนิเด็กว่าไม่เอาใจใส่ หรือไม่ตั้งใจเรียน ควรหาจุดเด่นของเด็กและส่งเสริมให้เด็กได้ใช้ความสามารถพิเศษของตนเอง ทดแทนในส่วนที่เสีย เพื่อให้เด็กนั้นไม่สูญเสียความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) รวมทั้ง เกิดแรงจูงใจที่จะเรียน และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคตได้ การที่พ่อ แม่ ผู้ปกครองจะ ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้นั้นพ่อ แม่ ผู้ปกครองต้องมีความรู้ความเข้าใจในพัฒนาการ ของเด็กและทักษะที่จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กอย่างเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ประกอบด้วย กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งถ้าอยู่ในภาวะสมดุลก็จะมีสุขภาพดีแต่ถ้าร่างกายเสียสมดุล ก็จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายและทางใจได้ (มรรยาท รุจิวิษญู, 2556, น.34) การดูแลสุขภาพแบบองค์ รวมเป็นการดูแลคนโดยไม่แยกส่วนออกจากกัน เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ ผสมกลมกลืนทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ เป็นความสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและ สิ่งแวดล้อม (กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และ พันัส พุทธิสุนันท์, 2555) การศึกษาที่พ่อ แม่ ผู้ปกครองเป็น บุคคลหลักในการดูแลและส่งเสริมสนับสนุนให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน มีความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษามีจุดมุ่งหมายหลักในการดูแลเบื้องต้น คือ การให้ความรู้การดูแลที่ครอบคลุมแบบ องค์รวมแก่พ่อ แม่ ผู้ปกครอง (Mavundla et al., 2009; Sandy, Kgole & Mavundla, 2013) กล่าวได้ว่า การที่ พ่อ แม่ ผู้ปกครองจะดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ต้องใช้ความรู้ในด้านต่างๆ มาผสมผสาน กับทั้งการดูแลตนเองและเด็ก ความรู้ในทางการแพทย์และความรู้ด้านอื่นๆ ของผู้ดูแลเด็ก เพื่อ ส่งเสริมให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสร้างความหวังและ กำลังใจ กล่าวเผชิญกับปัญหา (สถาบันราชานุกูล, 2556) ดังนั้น การช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการ เรียนให้เติบโตขึ้นมาและสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กปกติ ไม่เป็นปัญหาทางสังคม พ่อ แม่ ผู้ปกครอง เด็กมีส่วนสำคัญอย่างมากในการช่วยเสริมสร้างให้เด็กได้เติบโตและใช้ชีวิตในสังคมได้ จึงต้องมีการให้ ความรู้ ความเข้าใจ และกำลังใจแก่พ่อ แม่ ผู้ปกครองในการช่วยเสริมสร้างทักษะและการเรียนรู้ของ เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนให้สามารถอยู่ในสังคมได้เหมือนเด็กทั่วไป

จากการศึกษาของ สดิส คัมทรัพย์อนันต์, ปราบธนา รัตนจิรวรรณ, ศิโรรัตน์ นาคทองแก้ว และ สายฝน จำปาทอง (2555) เรื่อง ผลของการทำกลุ่มบำบัดแนวแซทเทียร์ ในผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทาง พัฒนาการและสติปัญญา พบว่า กระบวนการกลุ่มช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง และมีความ

พร้อมในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา ให้การช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหา ให้เกิดความรู้ความเข้าใจในสภาพปัญหาตนเองและเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวตนเอง สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมหรืออารมณ์คนในครอบครัว จากที่เคยสูญเสียบทบาทหน้าที่ให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถค้นพบวิธีการเผชิญปัญหาได้ในภายหลัง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลเด็กดีขึ้นกว่าก่อนเข้ากลุ่ม และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในการมาติดต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า (รังสิณี ผลภิญโญ, ภรณ์กร วิจิตรสุนทร และ ทศนีย์ ประสภิตตดิคุณ, 2553) พบว่าโปรแกรมการสร้างพลังใจมีประสิทธิภาพสูงในการช่วยให้มารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากงานวิจัยพบว่าเมื่อผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้ ความเข้าใจ มีการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ จนกระทั่งผู้ดูแลเด็กสามารถก้าวผ่านปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลเด็กไปได้และมีความพร้อมในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และ ประทีป ปัญญา (2552) เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นทุกด้าน มีการควบคุมอาหารที่ถูกต้อง มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดและมีการจัดการความเครียดที่มีคุณภาพ และการศึกษา งานวิจัยของชมนาด วรรณพรศิริ และ วนิดา มาต้วง (2552) เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ต้องขัง ทักษสถานหญิงพิษณุโลก พบว่า ค่ะแผนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม ด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมและด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง จากงานวิจัยพบว่า ถ้าบุคคลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณจะทำให้บุคคลสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมเป็นองค์รวม จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีผลต่อการจัดการพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลอย่างเป็นองค์รวม

ข้อมูลจากสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดอ่างทอง (2557) พบว่า ในปีการศึกษา 2556 จังหวัดอ่างทอง เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนที่เรียนร่วมกับเด็กปกติในโรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 395 คน และปีการศึกษา 2557 มีจำนวน 365 คน และจังหวัดอ่างทองมีโรงเรียนสำหรับเด็กพิเศษ 2 แห่ง คือศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอ่างทองและศูนย์การเรียนเด็กพิเศษ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ ซึ่งเปิดให้บริการในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก แต่ยังไม่มีการวิจัยที่ทำการศึกษาระบบ หรือ กระบวนการให้การช่วยเหลือในผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนเช่นกัน จากการสัมภาษณ์และใช้แบบทดสอบความเครียด ของกรมสุขภาพจิตกับผู้ดูแลเด็กที่

พาเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมารับการกระตุ้นพัฒนาการที่ศูนย์การเรียนรู้เด็กพิเศษ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จำนวน 10 คน (ศูนย์การเรียนรู้เด็กพิเศษ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ, 2557) พบว่าผู้ปกครองมีระดับความเครียดในระดับปานกลางและจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแลเด็กยังขาดความรู้ในการดูแลเด็กและมีความวิตกกังวลในการช่วยให้เด็กที่ตนดูแลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ซึ่งบางครั้งก็รู้สึกท้อแท้ เหนื่อยและหมดกำลังใจ จะเห็นว่าครอบครัวที่มีเด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียนนั้นถ้าครอบครัวมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ (มาณิกา เพชรรัตน์, 2554) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตและทำงานในชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับในชุมชน ได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลเด็กและเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจให้ผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในชุมชนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ซึ่งจะทำให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.2.2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

1.2.2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติในช่วงทดลองระยะเวลา 10 สัปดาห์

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมดีกว่าก่อนการได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมหรือไม่

1.3.2 ระดับค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

1.4 ตัวแปรที่ศึกษา

1.4.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

1.4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน

1.4.3 ตัวแปรควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

1.5 ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ที่ศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนแบบองค์รวม ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในจังหวัดอ่างทอง ระยะเวลาการเก็บข้อมูลวันที่ 12 กันยายน 2558 ถึงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2558

1.6 นิยามศัพท์การวิจัย

1.6.1 เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน (Learning disability) หมายถึง เด็กที่มีปัญหาการประมวลผลที่ระบบประสาทผิดปกติ (neurologically-based processing problems) ซึ่งมีความบกพร่องในทักษะของการอ่านหนังสือ การคำนวณ การเขียนหนังสือ คือทำไม่ได้เลยหรือทำได้แต่ต่ำกว่าเด็กอื่นที่มีระดับเชาวน์ปัญญาในวัยเดียวกันโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือนักจิตแพทย์ ด้วยหลักเกณฑ์การวินิจฉัยเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนได้นั้นเด็กจะต้องมีความผิดปกติในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปและดูจากความสามารถทางการเรียนที่ต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็นตามลำดับอายุจริงของเด็ก (American psychiatric association, 2013) ส่งผลให้เด็กมีผล

การเรียนต่ำกว่าเกณฑ์หรือบางคน โดยไม่ได้เกิดจากความบกพร่องของร่างกาย เช่น ภาวะตาบอด หูหนวก ปัญญาอ่อน หรือมีปัญหาอื่นๆที่ทำให้เด็กไม่ชอบเรียนหนังสือ ทำให้ไม่สามารถเรียนต่อในระบบการเรียนการสอนตามปกติได้และทำให้ขาดโอกาสเรียนรู้ การพัฒนาทางสังคมที่เหมาะสม รวมทั้งการดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อน

1.6.2 ผู้ดูแลเด็ก (Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนและอาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุคคลที่ถูกว่าจ้างให้มาเลี้ยงดูเด็กซึ่งไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด

1.6.3 โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic health care program) หมายถึง โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกายซึ่งกล่าวถึงการดูแลสุขภาพเด็กเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านจิตใจกล่าวถึงวิธีการควบคุมอารมณ์ ด้านสังคมกล่าวถึงการฝึกทักษะทางสังคมให้กับเด็กและการตั้งศักยภาพที่เด่นในตัวเด็ก และด้านจิตวิญญาณ กล่าวถึง การสร้างความเชื่อมั่นให้กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน มีการใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (PDCA: plan-do-check-act) ของเดมมิง (Deming, 1995 อ้างถึงใน มรยาท รุจิวิชัย, 2556) เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

1.6.4 การดูแลตามปกติ หมายถึง การดูแลที่ผู้ดูแลเด็กได้รับเมื่อพาเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนไปพบแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิกตามการนัดหมาย

1.6.5 พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ดูแลเด็ก ประเมินพฤติกรรมโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาใช้แนวคิดแลนด์รัม (Landrum et al, 1993) เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยต้องมีคุณภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินชีวิตแบบองค์รวม ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน แบ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แบ่งเป็นด้านร่างกายจำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจจำนวน 5 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

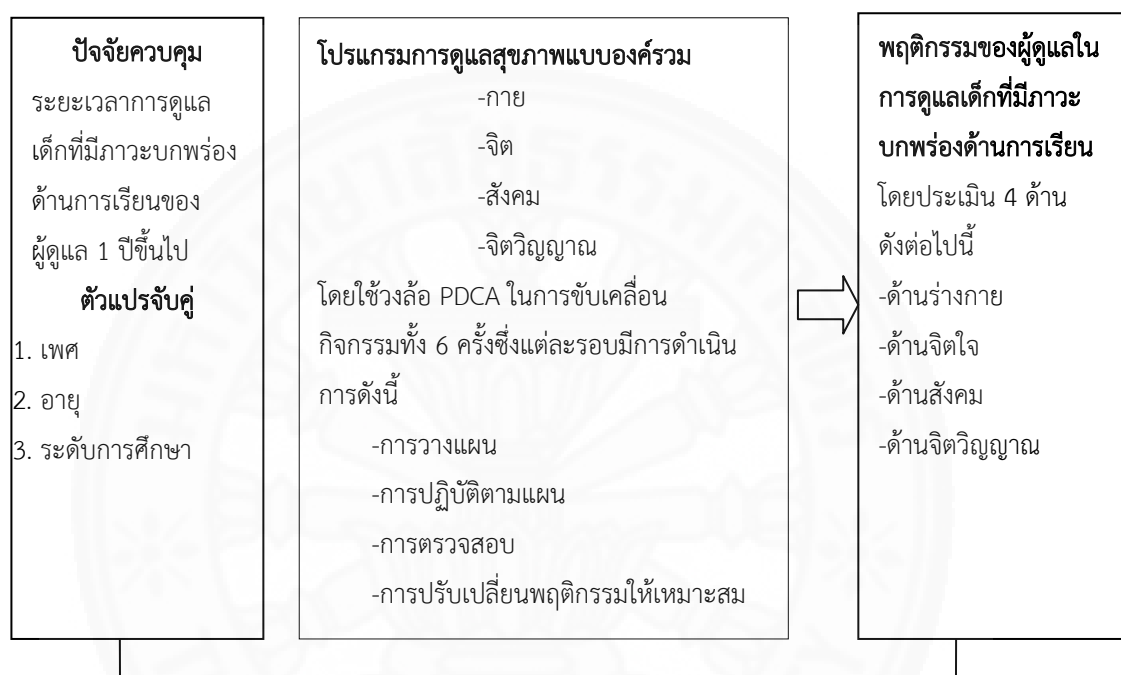
กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของแลนด์รัม (Landrum et al, 1993) เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนและในการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนโดยครอบคลุม กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันถ้าส่วนหนึ่งส่วนใด

ขาดก็จะทำให้มนุษย์เสียสมดุล ทางด้านร่างกายกล่าวถึงการดูแลสุขภาพเด็กเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านจิตใจกล่าวถึงวิธีการควบคุมอารมณ์ ด้านสังคมกล่าวถึงการฝึกทักษะทางสังคมให้กับเด็กและการตั้งศักยภาพที่เด่นในตัวเด็ก และด้านจิตวิญญาณกล่าวถึงการสร้างความเชื่อมั่นให้กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและนำเสนอเนื้อหาจากโปรแกรมมาพัฒนาเป็นแบบประเมินพฤติกรรมและการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เพื่อช่วยลดความรุนแรงที่อาจเกิดตามมาถ้าผู้ดูแลเด็กไม่มีความรู้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนอย่างแท้จริง เช่น ไม่เข้าใจว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของสมองไม่ใช่ว่าเด็กไม่ตั้งใจเรียนปัญหาด้านการเรียน การที่เด็กมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์เป็นเพราะเด็กไม่สามารถปรับตัวต่อการเรียนและสิ่งแวดล้อมได้ ทำให้ส่งผลต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม ดังนั้นเพื่อลดปัญหาดังกล่าว และให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้เติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพและมีพัฒนาการสมวัย สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนควรมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ผู้วิจัยเลือกใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ซึ่งก็จะครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยในการฝึกอบรมโดยใช้กระบวนการของวงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A) ของเดมมิง (Deming, 1995 อ้างถึงใน มรรยาธา รุจิวิษชญ์, 2556) ในการปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมเพื่อช่วยค้นหาปัญหา อุปสรรค ในแต่ละขั้นตอนของการฝึกอบรมและปรับให้เข้ากับบริบทของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแต่ละคน โดยเริ่มจาก 1) การวางแผนซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการฝึกอบรมและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การอบรมดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการระดมความคิด หาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และการกำหนดวิธีตรวจสอบและประเมินผล 2) การปฏิบัติตามแผนเป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนด 3) การตรวจสอบเป็นการตรวจสอบดูว่าเมื่อได้ปฏิบัติตามแผนหรือแก้ปัญหาตามแผนที่กำหนดแล้วผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายหรือไม่ แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จมาจากสาเหตุใดและ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเป็นการกระทำภายหลังที่ทำตามกระบวนการขั้นต้นแล้วทั้ง 3 ขั้นตอน เป็นการนำเอาผลที่ได้จากการกระทำในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนให้เหมาะสมต่อไป ซึ่งกระบวนการนี้จะนำมาใช้ในทุกระดับขั้นตอนของกระบวนการอบรม เพื่อใช้ในการติดตามการอบรมให้มีประสิทธิภาพและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลเด็กอย่างแท้จริงที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

ผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยควบคุมสำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน คือ ระยะเวลาการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนของผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลเด็กต้องดูแลเด็กเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และกำหนดให้ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรจับคู่ระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยปัจจัยควบคุมและตัวแปรจับคู่ไม่มีผลต่อตัวแปรอิสระซึ่งได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แต่จะช่วยให้ผลของการจัดกระทำตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนชัดเจน เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเด็กได้ โดยได้กำหนดกรอบแนวคิดและแผนภูมิ ดังนี้



ภาพประกอบที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

1.8 สมมติฐานการวิจัย

1.8.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

1.8.2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในกลุ่มทดลองแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องจึงได้นำเสนอสาระสำคัญตามลำดับดังนี้

2.1 เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

- 2.1.1 นิยามและอุบัติการณ์
- 2.1.2 ประเภทของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน
- 2.1.3 อาการที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน
- 2.1.4 การประเมินและวินิจฉัยเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน
- 2.1.5 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2.2 ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

- 2.2.1 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.2.2 คุณลักษณะของผู้ดูแลที่บ้าน
- 2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล
- 2.2.4 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน
- 2.2.5 ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน
- 2.2.6 หลักและวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน
- 2.2.7 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2.3 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

- 2.3.1 ทฤษฎีและแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
- 2.3.2 วิธีการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A)
- 2.3.3 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2.1 เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

2.1.1 นิยามและอุบัติการณ์

2.1.1.1 ภาวะบกพร่องด้านการเรียน เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการชนิดหนึ่ง มักตรวจพบในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5™) เรียกโรคนี้ว่าความผิดปกติเฉพาะของการเรียนรู้ (specific learning disorders) หมายถึง พัฒนาการที่ไม่เหมาะสมทางด้านทักษะการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจง เช่น การอ่าน การเขียนและการคำนวณ และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถประเมินได้จากความแตกต่างระหว่างระดับสติปัญญา กับ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะต่ำกว่าระดับชั้นเรียนปกติของเด็ก อย่างน้อย 1-2 ชั้นเรียนและอาจเป็นปัญหาต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามที่องค์การอนามัยโลกใช้ในการแยกโรคทางการแพทย์ตามระบบ ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, version for 2016) โดยเรียกโรคดังกล่าวนี้ว่า ความผิดปกติของพัฒนาการเฉพาะทักษะทางวิชาการ (specific developmental disorders of scholastic skills) หมายถึง รูปแบบทักษะการเรียนรู้ผิดปกติตั้งแต่ในระยะเวลาแรกของพัฒนาการโดยไม่ได้เกิดจากการขาดโอกาสทางการเรียน ไม่ได้เป็นผลมาจากภาวะปัญญาอ่อน และไม่ได้เกิดจากสมองถูกระทบกระเทือนหรือโรคทางสมองที่เกิดขึ้นภายหลัง (mental and behavioral disorders (F00-F99), 2009)

นักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านได้ให้คำอธิบายของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ไว้ดังนี้

นันทวัช สิริธีรภัช, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และ พนม เกตุมาน (2558) ภาวะบกพร่องด้านการเรียน (learning disability: LD) เกิดจากความบกพร่องของการทำงานของสมอง ทำให้เด็กที่มีสติปัญญาปกติ เรียนหนังสือได้ต่ำกว่าเกณฑ์ชั้นเรียน ความบกพร่องทางการเรียนนี้อาจเป็นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง (ด้านการอ่าน ด้านการเขียน ด้านคณิตศาสตร์) หรือหลายด้านรวมกัน ส่วนใหญ่เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจะแสดงให้เห็นผู้ปกครอง ครูเห็นในช่วงเรียนชั้นประถมศึกษา หากเด็กไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจทำให้ส่งผลถึงปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก

สมลักษณ์ สะหรั่งปิน (2553) ให้ความหมายของภาวะบกพร่องด้านการเรียน (learning disabilities หรือ LD) ว่าเป็นบกพร่องในกระบวนการพื้นฐานทางจิตวิทยา ทำให้เด็กมีความยากลำบากในการรับรู้ทักษะวิชาการที่แสดงออกมาในรูปของปัญหาการอ่าน การเขียน การสะกดคำ การคำนวณและเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์ เกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของสมอง ทำให้

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าที่ควรจะเป็น โดยพิจารณาจากผลการเรียนเปรียบเทียบกับระดับเขาวัว
ปัญหา

สมิธ และคณะ (Smith et al, 1995: p. 101; อ้างถึงใน ตารณีย์ จันทร์หอม, 2550) ให้ความหมายของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียน ว่าเกิดจากความบกพร่องทางพันธุกรรมทำให้เด็กมีปัญหายุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน การแสดงออกทางพฤติกรรม การรับรู้ทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการฟัง การพูด การอ่าน การเขียน การคิดและการเรียนคณิตศาสตร์ ปัญหาดังกล่าวเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละคนและไม่ได้รวมถึงเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางประสาทสัมผัส ปัญหาทางพฤติกรรม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม

อัลยากอน (Al-Yagon, 2010) เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน หมายถึงเด็กที่มีทักษะการเรียนรู้ผิดปกติดั้งแต่ในระยะแรกของพัฒนาการ โดยไม่ได้เกิดจากการขาดโอกาสทางการเรียน ไม่ได้เป็นผลจากภาวะปัญญาอ่อน และไม่ได้เกิดจากสมองถูกกระทบกระเทือนหรือโรคทางสมอง เด็กจะมีทักษะการเรียนรู้ที่เฉพาะเจาะจง เช่น การอ่าน การเขียนและการคำนวณ และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถประเมินได้จากความแตกต่างระหว่างระดับสติปัญญากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจะต่ำกว่าระดับขั้นเรียนปกติของเด็ก อย่างน้อย 1-2 ขั้นเรียนและอาจเป็นปัญหาต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนมีปัญหาในการเข้าสังคม เพื่อนๆ ไม่ยอมรับ ส่งผลให้เด็ก เหนงา ซิมเศร้าและวิตกกังวล จะมีการตัดสินใจที่ไม่ดี จัดการกับปัญหาไม่ได้ การรับรู้แห่งตนต่ำและมีพฤติกรรมที่ถดถอย

โดแนล (Donale, 2014) ความแตกต่างของระบบประสาทในโครงสร้างของสมองทำให้เด็กที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดเด็ก ซึ่งไม่ได้เกิดจากความผิดปกติทางการได้ยินหรือมองเห็นของเด็ก เด็กแสดงออกในความยากลำบากในการเรียนด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการอ่าน การเขียน การใช้ภาษา การคำนวณคณิตศาสตร์

จากความหมายของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติของสมองทำให้เด็กมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำกว่าเกณฑ์ตามชั้นเรียนจริง ซึ่งเด็กจะมีปัญหาการอ่าน การเขียน การสะกดคำ การคำนวณและเหตุผลเชิงคณิตศาสตร์ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน

2.1.1.2 อุปติการณั

ประมาณว่า 1 ใน 10 ของเด็กทั่วไปมีปัญหาการเรียนจนต้องได้รับการศึกษาพิเศษและเกือบครึ่งหนึ่งของเด็กจำนวนนี้มีภาวะบกพร่องทางการเรียน จากการศึกษาในเด็กวัยเรียน พบว่าร้อยละ 6-10 จะมีเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน และพบว่าเด็กชายจะมีปัญหาได้บ่อยกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 4: 1

2.1.2 ประเภทของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน (อนัญญา สิริขัตตานันท์ และ ชีรารัตน์ แทนขำ, 2556; American Psychiatric Association, 2013; Horwitz, 2014) มีการแบ่งประเภทความบกพร่องด้านการเรียนไว้ดังนี้

2.1.2.1 ภาวะบกพร่องด้านการอ่าน (reading disorder or dyslexia)

คือ ความบกพร่องทักษะการอ่านหนังสือ ยากลำบากกับการรับรู้ การออกเสียงและความหมาย เด็กจะมีความบกพร่องในด้านการจดจำ พยัญชนะ สระ ขาดทักษะในการสะกดคำและมีการเรียนรู้คำศัพท์ใหม่ๆ ได้อย่างจำกัด จึงอ่านหนังสือไม่ออกหรืออ่านแต่คำศัพท์ง่ายๆ อ่านผิด เวลาอ่านใช้วิธีการเดาคำ อ่านได้แต่คำที่เห็นบ่อยเนื่องจากใช้วิธีการจำคำไม่อาศัยการสะกด อ่านตะกุกตะกัก ผันเสียงวรรณยุกต์ไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจเรื่องที่อ่านได้ เด็กจะหลีกเลี่ยงและขาดความมั่นใจในการอ่านหนังสือ

2.1.2.2 ภาวะบกพร่องด้านการเขียน (disorder of written expression or dysgraphia)

คือ ความบกพร่องของทักษะการเขียนหนังสือ การสร้างคำจนมีผลต่อการเรียนรู้ เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในการเขียนพยัญชนะ สระ ตัวสะกด วรรณยุกต์และการรันต์ ซึ่งเด็กจะเขียนไม่ถูกต้องตามหลักภาษา ทำให้เขียนหนังสือและสะกดคำผิด มีปัญหาการเลือกใช้คำศัพท์ การแต่งประโยคและการสรุปเนื้อหาสำคัญ เด็กจะไม่สามารถถ่ายทอดความคิดผ่านการเขียนได้หรือเด็กจะเขียนหนังสือช้าเพราะกลัวเขียนผิด แต่สามารถลอกตัวหนังสือตามแบบที่ให้ไว้ได้

2.1.2.3 เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ด้านการคำนวณ (mathematic disorder or dyscalculia)

คือ ความบกพร่องของทักษะเกี่ยวกับตัวเลข ความเข้าใจทางคณิตศาสตร์ เด็กจะมีปัญหาเกี่ยวกับความเข้าใจในตัวเลข การนับจำนวน การจำสูตรคูณ ขาดทักษะในด้านการคิดคำนวณ เนื่องจากไม่เข้าใจค่าของตัวเลข เด็กขาดทักษะที่สำคัญ 4 ด้าน คือ การเชื่อมโยงตัวเลขกับภาษาเขียน การรับรู้ และความเข้าใจสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ พื้นฐานการคำนวณ ความอดทนเกี่ยวกับตัวเลข

2.1.3 อาการที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมักจะมีอาการ/โรคร่วมได้ถึงร้อยละ 40-50 แต่อาการแสดงที่ถูกล่วงตัวมาพบแพทย์มักจะนำมาด้วยปัญหาด้านการเรียน (ประมาณร้อยละ 30) นอกจากนั้นจะมาพบแพทย์ด้วยปัญหาพฤติกรรม ปัญหาอารมณ์หรืออาการทางกายที่ตรวจหาสาเหตุไม่ได้ (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่

(1) โรคสมาธิสั้น (attention deficit/ hyperactivity disorders: ADHD) ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 25 - 50

- (2) โรคบกพร่องด้านภาษา (expressive language disorders, mixed receptive-expressive language disorders)
- (3) โรคบกพร่องการประสานงานการทำงานของตา กล้ามเนื้อมือ ขา (motor skills disorder)
- (4) โรคทางอารมณ์ (mood disorders)
- (5) โรคการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorders)
- (6) โรคพฤติกรรมก้าวร้าว เกเร (conduct disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) การใช้สารเสพติด

2.1.4 การประเมินและวินิจฉัยเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

2.1.4.1 การตรวจประเมินเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

โดยทั่วไปการตรวจประเมินเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ดูได้จากความแตกต่างระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับระดับสติปัญญาของเด็ก โดยถือว่าเด็กจะเป็นเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนต่อเมื่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในด้านนั้นๆ ต่ำกว่าระดับสติปัญญา 2 ปี เช่น เด็กอายุ 10 ปี มี I.Q. =100 แต่ปรากฏว่าความสามารถในการอ่าน เท่ากับ เด็กอายุ 7 ปี หรือ เด็กอายุ 10 ปีที่มี I.Q. =130 แต่ความสามารถในการคำนวณ เท่ากับ อายุ 10 ปี เป็นต้น (เด็กควรทำได้สูงกว่านั้น) ในเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนบางคน อาการจะหายไปได้เมื่อโตขึ้น เชื่อว่าสาเหตุมาจากสมองกลุ่มนี้พัฒนาช้า แต่ในที่สุดก็สามารถพัฒนาไปได้ แต่ในเด็กส่วนใหญ่อาการยังคงอยู่ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ เด็กมีการเรียนรู้ที่สับสนและลำบากจะนำไปสู่ปัญหาในการเรียนและปัญหาทางอารมณ์ตามมา (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2556)

เดิมเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนยังไม่มีการศึกษาและเข้าใจเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ดังนั้นเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนต้องประสบปัญหาต่างๆ ตามมา หลายคนปรับตัวไม่ได้ และต้องออกจากโรงเรียน บางคนกลายเป็นอันธพาล เกเร บางคนไม่ได้ทำงาน เป็นต้น การที่เด็กเรียนรู้แบบปกติไม่ได้ มักทำให้เด็กมีความหงุดหงิด รู้สึกตัวเองโง่ เด็กมักถูกเพื่อนๆ ล้อ ถูกผู้ใหญ่ตำหนิว่าไม่มีความพยายาม เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อประสบการณ์ดังกล่าวในหลายลักษณะ เช่น อาจมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือไม่ก็มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งก็ทำให้ปัญหาการเรียนที่มีอยู่นั้นแย่ลงไปอีก (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2556)

2.1.4.2 การวินิจฉัยเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

เกณฑ์การวินิจฉัยเดิมตามDSM-IV-TR โดยใช้ความแตกต่างระหว่างความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนกับระดับสติปัญญาของเด็ก (I.Q.–achievement discrepancy) ที่ต้องใช้การประเมินจากนักจิตวิทยา ซึ่งทำให้เด็กที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางจิตเวช ทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จึงมีการปรับการวินิจฉัยเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนเป็น DSM-5 ที่เรียกว่าการตอบสนองต่อการสอน (response to intervention หรือ response to instruction: RTI) โดยนำเด็กที่มีปัญหาด้านการเรียนมาเข้าห้องเรียนเสริม ถ้าเด็กยังคงมีปัญหาถึงแม้จะได้รับการช่วยเหลือแล้วจึงจะถือว่าเด็กมีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ซึ่งสามารถทำได้ในโรงเรียนต่างโดยไม่ต้องพาเด็กมาพบนักจิตวิทยาหรือแพทย์ (นันทวิช ลิทธิรักษ์ และคณะ, 2558) โดยเกณฑ์การวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5TM (2013) คือ (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2558)

(1) ความบกพร่องด้านการเรียนและการใช้ทักษะทางวิชาการ โดยต้องมีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ในระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปถึงแม้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือทางการศึกษาแล้วอาการเหล่านี้ก็ยังปรากฏอยู่ ได้แก่

1. อ่านคำได้ช้าหรืออ่านผิดแม้พยายามอ่านแล้ว
2. ความยากลำบากในการเข้าใจความหมายของสิ่งที่อ่าน
3. ความยากลำบากในการสะกดคำ
4. ความยากลำบากในการเขียนสื่อสาร
5. ความยากลำบากในการเข้าใจความหมายของตัวเลขหรือการ

คำนวณ

6. ความยากลำบากในการให้เหตุผลทางคณิตศาสตร์ เช่น ไม่สามารถใช้แนวคิดทางคณิตศาสตร์หรือการคำนวณในการแก้ปัญหาเรื่องจำนวน

(2) ความสามารถทางการเรียน ความสามารถในการเขียนต่ำกว่าระดับที่เรียนตามระดับอายุจริง เมื่อได้รับการประเมินและวัดโดยแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ได้มาตรฐานและผลกระทบที่ส่งผลต่อการเรียน หรือการทำกิจวัตรประจำวัน ในเด็กที่อายุ 17 ปีขึ้นไปสามารถใช้ประวัติที่ได้บันทึกไว้ความยากลำบากในการเรียนแทนแบบประเมินมาตรฐานแทนการประเมินและวัดได้

(3) อาการของความบกพร่องทางการเรียนจะแสดงให้เห็นในช่วงวัยเรียน แต่อาจยังไม่ปรากฏอาการเด่นชัดจนกว่าเด็กจะอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องใช้ความสามารถทางการเรียน เช่น การสอบ การอ่านหรือเขียนรายงานยาวๆ ในช่วงเวลาที่จำกัด

(4) ความบกพร่องทางการเรียน ไม่ได้เกิดจากความบกพร่อง ดังต่อไปนี้
ทางเชอร์ปัญญา ปัญหาการมองเห็นหรือการได้ยิน โรคทางจิตเวชหรือทางระบบประสาท การขาดโอกาสทางสังคม ขาดความเชี่ยวชาญในภาษาที่ใช้ในการเรียนการสอน หรือการสอนที่ไม่มีประสิทธิภาพของผู้สอน

เกณฑ์การวินิจฉัยเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนต้องได้รับการประเมินร่วมกับการประเมินทางคลินิก คือ

(1) การประเมินประวัติ ได้แก่

1. ประวัติพัฒนาการ โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา การพูดและการสื่อสาร

2. ประวัติโรคประจำตัวและการรักษาที่ได้รับ เนื่องจากเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากโรคประจำตัว เช่น โรคลมชัก ขาดสารอาหารหรือสมองพิการ เป็นต้น

3. ประวัติครอบครัวและคนใกล้ชิด เนื่องจากโรคทางกรรมพันธุ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กมีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

4. ประวัติการเรียนของเด็ก

(2) การตรวจร่างกาย/การประเมินสภาพจิต

1. การตรวจร่างกายทั่วไปเพื่อตรวจหาสาเหตุทางกายที่ส่งผลให้เด็กมีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

2. การตรวจสภาพจิต

3. การตรวจพัฒนาการและประเมินความสามารถในการเรียนรู้ โดยใช้แบบเรียนภาษาไทยและคณิตศาสตร์ ของกระทรวงศึกษาธิการตามระดับชั้นที่เด็กเรียนหนังสือ ถ้าเด็กไม่สามารถทำได้ให้ลดระดับลงมาที่ชั้นเรียน

(3) การตรวจทางจิตวิทยา

1. การทดสอบระดับสติปัญญา (IQ) คือ ความสามารถทางเชอร์ปัญญา ซึ่งรวมไปถึง การคิด การเชื่อมโยง การใช้เหตุผล และการคำนวณ สามารถวัดเป็นสัดส่วนตัวเลข โดยคนปกติระดับ IQ อยู่ในช่วง 90 - 100 คนที่มีระดับไอคิวสูงจะเป็นคนเก่ง มีการเรียนรู้ไว เรียนหนังสือเก่ง พ่อแม่ทุกคนมีความปรารถนาให้ลูกมีไอคิวสูง ศักยภาพทางสมองนั้นเป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด เปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ไม่ถ่วง แต่พ่อแม่ก็มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาสมองของเด็กได้ (Wechsler,1971 as ats in Prifitera & Saklofske,1998) ระดับสติปัญญาสามารถใช้แบบทดสอบเชอร์ปัญญาเด็ก เพื่อการประเมินเบื้องต้นในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการส่งต่อ

2. ใช้แบบทดสอบวัดความสามารถทางสติปัญญา Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (WISC-III) เป็นแบบทดสอบรายบุคคล ประกอบด้วยแบบทดสอบย่อย 13 ชุด วัดความสามารถทางสติปัญญาในหลายด้าน ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญาภาคภาษา (verbal scale IQ) ความสามารถทางสติปัญญาภาคการกระทำ (performance scale IQ) และความสามารถทางสติปัญญารวม (full scale IQ) เป็นต้น นอกจากนี้ยังให้ความสนใจระดับความสามารถทางสติปัญญาแล้วยังสามารถสืบค้นวินิจฉัย พยาธิสภาพทางสมอง ความผิดปกติทางจิต และความแปรปรวนทางอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อความสามารถทางสติปัญญา (ปราณี ชาลณรงค์, ชนิสา เวชวิรุฬห์ และ กาญจนา วนิชรมณีย์, 2547) ตัวอย่างของแบบทดสอบด้านภาษา เช่น ความรู้ทั่วไป สำหรับด้านการปฏิบัติ (performance test) เป็นแบบทดสอบย่อยที่วัดความสามารถในการรับรู้สิ่งที่มองเห็น ลงมือทำตามคำสั่งเพื่อแก้ไขปัญหา ตัวอย่างของแบบทดสอบด้านการปฏิบัติ เช่น หาส่วนที่หายไปจากภาพ เรียงลำดับภาพตามเหตุการณ์ การต่อชิ้นส่วน และการต่อลูกบาศก์ตามแบบ เป็นต้น ใช้เวลาการทำแบบทดสอบประมาณ 2 ชั่วโมง ในการทดสอบการใช้แบบประเมิน WISC-III นั้นเพื่อทราบระดับความสามารถมีความแตกต่าง (verbal performance IQ) ไม่มีความจำเพาะในการวินิจฉัยเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

3. แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เช่น เช่นแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (wide range achievements test: WRAT) ใช้วัดผลสัมฤทธิ์ด้านการอ่าน การเขียนและการคำนวณ ดูปริมาณคำที่เด็กสามารถอ่าน เขียนได้เทียบกับเกณฑ์ที่เด็กส่วนใหญ่ของแต่ระดับชั้นเรียนสามารถทำได้ (อนัญญา สิริรัตนันท์ และ อธิรัตน์ แทนขำ, 2556)

2.1.5 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

วิไลลักษณ์ ยะมัง (2550) ศึกษาการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้ปกครอง (ปู่) ในการทำการบ้านคณิตศาสตร์ของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้โรงเรียนชุมชนบ้านดอยเต่า อำเภอดอยเต่าจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปู่ยอมรับว่าหลานมีปัญหาทางการเรียนรู้คณิตศาสตร์และหลานต้องได้รับการช่วยเหลือในการทำการบ้านคณิตศาสตร์ ดังนั้นการเรียนรู้วิธีการที่จะสอนคณิตศาสตร์จึงเป็นแนวทางแก้ไขที่ดีที่สุดการฝึก เป็นไปตามเป้าหมายและปู่สามารถสอนหลานได้หลังจากได้รับการฝึกและหลานสามารถทำแบบทดสอบหลังเรียนได้คะแนนเต็ม ยิ่งไปกว่านั้นผู้ศึกษา พบว่า หลานมีความรู้สึที่ดีในการเรียนรู้คณิตศาสตร์พร้อมๆ กับปู่ ปู่เองมีความมั่นใจยิ่งขึ้นในการช่วยและเกิดการเรียนรู้วิธีการสอนคณิตศาสตร์ที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น

สิริพร สีตะระโส (2554) การใช้ชุดการสอนเรื่อง สระ เพื่อพัฒนาทักษะการอ่านแบบแจกลูกคำสำหรับนักเรียนที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ พบว่า นักเรียนชายที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมนักเรียนมีทักษะในการอ่านและมีพัฒนาการในการอ่านดีขึ้น

ชัยรัช สารทภาพร (2556) การพัฒนาทักษะในด้านการอ่านโดยใช้แบบฝึกของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้กลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนาทักษะในด้านการอ่านดีขึ้นกว่าเดิม โดยใช้แบบฝึกทักษะ และมีวิธีการให้แรงเสริมโดยการชมเชยและให้ระยะเวลาในการฝึกทักษะในด้านการอ่านมากพอสมควร

ไซย์บิล และ โดเนลด์ (Syhbil & Donald, 1977) ได้ศึกษาถึงความสามารถในการเขียนสะกดคำของระดับ 2 - 6 จำนวน 160 คน โดยใช้รูปภาพที่มีความหมาย แบบทดสอบการเขียนสะกดคำ พบว่า นักเรียนกลุ่มที่เรียนโดยใช้รูปภาพที่มีความหมาย มีแนวโน้มของการเขียนสะกดคำสูงกว่านักเรียนที่เขียนสะกดคำแบบธรรมดา

ลัค และ แอลโฮเวอร์ิส (Haq & Elhoweris, 2013) ได้ศึกษาถึงการใช้เทคโนโลยีในการช่วยเหลือ เพื่อเพิ่มการเรียนรู้ของความรู้พื้นฐาน ทักษะสำหรับนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ พบว่า การใช้เทคโนโลยีเพื่อนำมาช่วยในการเรียนรู้ของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้นั้น สามารถช่วยให้ครูและเด็กนักเรียนได้มีการเรียนรู้ในทักษะด้านการเขียน การอ่านและทักษะด้านคณิตศาสตร์ ได้อย่างคล่องแคล่วและถูกต้องซึ่งเป็นการเพิ่มแรงจูงใจสำหรับการเรียนรู้แต่ครูผู้สอนต้องทราบว่าเทคโนโลยีใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสอน ส่วนครูต้องมีการวางแผนการเรียนการสอนอย่างรอบคอบ จึงส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนของเด็ก

จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่า เมื่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้รับการช่วยเหลือในการกระตุ้นพัฒนาการด้านการเรียนรู้ พบว่า เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมีพัฒนาการด้านการเรียนดีขึ้นและผู้ที่มีส่วนสำคัญในการช่วยกระตุ้นพัฒนาการด้านการเรียนของเด็กคือ ครูผู้สอนและผู้ดูแลเด็ก

2.2 ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

2.2.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล คือ ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลให้กับผู้ต้องการการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองน้อยหรือไม่ได้เลย ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ดูแลจะช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ของผู้ถูกดูแลผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ อย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยได้รับ/ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ถูกดูแลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยผู้ดูแลอาจเป็น สามี/ภรรยา พ่อ/แม่ บุตร หลาน (กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, 2557)

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือดูแลตนเองได้น้อย ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก เป็นต้น เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ เช่น พ่อ แม่ บุตร สามีหรือภรรยา หรือไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ที่ถูกว่าจ้างให้มาดูแล

คุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ถูกดูแล เช่น อายุ เพศ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ถูกดูแล ถ้าผู้ถูกดูแลมีความสัมพันธ์เป็น ญาติ หรือบุคคลในครอบครัว แรงจูงใจในการดูแล คือ ความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจที่จะดูแล แต่ถ้าผู้ถูกดูแลไม่ใช่ญาติ สิ่งจูงใจในการดูแล คือ ค่าจ้าง รางวัล (ไพรินท์ พัสตุ, 2556) ตามคุณลักษณะและความหมายของผู้ดูแล สามารถแบ่งผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท (Horowitz, 1985) คือ

(1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

(2) ผู้ดูแลเสริม (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง ให้การดูแลเป็นครั้งคราวหรือช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

2.2.2 คุณลักษณะของผู้ดูแลที่บ้าน

คุณลักษณะของผู้ดูแลที่บ้านเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้รับการดูแลและมีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา ความสะดวกในการดูแลผู้ถูกดูแล (วารุณี มีเจริญ, 2558) สามารถสรุปได้ดังนี้

2.2.2.1 อายุ ด้านอายุของบิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็กมีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูและพัฒนาการของเด็กเนื่องจากเป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว (สุกัญญา ฆารสินธุ์, 2555) ซึ่งผู้ดูแลที่อายุมากจะผ่านประสบการณ์ในชีวิตมาก กระบวนการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและการดูแลจะดีกว่าผู้ดูแลที่อายุน้อย โดยการศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ และ ยุวดี รอดจากภัย (2547) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงดังต่อไปนี้ คือ อายุช่วง 41-50 ปี และ 31-40 ปี ร้อยละ 21.1 และ 20.8 ตามลำดับ ในจำนวนใกล้เคียงกัน รองลงมา คือ 51-60ปี และ 61-70 ปี ร้อยละ 19.5 และ 17.1 ตามลำดับ การศึกษาของ วรณภา ด่านธนวานิช (2551) เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา

พบว่า ผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านสติปัญญา อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 0.53 อายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 35.79 และอายุระหว่าง 41-59 ร้อยละ 63.68 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญิษฐ์ทองประเสริฐ (2553) กล่าวว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีวุฒิภาวะเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีการตัดสินใจหาทางเลือกเพื่อการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้นรวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อตนเองและบุคคลที่ตนเองดูแล เช่นเดียวกับผลการศึกษาของเยาวรัตน์ รัตนันต์ (2558) พบว่า อายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก คือ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่อายุ 16-19 ปี สงสัยพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดร้อยละ 48.3 เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลเด็กที่อายุ 20-39 ปี สงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 29.7 และเด็กที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลเด็กที่อายุ 40 ปีขึ้นไป สงสัยพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 22.00

2.2.2.2 เพศ ลักษณะของผู้ดูแลในเรื่องเพศนั้น เพศหญิงและเพศชายจะมีความแตกต่างกันในเรื่องความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยม คือ ผู้ดูแลเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลในบ้านและบุคคลในบ้าน สามารถปรับตัวได้ง่ายกว่าเพศชายที่ถูกเลี้ยงดูให้เป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้ให้กับครอบครัว เพศหญิงมีบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่าเพศชาย (อัญญิษฐ์ทองประเสริฐ, 2553) การศึกษาของ วรณภา ด่านธนวานิช (2551) เรื่องภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า ผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.16 สอดคล้องกับการศึกษาของ จริญญา โคตรชนะ (2552) ที่กล่าวว่า เพศหญิงจะมีความเหมาะสมในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่การเลี้ยงดูเด็ก มีความพึงพอใจและยอมรับบทบาทได้มากกว่าเพศชาย

2.2.2.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจต่อข้อมูลข่าวสาร ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กตัดสินใจหรือกระทำการสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล ความเข้าใจและปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นผู้ดูแล (สุกัญญา ฆารสินธุ์, 2555) ผู้ดูแลที่มีการศึกษาดีจะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น การศึกษาทำให้บุคคลรู้จักใช้กระบวนการทางสติปัญญาแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็ก (Maskoto, 2006 อ้างถึงใน แชนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ ตระกูล และ อัจฉริยา ปทุมวัน, 2554)

2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล ภาระการดูแลบุคคลในครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ ความแตกต่างของการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนจะมีพื้นฐานที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การดูแลก็ต่างกัน โดย ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อ และ สมนึก สกุลหงส์โสภณ(2558) และ บรอนเฟนเบอร์เนอร์ (Bronfenbrenner, 2005). ได้กล่าวปัจจัยที่มีผลต่อผู้ดูแลที่ ประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวของผู้ดูแลและปัจจัยแวดล้อม คือ

2.2.3.1 เพศ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเพราะเป็นที่คาดหวังว่าผู้หญิงเป็นเพศที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้อื่นและผู้หญิงจะทำหน้าที่ในการดูแลดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศชายต้องทำงานหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว (อัณนิษฐ์ ทองประเสริฐ, 2553)

2.2.3.2 ฐานะเศรษฐกิจและสังคม รายได้เป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะของครอบครัวที่แสดงถึง ฐานะทางการเงินและทางสังคมของครอบครัว (สุกัญญา ฆารสินธุ์, 2555) มีผลต่อการเลี้ยงดูเด็กจะทำให้ในครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลเด็กส่งผลให้ครอบครัวประสบปัญหาด้านการเงินและการเลี้ยงดูเด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกวรรณ ผิวแดง (2552) ที่กล่าวว่า ครอบครัวที่บิดามารดาอยากจนที่อพยพไปทำงานต่างถิ่นมีการเลี้ยงดูแบบผสมผสาน คือ แบบตามใจและแบบใช้อำนาจ เมื่อเด็กกระทำผิดจะใช้อารมณ์และลงโทษเด็กไม่อธิบายเหตุผลกับเด็ก

2.2.3.3 เชื้อชาติและวัฒนธรรม พบว่า เชื้อชาติ และวัฒนธรรมการดูแลบุคคลมักแตกต่างกันออกไปขึ้นกับท้องถิ่น

2.2.4 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

ปฏิกริยาของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ทางปฏิกริยาชัดเจนกว่าการที่เด็กมีความบกพร่องด้านอื่นๆ ครอบครัวที่มีเด็กที่ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงหรือพิการทางร่างกาย ผู้ดูแลเด็กจะตระหนักถึงปัญหาตั้งแต่สัปดาห์แรกๆที่ทารกเกิดมา แต่เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนพัฒนาการในวัยอนุบาลของเด็กไม่ค่อยพบปัญหาและผู้ดูแลเด็กจะไม่ทราบว่าเด็กมีปัญหา เมื่อได้รับการแจ้งว่าเด็กมีปัญหาจากทางโรงเรียนในระดับประถม ปฏิกริยาอันดับแรกของผู้ดูแลเด็กโดยทั่วไปคือ การปฏิเสธว่าเด็กไม่ได้มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน การปฏิเสธไม่ส่งผลดีแก่เด็กเลย แต่ผู้ดูแลเด็กจะมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ในขั้นปฏิเสธนี้เป็นเวลานาน เพราะผู้ดูแลเด็กมักจะไม่ค่อยได้เข้าเกี่ยวข้องกับความคับข้องใจและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นเป็นประจำอยู่ทุกวันในชีวิตประจำวันของเด็ก

เอลเนอร์ เฮด (Eleanor, 1999 อ้างถึงใน ศรีนทร วิหะสินันท์, 2557) อธิบายว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน มักจะต้องผ่านขั้นตอนทางอารมณ์ต่างๆ ก่อนจะยอมรับเด็กได้อย่างแท้จริง ขั้นตอนเหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำนายได้แน่นอน ผู้ดูแลเด็กแต่ละคนเปลี่ยนจากขั้นตอนหนึ่งไปอีกขั้นตอนอย่างไม่มีแบบแผนที่แน่นอน ผู้ดูแลเด็กบางคนอาจข้ามขั้นตอนบางขั้นไป ขณะที่บางคนก็คงอยู่ในขั้นนั้นเป็นเวลานาน ขั้นตอนเหล่านี้ ได้แก่

(1) การปฏิเสธความจริง (denial) “ลูกไม่ได้มีอะไรผิดปกติสักหน่อย” “ตอนฉันเล็กๆฉันก็เป็นอย่างนี้เหมือนกัน ไม่ต้องห่วงหรอก แล้วพอโตก็หายเองแหละ”

(2) การกล่าวโทษ (blame) “คุณโง่ลูกมากเกินไป” “คุณตั้งความหวังกับลูกสูงเกินไป” “ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้ถ่ายทอดมาจากพันธุกรรมตระกูลผมแน่ๆ”

(3) การหวาดกลัว (fear): “บางทีเขาอาจไม่ได้บอกปัญหาที่แท้จริงกับเราก็ได้” หรือ “มันแย่กว่าที่เขาบอกหรือเปล่า” หรือ “ลูกจะมีโอกาสแต่งงานหรือเปล่า” หรือ “เขาจะเข้ามหาวิทยาลัยได้หรือเปล่า” หรือ “เขาจะเรียนจบหรือเปล่า”

(4) การอิจฉา (envy) “ทำไมเขาถึงไม่เหมือนพี่น้อง หรือ ลูกพี่ลูกน้องของเขา”

(5) การคร่ำครวญ (mourning) “เขาอาจประสบความสำเร็จก็ได้ ถ้าไม่ใช่เพราะความบกพร่องทางการเรียนรู้”

(6) การต่อรอง (bargaining) “รอดูไปจนถึงปีหน้าก่อนแล้วกัน” “บางทีปัญหานี้อาจค่อยๆ ดีขึ้นถ้าเราย้ายบ้าน/โรงเรียน หรือถ้าเขาไปเข้าแคมป์ หรือ..... ฯลฯ”

(7) การโกรธ (anger) “ครูนี้ไม่รู้อะไรเลย” “ฉันเกลียดคนแถวนี้, โรงเรียนนี้ครูคนนี้”

(8) การรู้สึกผิด (guilt) “แม่ของฉันพูดถูก ฉันควรใช้ผ้าอ้อมแบบผ้าเมื่อตอนเขายังเป็นทารก” “ฉันไม่ควรออกไปทำงานเมื่อตอนเขายังไม่ครบขวบเลย” “ฉันกำลังถูกฟ้าดินลงโทษและผลก็คือลูกของฉันกำลังมีปัญหา”

(9) การแยกตัวออกจากสังคม (isolation): “ไม่มีใครอีกแล้วที่จะเข้าใจและแคร์ลูกของฉัน” “มีแต่ลูกกับแม่เท่านั้นในโลกนี้ ไม่มีใครอีกแล้วที่เข้าใจเรา”

(10) การวิ่งหาความช่วยเหลือไปเรื่อยๆ (flight) “ลองวิธีการรักษาแบบใหม่นี้กันเถอะโดนาฮิว บอกว่ามันได้ผล” “เราจะไปคลินิกโน้นที่คลินิกนี้ที่ จนกว่าจะมีใครสักคนบอกในสิ่งที่ฉันอยากได้ยิน”

ในการทำงานเดียวกัน แบบแผนของปฏิกิริยาเหล่านี้ก็ไม่แน่นอน ยิ่งผู้ดูแลเด็กอยู่ในขั้นตอนที่แตกต่างและความขัดแย้งกันในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น การกล่าวโทษและการปฏิเสธ การโกรธและการรู้สึกผิด เป็นต้น ปฏิกิริยาจะมีผลต่อการสื่อสารระหว่างพ่อแม่ลำบากยิ่งขึ้น (ศรีนทร วิริยะศิริพันธ์, 2557) และยังมีผลต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ตามมา

2.2.5 ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

2.2.5.1 ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน โดยผู้ดูแลเด็กจะมีความเครียดที่สูงกว่าผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเด็กปกติ เนื่องจากต้องทุ่มเทเวลาให้กับเด็กมากจนอาจไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง (Dyson, 1996) จากการศึกษาของ ฮอโลไว (Horowitz, 2014) พบว่า 1) พ่อ แม่ ผู้ปกครองเด็ก ร้อยละ 35 มีความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับปัญหาและต้องต่อสู้อย่างมากในการดูแลเด็ก เนื่องจากทัศนคติและไม่สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิด จนทำให้เกิดรู้สึกยากลำบากและเป็นความท้าทายที่น่ากลัว ที่นอกเหนือจากประสบการณ์ที่ยากลำบากในการจัดการปัญหาครอบครัว คู่สมรส และเด็กอื่นในครอบครัว 2) พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ร้อยละ 31 มีความรู้สึกขัดแย้งกับประเด็นการเรียน

ของเด็ก ความสนใจ ความสามารถของเด็ก ความขัดแย้งจากโรงเรียน พ่อ แม่ ผู้ปกครองต้องการความช่วยเหลือในการดูแลเด็ก รวมถึงการจัดการความเครียด และความกดดันในครอบครัว และมีความกังวลเกี่ยวกับการอยู่ในสังคมและการศึกษาของเด็ก 3) พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ร้อยละ 34 มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เป็นสิ่งที่ตนเองต้องมีการเรียนรู้ถึงการดูแลเด็กให้สามารถประสบความสำเร็จ โดยการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ และสามารถจัดการกับความเครียด โดยการสนับสนุนของครอบครัว

2.2.5.2 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ผู้ดูแลต้องทุ่มเทดูแลเด็กและใกล้ชิดเด็กมากกว่าปกติ ต้องพาไปพบแพทย์หรือนักจิตวิทยาเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นประจำและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องขาดรายได้และถ้าเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จะทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ผู้ดูแลขาดรายได้แต่ต้องมีรายจ่ายในการพาเด็กเข้ารับการรักษาจึงทำให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวขาดความสมดุลทางเศรษฐกิจและมีความรู้สึกว่าเป็นภาระสูงถึงร้อยละ 30-35 (Davis, 1993 อ้างถึงใน Fitzpatrick & Dowling, 2007)

2.2.5.3 ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนต่อครอบครัว โดยผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจะมีการทำหน้าที่ต่อครอบครัวที่ไม่เหมาะสมเหมือนกับผู้ดูแลเด็กปกติ (Baigas, 2002) ซึ่งจะทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวมีความตึงเครียดมากกว่าครอบครัวเด็กปกติ และเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้อีกจะมีความขัดแย้งกับผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวมากกว่าเด็กปกติเพราะได้รับความกดดันจากผู้ดูแลและครอบครัวในเรื่องการเรียน หรือจากเพื่อน โรงเรียน หรือสังคม (Brook & Boaz, 2005)

2.2.6 หลักและวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

ปัญหาเรื่องเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เป็นภาวะที่มีพื้นฐานทางชีวภาพ และจัดเป็นภาวะที่สังเกตเห็นเด่นชัดตอนเด็กเริ่มเข้าโรงเรียนจึงจำเป็นอย่างที่สุดที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องเข้าไปช่วยเหลือเด็กและครอบครัวให้ผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้ ซึ่งการช่วยเหลือด้านผู้ดูแลเด็กนั้น (นิชรา เรืองดารกานนท์, 2551) อาศัยแนวความคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อผู้ดูแลนั้นมีศักยภาพในการดูแลตนเองและเด็กได้อย่างมีคุณภาพและครอบคลุมใน 4 มิติซึ่งจะประกอบด้วย

2.2.6.1 อบรมให้ผู้ดูแลเด็ก มีความรู้เกี่ยวกับภาวะบกพร่องด้านการเรียน ให้เข้าใจเกี่ยวกับการเกิดภาวะบกพร่องด้านการเรียนของเด็กและการช่วยเหลือเด็กที่ผู้ดูแลเด็กมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กเป็นอย่างมาก

2.2.6.2 ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กได้ระบายความเครียดความรู้สึกคับข้องใจ

2.2.6.3 ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กวางแผนด้านการศึกษาแก่เด็กในแนวทางที่เหมาะสม

2.2.6.4 ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลเด็กถึงแหล่งช่วยเหลือเด็กและผู้ดูแลเด็กเมื่อประสบกับปัญหา ที่มีอยู่ในสังคม

2.2.7 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

วงเดือน ทองช่วย (2550) ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของมารดาเด็กพัฒนาการช้ากลุ่มตัวอย่างคือมารดาเด็กพัฒนาการช้าที่มีอายุระหว่าง 20 - 50 ปีที่พาบุตรเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 8 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนคุณภาพชีวิตของมารดาเด็กพัฒนาการช้าภายหลังการใช้กระบวนการตามแนวคิดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม (REBT) ภายหลังทดลองไม่แตกต่างกัน 2) คะแนนคุณภาพชีวิตของมารดาเด็กพัฒนาการช้า กลุ่มทดลองเมื่อใช้ REBT ไม่แตกต่างกับคะแนนของกลุ่มควบคุม

จารุวรรณ ปะดา, ณิชารวรรณ กุลวงศ์, พรารธนา พรหมวัง และ เบญจวรรณ ภูซัน (2553) ผลการใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดต่อการรับรู้สมรรถนะพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวและพัฒนาการของผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวที่มีปัญหาพัฒนาการและสติปัญญาที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยครอบครัว สถาบันราชานุกูล จำนวน 20 ครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีสมรรถนะการดูแลเพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว พบว่าหลังทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนทดลอง การศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการของผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา พบว่า มีมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

รังสิณี ผลาภิรมย์, ทศนีย์ ประสภิตตติคุณ และ กรรณิการ์ วิจิตรสุนันท์ (2553) ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลเสนา และคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2552 ผลการศึกษา พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ภายหลังการทดลองสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจ

ชะไมพร พงษ์พาณิชย์, สมติ อนันต์ปฎิเวช, ประภาพันท์ ร่วมกระโทก และ สมหมาย เศรษฐวิชากรณ์ (2554) ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัวสำหรับผู้ปกครองและผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติก รุ่นที่ 26 จำนวนกลุ่มทดลอง 10 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 10 ครอบครัวที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้ปกครองเด็กกลุ่มอาการออทิสติก ที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัวมีทักษะการสอนบุตรสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2) ค่าเฉลี่ยของทักษะการสอนบุตรของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อัญชลี วัตทอง และ สละ เตชะมีนา (2554) ผลของโปรแกรม E&R ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา ที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กราชานุกูล (ม่วงแค) จำนวน 24 คน ผลการศึกษา พบว่าคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม E&R อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าโปรแกรม E&R มีผลในการเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเป็นไปตามสมมติฐาน

สตีล คัมทรัพย์อนันต์, ปราบธนา รัตนนิรวรรณ, ศิโรรัตน์ นาคทองแก้ว และ สายฝน จำปาทอง (2555) ผลการทำกลุ่มบำบัดแนวแซทเทียร์ในผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ที่มารับบริการผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยเด็กเล็ก 1 และ 2 จำนวน 9 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเข้ากลุ่มบำบัดแบบแซทเทียร์ การเปลี่ยนแปลงภายในตนเองด้านความรู้สึกมีค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 2) ความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเองพบว่า หลังเข้ากลุ่มบำบัดแนวแซทเทียร์ผู้ปกครองมีคะแนนความสามารถในการเลือกและตัดสินใจด้วยตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้ากลุ่ม 3) ความสามารถในการรับผิดชอบและยอมรับชีวิตตนเองพบว่า หลังเข้ากลุ่มบำบัดแนวแซทเทียร์ ผู้ปกครองมีคะแนนความสามารถในการรับผิดชอบและยอมรับชีวิตตนเองไม่ต่างจากก่อนเข้ากลุ่ม 4) ความพร้อมในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาพบว่า มีความพร้อมในการดูแลเด็กดีขึ้นกว่าก่อนเข้ากลุ่ม

แซนดี้ และคณะ (Sandy et al, 2013) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนความต้องการของผู้ดูแล: กรณีศึกษาที่แอฟริกาใต้ เป็นการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเด็กที่มีปัญหาทางด้านการเรียนรู้ 3 ครอบครัว พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลเด็กต้องการการสนับสนุนในเรื่องการเงินในการดูแลเด็ก ผู้ช่วยเหลือในการดูแลเรื่องอารมณ์ความรู้สึก วิธีการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนเพื่อลดตราบาปของเด็ก การผ่อนคลายให้กับตนเองและความเห็นใจจากเพื่อนร่วมงาน

จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่า เมื่อผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือในผู้ดูแลส่งผลต่อผู้ดูแลเด็กสามารถพัฒนาสมรรถนะในการดูแลที่ดีขึ้นและสามารถดูแลเด็กให้มีพัฒนาการดีขึ้น คุณภาพชีวิตที่ดี

2.3 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2.3.1 ทฤษฎีและแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

สุขภาพ หมายถึง ภาวะของการดำรงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ด้วยดี อยู่บนพื้นฐานของคุณธรรม และการใช้สติปัญญา มีองค์ประกอบ 4 ส่วน ด้วยกันคือ 1) สุขภาพกาย (physical health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆอยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน 2) สุขภาพจิต (mental health) หมายถึง สภาพของจิตใจ ที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย 3) สุขภาพสังคม (social health) หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ มีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่น หรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข 4) สุขภาพจิตวิญญาณ (spiritual health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น (องค์การอนามัยโลก, 2541อ้างใน ประเวศ วสี, 2544) ซึ่งจากความหมายสุขภาพขององค์การอนามัยโลกก็สอดคล้องกับนิยามของสุขภาพองค์รวม

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health care) เป็นแนวคิดระหว่างองค์รวม (holism) มาจาก Holos ภาษากรีก หมายถึงความสมบูรณ์ทั้งหมด (wholeness) มีลักษณะเอกภาพมีอาจแบ่งแยกได้ (กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และ พันัส พงษ์สุนันท์, 2555) สุขภาพองค์รวมเป็นกระบวนการทัศน์ของการมองโลก มองชีวิต ว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกออกเป็น ส่วนๆ ได้มองชีวิตเป็นหนึ่งไม่ได้แยกกายกับจิต สุขภาพองค์รวมจึงสะท้อนออกมาในการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ ทำให้อยู่อย่างเป็นสุขด้วยการรู้จักเลือกวิธีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (เสรี พงศ์พิศ, 2553)

สุขภาพองค์รวม คือความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันจะขาดอย่างหนึ่งอย่างใดมิได้ ถ้าขาดความสมดุลในองค์ประกอบใด องค์ประกอบหนึ่งจะส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นและมีผลต่อการไม่สุขสบายทางกายและจิตใจ และมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของคน นั่นคือเป็นการมองคนทั้งคนไม่ได้แยกส่วน (Landrum et.al, 1993) โดยองค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมมี 4 มิติ ได้แก่

แลนด์รัม (Landrum et al, 1993) ได้อธิบายเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ได้แก่ มโนทัศน์การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั้นมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) มิติต่างๆ ของบุคคล 2) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม 3) ความเครียดและการปรับตัวต่อความเครียด และ 4) การรับมือกับต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งอธิบายได้คือ

(1) หลายๆ มิติกล่าวถึง ปฏิสัมพันธ์และความสมดุลขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ กาย อารมณ์ ปัญญา สังคมและจิตวิญญาณ การยอมรับและความต้องการของบุคคลรวมถึงศักยภาพของบุคคลที่จะต้องมีการพัฒนาที่มีศักยภาพในแต่ละมิติ

(2) สัมพันธภาพระหว่างสิ่งแวดล้อมกับบุคคล บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงการดำรงชีวิตอยู่ในภาวะปกติหรือป่วยที่มีคุณภาพ

(3) ความรับผิดชอบต่อตนเอง คือ การดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี บุคคลแต่ละคนจะเลือกการดำรงชีวิตของตนเองที่ดีที่สุดและให้เข้าใจถึงศักยภาพของตนเองอยู่อย่างไรให้เป็นสุขในภาวะที่ตนเองเผชิญอยู่ซึ่งก็คือบุคคลเป็นผู้เลือกและกำหนดทิศทางในการดำรงชีวิตเอง

(4) วงจรของชีวิต บุคคลเติบโตโดยผ่านระยะต่างๆ ของชีวิตและมีความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและต้องเผชิญกับปัญหา อารมณ์และความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงตลอดซึ่งบุคคลต้องดึงศักยภาพในการดูแลตนเองตามสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

(5) ความเครียดและการปรับตัว บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้โดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งแต่ละช่วงวัยจะมีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันซึ่งเมื่อบุคคลเกิดความเครียดก็จะส่งผลต่อมิติด้านอื่นๆ ด้วย

2.3.1.1 มิติของบุคคล (dimensions of the person)

บุคคลประกอบด้วยมิติต่างๆ การมองคนต้องมองให้ครบทุกมิติจะทำให้ไม่เสียสมดุลและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลด้วย บุคคลมีการพัฒนาทางเลือกของตนเองตามมิติต่างๆ การที่คนมีการเปลี่ยนแปลงตนเองจะทำให้ชีวิตเติบโตมีพัฒนาการได้สมวัย

(1) มิติทางกาย (physical dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่มององค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกร่างกายที่ประกอบกัน สิ่งที่เรานำเข้าในร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ อากาศ เป็นต้น สิ่งที่เรานำออกจากร่างกาย เช่น ของเสีย พลังงานจากการออกกำลังกาย และพลังงานที่ใช้ในการดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้จะอยู่ในมิติทางร่างกาย นอกจากนี้ยังรวมถึงเรื่องของ กรรมพันธุ์ ภาวะโภชนาการ การหายใจ การพักผ่อน น้ำหนักตัว วงจรการนอนหลับ ระบบภูมิคุ้มกันโรค พลังงานของร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาพลักษณ์ของบุคคล ศักยภาพการดูแลตนเองของบุคคล กลไกการปรับตัวต่อความเครียดและการจัดสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อมิติทางกายที่ทำให้ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย เช่น การนอนหลับที่ดีต่อสุขภาพคือการนอนหลับสนิท ซึ่งถ้าบุคคลถูกรบกวนการนอนบ่อยๆ ก็ส่งผลต่อระบบ

ต่างๆ ของร่างกาย เช่นอาจทำให้เกิดโรคจิต เห็นภาพหลอนได้ การนอนหลับมี 4 ระดับ ซึ่งการนอนหลับที่ดีที่สุดคือ การนอนหลับสนิทจะอยู่ในช่วงเวลา 24.00 น. – 04.00 น.

ภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยในการสะท้อนตัวตนของบุคคล ซึ่งบ่งบอกถึงภาพลักษณ์ของบุคคล เช่น ดุติจจริง น่ารักจัง น่าเกลียด แข็งแรง อ่อนแอ ดี เลว เป็นต้น โดยร่างกาย คือ การแสดงออกของตัวตนที่สะท้อนได้จากอารมณ์ของบุคคล

การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองจะสะท้อนออกทางการแสดงออกทางอารมณ์และภาพลักษณ์จะมีนัยสำคัญกับการประสบความสำเร็จในชีวิตที่เกิดจากการรับรู้ตนเอง การรับรู้จากคนอื่นทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงในการมองตนเอง ลักษณะของร่างกาย รูปร่างและขนาดของร่างกาย โครงสร้างของร่างกายเป็นส่วนสำคัญในการบรรยายภาพลักษณ์ของร่างกายซึ่งก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ตามระยะของพัฒนาการของบุคคล ภาพลักษณ์ของร่างกายที่มองได้จากภายนอกมี 3 แบบคือ 1)แบบรูปร่างที่อ้วนใหญ่ (endomorph) จะมีรูปกลม มีความสุขกับการรับประทานชอบช่วยเหลือผู้อื่น 2) แบบรูปร่างปกติ (mesomorph) จะมีรูปร่างปกติ ชอบออกกำลังกาย มีความกล้าหาญ กล้าแสดงออก จะถูกมองว่าเป็นคนเย็นชา ไม่อบอุ่น 3) แบบรูปร่างที่ผอมบาง (ectomorph) จะมีรูปร่างผอม สูง เปราะบาง เกือบกต มีโลกส่วนตัวสูงไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ลักษณะทางด้านกายภาพต่างๆ ที่มีผลต่อมิติทางอารมณ์ สังคมและปัญญา โดยความแข็งแรงทางกายภาพของบุคคลจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ และทัศนคติของบุคคลทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น กล้าเข้าสังคม มีความมั่นใจในตนเอง เพราะบุคคลมีความใส่ใจในการดูแลตนเอง ในด้านต่างๆ เช่น อารมณ์ ความเครียด พฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น ระดับประสบการณ์ของบุคคลในการดำรงสภาวะสุขภาพที่ดีจะสะท้อนถึงประสิทธิภาพผลของการดูแลตนเองและมิติทางอารมณ์ทางปัญญาสังคมและจิตวิญญาณ

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง สมบูรณ์เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดูแลควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ดูแลเด็กสามารถส่งเสริมสุขภาพร่างกายเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้โดย

1 การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายเพื่อเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ โดยผู้ดูแลเด็กต้องคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่เพียงพอสำหรับเด็ก เพื่อป้องกันการเกิดโทษ เช่น การเลือกซื้อผักและผลไม้ปลอดสารพิษ การเลือกซื้ออาหารที่มีเครื่องหมาย ออย. การปรุงอาหารให้สุก เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งเสริมให้เด็กได้ดื่มน้ำที่สะอาดและเพียงพอต่อร่างกาย คือ วันละ 6-10 แก้ว หลักในการจัดอาหารที่ถูกหลักโภชนาการให้กับเด็ก (วณิชชา กิจวรพัฒน์, 2554) คือ

- ดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีความสมดุลควบคุมสัดส่วนและปริมาณอาหารในแต่ละวันให้พอเหมาะ เช่น รับประทานผัก

ให้ได้ปริมาณวันละครึ่งจาน ต้มนมวันละ 1-2 แก้ว รับประทาน
อาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสม

- ดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเช้าทุกวันเพราะมือเช้าเป็นมื้อหลัก
- แต่ละมื้อให้เด็กบริโภคอาหารพออิ่มไม่มากเกินไปโดยเฉพาะมื้อเย็นควรรับประทานให้ห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง เพราะจะทำให้เกิดภาวะอ้วน
- เลือกอาหารธรรมชาติไม่แปรรูป เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ เพราะมีวิตามิน แร่ธาตุและใยอาหารสูง
- หลีกเลี่ยงการจัดหาอาหารประเภทอาหารมันจัด หวานจัดหรือ เค็มจัด เช่น เค้ก คุกกี้ ขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม ของดอง ให้กับเด็ก ได้บริโภค

2 การพักผ่อน ผู้ดูแลเด็กควรให้เด็กได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการนอนหลับ มีอากาศถ่ายเทสะดวก ซึ่ง นิตยา ตริศิลป์วิเศษ และ พิมลพรรณ พิทยานุกุล (2555) ได้กล่าวว่า การนอนหลับ หมายถึง สภาวะที่ร่างกาย ตัดการรับรู้ต่อของสิ่งแวดล้อม คนเราใช้เวลาถึงหนึ่งในสามของแต่ละวันไปกับการนอนหลับ ถือว่าเป็น ช่วงเวลาแห่งการพักผ่อนที่ดีที่สุด อีกทั้งช่วยซ่อมแซมเซลล์ผิวหนังหรืออวัยวะที่สึกหรอ ช่วยปรับ สมดุลฮอร์โมนของร่างกาย นอกจากนี้ร่างกายมีการหลั่งสารเมลาโทนิน (melatonin) ในช่วงการนอน หลับ เป็นสารที่มีบทบาทสำคัญหลายอย่างเช่น ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตและ ยังมีหน้าที่ควบคุมการนอนหลับอีกด้วย ถ้าวอนนอนหรือนอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้ประสิทธิภาพใน การทำงานของร่างกายรวมทั้งผิวพรรณด้อยลง ถ้าวอนนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะเกิดผลเสีย ต่อร่างกาย คือ

- ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้ความต้านทานต่อการติดเชื้อ ไวรัสและแบคทีเรียของร่างกายลดลง
- ระบบประสาทจะมีประสิทธิภาพลดลง ความทรงจำลดลง
- เกิดอารมณ์เครียดและอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงง่ายอย่างไม่มีเหตุผล และร่างกายจะไม่สดชื่นเพราะง่วงนอน
- ระบบการย่อยอาหารผิดปกติ
- หากนอนหลับไม่ถึงวันละ 8 ชั่วโมงร่างกายจะผลิตสารเลปตินน้อยลงซึ่ง สารเลปตินมีบทบาทในการควบคุมความอยากอาหารเพราะดังนั้นถ้าเรา มีการอดนอนร่างกายก็จะมีอาการอยากอาหารมากขึ้น หรือถ้านอนวันละ

ประมาณ 4 ชั่วโมง ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนที่จำเป็นในการควบคุม ปริมาณกล้ามเนื้อและไขมันน้อยลงทำให้ร่างกายสะสมไขมันเพิ่มมากขึ้น - ถ้านอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายจะสร้างสารเมลาโทนินน้อย ซึ่ง สารเมลาโทนินจะสร้างมากในขณะที่ร่างกายนอนหลับพักผ่อนใน กลางคืน และถ้าสารเมลาโทนินน้อยร่างกายก็จะมีปัญหาในเรื่องการเกิด การอักเสบหรือภูมิแพ้ของผิวหนังได้

วิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายมีการพักผ่อนที่เพียงพอกับความต้องการ ของร่างกาย ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ คือ

- จัดตารางเวลานอนให้เหมาะสมและเป็นเวลา อายุน้อยต้องการการ นอนมากกว่าผู้ใหญ่และเวลานอนที่เหมาะสมในแต่ละวันไม่ควรเกิน 22.00 น.
- สร้างบรรยากาศในห้องนอนให้เหมาะสม ไม่มีเสียงรบกวน และ ควรปิดไฟมืด ไม่ควรนำอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น คอมพิวเตอร์ โต้ะทำงานเพราะจะทำให้รู้สึกกังวลและนอนไม่ หลับ
- ควรเลือกหมอนและเตียงนอนให้เหมาะสมกับผู้นอน และหมั่นทำ ความสะอาด
- งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เพราะจะทำให้นอนหลับยาก
- ฝึกให้เด็กนอนในท่านอนหงาย เพราะเป็นท่าที่ไม่มีอะไรมากดทับ หน้าอกช่วยให้ระบบทางเดินหายใจทำงานได้คล่องตัว

นอกจากนี้แล้วการทำงานอดิเรกร่วมกันกับเด็กก็ถือว่าเป็นการพักผ่อน ที่ช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวด้วย เช่น การปลูกต้นไม้ การพาเด็กไปเที่ยวในวันหยุด หรือช่วงโรงเรียนปิดเทอม

3 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลเด็กควรส่งเสริมให้เด็กได้มีการออกกำลังกายที่ เหมาะสมกับวัย เช่น การเล่นกีฬา ซึ่งเมื่อร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวก็จะมี การเพิ่มของฮัตราการ ไหลเวียนเลือดในร่างกายส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (morphine) จะทำให้รู้สึกเป็นสุขไม่เครียด สำหรับเด็กกลุ่มอายุ 5 – 17 ปี หลักในการออกกำลังกายที่เหมาะสม (อมรศรี ยอดคำ, ชุติสุดา เนติกุล, วิโรจน์ เล็งรักษา, มนวดี ประกายรุ่งทอง และ เอื้องไพร อัครอรอนันต์, 2557) คือ การเล่นกีฬาหรือกิจกรรมนันทนาการในวิชา

พลศึกษา หรือการออกกำลังกายที่มีแบบแผน การทำกิจกรรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างระบบการหายใจและการไหลเวียนเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อและระบบการเผาผลาญพลังงานในร่างกายดีขึ้น และช่วยลดภาวะเครียดได้ วิธีการออกกำลังกายที่ดี คือ

- ออกกำลังกายแบบผสมในระดับปานกลาง อย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน
- รูปแบบการออกกำลังกายแบบผสมผสาน และเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่สนใจ ชื่นชอบ เพื่อการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง จัดให้มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก

(2) มิติทางอารมณ์ (emotional dimension) ซึ่งมี 3 คำที่มักใช้คือ อารมณ์ (emotion) และผลของอารมณ์ (effect mood) โดย อารมณ์ (mood) เป็นภาวะของอารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออกในขณะใดขณะหนึ่งส่งผลให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์ (emotion) เป็นการแสดงอารมณ์ที่ต่อเนื่องและผลของอารมณ์ (effect) คือสิ่งที่สังเกตเห็นได้จากการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีทฤษฎีหลายๆ ทฤษฎีที่กล่าวถึงเรื่องอารมณ์ ว่าเป็นการสะท้อนความรู้สึกของบุคคลอย่างไร อารมณ์แสดงออกอย่างไรหรืออารมณ์ส่งผลต่อร่างกาย การแสดงออกทางอารมณ์นั้นเกิดจากมีสิ่งไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติของร่างกายให้มีการแสดงออกตามสิ่งกระตุ้นซึ่งการแสดงออกนั้นจะอาศัยประสบการณ์ทางอารมณ์ที่มีอยู่โดยผ่านกระบวนการรู้คิดและแสดงออกมาเป็นอารมณ์ นอกจากนี้การแสดงออกทางอารมณ์ยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลต่อภาวะสังคมรอบข้างด้วย

บุคคลจะแสดงออกทางอารมณ์ได้นั้นจะมีการประเมินจากประสบการณ์เดิมซึ่งมีที่มาได้หลายประเภท เช่น มาจากประสบการณ์การเผชิญ การหลีกเลี่ยง ความกลัว ความโกรธหรือหลายอย่างรวมกัน ซึ่งก็จะแสดงอารมณ์ออกมาทั้งด้านดีและไม่ดีทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง โดย บุคคลที่มีสถานะทางสังคมที่แตกต่างกันก็จะแสดงออกทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน เช่น วัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ เป็นต้น ซึ่งการแสดงออกของอารมณ์นั้นสังเกตได้จากการแสดงพฤติกรรม ท่าทาง หน้าตาหรือระดับเสียง ในมิติทางอารมณ์ ความรู้สึกเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของมิตินี้และมีการฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น ร่าเริง โกรธ กลัว

วัฒนธรรมของสังคมยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์เช่นกัน สังเกตได้ว่าบางอารมณ์ก็เป็นที่ยอมรับของสังคมและบางอารมณ์ก็ไม่ใช่ที่ยอมรับของสังคม เช่น อารมณ์โกรธบางครั้งสังคมก็ไม่ยอมรับ อารมณ์เศร้าสังคมก็อาจไม่ยอมรับว่าบุคคลนั้นกำลังมีอารมณ์เศร้าทำให้บางคนไม่กล้าแสดงออกทางอารมณ์กลายเป็นคนเก็บกด จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการแสดงออกทางอารมณ์นั้นบุคคลจะใช้ประสบการณ์ในอดีตที่ถูกปลูกฝังมาตั้งแต่เด็กช่วยในการวิเคราะห์การแสดงออกทางอารมณ์เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่มาสัมผัสกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 ร่างกายก็จะเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาและความเข้าใจกับเหตุการณ์นั้นแล้วจึง

แสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ออกมาให้เห็นโดยสังเกตได้จากโทนเสียง คำพูด หน้าตา ท่าทาง การเคลื่อนไหว ถ้าบุคคลมีการเรียนรู้การแสดงออกทางอารมณ์ที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลทำหน้าที่ในสังคมได้อย่างสมบูรณ์แบบนั้นคืออารมณ์จะบ่งบอกถึงตัวตนของบุคคล แต่ถ้าบุคคลแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่ตรงต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายประท้วง “ป่วย” จะเห็นว่ามิติทางอารมณ์นั้นมีความสัมพันธ์กับสติปัญญา ร่างกายและการแสดงบทบาททางสังคมของบุคคล

(3) มิติทางปัญญา (intellectual dimension) อธิบายได้ คือ 1) ปัญญา มีหน้าที่รับรู้ จำแนกและรวบรวมข้อมูลข่าวสาร 2) เก็บความจำและการรับรู้ของบุคคล 3) การรู้คิด การจัดระเบียบของข้อมูล 4) การแสดงออกและสื่อสารอย่างไรให้บุคคลอื่นเข้าใจ

การเรียนรู้/การรับสัมผัสจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งรวมถึงการตื่นรู้และความจำและการรับรู้ของบุคคล โดยสมองก็จะมีการเรียนรู้จากสิ่งกระตุ้นและจำแนกข้อมูลที่เกิดจากการรับรู้โดยสมองจะจดจำในส่วนที่ต้องการจดจำและเรียนรู้ซึ่งภาวะทางอารมณ์ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกับการจดจำข้อมูลของสมอง

การรู้คิดและการจัดระเบียบของข้อมูลที่เป็นทั้งรูปธรรมและนามธรรม โดยสมองมีการจัดเรียงลำดับของข้อมูลจากง่ายไปยาก หรือจากยากไปง่ายขึ้นกับประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคลว่ามองในด้านบวกหรือลบต่อเหตุการณ์ซึ่งจะส่งผลต่อการตัดสินใจต่อเหตุการณ์ ถ้ามีประสบการณ์ที่ดีและบุคคลมองในแง่ดีก็จะกระทำเช่นนั้นไปเรื่อยๆ บุคคลจะสร้างประสบการณ์ความจริงโดยผ่านความคิดซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล

การแสดงออกของบุคคล คือ กระบวนการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านประสาทสัมผัสและมีการเชื่อมโยงกับประสบการณ์ในอดีตเกิดการคัดสรรข้อมูลและเลือกข้อมูลขึ้นมาและการสื่อสารข้อมูลออกมาเป็นแบบวจนภาษาและอวัจนภาษาได้แก่ การพูด การวาดภาพ การเขียน การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง ซึ่งจะทำให้บุคคลไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

มิติทางสติปัญญาจะมีปฏิสัมพันธ์กับมิติทางด้านกายที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของบุคคล เช่น ความเครียด/การผ่อนคลายความเครียดจะส่งผลต่อร่างกายในด้านต่างๆ ได้แก่ การหายใจ การเต้นของหัวใจ อุณหภูมิของร่างกาย เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีผลต่อมิติทางอารมณ์ คือ เมื่อบุคคลตัดสินใจว่าสิ่งนี้ถูก/ผิดก็จะทำให้บุคคลนั้นแสดงอารมณ์ออกมาที่สอดคล้องกับที่สมองคิด และยังมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ถ้าคิดว่าตนเองไม่มีเพื่อนเนื่องจากไม่มีสิ่งที่น่าดูในตัวทำให้บุคคลพยายามหาข้อมูลจากบุคคลอื่นรอบข้างเพื่อนำมาสนับสนุนและพยายามเลือกข้อมูลมาสนับสนุนที่ตรงกับตนเองทำให้เกิดการสร้างภาพในตนเองโดยผ่านกระบวนการจินตนาการแต่ผลสุดท้ายความคิดของบุคคลจะถูกสิ่งแวดล้อมมากำหนด

กล่าวโดยสรุปคือ การดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านเรียนในมิติทางจิตเจินั้นเป็นการดูแลให้เด็กในด้านมิติทางอารมณ์และมิติทางปัญญาเพื่อให้เด็กได้มีภาวะทางด้าน

จิตใจที่เหมาะสมไม่เครียด มีความมั่นใจในตนเอง คิดว่าตนเองมีคุณค่า โดยเน้นในเรื่องการให้กำลังใจ เด็ก การเข้าใจในตัวเด็กและส่งเสริมความสามารถด้านเด่นของเด็กแก่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เพราะเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจะมีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวอยู่ตลอดเวลาเพราะมีความกดดันจากที่บ้าน โรงเรียนและเพื่อน (Brook & Boaz, 2005) เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ที่มีอารมณ์แปรปรวน เปลี่ยนแปลงเร็ว สังเกตเห็นได้ คือ อารมณ์โกรธซึ่งผู้ดูแลอาจพูดถึงเด็กในปมด้อยก็จะทำให้เด็กนั้นโกรธได้ ถ้าเป็นเด็กเล็ก ผู้ดูแลเด็กออกมาก่อน แล้วให้เด็กนั่งนิ่งๆ เงียบๆ สักครูเด็กรู้สึกสงบสติอารมณ์ได้ แต่ถ้าเป็นเด็กโตต้องคอยให้อารมณ์โกรธของเด็กสงบลงสักพัก แล้วค่อยๆ อธิบายในสิ่งที่เด็กไม่เข้าใจ (วัชรินทร์ อัครตนาพร, อารีย์ สุเอียนทรเมธี, พรชชวล ศรีอิสราพร, สมบัติ คิ้วฮก, พัลลภ เมลาณนท์, ประจักษ์ชัย อาจคงหาญ และ เอกชัย เจริญชัยมงคล, 2551) อารมณ์โกรธนั้นมีสาเหตุมาจาก (โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และ นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช, 2558)

- (1) ความคาดหวัง อยากให้ผู้อื่นทำตามแล้วไม่ได้ดังหวัง
- (2) ความผิดหวัง เป็นความรู้สึกที่เผชิญกับความสูญเสีย
- (3) ความรู้สึกผิด โกรธตัวเอง รู้สึกละอาย อิจฉาริษยาผู้อื่น
- (4) ถูกรบกวนความเป็นส่วนตัว
- (5) รู้สึกคับข้องใจ ที่ไม่สามารถทำบางสิ่งได้

โดยเด็กจะแสดงอารมณ์โกรธด้วยสีหน้าและการกระทำ เช่น คิ้วขมวด มือสั่น ตัวสั่น หน้าแดง กว้างปาสิ่งของ ใช้คำพูดรุนแรงหรือแสดงกิริยาที่ไม่ดี ซึ่งอารมณ์โกรธจะส่งผลกระทบต่อ 1) ตัวเด็ก เด็กจะใจสั้น หัวใจเต้นแรง ปวดศีรษะ เครียด 2) ต่อบุคคลรอบข้าง สัมพันธภาพในครอบครัวเสีย ดังนั้นผู้ดูแลเด็กควรมีการฝึกการควบคุมอารมณ์ให้กับเด็ก โดย

- สอนให้เด็กรู้จักเดินออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ เพื่อสงบสติอารมณ์และใช้ความคิด
- ให้เด็กหากิจกรรมอื่นทำ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ปลุกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ ฟังเพลง หรือทำงานบ้าน
- หาเพื่อนเพื่อพูดคุยหรือระบายความรู้สึกโกรธ

(4) มิติทางสังคม (social dimension) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล บุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ผ่านกระบวนการกล่อมเกลางานสังคม ทำให้เกิดการเรียนรู้และทักษะในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ การที่บุคคลจะอยู่ในสังคมได้เกิดจากประสบการณ์ที่ต้องพึ่งพาและไม่พึ่งพาต่อกันและกันซึ่งจะทำให้เกิดมโนทัศน์แห่งตน เกิดความไว้วางใจและไม่ไว้วางใจกับบุคคลและสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนหรือมากกว่าเป็นการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมที่มีความต่อเนื่องที่เกิดจากความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล การตอบสนอง

ต่อความพึงพอใจของบุคคลด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเริ่มเกิดจากสังคมที่เล็กที่สุด คือสังคมครอบครัวสู่สังคมที่ใหญ่ขึ้นตามลำดับ ในวัยเด็กถ้าในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ เมื่อเติบโตก็จะเป็นผู้ใหญ่ที่พึ่งพาตนเองได้ไม่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้งอยู่ในสังคมคนเดียว กลับกันถ้าในวัยเด็กไม่ได้รับการตอบสนองตามวัยจากครอบครัวเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะทำให้เป็นผู้ใหญ่ที่สร้างปัญหาให้กับสังคม ในสังคมจะประกอบไปด้วยกลุ่มวัยต่างๆที่มีความแตกต่างกันซึ่งมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน บางช่วงอาจเกิดช่องว่างระหว่างวัยทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด

สองสิ่งที่ทำให้สังคมอยู่ได้คือ 1) การพึ่งพาอาศัยกัน สมาชิกในสังคมต้องมีการปรับตัวเข้าหากันเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขแต่ถ้าไม่มีการปรับตัวเข้าหากันก็จะทำให้เกิดปัญหาในสังคมและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างลำบาก 2) มีความสามัคคีกันในสังคมโดยผ่านกติกาสังคมที่ตนอาศัยอยู่ซึ่งจะครอบคลุมและเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ โดยต้องมีข้อตกลงร่วมกันของคนในสังคม กระบวนการที่นำไปสู่ค่ามาตรฐานทางสังคม คือ การกล่อมเกลาทางสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ทำให้คนทำหน้าที่อยู่ในสังคมนั้นได้โดยการปฏิบัติตามมาตรฐาน แนวคิดของกลุ่มอันได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ คุณค่า วัฒนธรรม อุปนิสัย แรงจูงใจ พฤติกรรม ซึ่งทั้งหมดนี้บุคคลมีการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสังคมซึ่งเกิดตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต

ครอบครัว ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นในการกล่อมเกลาทางสังคม บุคคลจะมีสัมพันธภาพกับสังคมอย่างไรนั้นบุคคลต้องมีการเรียนรู้ กฎ กติกาของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ (บุคคลสามารถเรียนรู้ผ่านทศนคติและพฤติกรรม) ครอบครัวที่มีพฤติกรรมดีก็จะช่วยให้สมาชิกเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ดีตลอดช่วงชีวิตแต่ถ้าครอบครัวที่เข้มงวดก็จะส่งผลต่อทุกมิติของบุคคล

กระบวนการสังคมจะช่วยกล่อมเกลาบุคคลในสังคมให้แสดงบทบาททางสังคมได้ดีที่สังเกตเห็นได้จาก การมีแบบแผนของชีวิตที่ดี ทศนคติของบุคคล เป้าหมายของชีวิต ซึ่งเมื่อบุคคลมาอยู่รวมกันในสังคมแต่ละคนก็จะแสดงบทบาทที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งบทบาทที่แต่ละคนแสดงในสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานะของคนในสังคม ที่เกิดจากสถานการณ์ อาชีพ ความสามารถของคน และความคาดหวังของบุคคล สัมพันธภาพที่มีต่อกันก็จะแตกต่างกันเช่นกัน สถานะทางสังคมหรือตำแหน่งทางสังคม เช่น พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยก็ต้องมีการพัฒนาศักยภาพตนเองให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งแต่คนจะมีสมรรถนะที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละคน เช่น อายุ เพศ สถานะทางครอบครัว ภาวะลักษณะและการส่งเสริมคุณค่าตนเองของผู้ป่วย ได้แก่

อัตมโนทัศน์แห่งตน (self-concept) บุคคลจะพัฒนาอัตมโนทัศน์แห่งตนได้จะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อในศักยภาพของตนเองและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม (กลัณฐุ เพชรารักษ์, 2555) ได้เปรียบถึงการพัฒนาอัตมโนทัศน์แห่งตนว่า “การส่องดูตนเอง

ผ่านแก้ว”คือ การเรียนรู้ตนเองจากปฏิกิริยาสะท้อนจากคนอื่น การที่บุคคลมองตนเองในทางที่ดีจะสะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งในตนเอง แต่ถ้าบุคคลมองตนเองไร้คุณค่า ก็จะเป็นคนที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (อารีรัตน์ พะวินรัมย์, 2556)

การเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของอัตมโนทัศน์แห่งตน เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการมองตนเอง (ภาพลักษณ์ตนเองในอุดมคติ) และการมองของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองเป็นอย่างไร การเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน (มีทั้งสูงและต่ำ) ถ้าบุคคลมีอัตมโนทัศน์แห่งตนดีก็จะทำให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองสูงเช่นกันก็จะส่งผลให้เกิดความไว้วางใจผู้อื่น

บุคลิกภาพ (personal identity) สะท้อนลักษณะแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่บุคคลยอมรับซึ่งสะท้อนความเป็นตัวตน ความแตกต่างหรือเอกลักษณ์ของบุคคล ที่สังเกตได้จากความคิด ความรู้สึก และการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Passer & Smith, 2007) ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริงของตนเป็นอย่างไร พิจารณาจากภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอก เอกลักษณ์ของบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะกำหนดตัวเอง คนที่มองว่าตนเองไม่ดีก็จะมองว่าเป็นสิ่งคุกคามและไม่สามารถแก้ปัญหาตนเองได้ และการที่บุคคลรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพก็จะจัดการกับปัญหาได้ การที่คนรับรู้ตนเองได้นั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับความคิดเห็นจากบุคคลอื่นและนำมาประเมินตนเองทำให้เกิดการพัฒนาตนเอง

เพศวิถีของบุคคล (human sexuality) เพศวิถีของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางสังคมของบุคคลซึ่งบ่งบอกคุณภาพการแสดงออกในบทบาทของชายและหญิงที่มองไปถึงในส่วนของ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ บทบาทในสังคม พฤติกรรมที่เชื่อมโยงระหว่างอัตมโนทัศน์แห่งตน การเห็นคุณค่าในตนเองและบุคลิกภาพ โดยคนที่มียุติมโนทัศน์แห่งตนดีก็จะมี การเห็นคุณค่าในตนเองสูงทำให้มีบุคลิกภาพดีและมีความมั่นใจในการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม มีทัศนคติเชิงบวก การรับรู้ทางเพศดีก็จะแสดงบทบาทที่เหมาะสมทางเพศ

มิติทางสังคมเป็นปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้าน สรีรวิทยา ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสัมผัส เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การบริการด้านสุขภาพ ในมิติทางด้านสังคมและอารมณ์มีความสัมพันธ์กันที่มองได้จากการมีสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น บทบาทของแม่จะสะท้อนให้เห็นถึงความรักที่มีต่อบุตร การดูแลเอาใจใส่ที่จริงจัง การกระตุ้นพัฒนาการบุตรตามวัย ทั้งหมดนี้จะส่งผลให้เด็กเกิดการเรียนรู้ และมีพัฒนาการตามวัยในด้านสังคม อิทธิพล วัฒนธรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสังคมนั้นๆ (Passer & Smith, 2007) เริ่มจากแม่จะสื่อสารผ่านสู่เด็กด้วยกระบวนการกล่อมเกลาก่อนโดยการสื่อสารก่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นพบความต้องการของตนเอง กระบวนการสอน ระบบการสนับสนุนทางสังคม ปฏิกิริยาทางสังคม แบบแผนทางสังคมมีอิทธิพลประสบการณ์ ทางด้านจิตวิญญาณของแต่ละบุคคล

เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน บางคนจะมีปัญหาพัฒนาการทางสังคม ดังนั้นเด็กที่มีปัญหาทักษะทางสังคมต้องได้รับการฝึกจากผู้ดูแลเด็กให้สามารถอยู่ในสังคม เริ่มตั้งแต่สังคมในครอบครัว เพื่อน โรงเรียน ชุมชน วิธีฝึกก็คือจะต้องสอนทุกเรื่องทุกครั้งที่เด็กแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ผู้ดูแลเด็กบางคนเข้าใจว่าเด็กทำได้เองมีพัฒนาการไปได้เองแต่ที่จริงแล้วไม่ใช่ ผู้ดูแลเด็กจะต้องสอนเด็กกลุ่มนี้สอนทุกครั้งที่เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทุกครั้ง ต้องอดทนกับเด็กก็จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เพื่อให้เขาอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ก่อนอื่นเริ่มจากการยอมรับศักยภาพเด็กไม่ใช่เพียงจะวัดจากเรื่องการเรียน การเขียน การอ่าน การคำนวณเท่านั้น ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนต้องพยายามมองหาศักยภาพด้านอื่น ผู้ดูแลจะต้องดึงศักยภาพของเด็กที่มีอยู่ออกมาใช้ประโยชน์ เด็กก็จะเห็นคุณค่าของตัวเอง เด็กก็จะเกิดพฤติกรรมที่ดีขึ้นเป็นลำดับ (สุพรรณิ อ่อนจาก, 2558)

สรุปได้ว่า การส่งเสริมด้านมิติทางสังคม ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนต้องมีความเข้าใจในตัวเด็กและยอมรับในศักยภาพของเด็กเนื่องจากเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจะมีศักยภาพด้านการเรียนต่ำกว่าเด็กในวัยเดียวกันแต่เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนอาจมีศักยภาพที่เด่นในด้านอื่นๆ เช่น การวาดภาพ การซ่อมประกอบเครื่องยนต์ การปลูกต้นไม้ ดนตรี หรือกีฬา เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจึงมีส่วนสำคัญในการดึงศักยภาพของเด็กขึ้นมาให้เด็กเกิดควมมีคุณค่าในตนเองและฝึกทักษะทางสังคมเสริมให้กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เพื่อให้อยู่ในสังคมได้เพราะเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจะรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีปมด้อยจากการที่ตนเองเรียนหนังสือไม่เก่ง เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนถ้าผู้ดูแลไม่ได้ส่งเสริมในมิติทางอารมณ์และสังคมเมื่อเข้าสู่วัยเรียน อาจมีปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับเพื่อนได้ทำให้มีผลกระทบตามมาที่การเรียนรู้อันของเด็กและถ้าไม่ได้รับการแก้ไขส่งผลกระทบต่อครอบครัว(นิชรา เรื่องดารกานนท์, 2554)

(5) มิติทางจิตวิญญาณ (spiritual dimension) เป็นแกนหลักของบุคคลที่ผสมผสานกันอย่างกลมกลืนระหว่าง 4 มิติ เป็นการเข้าถึงคุณค่าทางศาสนาในแง่ของความเชื่อและแสดงออกทางความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งทำให้บุคคลมีความเข้าใจในปัจจุบันของเอกลักษณ์ของบุคคลที่เผชิญอยู่ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นตลอดวงจรของชีวิต โดยเริ่มจากความต้องการภายในตนเองก้าวไปสู่เป้าหมายของชีวิตซึ่งจะช่วยให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองและมีความคาดหวังในชีวิต ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้อง คือ 1) ปรัชญาของชีวิต 2) ความรู้สึกในการเข้าถึงความเชื่อ 3) ประสบการณ์ลึกซึ้งในพระเจ้า 4) ความเชื่อในพลังธรรมชาติ ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ 5) ความเชื่อของตนเอง

คนทุกคนจะมีปรัชญา อุดมคติของตนเองที่จะนำไปสู่การตัดสินใจของตนเอง นอกจากนี้ ความเชื่อ การมีคุณค่า คุณธรรม จริยธรรม ที่เกิดในตัวบุคคลโดยถูกหล่อ

เกลาทางสังคมและจะกลมกลืนไปในตัวบุคคล ซึ่งมีความสำคัญในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ คุณค่าและความเชื่อมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันของสมาชิกในสังคมเพื่อเกิดความต่อเนื่องทางสังคมถ้าบุคคลมีคุณค่าและความเชื่อในทางที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลมีแบบแผนในสังคมที่ดี แต่ถ้าคุณค่าและความเชื่อนำไปสู่ในทางไม่ถูกต้องก็เป็นแบบแผนที่สังคมไม่ต้องการ โดยทั้งหมดนี้เกิดด้วยกระบวนการกลมกลืนทางสังคมทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และพร้อมที่จะพัฒนาตนเองในทางที่ดีบุคคลที่มีความเชื่อในพระเจ้าหรือพลังเหนือธรรมชาติก็จะใช้สิ่งนี้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และจะช่วยให้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหาไปได้ การเชื่อในพระเจ้าของบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐานของวัฒนธรรมแต่ละบุคคล

ความเชื่อในพระเจ้ามีความสัมพันธ์กับความเชื่อในเรื่อง สักการะบูชา การบวงสรวง ถ้าจะให้เข้าถึงพระเจ้า ติดต่อกับพระเจ้าได้จะต้องมีการสวดมนต์ ไหว้พระ ไปโบสถ์ วัด จิตวิญญาณเปรียบเสมือนแหล่งของความหวังและกำลังใจ หรือเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจที่ทำให้บุคคลก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความยากลำบากและความยุ่งยากในชีวิต

เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจำนวนมากมีปัญหาเรื่องความเชื่อมั่นในตัวเอง เพราะถูกตำหนิตลอดเวลาว่าทำไมถึงเรียนไม่ทันเพื่อน เรียนหนังสือไม่เก่ง ไม่สนใจเรียน ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่น วิธีที่จะช่วยเด็กให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองมีหลายวิธี หนึ่งในวิธีเหล่านั้นก็คือ ผู้ปกครองต้องหาให้พบว่า เด็กมีทักษะ มีความสามารถอะไรที่จะนำมายกย่อง ผู้ดูแลเด็กจึงควรหาว่าเด็กถนัดอะไร เด็กหลายคนแม้เขาจะอ่านไม่เก่ง เขียนไม่เก่ง แต่ชอบระบายสี ชอบเล่นกีฬา ให้หาสิ่งเหล่านั้นมาเป็นตัวนำ แล้วค่อยๆ เสริมไปเรื่อยๆ เมื่อเขากล้าแสดงออกมั่นใจในตัวเองแล้ว ความเชื่อมั่นก็จะกลับมา ความเชื่อมั่นเป็นเรื่องสำคัญมากเพราะจะส่งผลถึงการเรียนในทางอ้อม และจากประสบการณ์ของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนที่เล่นดนตรีไทยเมื่อก่อนอ่านไม่ออก ตอนนี้อ่านได้คล่องขึ้น (ผดุง อารยะวิญญู, 2558)

ในโรงเรียนผู้มีส่วนช่วยให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เหมือนเด็กปกติ คือ ครู ควรเข้าใจเด็ก ไม่ตำหนิเด็กหรือลงโทษที่รุนแรง ควรมีการพัฒนาด้านการเรียนของเด็กตามความบกพร่องทางการเรียนรู้ของเด็กเพื่อให้เด็กได้เกิดความมั่นใจในตนเองเมื่อเรียนร่วมกับเพื่อน แต่ถ้าเด็กมีปัญหารุนแรงอาจมีการปรับหลักสูตร เนื้อหา หรือรูปแบบการสอนให้เหมาะสมกับเด็กด้วยแผนการศึกษารายบุคคล(individualized education: IEP) (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2558)

ดังนั้นการดูแลด้านจิตวิญญาณในเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนนั้นมีความสำคัญเพราะจิตวิญญาณเป็นแก่นหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานของร่างกายและจิตใจ โดยผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตได้

2.3.1.2 สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม (Relationship with the environment)

สิ่งแวดล้อมเป็นความเชื่อมโยงของคนที่อยู่อาศัยในสังคมนั้น ถ้าสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลง คนก็จะมี การเปลี่ยนแปลงด้วยเช่นกัน ปฏิกริยาของคนกับสิ่งแวดล้อมมีความเชื่อมโยงทั้งจากภายในบุคคลสู่ภายนอกบุคคลหรือจากภายนอกบุคคลสู่ภายในบุคคล จึงทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่จะปรับตัวอยู่เสมอ เพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นทั้งสิ่งสนับสนุนและก็พร้อมที่จะสร้างความกดดันให้กับบุคคลได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อมิติต่างๆของบุคคล เช่น การมีชีวิตที่เหมาะสม วัฒนธรรมที่เอื้ออำนวย เพื่อบ้านที่ดี อยู่กันอย่างแออัด อาชญากรรมรอบตัวซึ่งก็จะส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณ

สิ่งแวดล้อมนั้นมีความสัมพันธ์กับมิติต่างๆ ของบุคคล ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมกับอารมณ์ สภาพสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวของบุคคลจะมีผลกระทบต่อสุขภาพและอารมณ์ของบุคคล 2) สิ่งแวดล้อมกับสติปัญญา ถ้าบุคคลอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีบุคคลก็จะมีอารมณ์ดี และจะส่งผลกระทบต่อสติปัญญาที่ดี มีการพัฒนาความสามารถของตนเอง 3) สิ่งแวดล้อมกับสังคม ถ้าบุคคลในสังคมมีความเอื้ออาทรซึ่งกัน และกันก็สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ถ้าเมื่อใดก็ตามที่บุคคลรู้สึกว่าจะไม่สามารถแสดงบทบาทได้ ก็จะมี ความยากลำบากในมิติทั้ง 4 ของบุคคล 4) สิ่งแวดล้อมกับจิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อมที่มีองค์ประกอบที่ดี จะช่วยให้บุคคลสำรวจตนเอง พาดนเองก้าวข้ามสิ่งกดดันและอุปสรรคต่างๆในชีวิตได้

แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งที่ช่วยสนับสนุนหรือสิ่งที่จะช่วยเหลือให้กับบุคคลเมื่อเกิดปัญหาในการอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ เช่น ศูนย์สุขภาพในชุมชน ก็จะทำให้ ความรู้ในเรื่องสุขภาพแก่ครอบครัวที่อาศัยอยู่ในสังคมนั้นๆ ด้วยรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การทำกลุ่มที่ให้ ประชาชนในชุมชนเป็นผู้นำในการจัดการกับปัญหาเอง

2.3.1.3 ความรับผิดชอบตนเอง (self responsibility)

การที่บุคคลจะรับผิดชอบชีวิตของตนเองและเลือกทางเดินชีวิตของตนเอง นั้น เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเองและมีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองเลือก โดยสามารถมีการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติได้เพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ตนเองอาศัยอยู่ ดังนั้นบุคคลต้องมองตนเองให้เป็นองค์รวม คือ ต้องรู้จักตนเองว่ามีจุดอ่อน จุดแข็งอย่างไร มีทัศนคติอย่างไร แบบแผนทางสังคม สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเราเป็นอย่างไร บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างไร ซึ่งบุคคลจะพัฒนาสติรู้ตัวได้ต้องยอมรับความจริงของชีวิต มีความรับผิดชอบต่อตนเอง รู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร และจะพาดนเองไปสู่สถานการณ์นั้นได้อย่างไร

2.3.1.4 การพัฒนางจรชีวิต (life cycle development)

รูปแบบขององค์รวมมีผลต่อทุกขั้นตอนของวงจรชีวิต ในมิติของบุคคลกับ สิ่งแวดล้อมนั้นจะมีการพึ่งพากันอยู่ตลอดเวลาตั้งแต่ในอดีต ในการดำเนินชีวิตแต่ละขั้นตอนจะมี

ความเครียดที่แตกต่างกันและกลไกการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ความรับผิดชอบต่อตนเองเป็นความตระหนักถึงความต้องการของคนและการทำทางเลือกที่จะได้รับสิ่งที่ต้องการเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในทุกขั้นตอนของวงจรชีวิต

2.3.1.5 ความเครียดและการปรับตัว (stress and adaptation)

ปรัชญาสุขภาพแบบองค์รวมตระหนักถึงความเครียดว่าเป็นปัจจัยหลักในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย ความเครียด คือ การตอบสนองความตื่นตัวของร่างกายไปยังมิติต่างๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงหรือการรับรู้ภัยคุกคาม และกดดันและการตอบสนองต่อความเครียดด้วยระบบประสาทอัตโนมัติและระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งการปรับตัว (General adaptation syndrome) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ปฏิกริยาการปลุก 2) ความต้านทาน 3) ความอ่อนเพลีย เมื่อไรก็ตามความเครียดเกิดขึ้นบ่อยและปล่อยให้เรื้อรังร่างกายจะเกิดการอ่อนเพลียและป่วยได้

การจัดการกับความเครียด ความเครียดเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต เช่น การแต่งงาน การย้ายที่อยู่ การเกิดเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นทั้งความเครียดที่เกิดจากความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ โดยจะส่งผลต่อมิติต่างๆ ของร่างกายทำให้บุคคลไม่มีความสุข ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ง

ผลต่อมิติทางกาย ซึ่งจะส่งผลทั้งภายในและภายนอกบุคคล เช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เหงื่อออก กล้ามเนื้อหดตัว ถ้าปล่อยไว้นานจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางกาย มิติทางอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียดทั้งด้านดีและไม่ดี บุคคลจะแสดงออกทางอารมณ์ที่เป็นทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษา เช่น ยิ้ม หัวเราะ โกรธ ร้องไห้ ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย เป็นต้น ในส่วนมิติทางสังคม เช่น แยกตัวจากสังคม ความมั่นใจในตนเองต่ำ มีพฤติกรรมก้าวร้าวและในส่วนของมิติทางจิตวิญญาณ ความเครียดก็จะส่งผลต่อบุคคล ได้แก่ หมดหวัง สิ้นหวัง ตัวเองไม่มีความหมาย รู้สึกสูญเสีย เหนง เป็นต้น

2.3.2 วิธีการให้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้วงจรควบคุมคุณภาพ

(P-D-C-A)

2.3.2.1 วงจรควบคุมคุณภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับวงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A) เริ่มขึ้นในสหรัฐอเมริกาเมื่อทศวรรษ 1930 เป็นครั้งแรก โดย วอลเตอร์ ซีวาร์ท (Walter Shewhart) ซึ่งเป็นนักสถิติ โดยการพัฒนาจากการควบคุมกระบวนการเชิงสถิติที่ห้องปฏิบัติการทดลองเบล (Bell Laboratories) ต่อมาทศวรรษที่ 1950 ดัลเบ็ลยู เอ็ดเวิร์ด เดมมิ่ง (W.Edwards Deming) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารคุณภาพ ได้นำมาเผยแพร่อย่างกว้างขวาง และเรียกวงจรการพัฒนาคุณภาพนี้ว่า "วงจร Deming" และได้มีการดัดแปลงให้เข้ากับการปฏิบัติการด้านบริหารงาน ประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆ

คือการวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการดำเนินการให้เหมาะสม ดังนี้ (มรรยาท รุจิวิษญ์, 2556)

(1) การวางแผน (plan) คือ เป็นส่วนประกอบของวงจรที่สำคัญ เนื่องจากการวางแผนจะเป็นจุดเริ่มต้นของงานและเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การทำงานในส่วนอื่นเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพ (ปราณี ช่วยชัย, 2552) เป็นการหาคำตอบประกอบของปัญหา โดยวิธีการระดมความคิด กำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน การจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้ดำเนินการและกำหนดงบประมาณที่จะใช้ การเขียนแผนดังกล่าวอาจปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของลักษณะ การดำเนินงาน การวางแผนยังช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ในขั้นตอนี้สามารถนำเครื่องมือเบื้องต้นมาใช้งานร่วมด้วยได้ เช่น Flowchart, Diagram, 5W 2H เป็นต้น

(2) การปฏิบัติตามแผน (Do) เป็นการดำเนินการตามแผน อาจประกอบด้วย การมีโครงสร้างรองรับการดำเนินการ เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลในชุมชน มีวิธีการดำเนินการ เช่น มีการพูดคุย การปรึกษา การสอน และมีผลของการดำเนินการ เช่น กิจกรรมที่ดำเนินการ (มรรยาท รุจิวิษญ์, 2556) ในขั้นตอนี้ถ้าขณะลงมือปฏิบัติจะมีการตรวจสอบด้วยว่าเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ถ้าไม่ตรงตามแผนอาจจะต้องมีการปรับแผนใหม่ (ปราณี ช่วยชัย, 2552)

(3) การประเมินแผน (Check) อาจประกอบด้วย การประเมินโครงสร้างที่รองรับ การดำเนินการ การประเมินขั้นตอนการดำเนินงาน และการประเมินผลของการดำเนินงานตามแผนที่ได้ตั้งไว้ โดยในการประเมินดังกล่าวสามารถทำได้เราต้องมีการประเมินการ โดย 1) ได้มีการกำหนดวิธี/รูปแบบการประเมินหรือไม่ 2) มีรูปแบบของการประเมินเหมาะสมหรือไม่ 3) ผลการประเมินตรงกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ 4) ปัญหา หรือจุดอ่อนที่พบในการดำเนินงานมีหรือไม่ 5) ข้อดี หรือจุดแข็งของการดำเนินงานมีหรือไม่ (ณัฐวี อุตกฤษฎ์, 2555)

(4) การปรับปรุงแก้ไข (Act) เป็นการนำผลการประเมินมาพัฒนาแผน อาจประกอบด้วย การนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ว่ามีโครงสร้าง หรือขั้นตอนการปฏิบัติงานใดที่ควร ปรับปรุงหรือพัฒนาสิ่งที่ติอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีก และสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินการใหม่ที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการต่อไป (ณัฐวี อุตกฤษฎ์, 2555)

2.3.2.2 ประโยชน์ของการนำวงจรควบคุมคุณภาพ มาใช้ในการปฏิบัติงาน (ณัฐวี อุตกฤษฎ์, 2555)

- (1) เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการทำงาน
- (2) เพื่อตรวจสอบการดำเนินงานที่มีความรัดกุมมากขึ้น
- (3) เพื่อมีการปรับปรุงแก้ไขที่รวดเร็ว

(4) เพื่อค้นหาวิธีที่ดีที่สุดในการดำเนินงาน

การให้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ใช้กระบวนการ plan-do-check-act มาควบคุมกำกับในการดำเนินงานเพื่อเป็นการตรวจสอบและปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบการดำเนินงานดังนี้ (สุธาสินี โพธิ์จันทร์, 2558)

(1). การวางแผน (plan: P) เป็นขั้นตอนการเริ่มกระบวนการที่มีความสำคัญ เนื่องจากการวางแผนเป็นจุดเริ่มต้นของการทราบปัญหาทั้ง 4 มิติของการดูแลสุขภาพเด็กแบบองค์รวมและเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนในวงจรเดมมิง เป็นการหาคำตอบประกอบของปัญหาโดยวิธีการระดมความคิดจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลแวดล้อมเด็กเพื่อให้ได้สาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา โดยกำหนดรูปแบบการปฏิบัติของผู้ดูแลที่จะจัดการกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนตามประเด็นการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวมและผู้ดูแลสามารถติดตามและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กได้ด้วยตนเอง โดยผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนควรตระหนักถึง 1) กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขโดยความร่วมมือของบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็ก 2) เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์และตรวจสอบการดำเนินงานหรือหาสาเหตุของปัญหาจากบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้างและที่สำคัญคือตัวเด็กเองแต่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนต้องยอมรับกับข้อมูลที่ได้มา เพื่อใช้ในการปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง 3) อธิบายปัญหาและกำหนดทางเลือกวิเคราะห์ปัญหาเพื่อใช้กำหนดสาเหตุของความบกพร่องจากการดูแลเด็กที่ผ่านมาตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น 4) เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงการดูแลเด็กอย่างเป็นองค์รวมโดยร่วมกันวิเคราะห์ และวิจารณ์ทางเลือกต่างๆ ผ่านการระดมความคิดและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมที่สุดในการดำเนินงาน ให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและวิธีการปฏิบัติบางกรณีต้องมีการทำข้อตกลงกับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนก่อนเพื่อความร่วมมือ

(2) การปฏิบัติตามแผน (do: D) เมื่อได้มีการระดมความคิดกันในกลุ่มของสมาชิกแต่ละครั้งก็จะได้นวนปฏิบัติของการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนก็นำนวนปฏิบัติที่ได้ตกลงร่วมกันไปใช้ในการปฏิบัติดูแลสุขภาพเด็กโดยในการปฏิบัติก็จะมีตรวจสอบควบคุมกันไปด้วยเพื่อนำปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแลเด็กมาปรับปรุงใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัวให้มากที่สุด

(3) การตรวจสอบ (check: C) เป็นการกระทำที่ทำความคุ้นเคยกับการปฏิบัติตามแผนของผู้ดูแลเด็กเมื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านในการดูแลเด็ก โดยการตรวจสอบดูว่าเมื่อได้ปรับ

การดูแลเด็กตามแนวทางที่กำหนดแล้วผลที่ได้เป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรที่ทำให้การดูแลเด็กไม่ประสบความสำเร็จหรือยังปฏิบัติไม่ได้เป็นการทบทวนการปฏิบัติที่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่พบได้สำเร็จ เมื่อทบทวนแล้วว่าการปฏิบัติที่ยังไม่ประสบความสำเร็จเกิดจากข้อบกพร่องตรงส่วนใดก็มีการหาแนวทางปรับปรุงการปฏิบัติงานในส่วนนั้นให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ดูแลเด็กเลี้ยงดูเด็กมากยิ่งขึ้น

(4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม (act: A) ในขั้นตอนนี้เป็นการลงมือปฏิบัติกับเด็กซ้ำครั้งที่ 2 ในปัญหาเดิมจากรูปแบบการปรับพฤติกรรมครั้งแรกที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือพฤติกรรมนั้นได้ โดยจะมีการทบทวนแนวปฏิบัติ เพื่อทำความเข้าใจใหม่ พร้อมการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ เหมาะสมกับแต่ละครอบครัวโดยมีเป้าหมายคือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2.2.3 งานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และ ประทีป ปัญญา (2553) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาสโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส จำนวน 20 คน โดย การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้สาเหตุและอาการของโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนจากประสบการณ์ที่ผ่านมาเนื่องจากเคยมีบุคคลในครอบครัวเพื่อนญาติเป็นโรคเบาหวานแต่เมื่อรับประทานยาแล้วอาการดีขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนที่มีปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งตัวผู้ป่วยเองและสภาพแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ พฤติกรรมการพักผ่อนพบว่ามีการพักผ่อนไม่เพียงพอ คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการทำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทำกิจกรรมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ชมนาด วรรณพรศิริ และ วนิตา มาด้วง (2552) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ต้องขัง ทักษสถานหญิงพิษณุโลก พบว่า คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม ด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมและด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง

สวาท ฉิมพาลี, ญัฐจาพร พิชัยณรงค์ และ พาณี สีดกสิน (2553) เรื่อง การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่าการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิง (P-D-C-A) มาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยทำให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น บุคลากรสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เข้าใจสภาพปัญหาและมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหา

พงษ์สนธิ, สงครามชัย ลีทองดี และ จุฬารณณ์ โสตะ (2553) เรื่อง การพัฒนาคุณภาพศูนย์เด็กเล็กตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนอ่วยุ: กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กเทศบาลอำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร พบว่า การพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก โดยการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่งและการวางแผนแบบมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลทำให้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กมีส่วนร่วมในการพัฒนาตามกระบวนการวงจรคุณภาพมากขึ้นและมีผลทำให้ศูนย์เด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนอ่วยุ ระดับดี

สด บุตรโคตร (2551) เรื่องการพัฒนาครูด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบบูรณาการ โรงเรียนบ้านหนองเมย อำเภอเมยวี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (P-D-C-A) ในการจัดทำแผนการจัดประสบการณ์แบบบูรณาการ พบว่า การพัฒนาครูให้มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีลักษณะการผสมผสานความรู้ต่างๆเข้าด้วยกัน และเรียนรู้ตนเอง ด้วยกระบวนการ P-D-C-A ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดประสบการณ์แบบบูรณาการและสามารถจัดเขียนแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุได้ว่า เมื่อกลุ่มเป้าหมายได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พบว่า เมื่อได้ให้ความรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านดีขึ้นและสามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้อื่นได้อย่างถูกต้องครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนั้นจะต้องมีการตรวจสอบและประเมินตนเองตลอดเวลาว่าปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ โดยใช้กระบวนการของวงจรคุณภาพ P-D-C-A มาเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อพบว่าการปฏิบัติเช่นนี้ยังไม่สามารถทำให้มีสุขภาพดีได้ ผู้ปฏิบัติต้องเริ่ม คิดวิเคราะห์ วางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไขใหม่เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถาวร เปรียบเสมือนกระบวนการวงจรคุณภาพ P-D-C-A จะไม่หยุดหรือจบลงแต่จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อยๆ เพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่อง (พัฒนา พงษ์สนธิ, สงครามชัย ลีทองดี และ จุฬารณณ์ โสตะ, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาติ จันดา, อรุสา พรหมทา และอนุสรณ์ ฤสินแก่น (2556) เรื่อง การพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กด้านการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผลการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กด้านการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการและใช้ P-D-C-A เป็นเครื่องมือในการอบรม ผลการประเมินแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการมีระดับคุณภาพโดยรวมในระดับมาก

จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 4 มิติ ประกอบด้วย กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มาเป็นพื้นฐานในการจัดทำโปรแกรมการดูแลสุขภาพเด็กอย่างองค์รวม เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม

และจิตวิญญาณ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันจะขาดอย่างหนึ่งอย่างใดไม่ได้ ถ้าขาดความสมดุลในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งมีผลต่อความไม่สุขสบายทางกายและจิตใจ โดยโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กได้ปรับทัศนคติและมีความเข้าใจในเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน และสามารถวิเคราะห์ปัญหา แก้ไขปัญหาและหาแนวทางปฏิบัติการดูแลเด็กได้ตรงตาม 4 มิติ โดยใช้กระบวนการวงจรควบคุมคุณภาพ P-D-C-A มาฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การนำวงจรควบคุมคุณภาพ P-D-C-A มาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน สามารถทำให้งานนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กโดยประยุกต์วงจรควบคุมคุณภาพ P-D-C-A มาใช้ฝึกปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการคิด วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา และปฏิบัติตามแผน และสิ่งสำคัญในการนำวงจรควบคุมคุณภาพ P-D-C-A มาใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากวงจรควบคุมคุณภาพ P-D-C-A สามารถหมุนไปได้เรื่อยๆ เมื่อการดำเนินงานมีปัญหาหรืออุปสรรค ก็สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ นั่นคือผู้ดูแลเด็กสามารถทบทวนวิธีปฏิบัติการดูแลเด็กได้ตลอดเวลาถ้าพบว่าการปฏิบัติการดูแลทั้ง 4 มิติที่ไม่สามารถช่วยให้เด็กมีสุขภาพกายและจิตใจได้ตามเป้าหมาย ผู้ดูแลสามารถนำปัญหามาวิเคราะห์และวางแผนใหม่ที่ตรงกับปัญหาและสามารถปรับให้เข้ากับบริบทของตนเองซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอย่างแท้จริงและส่งผลให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่จัดให้แก่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน โดยการประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มซึ่งมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

3.1 รูปแบบการทดลอง

R	E	O _{E1}	X	O _{E2}
R	C	O _{C1}		O _{C2}
$O_{E2} - O_{E1} = \bar{D}_1$				
$O_{C2} - O_{C1} = \bar{D}_2$				

โดยกำหนดให้

- R คือ การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- E คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบจับคู่ กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง
- C คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบจับคู่ กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม
- X คือ การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวม
- O_{E1} คือ คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กก่อนที่จะได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
- O_{E2} คือ คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
- O_{C1} คือ คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยประเมินในช่วงเวลาเดียวกันกับการประเมิน O_{E1}
- O_{C2} คือ คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยประเมินในช่วงเวลาเดียวกันกับการประเมิน O_{E2}

\bar{D}_1 คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลองที่ประเมินได้ ระหว่างหลังการทดลอง (O_{E2}) กับก่อนการทดลอง (O_{E1})

\bar{D}_2 คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ระหว่างหลังการทดลอง (O_{C2}) และก่อนการทดลอง (O_{C1}) ในกลุ่มที่ได้รับดูแลตามปกติ

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน อายุระหว่าง 25-60 ปี ประกอบด้วยเพศหญิงและเพศชาย โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 365 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนซึ่งประกอบด้วย เพศชายและเพศหญิงได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) ได้อาสาสมัครตามเกณฑ์ เป็นจำนวน 60 คน และสุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกและพยาบาล จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองที่นอกจากจะได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกและพยาบาลแล้วยังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม จำนวน 30 คน

3.2.2.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้า โดยกำหนดมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

(1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria)

คือ

1. ผู้ดูแลเด็ก โดยที่เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมีอายุระหว่าง 6-12 ปี และเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้รับการประเมินจากแพทย์หรือนักจิตวิทยา
2. เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน และเป็นผู้ดูแลเด็กมาไม่ต่ำกว่า 1 ปี อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กและไม่เป็นผู้ถูกว่าจ้างให้ดูแลเด็ก
3. อายุระหว่าง 25 – 60 ปี เพศชายหรือเพศหญิง
4. การศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป สามารถสื่อสารทั้งการเขียน การอ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้
5. ไม่มีประวัติการรับบริการด้านสุขภาพจิตไม่มีภาวะบกพร่องทางปัญญาและไม่มีอาการทางจิตอื่นๆ

(2) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria)

ประกอบด้วย

1. เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนซึ่งเด็กมีความบกพร่องร่วม เช่น ออทิสติก ปัญญาอ่อน ชน และสมาธิสั้น
2. ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถเข้าร่วมตามโปรแกรมได้ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป จากทั้งหมด 6 ครั้ง

3.2.2.2 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการโดยใช้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% หรือระดับนัยสำคัญที่ .05 (Polit & Hungler, 1999) ใช้ค่าอำนาจอิทธิพลเท่ากับ .67 (สุชญาดา ขุนเสถียร, วรรณมา อาราม, ปราณี ทองใส และ ถาวร ทรัพย์ทวีสิน, 2555) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.5 ได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการทดแทนการสูญเสียประมาณร้อยละ 10 รวมเป็น 62 คน

(1) การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1. ขั้นตอนประเมินคุณสมบัติ

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียนจำนวน 365 คน ได้คัดเลือกผู้ดูแลเด็กออกจำนวน 259 คน เนื่องจากคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย จำนวน 198 คน และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 61 คน เหลือผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ศึกษา จำนวน 106 คน

2. ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและจัดกลุ่มตัวอย่าง

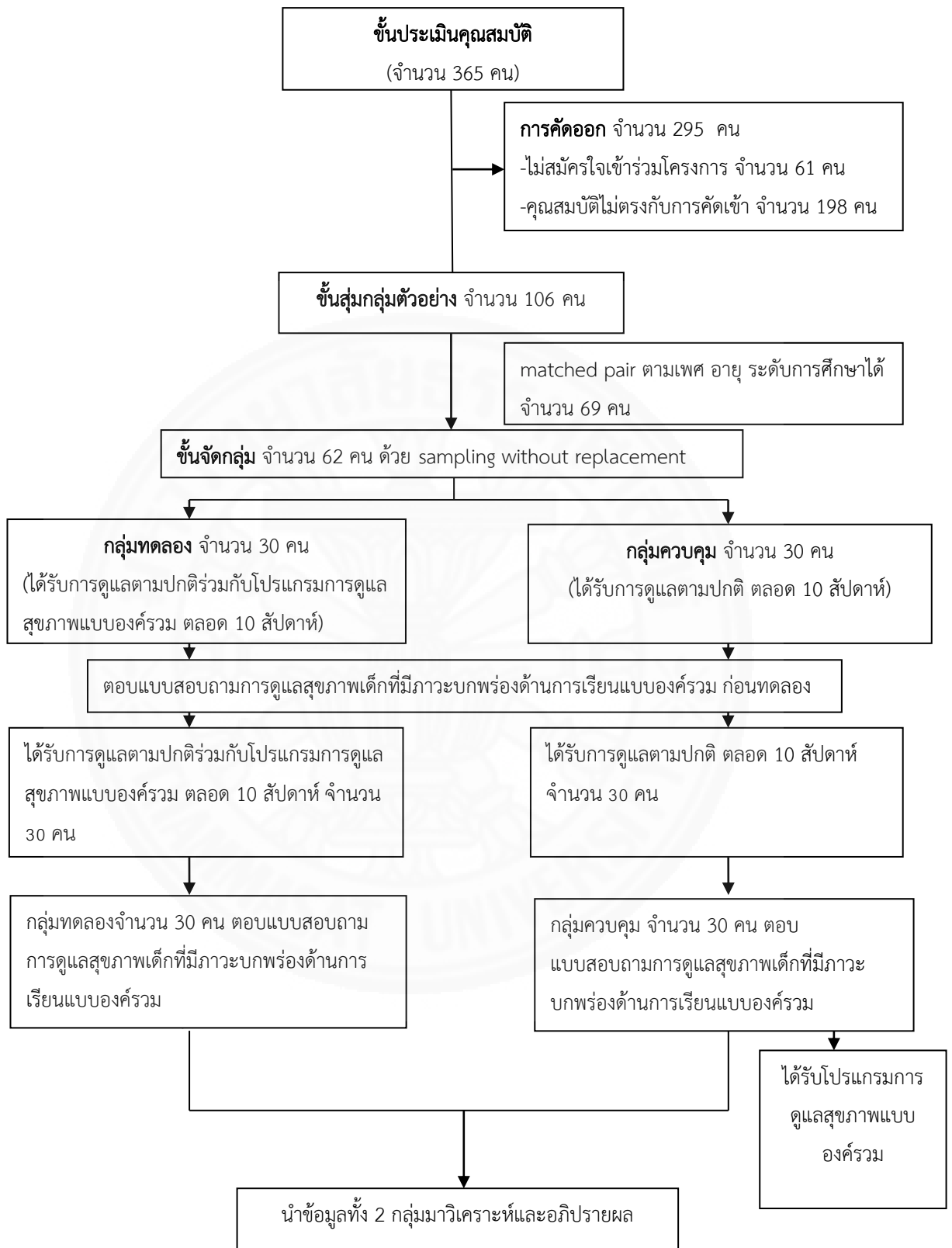
นำกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ศึกษา จำนวน 106 คน ทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ คือแบ่งเป็นหญิงและชาย อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน โดยแบ่งช่วงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอายุ 25 - 40 ปี และกลุ่มอายุ 41 - 60 ปี การศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มประถมศึกษา กลุ่มมัธยมศึกษาและกลุ่มอุดมศึกษา ได้ผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 69 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) เพื่อป้องกันผู้ดูแลเด็กทั้ง 2 กลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างการทดลอง ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยเขียนรายชื่อผู้ดูแลเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใส่ไว้ในกล่องแล้วจับฉลากขึ้นมาโดยสลับกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย

กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการดูแลรักษาตามปกติโดยแพทย์หรือนักจิตวิทยา โดยผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย เพศชายและหญิง ที่มีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน แบ่งช่วงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 25-40 ปี และ กลุ่มอายุ 41 - 60 ปี การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มประถมศึกษา กลุ่มมัธยมศึกษาและกลุ่ม อุดมศึกษา หลังจากกระบวนการทดลองเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว กลุ่มควบคุมจะได้รับการอบรมโปรแกรมการดูแล สุขภาพแบบองค์รวมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเพื่อความเป็นธรรมตามจริยธรรมการวิจัย

กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน จำนวน 30 คน แต่ละคนมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันกับผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลเด็ก กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับการอบรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนอกเหนือไปจากการดูแล รักษาตามปกติเมื่อพาเด็กมาพบแพทย์หรือนักจิตวิทยา โดยผู้ดูแลเด็กประกอบด้วยเพศชายและหญิง ที่มีอายุ แบ่งช่วงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอายุ 25-40 ปี และกลุ่มอายุ 41-60 ปี การศึกษาอยู่ในระดับ เดียวกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มประถมศึกษา กลุ่มมัธยมศึกษาและกลุ่มอุดมศึกษา

3.2.2.3 เก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 12 กันยายน 2558 ถึงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2558



ภาพประกอบที่ 3.1 แสดงขั้นตอนการทดลอง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพองค์รวมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาหลักเกณฑ์วิธีการสร้างแบบสอบถาม ศึกษาทฤษฎี งานวิจัย บทความและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.3.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งครอบคลุมเรื่องของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ระยะเวลาการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน จำนวน 6 ข้อ

3.3.2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมา โดยใช้แนวคิด ของแลนดรัม (Landrum et al, 1993) ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ คนเราจะเป็นสุขได้จะต้องมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 ได้แก่ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายการดำรงชีวิตโดยแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน แบ่งเป็นพฤติกรรม การดูแลด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยข้อคำถามที่เป็นคะแนนทางบวกมีจำนวน 16 ข้อ มีหลักเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	ลักษณะพฤติกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นประจำสม่ำเสมอ	5
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เกือบทุกครั้ง หรือปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	4
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ ไม่สม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง บางครั้งไม่ปฏิบัติ	3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ น้อยมาก	2
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรม หรือไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเลย	1

ข้อความที่เป็นคะแนนทางลบมีจำนวน 4 ข้อ มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนในทางกลับกัน ดังนี้

คำตอบ	ลักษณะพฤติกรรม	เกณฑ์การให้คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นประจำสม่ำเสมอ	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เกือบทุกครั้ง หรือปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่	2
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ ไม่สม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง บางครั้งไม่ปฏิบัติ	3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ น้อยมาก	4
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรม หรือไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเลย	5

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

3.4.1.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน โดยการใช้การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อความกับเนื้อหาเดิมที่ตัวแปร และนิยามเชิงปฏิบัติการโดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นจิตแพทย์เด็กประจำสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สถาบันธัญญารักษ์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ .82 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553, น.262) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เมื่อได้ข้อความที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วจากนั้นนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์รายข้อ (item analysis) เพื่อหาความสอดคล้องภายใน และคัดเลือกคำถามที่ไม่ตรงเกณฑ์ออก ซึ่งได้แก่ข้อความที่มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (corrected item total correlation) ต่ำกว่า .30 จำนวน 13 ข้อ ส่วนข้อความที่มีค่า สหสัมพันธ์รายข้อกับ

คะแนนรวมทั้งฉบับ +.30 ขึ้นไป จัดเป็นข้อคำถามที่ดี และได้คัดเลือกไว้จำนวน 20 ข้อ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553, น.263) ดังนั้นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนฉบับนี้ จึงประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก จำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ คือ

3.4.1.2 โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

โปรแกรมนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยมีแนวคิดจากการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของแลนดรัม (Landrum et al, 1993) การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ และหลักการวิเคราะห์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูล PubMed www.thailis.or.th www.dmh.go.th library.cmu.ac.th สถาบันราชานุกูล และฐานข้อมูลงานวิจัยของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รวมจำนวน 224 เรื่อง และคัดเลือกงานวิจัยที่เหมาะสมได้จากงานวิจัยจำนวน 24 เรื่อง คัดเลือกเนื้อหาที่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้สร้างโปรแกรมให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมคือ การส่งเสริมสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 6 กิจกรรม ปฏิบัติกิจกรรมครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กิจกรรมเน้นให้ผู้ดูแลเด็กได้มีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดและวิธีปฏิบัติในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน พร้อมฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้มีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติต่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนที่ตนดูแล เพื่อช่วยค้นหาปัญหา อุปสรรคในแต่ละขั้นตอนของการฝึกอบรม และเป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับและปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมให้ครอบคลุมแบบองค์รวม โดยขับเคลื่อนกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ด้วยวงจรควบคุมคุณภาพได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผนการตรวจสอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม (PDCA : plan-do-check-act) เพื่อให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมพอสังเขปคือ

- (1) การปรับแนวคิดและมุมมองของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน
- (2) การวางแผน (plan) เป็นกระบวนการที่ให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน โดยให้ผู้ดูแลเด็กแต่ละคนได้มองเห็นภาพรวมของเด็กตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และร่วมกันวิเคราะห์ที่ละประเด็นตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล มีการระดมความคิดในการช่วยกันหาวิธีแก้ไขปัญหา การลงมือปฏิบัติและการตรวจสอบตนเอง
- (3) การปฏิบัติตามแผน (do) เมื่อได้มีการระดมความคิดกันในกลุ่มของการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งก็จะได้นำปฏิบัติของการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนก็นำแนวปฏิบัติที่ได้ตกลงร่วมกันไปใช้ในการปฏิบัติดูแลเด็ก โดยในการปฏิบัติก็จะมีการตรวจสอบควบคุมกัน

ไปด้วยเพื่อนำปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแลเด็กมาปรับปรุงใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัวให้มากที่สุด

(4) การตรวจสอบ (check) และประเมินความก้าวหน้า เป็นการกระทำที่ทำความคุ้นเคยกับการปฏิบัติตามแผนของผู้ดูแลเด็ก เมื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านในการดูแลเด็ก โดยการตรวจสอบดูว่าเมื่อได้ปรับการดูแลเด็กตามแนวทางที่กำหนดแล้วผลที่ได้เป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรที่ทำให้การดูแลเด็กไม่ประสบความสำเร็จหรือยังปฏิบัติไม่ได้ เพื่อนำมาร่วมกันระดมความคิดในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป และค้นหาแนวทางปฏิบัติใหม่ให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ดูแลเด็กเลี้ยงดูเด็กมากยิ่งขึ้น

(5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม (act) ในขั้นตอนนี้เป็นการลงมือปฏิบัติกับเด็กซ้ำครั้งที่ 2 ในปัญหาเดิมจากรูปแบบการปรับพฤติกรรมครั้งแรกไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือพฤติกรรมนั้นได้ โดยจะมีการทบทวนแนวปฏิบัติในแต่ละครั้งที่นัดหมายมาพบกัน เพื่อทำความเข้าใจใหม่ พร้อมการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละครอบครัวโดยมีเป้าหมายคือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมนี้อยู่ในภาคผนวก ค

3.4.2 การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยการนำแบบสอบถามการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คุณสมบัติที่กำหนดให้ จำนวน 30 ราย โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .94

3.5 การดำเนินวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน หลังจากได้รับอนุมัติโครงการ จึงได้เก็บดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 ขั้นเตรียมการ

3.5.1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ

สาธารณสุขอำเภอ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเพื่อประสานความร่วมมือในการทำวิจัย

3.5.1.2 หลังจากได้รับการอนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเพื่อประสานความร่วมมือในการทำวิจัย

3.5.1.3 ผู้วิจัยศึกษาประวัติของผู้ดูแลเด็ก และลักษณะเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามที่กำหนดและทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน และแจ้งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง เพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

3.5.1.4 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการปฐมนิเทศก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลอง 30 คนจะแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน นัดหมายคนละช่วงเวลา คือ กลุ่มย่อยที่ 1 วันเสาร์ เวลา 10.00 น.- 11.30 น. กลุ่มย่อยที่ 2 วันเสาร์ เวลา 13.30 น.- 15.00 น. และกลุ่มย่อยที่ 3 วันอาทิตย์ เวลา 10.00 น. - 11.30 น. โดยการปฐมนิเทศผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนต่างๆ ของงานวิจัยนี้ ขอความร่วมมือในเข้าร่วมกิจกรรม ชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถามและการเก็บข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับของข้อมูล โดยแจ้งแก่กลุ่มตัวอย่างว่า คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลได้มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อก และมีการรายงานผลการวิจัยในลักษณะของภาพรวมไม่ได้ระบุเป็นรายบุคคล และจะได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมโครงการทดลองระยะเวลาทำการทดลอง การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งสิ้น และผู้ดูแลเด็กสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากงานวิจัยเวลาใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนและตัวผู้ดูแลเด็กในการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มควบคุมจะนัดมาคนละสัปดาห์พร้อมกันทั้ง 30 คน และได้ชี้แจงเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3.5.1.5 หากกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานและให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลในแบบสอบถามการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวม โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เข้าใจก่อนตอบคำถาม ผู้วิจัยคอยตอบข้อสงสัยให้กับกลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ทุกครั้งถ้าพบว่าไม่สมบูรณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทำให้ครบถ้วนอีกครั้งก่อนส่งคืนผู้วิจัย

3.5.1.6 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองให้มาเข้าร่วมโครงการในสัปดาห์ถัดไปตามวันและเวลาที่กำหนด ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง กลุ่มควบคุมเมื่อทำแบบสอบถามการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวมในวันปฐมนิเทศแล้วนัดในสัปดาห์ที่ 11

3.5.1.7 ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการขอเบอร์โทรศัพท์ เพื่อติดต่อในเรื่องที่จะต้องแจ้งเตือนวันนัดล่วงหน้าและติดตามกรณีขาดการทดลอง

3.5.2 ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน นัดหมายคนละช่วงเวลา คือ กลุ่มย่อยที่ 1 วันเสาร์ เวลา 10.00 น.- 11.30 น. กลุ่มย่อยที่ 2 วันเสาร์ เวลา 13.30 น. – 15.00 น. และกลุ่มย่อยที่ 3 วันอาทิตย์ เวลา 10.00 น. – 11.30 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง กิจกรรมประกอบด้วย 5 กิจกรรมๆละ 1.30 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 2-6 ห่างกัน 2 สัปดาห์ รวม 10 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 10 กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวม ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน นัดมาทำแบบสอบถามการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 11

นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่าง มาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำคะแนนไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงสิทธิและเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA 005/2558 โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

3.6.1 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้หนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.6.2 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก และการคัดออก พร้อมชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับทราบกระบวนการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจพบได้ และให้ความมั่นใจว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูก

เก็บเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-นามสกุล และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกและการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการฝึกโปรแกรมระหว่างการดำเนินการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาและการรับบริการสุขภาพตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับค่าชดเชยเวลาในการมาเข้าร่วมโปรแกรม ครั้งละ 100 บาทต่อคน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะทราบผลของการวิจัยหลังจากการวิจัยได้เสร็จสิ้นแล้ว

3.6.3 หากกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมในแบบฟอร์มการเข้าร่วมโครงการวิจัย ทางผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เพื่อความสะดวกในการนัดหมายเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละครั้ง

3.6.4 สำหรับผู้ดูแลเด็ก ในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ซึ่งมีลักษณะที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันกับกลุ่มทดลองผู้วิจัยขอความร่วมมือและให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน และให้ความรู้ตามปกติ เมื่อครบกำหนดระยะเวลาของการทดลองในกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามอีกครั้งพร้อมทั้งจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพองค์รวมเช่นเดียวกับที่ให้กับกลุ่มทดลองให้กับกลุ่มควบคุม หลังจากนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลการเข้าร่วมในโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของกลุ่มทดลองแล้ว

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามแล้ว ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ตามจำนวนตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลจากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล

3.7.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้านประสาสังคมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการนำเสนอในรูปอัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2 วิเคราะห์คะแนนระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

3.7.3 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้สถิติ ที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษานี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ย(mean difference)ระดับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ในการนำเสนอข้อมูล ดังต่อไปนี้

n	คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
M	คือ ค่าเฉลี่ยของข้อมูล
SD	คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
p-value	คือ ระดับนัยสำคัญ
χ^2	คือ ค่าพิชเซอร์ แอคแซค (Fisher's exact test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร
t	คือ ค่าสถิติที่ใช้ทดสอบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนของผู้ดูแลเด็ก
df	คือ ชั้นของความเป็นอิสระ
\bar{D}_1	คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลองที่ประเมินได้หลังการทดลอง (O_{E2}) กับก่อนการทดลอง (O_{E1}) ($\bar{D}_1 = O_{E2} - O_{E1}$)
\bar{D}_2	คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มควบคุมที่ประเมินหลังการทดลอง (O_{C2}) กับก่อนการทดลอง (O_{C1}) ($\bar{D}_2 = O_{C2} - O_{C1}$)

4.1 ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลได้จำแนก เป็น การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบสมมติฐาน ดังนี้

ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงเท่ากันคือ เพศชาย จำนวน 7 คน เพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 และ 76.7 ตามลำดับ การศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษา ประถมศึกษา โดยในกลุ่มทดลองมีการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา จำนวน 18 คน 10 คน และ 2 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 60.0, 33.3 และ 6.7 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมมีการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา จำนวน 15 คน 11 คน และ 4 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 50.0 36.7 และ 13.3 ตามลำดับ สถานภาพสมรสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ โดยกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรส คู่ หย่า หม้าย โสด และแยกกันอยู่ จำนวน 21 คน 5 คน 2 คน 1 คน และ 1 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 70.0, 16.7, 6.7, 3.3 และ 3.3 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส คู่ หย่า โสด แยกกันอยู่ และหม้าย จำนวน 19 คน 4 คน 3 คน 3 คน และ 1 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 63.3, 13.3, 10.0, 10.0 และ 3.3 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เป็นแม่ โดยกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นแม่ ตา,ยาย ปู่,ย่า พ่อ และลุง,ป้า,น้า, อา จำนวน 16 คน 6 คน 5 คน 2 คน และ 1 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 53.3, 20.0, 16.7, 6.7 และ 3.3 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นแม่ พ่อ ตา,ยาย ลุง,ป้า,น้า อา ปู่,ย่า จำนวน 8 คน 7 คน 6 คน 5 คน และ 4 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 26.7, 23.3, 20.0, 16.7 และ 13.3 ตามลำดับ ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็ก ระหว่าง 5ปี – 10 ปี โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ดูแลเด็ก 5 - 10 ปี 10 ปีขึ้นไป และ 1 - 5 ปี จำนวน 22 คน 6 คน และ 2 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 73.3, 20.0 และ 6.7 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ดูแลเด็ก 5 - 10 ปี 1 - 5 ปี และ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน 6 คน และ 4 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 66.7, 20.0 และ 13.3 ตามลำดับ ซึ่งเปรียบเทียบความแตกต่างของเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนและระยะเวลาในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติฟิชเชอร์แอคแซค (Fisher's exact test) พบว่า ทั้งสองกลุ่ม

แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p > .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางด้านการเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติทั่วไปที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กจำแนกตามเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็ก ($n=60$)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง ($n=30$)		กลุ่มควบคุม ($n=30$)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					.030 ^{ns}	1.0
ชาย	7	23.3	7	23.3		
หญิง	23	76.7	23	76.7		
2. การศึกษา					.653 ^{ns}	.61
ประถมศึกษา	18	60.0	15	50.0		
มัธยมศึกษา	10	33.3	11	36.7		
อุดมศึกษา	2	6.7	4	13.3		
3. สถานภาพสมรส					.686 ^{ns}	.64
โสด	1	3.3	3	10.0		
คู่	21	70.0	19	63.3		
หย่า	5	16.7	4	13.3		
หม้าย	2	6.7	1	3.3		
แยกกันอยู่	1	3.3	3	10.0		
5. ความสัมพันธ์กับเด็ก					.012 ^{ns}	.08
พ่อ	2	6.7	7	23.3		
แม่	16	53.3	8	26.7		
ปู่,ย่า	5	16.7	4	13.3		
ตา,ยาย	6	20.0	6	20.0		
ลุง,ป้า,น้ำอา	1	3.3	5	16.7		
6. ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็ก					.298 ^{ns}	.29
1 – 5 ปี	2	6.7	6	20.0		
5 – 10 ปี	22	73.3	20	66.7		
10 ปีขึ้นไป	6	20.0	4	13.3		

ns =non-significant

การวิเคราะห์อายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 43.13 ปี และ 41.97 ปี ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มด้วยสถิติที่ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าอายุ มีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุของผู้ดูแลเด็ก (n=60)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
อายุ (ปี)							
อายุเฉลี่ย	43.13	8.71	41.97	9.61	58	.49	.62

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อตอบสนองมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (n=30)

คะแนนพฤติกรรม การดูแลเด็ก	กลุ่มทดลอง (n=30)		df	t
	M	SD		
ก่อนทดลอง	49.57	5.25	29	16.51 ^{***}
หลังทดลอง	69.07	5.60		

***p < .001

จากตารางที่ 4.3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน หลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (M=69.07, SD= 5.60) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (M =49.57, SD=5.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t =16.51)

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

คะแนนพฤติกรรม การดูแลเด็ก	กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t
	M	SD		
ก่อนทดลอง	51.60	3.75	29	.75 ^{ns}
หลังทดลอง	52.33	2.73		

^{ns} p> .05

จากตารางที่ 4.4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คนหลังการทดลอง (M=52.33, SD=2.73) สูงกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย (M = 51.60, SD= 3.75) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t =0.75)

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลเด็ก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) กับกลุ่มควบคุม (n=30)

คะแนนพฤติกรรม การดูแลเด็ก	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			df	t
	M	SD	\bar{D}_1	M	SD	\bar{D}_2		
ก่อนทดลอง	49.57	5.25	19.50	51.60	3.75	.73	58	12.25 ^{***}
หลังทดลอง	69.07	5.60		52.33	2.73			

^{***}p< .001

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลเด็ก ก่อนและหลังการทดลอง ($\bar{D}_1 = 19.50$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t= 12.25)

4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม อธิบายได้ว่ากิจกรรมที่ออกแบบเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนอย่างองค์รวม ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ขับเคลื่อนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กด้วยวงจรควบคุมคุณภาพ P-D-C-A ที่เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ปฏิบัติตามแผน และการตรวจสอบการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งถ้าพบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผู้ดูแลเด็กกลับมาวิเคราะห์หาจุดอ่อนจากการปฏิบัติ และแสวงหาแนวทางปฏิบัติใหม่เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนอย่างองค์รวมที่แท้จริงและต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการ P-D-C-A นั้นในแต่ละมิติสามารถหมุนวงล้อไปได้หลายรอบเพื่อปรับการปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตรงตามปัญหาและตามบริบทของผู้ดูแล โดย

กิจกรรมครั้งที่ 1 เรียนรู้เด็กแอลดี กิจกรรมนี้ดำเนินการในวันแรกของการร่วมกิจกรรม ได้นำให้ผู้ดูแลเด็กได้รู้จักกระบวนการควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A) ที่ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน ลงมือปฏิบัติ ตรวจสอบ ประเมินผลและปรับปรุง กิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลเด็กและผู้วิจัย เรียนรู้ลักษณะเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน คือ เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนเกิดจากความบกพร่องการทำงานของสมองทำให้เด็กที่มีสติปัญญาปกติเรียนหนังสือได้ต่ำกว่าเกณฑ์ชั้นเรียน ซึ่งอาจจะเป็นด้านหนึ่งด้านใด เช่น การอ่าน การเขียน คิดคำนวณ หรือหลายด้านประกอบกัน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2558) รวมถึงการเรียนรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ มีความสัมพันธ์ทุกอย่าง ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนตัว ร่างกายไม่ได้แยกจากจิตใจได้ สุขภาพองค์รวมจึงสะท้อนออกมาในการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ ทำให้อยู่อย่างมีความสุขด้วยการรู้จักเลือกวิธีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (เสรี พงศ์พิศ, 2553) และเมื่อได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มจนเกิดการเรียนรู้ที่ตรงกันเกี่ยวกับเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการ

เรียน จึงได้มอบบันทึกรักษาสุภาพเด็กให้ผู้ดูแลเด็กกลับไปบันทึกลักษณะของเด็กที่บ้านเพื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางกาย” กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้การดูแลสุขภาพเด็กด้านร่างกายประกอบด้วย เรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน แต่ก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกิจกรรมครั้งที่ 1 เพื่อตรวจสอบว่าผู้ดูแลเด็กได้รู้จักลักษณะเด็กที่ดูแล ต่อไปเริ่มกิจกรรมโดยให้สมาชิกกลุ่มได้แบ่งกลุ่มและร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็นการดูแลสุขภาพกายทั้ง 3 ประเด็น และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของตนเองเกี่ยวกับการดูแลเด็กและผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการเรียนรู้การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นของสมาชิกแต่ละคนเพื่อที่ผู้ดูแลจะได้นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติได้ถูกต้องกับเด็กที่ดูแลและบันทึกใน บันทึกรักษาสุภาพเด็ก ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเด็กได้เรียนรู้ว่า อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต อาหารที่รับประทานเข้าสู่ร่างกายมีประโยชน์ (ภิพ ทงจันทร์, 2558) และมีคุณค่าต่อร่างกาย ช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ แต่ผู้ดูแลเด็กต้องคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่เพียงพอสำหรับเด็กไม่มากหรือน้อยเกินไป เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และอาหารเข้าเป็นมื้ออาหารที่สำคัญสำหรับร่างกาย เช่น การเลือกซื้อผักและผลไม้ที่ปลอดสารพิษ การเลือกซื้ออาหารที่มีเครื่องหมาย อย. การปรุงอาหารให้สุก เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการส่งเสริมให้เด็กได้ดื่มน้ำที่สะอาดและเพียงพอต่อร่างกาย คือ วันละ 6-10 แก้ว หลักในการจัดอาหารที่ถูกหลักโภชนาการให้กับเด็ก (วณิชา กิจวรพัฒน์, 2554) และอาหารเข้าเป็นมื้ออาหารที่สำคัญสำหรับร่างกาย ซึ่งผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้เด็กได้รับประทานอาหารเข้า สอดคล้องการศึกษาวิจัยของภิพ ทงจันทร์ (2558) ที่กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและผลกระทบจากการไม่รับประทานอาหารเช้า แต่ยังมีปฏิบัติไม่ถูกต้องคือไม่รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ การออกกำลังกาย ผู้ดูแลได้มีการเรียนรู้เพิ่มเติมว่า วัยเด็กเป็นวัยที่มีการพัฒนาด้านร่างกายทั้งขนาด รูปร่าง การทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ จิตใจและความคิด ซึ่งการออกกำลังกายมีส่วนช่วยในการพัฒนาการ (ชาญลักษณ์ เขียมมิตร, 2554) ที่กล่าวว่า การออกกำลังกายส่งผลให้ต่อมไร้ท่อในสมองซีกซีกหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (endorphin) มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน (morphine) จะทำให้รู้สึกเป็นสุขไม่เครียด (อมรศรี ยอดคำ, ชุติสุดา เนติกุล, วิโรจน์ เล็งรักษา, มนวดี ประกายรุ่งทอง และ เอื้องไพร อัสวศรีอนันต์, 2557) สำหรับเด็กกลุ่มอายุ 5-17 ปี การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ การเล่นกีฬาและสันทนาการ (สรญา สระทองเทียน, 2557) การพักผ่อนผู้ดูแลเด็กได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงคุณประโยชน์ของการให้เด็กได้พักผ่อน ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและการพักผ่อนที่ดีที่สุด คือ การนอนหลับในช่วงกลางคืน อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง (นิตยา ตรีศิลป์วิเศษ และ พิมลพรรณ พิทยานุกุล, 2555) และเมื่อได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่มจนผู้ดูแลเด็กแต่ละคนสามารถวิเคราะห์ปัญหา และมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลให้เด็กมีร่างกายที่สมบูรณ์และ

แข็งแรงเพื่อพัฒนาการที่สมวัย ผู้ดูแลเด็กได้นำความรู้ที่ได้กลับไปดูแลเด็กและบันทึกการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน บันทึกรักษาสุภาพเด็ก

กิจกรรมครั้งที่ 3 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางใจ” กิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความเข้าใจภาวะอารมณ์ของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนโดยเฉพาะอารมณ์โกรธและการจัดการกับอารมณ์โกรธ แต่ก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 3 ได้มีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแล ในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายเด็ก ซึ่งถ้าพบปัญหาจากการกลับไปดูแลเด็กที่บ้าน ได้นำมาแลกเปลี่ยนและให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์และร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติใหม่ กิจกรรมส่งเสริมมิติทางใจของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจะกล่าวถึงเรื่อง อารมณ์โกรธและการจัดการกับอารมณ์โกรธของเด็ก เพราะเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจะมีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวอยู่ตลอดเวลา เพราะมีความกดดันจากที่บ้าน โรงเรียนและเพื่อน (Brook & Boaz, 2005) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมได้ให้ผู้ดูแลได้มีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตนเองเพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ เทคนิคการคลายเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะทำให้ลดความวิตกกังวล จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2558) และผู้ดูแลเด็กได้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เด็กเกิดความเครียด คือ ส่วนหนึ่งมาจากที่ผู้ดูแลมีความเข้มงวดเรื่องการเรียนรู้ของเด็ก และผู้ดูแลเด็กได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการแก้ไขอารมณ์โกรธของเด็กเช่น การฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เดินเล่น นับหนึ่งถึงสิบ เป็นต้น หากไม่สามารถรับมือกับเหตุการณ์หรือสาเหตุได้ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็กภายหลังได้ จำเป็นจะต้องเรียนรู้วิธีการจัดการอย่างเหมาะสม (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2544, หน้า 29; สุพรรณิการ์ณ มาศยคง, 2554) การจัดการกับอารมณ์โกรธของตนเองอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้อารมณ์โกรธของเด็กลดลงเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข การควบคุมอารมณ์โกรธทำให้เกิดทักษะทางปัญญาที่จะช่วยให้รู้จักยับยั้งที่จะแสดงความโกรธออก (สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา, 2553) และเมื่อได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่มจนผู้ดูแลเด็กแต่ละคนสามารถวิเคราะห์ปัญหา และมีวิธีการแก้ไขอารมณ์ของเด็กเพื่อผู้ดูแลเด็กได้นำความรู้ที่ได้กลับไปดูแลเด็กและบันทึกการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน บันทึกรักษาสุภาพเด็ก

กิจกรรมครั้งที่ 4 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติด้านสังคม” กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้เรียนรู้การฝึกทักษะการเข้าสังคมที่เหมาะสมกับเด็ก และพยายามมองหาศักยภาพด้านอื่นเนื่องจากเด็กบางรายจะมีปัญหาการเข้าสังคม เด็กไม่สามารถคิดเองได้ว่าตนเองดีด้านไหนเหมือนเพชรที่ไม่ได้เจียรนัย ถ้าเด็กไม่สามารถจัดการปัญหาของตนเองได้จะทำให้เด็กแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Saxby & Morgan, 1993; วิชช์ เกษมทรัพย์ และคณะ, 2556) ผู้ดูแลจะต้องค้นหาศักยภาพของเด็กที่มีอยู่และชักนำให้นำมาใช้ประโยชน์ เด็กก็จะเห็นคุณค่าของตัวเอง เกิดพฤติกรรมที่ดีขึ้นเป็นลำดับ (สุพรรณิ อ่อนจาก, 2558) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมได้ติดตามการดูแลเด็กในมิติที่ผ่านมาเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม หลังจากนั้นผู้ดูแลเด็กแต่ละคนได้วิเคราะห์พฤติกรรม

การแสดงออกของเด็กในด้านการเรียน การเข้าสังคมและวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับเด็กโดยให้ผู้ดูแลเด็กมองหาจุดเด่นและจุดด้อยของเด็กด้วยกิจกรรม “จุดเด่น จุดด้อย” ทำให้ผู้ดูแลได้ค้นหาข้อดีของเด็กเพื่อการส่งเสริมและข้อด้อยของเด็กเพื่อการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งผู้ดูแลเด็กจะมองออกว่าเด็กที่ดูแลมีส่วนดีส่วนด้อยตรงไหน ผู้ดูแลเด็กต้องยอมรับว่าเด็กศักยภาพมีหลายด้านไม่ใช่เรื่องเรียนอย่างเดียว ถ้าเรื่องเรียนเป็นจุดด้อย ก็ต้องมองหาจุดเด่นของเด็กขึ้นมาใช้ประโยชน์ให้เด็กรู้สึกว่าคุณค่า (วัชรินทร์ อัครัตนาพร และคณะ, 2551) เมื่อผู้ดูแลเด็กทุกคนสามารถวิเคราะห์และเรียนรู้วิธีการเสริมสร้างความภาคภูมิใจให้กับเด็กได้แล้ว มอบบันทึกที่รักษาสภาพเด็กแก่ผู้ดูแลให้กลับไปบันทึกพฤติกรรมตนเองในการดูแลเด็กที่บ้านและนำปัญหาที่พบจากการปฏิบัติมาแลกเปลี่ยนครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 5 การดูแลสุขภาพในมิติด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเรียนรู้วิธีการสร้างการมีคุณค่าในตนเองให้กับเด็ก ทำให้เด็กอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยก่อนเข้ากิจกรรมได้ให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพเด็กแบบองค์รวมในมิติที่ผ่านมา ถ้าพบปัญหาจากการปฏิบัติได้ให้กลุ่มช่วยกันแลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติเพื่อที่นำกลับไปดูแลเด็กต่อไป เมื่อเข้าสู่กิจกรรมเริ่มให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์ตนเองถึงความภาคภูมิใจในตนเอง และอะไรคือสิ่งที่ทำให้ตนเองรู้สึกว่าคุณค่ามีความภาคภูมิใจ หลังจากนั้นผู้ดูแลได้เชื่อมโยงมาที่เด็กที่ดูแลโดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้พิจารณาสิ่งที่จะสร้างให้เด็กมีคุณค่าในตนเองเพราะเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนถูกกำหนดว่าทำไมเรียนไม่เก่ง ไม่สนใจเรียน ทำให้เด็กขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมีความต้องการการยอมรับจากเพื่อน ครู และผู้ปกครอง (วัชรินทร์ อัครัตนาพร และคณะ, 2551) เด็กอายุ 6-12 ปี ร่างกายกำลังเจริญเติบโต พ่อ แม่ และผู้ปกครองจะเป็นผู้ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้กับเด็กได้ดีที่สุด เพราะช่วงวัยเด็กนั้น เด็กจะได้รับการเลี้ยงดูหรือสร้างสมความภาคภูมิใจในตนเองมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพ่อแม่ และผู้ปกครองที่เลี้ยงดู สะสมเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเด็กโตขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์รอบข้าง และสิ่งต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของเด็ก ผู้ปกครองจึงจำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะสังเกตลักษณะของเด็กว่าช่วงไหนเด็กเป็นอย่างไร เด็กมีความภูมิใจในตนเองและมีความรู้สึกต่อตนเองอยู่ในระดับไหน (ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, 2550) และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็ก มีความสม่ำเสมอในเรื่องพึงปฏิบัติ มีระเบียบ กฎ กติกาการอยู่ร่วมกัน และสิ่งสำคัญผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ต้องเชื่อมั่นว่าเด็กทำได้ตามศักยภาพของเด็กไม่เปรียบเทียบกับเด็กคนอื่นที่เหนือกว่า (วนิดา ชนินทุทรวงค์, 2552) ซึ่งผู้ดูแลเด็กได้แนวปฏิบัติเพื่อสร้างการมีคุณค่าในตนเองจากการวิเคราะห์และจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มนำกลับไปปฏิบัติที่บ้าน ได้มีการติดตามแนวทางปฏิบัติที่ได้วางแผนด้วยบันทึกที่รักษาสภาพเด็กให้ผู้ดูแลนำกลับไปบันทึก การดูแลสุขภาพในมิติด้านสังคมการสร้างความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นให้กับเด็กและนำปัญหาที่พบจากการปฏิบัติมาร่วมกันวิเคราะห์ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 6 องค์กรร่วม ร่วมสร้าง เพื่อลูกรัก โดยกิจกรรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปกิจกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์กรร่วมในเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนทั้ง 4 มิติ โดยให้ผู้ดูแลเด็กได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพแบบองค์กรร่วมในเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ตามกระบวนการ P-D-C-A และประเมิน สรุปผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์กรร่วม

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนในกลุ่มทดลอง ($M=69.07$, $SD= 5.60$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์กรร่วม ($M =49.57$, $SD=5.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t =16.51$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน โดยอธิบายได้ว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์กรร่วมที่ได้นำกระบวนการ PDCA: plan-do-check-act มาควบคุมกำกับในการดำเนินงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก โดยในช่วงการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้ง 6 ครั้ง ผู้ดูแลเด็กแต่ละกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มตามประเด็นการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ จนผู้ดูแลเด็กสามารถเข้าใจและนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนโดยมีการติดตามการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนของผู้ดูแลเด็กโดยใช้แบบบันทึก “บันทึกรักษาสภาพเด็ก” เพื่อให้ทราบว่าผู้ดูแลเด็กมีการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ถูกต้องตามกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มหรือไม่ และนำแบบบันทึกนั้นกลับมาตรวจสอบภายในกลุ่มอีกครั้งในการนัดครั้งต่อไป เพื่อตรวจสอบและให้คำแนะนำการดูแลเด็กที่ถูกต้องในการนำไปปฏิบัติต่อเด็กต่อไป ซึ่งแบบบันทึกรักษาสภาพเด็ก ผู้ดูแลเด็กจะได้ทุกครั้งหลังกระบวนการกลุ่มดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เช่น โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์กรร่วม ครั้งที่ 2 เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ในมิติทางร่างกาย เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการกลุ่มผู้ดูแลเด็กจะได้รับแบบบันทึกรักษาสภาพเด็ก กลับไปบันทึกตามกิจกรรมที่ผู้ดูแลเด็ก ปฏิบัติต่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนตลอด ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และนำกลับมาตรวจสอบและปรับปรุงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ถ้าพบว่าผู้ดูแลเด็กยังปฏิบัติต่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนไม่ถูกต้องตามสิ่งที่บันทึก การเข้าร่วมโปรแกรม ครั้งที่ 3 เรื่อง การดูแลในมิติทางจิตใจ ก็นำประเด็นที่เป็นปัญหา จากการปฏิบัติมาพูดคุยแลกเปลี่ยนก่อน และเมื่อดำเนินการตามโปรแกรมครั้งที่ 3 เรียบร้อย ผู้ดูแลเด็กจะได้รับแบบบันทึกรักษาสภาพเด็ก จำนวน 2 ชุด คือแบบบันทึกรักษาสภาพเด็ก ในมิติทางกายและมิติทางจิตใจ กลับไปบันทึกการปฏิบัติต่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนที่บ้าน เป็นการให้ผู้ดูแลได้ทบทวนวิธีการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้องอย่างแท้จริง

สมมติฐานที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่าการเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 19.50$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = .73$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 12.25$) ผลการวิจัยจึงเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ 2 ซึ่งสามารถสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้ว่าสามารถเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองได้ โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนมีคะแนนเฉลี่ย ($M = 69.07$, $SD = 5.60$) พฤติกรรมการดูแลเด็กเปลี่ยนแปลงในระดับสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 49.57$, $SD = 5.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่กลุ่มควบคุมก็พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน หลังการทดลอง ($M = 52.33$, $SD = 2.73$) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($M = 51.60$, $SD = 3.75$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อธิบายได้ว่ากระบวนการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ ใช้กระบวนการวางรณรงค์คุณภาพนั้นช่วยให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการตรวจสอบกระบวนการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนอย่างต่อเนื่อง และสามารถปรับรูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับเด็กเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้อง ซึ่งโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมใน 4 มิติ มีรูปแบบการจัดกิจกรรม คือ 1) มิติทางร่างกายเป็นกิจกรรมที่ได้ให้ผู้ดูแลเด็กมีการวิเคราะห์การปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการดูแลเรื่องอาหาร ออกกำลังกายและการพักผ่อน 2) มิติทางด้านจิตใจเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กได้วิเคราะห์และค้นหาในความสามารถของเด็กและวิธีการส่งเสริมให้เด็กได้มีกำลังใจและไม่คิดว่าความบกพร่องด้านการเรียนของเด็กเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต 3) มิติด้านสังคมประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กได้ค้นหาปัญหาในการเข้าสังคมของเด็กที่ทำให้เด็กมีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมและการช่วยเหลือของผู้ดูแล 4) มิติด้านจิตวิญญาณ เป็นมิติที่เชื่อมประสานการทำงานของร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กได้ โดยกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมได้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยของไมเคิล (Michael, 2011) ที่กล่าวว่า การดูแลคนที่คุณรักเป็นสิ่งที่ทำหายนและมีคุณค่า ที่ผ่านมาการดูแลเป็นเพียงการดูแลที่เน้นทางด้านกายภาพไม่ได้มองถึงร่างกายและจิตวิญญาณของคนที่คุณรัก ซึ่งการดูแลที่มีคุณภาพควรมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่คำนึงถึงจิตใจและจิตวิญญาณด้วย โดยยึดหลัก 10 ประการคือ 1) การฟังที่ดีทั้งที่แสดงออกมาเป็นวาจาหรือไม่แสดงออกมาทางวาจา ผู้ดูแลต้องมีความตั้งใจฟังในสิ่งที่คนที่คุณรักจะพูด 2) การเอาใจใส่

และเห็นอกเห็นใจเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องคำนึงถึง 3) การมองที่จุดเด่นของคน ไม่ควรมองในทางลบ 4) การให้คำปรึกษาเมื่อพวกเขาที่มีความรู้สึกสิ้นหวัง 5) การส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลายด้วยเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกการหายใจ การฟังเพลง การนั่งสมาธิ ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของคนที่คุณรักดีขึ้น 6) การส่งเสริมสุขภาพทางกายโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เพียงพอ 7) การจัดการกับความเจ็บปวดทางกายภาพที่บางครั้งไม่ได้แสดงออกมาให้เห็น 8) การรักษาทางจิตวิญญาณ เป็นการทำให้คนมองเห็นคุณค่า ความหวัง จุดมุ่งหมายของการดำรงชีวิตของตนเอง โดยอาจมีอิทธิพลมาจากศาสนา ธรรมชาติหรือสิ่งอื่น 9) การศึกษาการดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง 10) การเป็นผู้ดูแลแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ ผู้ดูแลต้องดูแลรักษาสุขภาพตนเองแบบองค์รวมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์, ปรรณนา รัตนฉัตรวรรณ, ศิโรรัตน์ นาคทองแก้ว และ ลมฝน จำปาทอง (2555) เรื่อง ผลการทำกลุ่มบำบัดแนวสหวิชาชีพในผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ในด้านความพร้อมในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา พบว่า ผู้ดูแลเด็กหลังได้รับการทำกลุ่มบำบัดแนวสหวิชาชีพผู้ดูแลเด็กมีความพร้อมในการดูแลเด็กมากขึ้น โดยมีความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวเพิ่มขึ้น การแก้ไขปัญหา การจัดการพฤติกรรมเด็ก ให้การยอมรับและให้อภัย มีการสื่อสารในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สามารถตระหนักในบทบาทของตนเอง และมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กดังกล่าวเพิ่มขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัตก่อน และหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมใน ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปปรับใช้และพัฒนาเป็น แนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กภาวะบกพร่องด้านการเรียนต่อไป

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน อายุระหว่าง 25 - 60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และเป็นผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยโดยความสมัครใจมี ภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 365 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กที่ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนผู้ดูแลเด็ก จำนวน 365 คน ผู้ที่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่ศึกษา จำนวน 60 คนหลังจากนั้นทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่องานวิจัยคั้งนี้ คือเพศ แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน คือ กลุ่มอายุ 25-40 ปี และอายุ 41-60 ปี การศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน คือ กลุ่มประถมศึกษา กลุ่มมัธยมศึกษาและกลุ่มอุดมศึกษา หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) แบบไม่ใส่คืน (sample without replacement) เพื่อป้องกันผู้ดูแลเด็กทั้ง 2 กลุ่ม พบปะแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างการทดลองด้วยวิธีจับ ฉลากโดยเขียนรายชื่อผู้ดูแลเด็กใส่ไว้ในกล่องแล้วจับฉลากขึ้นมาโดยสลับกันระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ไม่ได้ผ่านโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแต่ ได้รับการดูแลตามปกติเมื่อพาเด็กมาพบแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิก และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนที่ ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยคั้งนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาหลักเกณฑ์วิธีการสร้างแบบสอบถาม ศึกษาทฤษฎีงานวิจัย บทความและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาการเลี้ยงดูเด็ก จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดของแลนดรัม (Landrum et al, 1993) ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน แบ่งเป็นด้านร่างกายจำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหามิติตัวแปร และนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ .84 จากนั้นนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์รายข้อ (item analysis) เพื่อหาความสอดคล้องภายใน และคัดเลือกคำถามที่ไม่ตรงเกณฑ์ออก โดยข้อคำถามที่ได้มีค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (corrected item total correlation) ระดับต่ำกว่า .30 จำนวน 13 ข้อ ส่วนข้อคำถามใดที่มีค่า สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ +.30 ขึ้นไป จำนวน 20 ข้อ จัดเป็นข้อคำถามที่ดี ควรคัดเลือกไว้ และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .94

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยผู้วิจัยออกแบบสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของแลนดรัม (Landrum et al, 1993) โดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 6 กิจกรรม คือ 1) เรียนรู้เด็กแอลดี 2) การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางกาย” 3) การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางจิตใจ” 4) การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางด้านสังคม” 5) การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางด้านจิตวิญญาณ” 6) องค์รวม ร่วมสร้าง เพื่อลูกรัก ปฏิบัติกิจกรรมครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่ม กิจกรรมเน้นให้ผู้ดูแลเด็กได้มีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดและวิถีปฏิบัติการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน พร้อมฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้มีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติต่อเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนที่ตนดูแลให้ครอบคลุมแบบองค์รวม โดยขับเคลื่อนกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ด้วยวงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A: plan-do-check-act) โดยในแต่ละครั้งก็จะมีกิจกรรมวงจรควบคุมคุณภาพเพื่อช่วยค้นหาปัญหา อุปสรรคในแต่ละขั้นตอนของการฝึกอบรม และเป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับและปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมนี้ได้แก่ 1) การวางแผน (plan) เป็นกระบวนการที่ให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดจากการเลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน โดยให้ผู้ดูแลเด็กแต่ละคนได้มองเห็นภาพรวมของเด็กตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และร่วมกันวิเคราะห์ที่ละประเด็นตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล และมีการ

ระดมความคิดในการช่วยกันหาวิธีแก้ไขปัญหา การลงมือปฏิบัติและการตรวจสอบตนเอง 2) การปฏิบัติตามแผน (do) เมื่อได้มีการระดมความคิดกันในกลุ่มของการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งก็จะได้นำแนวปฏิบัติของการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนก็นำแนวปฏิบัติที่ได้ตกลงร่วมกันไปใช้ในการปฏิบัติดูแลเด็กโดยในการปฏิบัติจะมีการตรวจสอบควบคุมกันไปด้วยเพื่อนำปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดูแลเด็ก นำมาปรับปรุงใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัวให้มากที่สุด 3) การตรวจสอบ (check) เป็นการกระทำที่ทำความเข้าใจกับการปฏิบัติตามแผนของผู้ดูแลเด็ก เมื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านในการดูแลเด็ก โดยการตรวจสอบดูว่าเมื่อได้ปรับการดูแลเด็กตามแนวทางที่กำหนดแล้วผลที่ได้เป็นอย่างไร มีปัญหาหรืออุปสรรคอะไรที่ทำให้การดูแลเด็กไม่ประสบความสำเร็จหรือยังปฏิบัติไม่ได้ เพื่อนำมาร่วมกันระดมความคิดในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป และค้นหาแนวทางปฏิบัติใหม่ให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ดูแลเด็กเลี้ยงดูเด็กมากยิ่งขึ้น 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม (act) ในขั้นตอนนี้เป็นการลงมือปฏิบัติกับเด็กซ้ำครั้งที่ 2 ในปัญหาเดิมจากรูปแบบการปรับพฤติกรรมครั้งแรกที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือพฤติกรรมนั้นได้ โดยจะมีการทบทวนแนวปฏิบัติในแต่ละครั้งที่นัดหมายมาพบกัน เพื่อทำความเข้าใจใหม่ พร้อมการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับแต่ละครอบครัวโดยมีเป้าหมายคือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นจิตแพทย์เด็กประจำสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สถาบันธัญญารักษ์) อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รวม 3 ท่านตรวจสอบโดยพิจารณาความสอดคล้องของโปรแกรมกับกิจกรรมในแต่ละครั้งโดยพิจารณาวัตถุประสงค์ กิจกรรม การประเมินผลกิจกรรมมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 12 กันยายน 2558 ถึงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2558 รวมระยะเวลา 3 เดือน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้านประสาสังคมของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการนำเสนอในรูปอัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนระดับพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมในโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้สถิติ ทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสามารถนำไปช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนของผู้ดูแลเด็กได้และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลเด็กกลุ่มอื่นได้ ผู้วิจัยสามารถสรุปผลการวิจัย ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 76.7 และ 23.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 และ 50.0 ตามลำดับ สถานภาพสมรสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 70.0 และ 63.3 ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เป็นมารดา ร้อยละ 53.3 และ 26.7 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 73.3 และ 66.7 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก โดยใช้สถิติฟิชเชอร์แอคแซค (Fisher's exact test) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน

5.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 43.13 ปี และ 41.97 ปี ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามอายุ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่ม ด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าอายุทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

5.1.3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนของผู้ดูแลเด็กหลังจากได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนเท่ากับ 49.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.25 ภายหลังจากโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 69.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.60 ซึ่งผู้ดูแลเด็กเมื่อได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 16.51$)

5.1.4 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ของผู้ดูแลเด็กก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=12.25$) โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ($\bar{D}_1 = 19.50$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .73$)

5.2 ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ดูแลหลักและเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนอายุระหว่าง 6-12 ปี ที่ได้รับการประเมินจากนักจิตวิทยาหรือแพทย์เท่านั้นจึงไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอื่น

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า การที่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน เข้าร่วมในโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.1.1 ผู้บริหารในระดับนโยบายและหน่วยงานในระดับต่างๆ ควรตระหนักถึงความสำคัญและศักยภาพของ พ่อแม่ ผู้ปกครองที่เป็นคนดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมเพิ่มขีดความสามารถแก่ผู้ดูแลเด็กให้สามารถเลี้ยงดูเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.3.1.2 ผู้บริหารในระดับนโยบาย และหน่วยงานในระดับต่างๆที่ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน ควรตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กแบบองค์รวมที่มีความต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาและคัดกรองเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนควรมีการดำเนินงานอย่างรวดเร็วและควรให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

5.3.1.3 ผู้บริหารในระดับนโยบายควรมีการกำหนดนโยบายให้นำโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมาใช้ในการปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนของผู้ดูแลเด็ก

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

5.3.2.1 ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมควรได้รับการติดตามและวัดคะแนนพฤติกรรมในระยะกลางและระยะยาวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถาวร

5.3.2.2 จัดให้มีการฝึกอบรมด้านความรู้และการฝึกปฏิบัติการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนและพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในชุมชน

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.3.1 ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในระยะยาวโดยมีการติดตามผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

5.3.3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการด้านอื่นๆ

5.3.3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่มีการวัดผลสัมฤทธิ์ที่จากเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การปรับตัวกับเพื่อน สัมพันธภาพกับครอบครัวเพื่อและครู และความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

5.3.3.4 ควรมีการนำกระบวนการหรือขั้นตอน P-D-C-A ไปใช้ในขั้นตอนของการศึกษาวิจัยต่างๆเพราะช่วยให้ผู้วิจัยหรือผู้ปฏิบัติได้มีการปรับเปลี่ยนแผนการต่างๆให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพการณ์หรือบริบทที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการศึกษาวิจัยหรือการปฏิบัติต่างๆ

รายการอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2554). *ความรู้พื้นฐานและแนวทางการพัฒนานักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กนกวรรณ ผิวแดง. (2552). *พฤติกรรมกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวที่พ่อ-แม่ อพยพไปทำงานหรืออาศัยในต่างถิ่น*. (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาพัฒนาสังคม, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กมล แสงทองศรีกมล. (2552, 12 มกราคม 2558). *เด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้*. สืบค้นจาก <http://www.oknation.net>.
- กัลญญา เพชรภรณ์. (2555). รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาอัตมโนทัศน์หลายมิติของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสมุทรปราการ ตามแนวคิดของแบรคเคน. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- กรรณิกา ปัญญาวงศ์, และ พันัส พงษ์สุนันท์. (2555). *เอกสารประกอบการเรียนวิชาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม*. ม.ป.ท.
- กรรณิกา รักษ์ยิ่งเจริญ. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี*. 25(1), 91-97.
- กาญจนา คุณรังสีสมบุรณ์. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กพัฒนาการช้า*. สถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์.
- กฤษมาวดี คำเกลี้ยง ใน วัชรินทร์ อ่ำรัตนพร, อารีย์ สุเอียนทรเมธี, พรรษชล ศรีอิสราพร, สมบัติ คิ้วฮก, พัลลภ เมลาณนท์, ประจักษ์ชัย อาจคงหาญ, และ เอกชัย เจริญชัยมงคล (2551). *สร้างด้วยใจเพื่อเด็กแอลดี*. ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา, สำนักงาน กศน., กระทรวงศึกษาธิการ.
- กรมสุขภาพจิต. (2555, 21 กันยายน 2557). *เด็กไทย 30%พัฒนาการช้า*. สืบค้นจาก <http://www.dailynews.co.th/Content/politics/137270>.
- _____. (2558). *เครียด คลายเครียด*. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.

- เกรียงศักดิ์ เกรียง ฤทธิอา. (2550, 28 กุมภาพันธ์ 2558). *บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว*. สืบค้นจาก [http:// www.gotoknow.org](http://www.gotoknow.org).
- ชนิษฐา หะยิมะแซ, ภาสุรี แสงศุภวานิช, และ อุทัย ปริญาสุทินนท์. (2556). *การศึกษาเปรียบเทียบ การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. (ปริญาโท).มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- แขนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และ อัจฉริยา ปทุมวัน. (2554). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: รามาริบัติพยาบาลสาร.
- จริญา โศตรชนะ. (2552). *ผลของการให้กลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียน และความเครียดของย่า ยายใน อำเภอภูเวียง จังหวัดเลย*. (ปริญญาโท) มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). *ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาล*, 47(3), 147-157.
- จรรุวรรณ ปะตา, ณิชารวรรณ กุลวงศ์, พรารณา พรมวัง, และ เบญจวรรณ ภูซัน. (2553). *ผลการใช้โปรแกรมครอบครัวบำบัดต่อการรับรู้สมรรถนะพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว และพัฒนาการของผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา*. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตสิริ ปรียวณิชย์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, และ วิภาวี คงอินทร์. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจของผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและการรับรู้ในความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยชาวมุสลิมที่กำลังใช้เครื่องช่วยหายใจกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(6), 471-480.
- ชะไมพร พงษ์พานิช, สมดี อนันต์ปฏิเวช, ประภาพันท์ ร่วมกระโทก, และ สมหมาย เศรษฐวิชาภรณ์ (2554). *ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะครอบครัวสำหรับผู้ปกครองและผู้ป่วยกลุ่มอาการออทิสติกตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก*. *วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข*.
- ชรินญา आयी. (2553, 12 มกราคม 2558). *จิตวิทยาการเรียนรู้*. สืบค้นจาก <http://sailomaonploy.blogspot.com>.
- ชาญลักษณ์ เยี่ยมมิตร. (2554). *การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ปีการศึกษา 2554*. (ปริญาโท) มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สาขาวิชาพลศึกษา.

- ชาญวิทย์ พรนภดล ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และ พนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). (2558). *โรคการเรียนรู้บกพร่อง. กรุงเทพมหานคร: จิตเวช ศิริราช DSM-5.*
- ชัยธวัช สารทภาพร. (2556). *การพัฒนาทักษะในการอ่านโดยใช้แบบฝึกทักษะของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ กลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหวหรือสุขภาพ. สำนักงานบริการทางการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, กระทรวงศึกษาธิการ.*
- ชมนาด วรรณพรศิริ, และ วนิดา มาด้วง. (2552). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ต้องขัง ทัณฑสถานหญิงพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 3(1), 8-17.
- โชษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, และ นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช. (2558). *คู่มือการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะผู้ปกครองเพื่อการเลี้ยงดูลูกวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.*
- ณัฐวี อดตฤกษ์. (2555, 25 กรกฎาคม 2559). *กระบวนการPDCAกับการพัฒนางาน. สืบค้นจาก* http://202.44.34.144/kmit/knowledge_detail.php?IDKM=341.
- ดารณี ศักดิ์ศิริผล. (2556). *การศึกษาภาวะสมาธิสั้นในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ในเขตกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ภาควิชาการศึกษาพิเศษ คณะศึกษาศาสตร์.*
- ดารานีย์ จันทรหอม. (2550). *การศึกษาความสามารถในการอ่านคำของเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ โดยใช้แบบฝึกการอ่านคำคล้องจอง. (ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ.*
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2544, มกราคม - มีนาคม). *เยียวยาอารมณ์โกรธด้วยการสร้างความฉลาดทางอารมณ์. ผาสุก. 24(132): 28 - 29.*
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). *การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ149บทความปริทัศน์การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และ พนม เกตุมาน. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.*

- นิชรา เรื่องดารกานนท์ ใน ทิพวรรณ ทรราชคุณาชัย, รวีวรรณ รุ่งไพบรวัลย์, ชาคริยา อีร์เนตร, อติศรีสุตา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และ พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์. (บรรณาธิการ). *ความบกพร่องของทักษะการเรียนรู้; ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นิตยา ตรีศิลป์วิเศษ, และ พิมลพรรณ พิทยานุกุล. (2555, 23 มีนาคม 2559). *การนอนเพื่อชะลอวัย และเพื่อสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th>.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปนัดดา นามสอ. (2552, 12 มกราคม 2559). *Healthycare*. สืบค้นจาก http://blogspot.com/2009/08/blog-post_26.htm.
- ประเวช ตันติพิพัฒน์สกุล. (2550). *แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสร้างความเข้มแข็งทางใจ สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต.
- ประเวศ วะสี. (2544). สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *หมอชาวบ้าน*, 41-46.
- ปรียา ประณีตพลกรัง. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ปาฏิโมกษ์ พรหมช่วย, และ วินัดดา ปิยะศิลป์. (2550). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ปราณี ชาญณรงค์, ชนินสา เวชวิรุฬห์ และ กาญจนา วนิชรมณีย์. (2547). *คู่มือการใช้แบบทดสอบวัดความสามารถทางสติ ปัญญา WISC-III ฉบับภาษาไทย*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- ปราณี ช่วยชัย. (2552, 23 กรกฎาคม 2559). *PDCA เครื่องมือในการจัดการคุณภาพ*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/447820>.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2542). *การศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ*. กรุงเทพฯ: แวนแก้ว.
———. (2558, 15 กุมภาพันธ์ 2558). *ช่วยเหลือและพัฒนาเด็กแอลดี*. สืบค้นจาก www.braille-cet.in.th/Braille-new/content-files/books/LD.
- ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนจำนวน 10 คน. (2557). สัมภาษณ์โดย ศูนย์การเรียนรู้เด็กพิเศษ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ. ม.ป.ท.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม และ ประคอง อินทรสมบัติ. (2553). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท*. ม.ป.ท.

- พัฒนา พงษ์สนธิ, สงครามชัย ลีทองดี, และ จุฬารัตน์ โสตะ. (2553). *การพัฒนาคุณภาพศูนย์เด็กเล็กตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ: กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กเทศบาลอำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ.
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพรรณ, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และ ประทีป ปัญญา. (2553). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดบูรณาวาส*. คณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์.
- เพ็ญศรี เสี่ยงโชคอยู่. (2547). *ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มงานผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*. ม.ป.ท.
- ไพรินทร์ พัสตุ. (2556). *ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลและการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ*. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พองคำ ติลกสกุลชัย. (2554). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พรวิวัน.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ และ สมนึก สกกุลหงส์โสภณ. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *Rama Nurse Journal*. 20(1), 82-96.
- ภาสุธี แสงศุภวานิช, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, คัดนางค์ โตสงวน, จันทนา พัฒนเกษัช, วรณภา เล็กอุทัย, จุฑามาส วรโชติกำจร, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วินัดดา ปิยศิลป์, ผ่องศรี สุรัตน์เรืองชัย, เจษฎา กิตติสุนทร และ ยศ ตีระวัฒนานนท์. (2554). *รายงานการวิจัยการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- ภิพ ทองจันทร์. (2558). *พฤติกรรมมารับประทานอาหารเช้าของนิสิตปริญญาตรี สาขาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*. (ศึกษาศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, สาขาสุขศึกษา.
- มรรยาท รุจิวิชญ์. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- _____ (2550). *ผลของโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยติดยาเสพติดและครอบครัวต่อภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออก*. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, สำนักหอสมุด. (2556). *คู่มือการพิมพ์วิทยานิพนธ์*. พิมพ์ครั้งที่ 8 (ฉบับแก้ไข และเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาณิกา เพชรรัตน์. (2554). *ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2555). *ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. (2543). *วิจัยทางการพยาบาล*. มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- เยาวรัตน์ รัตนันต์. (2558, 17 กรกฎาคม 2559). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8*. สืบค้นจาก <http://203.157.71.148/Information/center/research-59>.
- รพีพรรณ อินทวงศ์. (2550). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ปกครองเด็กออทิสติก*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา.
- รังสิณี ผลาภิรมย์, ทศนีย์ ประสบกิตติคุณ, และ กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์. (2553). *ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์.
- วงเดือน ทองช่วย. (2550). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลตามแนวคิดพิจารณาเหตุผลอารมณ์ และพฤติกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของมารดาเด็กพัฒนาการช้า*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- วณิชา กิจวรพัฒน์. (2554). *โรคอ้วนลงพุง*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วนิดา ชนินത്യทรวงค์, ประเสริฐ จุฑา, จันทน์ มุ่งเขตกลาง, และ อัจจิมา ศิริพิบูลย์ผล. (2554). *การวิจัยนำร่องการศึกษาระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้และเด็กปกติด้วยแบบทดสอบเชาวน์ปัญญา*. สถาบันราชานุกูล.
- วนิดา ชนินത്യทรวงค์. (2552). *คู่มือผู้ปกครอง ใส่ใจเด็กวัยเรียน*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วารุณี มีเจริญ. (2558). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต*. Rama Nurse Journal.20(1), 10-22.

- วัชรินทร์ อัครัตนาพร, อารีย์ สุเทียนทรเมธี, พรรษชล ศรีอิสราพร, สมบัติ คิ้วฮก, พัลลภ เมฆานนท์, ประจักษ์ชัย อาจคงหาญ, และ เอกชัย เจริญชัยมงคล. (2551). *สร้างด้วยใจเพื่อเด็กแอลดี*. ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา, สำนักงาน กศน., กระทรวงศึกษาธิการ.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริญ และ ยุวดี รอดจากภัย. (2547). *สถานการณ์และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณภา ต่านธนาวิช. (2551). *ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- วิรัช เกษมทรัพย์, สันติ ลาภเบญจกุล, อุไรลักษณ์ ลาภเบญจกุล, นิชานันท์ เสมาทอง, เมลดา พุทธมาตร์, ตรีรัตน์ อุปถัมภ์โพธิวัฒน์, อัมรินทร์ ทักขิณเสถียร, ศศิวิมล รัตนศิริ, อวยชัย โรจนนิรันดร์กิจ, มนต์ สูง ประสิทธิ์, โขษิตา ภาวะสุทธิไพศิฐ, กนกพร ปูผ้า. (2556, 22 กรกฎาคม 2559). *การศึกษาการใช้โปรแกรม 1 to 5 piano เพื่อช่วยเหลือเด็กนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disability)*. สืบค้นจาก <http://www.triratfoundation.com/sitedirectory>.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2549). *ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- วิภาติ จันดา, อรุสา พรหมทา, และ อนุสรณ์ ภูสินแก่น. (2556). *การพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กด้านการจัดประสบการณ์เรียนรู้แบบบูรณาการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลหนองเม็ก อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, สาขาการบริหารการศึกษา.
- วิไลลักษณ์ ยะมิ่ง. (2550). *ศึกษการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของผู้ปกครองในการทำการบ้านคณิตศาสตร์อารมณ์และพฤติกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของมารดาเด็กพัฒนาการช้า*. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, สาขาวิชาการศึกษาพิเศษ.
- ศรินทร์ วิหะศิรินันท์. (2557, 15 กันยายน 2557). *ความบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning disabilities =L.D.)*. สืบค้นจาก www.autisticthailand.com.
- ศรีเรื่อน แก้วกังวาน. (2556). *จิตวิทยาเด็กและผู้ใหญ่ที่มีลักษณะพิเศษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สด บุตรโคตร. (2551). *การพัฒนาครูด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบบูรณาการ โรงเรียนบ้านหนองเมย อำเภอเมยวี จังหวัดร้อยเอ็ด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

- สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์, ปรารธนา รัตนดิรวรรณ, ศิโรรัตน์ นาคทองแก้ว, และ ลมฝน จำปาทอง. (2555). *ผลการทำกลุ่มบำบัดแนวสหวิชาชีพในผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางการพัฒนาการและสติปัญญา*. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์. (2554). *คู่มือครอบครัวบำบัด สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านครอบครัวและเด็ก*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันราชานุกูล. (2556). *คู่มือกระบวนการดูแลนักเรียนกลุ่มเด็กพิเศษที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง.
- สถาบันราชานุกูล. (2557). *เด็กแอลดีคู่มือสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันราชานุกูล. (2557). *เด็กแอลดีคู่มือสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา. (2553). โปรแกรมการควบคุมความโกรธสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. *วารสารกรมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 8(2). 105-112.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2551). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมลักษณ์ สหรั้งบิน. (2553). *การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องโจทย์ปัญหาการบวกและเจตคติต่อคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้จากการสอนซ่อมเสริมโดยใช้เทคนิคของพอลโลเวย์และแพตตันร่วมกับการใช้เส้นจำนวน*. (ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม). (การศึกษาพิเศษ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สรญา สระทองเทียน. (2557, 17 กรกฎาคม 2559). *ออกกำลังกายอย่างไรให้เด็กสุขภาพดี*. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/23745>.
- สวาท ฉิมพาลี, ญัฐจาพร พิชัยณรงค์, และ พาณี สีดกสิน. (2553). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 3(3), 83 - 92.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2542). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2556, 15 กุมภาพันธ์ 2558). *สถิติทางการศึกษา*. สืบค้นจาก www.bopp-bec.info/home/?page_id=10968.

- สิริพร สีตะระโส. (2554). *การใช้ชุดการสอน เรื่อง สระ เพื่อพัฒนาทักษะการอ่านแบบแจกลูกคำ สำหรับนักเรียนที่มีปัญหาทางการเรียนรู้*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา). มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- สุกัญญา ขารสินธุ์. (2555). *ระบบการเลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่บริโภคสุราและไม่บริโภคสุราในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น*. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, สาขาการพยาบาลสุขภาพเด็ก.
- สุธาสินี โพธิ์จันทร์. (2558). *PDCA หัวใจสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง*. *วารสาร Productivity World*. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ.
- สุพรรณิการ์ณ มาศยคง. (2554). *คุณภาพชีวิตในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต) สถิติประยุกต์และเทคโนโลยีสารสนเทศ, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุพรรณิ อ่อนจาก. (2558, 15 กุมภาพันธ์ 2558). *เทคนิคการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กแอลดี*. สืบค้นจาก www.braille-cet.in.th/Braille-new/content-files/books/LD.
- เสรี พงศ์พิศ. (2553). *สุขภาพ 200 คำ*. กรุงเทพฯ: พลังปัญญา.
- อนัญญา สิริรัตนันท์, และ ชีรรัตน์ แทนขำ.(2556). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่องออทิสติก สมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางการเรียน สำหรับเครือข่ายบริการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ฟาสต์บุคส์.
- อมรศรี ยอดคำ, ชุติสุดา เนติกุล, วิโรจน์ เล็งรักษา, มนวดี ประกายรุ่งทอง และ เอื้องไพร อัสวศรี อนันต์. (2557). *แนวทางการดำเนินงาน อสม.สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสียง ลดโรค ปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อารีรัตน์ พะวินรัมย์. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของนักศึกษาพยาบาล*. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรรวรรณ จันทรมณี. (2554). *ผลของโปรแกรมไปโอทีแบบควบคุมการทำงานของคลื่นประสาทอัลฟาร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กสมาธิสั้น*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- อัญชลี วัตทอง, และ สละ เตชะมีนา. (2554). *ผลของโปรแกรม E&R ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา*. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). *ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญนิษฐ์ ทองประเสริฐ. (2553). *ผลของโปรแกรมกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางสังคมเด็กออทิสติก: กรณีศึกษาผู้ดูแลเด็กของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สาขาการพยาบาลเด็ก
- Al-Yagon. (2010). Maternal Emotional Resources and Socio-Emotional Well-being of Children With and Without Learning Disabilities. *Family Relation* 59. 152-169.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baigas, H. (2002). *Families and Learning in classified and non-classified first graders*. Doctoral dissertation, Seton Hall University, USA.
- Birchenall, M., Baldwin, S. & Morris, J. (1997). *Learning Disability and the social context of caring*. The open learning foundation.
- Bob Gaates. (1997). *Learning Disabilities*. Bell and Bain Ltd.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Brook, U. & Boaz, M. (2005). *Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and Learning disabilities (LD): Adolescent perspective*. Patient Education and Counseling, 58, 187-191.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.
- Carlson, N. R. & W. Buskist. (1997). *Psychology The Science of Behavior*. (5th ed). Boston: A Viacom Company.
- Chung, D. W. S. & Contreres, C. M., (2012). *Towards a Theory of Childhood Learning Disorders Hyperactivity and Aggression*. USA, International Scholarly Research Network.

- Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cooley, C.H. (1902, July 31, 2016). *Charles Horton Cooley created the concept of the looking-glass self, which explored how identity is formed*. Retrieved from <https://www.boundless.com/sociology/textbooks/boundless-sociology-textbook/socialization-4/theories-of-socialization-44/cooley-274-8258/>.
- Dyson, L.L. (1996). The experiences of families of children with learning disabilities: Parental stress, family functioning, and sibling self-concept. *Journal of Learning Disabilities*, 29(3), 280-286.
- Fitzpatrick, A. & Dowling, M., (2007). Supporting parents caring for a child with a learning disability [Electronic versio]. *Nursing Standard*, 22(14-16), 35-39.
- Haq, F.S. & Elhoweris, H., (2013). *Using Assistive Technology to Enhance the Learning of Basic Literacy Skills for Students with Learning Disabilities*. *International J. Soc. Sci. & Education*. 880-885.
- Helen L. Leathard & Michael J. Cook. (2009). Learning of holistic care: addressing practical wisdom (phronesis) and the spiritual sphere. *Journal of Advanced Nursing*. 65(6), 1318-1327.
- Hess, D & Markee, D. (2014). *Holistic Nursing and the Patient Protection and Affordable Health Care Act*. *The New Mexico Nurse*. 10-11.
- Horowitz, A. (1985). *Family caregiving to the frail elderly*. In M.P. Lawton & G. L. Maddox (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. New York: Springer. 5, 194-246.
- Jankowski, M. (2016). *Providing Holistic Care*. Western Michigan: Family Caregiver University.
- Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.
- Landrum, P., Beck, K., Rawlins, P., & Williams, R. (1993). *Mental Health Psychiatric Nursing A Holistic Life-Cycle Approach*. 17-37.
- Margalit, M., & Heiman, T. (1986). Family climate and anxiety of families with learning disabled boy [Electronic version]. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 25, 841-856.

- Mental and Behavioural Disorders (F00-F99). (2009, February 25, 2015). Retrieved from <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- Murphy N.A., Christian B., Caplin D.A. & Young P.C. (2007). *The health of caregivers for Children with disabilities: caregiver perspectives*. Child: Care, Health and Development.
- National Center for Education Statistics. (2015, February 25, 2015). *Students with disabilities*. Retrieved from <http://nces.ed.gov/fastfacts/display.asp?id=64>.
- National Cancer Institute. (2013). *Family Caregivers in Cancer: Roles and Challenges*. Retrieved July 10, 2016, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/caregivers/healthprofessional/page1/AllPages#2>.
- Passer, M. W. & Smith, R. E. (2007). *Psychology: The Science of Mind and Behavior*. 613-655.
- Polit, D. F. & Sherman, R. (1990). Statistical power in nursing research. *Nursing Research*.
- Prifitera A. & Saklofske D. H. (1998). *WISC-III clinical use and interpretation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Swanson, H. L. (2000). Issues facing the field of learning disabilities. *Learning Disabilities Quarterly*. 23(1), 37-50.
- Sandy P.T., Kgole J. C., & Mavundla T.R. (2013). Support needs of caregivers: case study in South Africa. *International Nursing Review*. 60, 344-350.
- Saxby, H. & Morgan, H. (1993). Behaviour problems in children with learning disabilities: to what extent do they exist and are they a problem. *Child: Care, Health and Development*. 19, 149-157.
- Simon, A., & Easvaradoss, V. (2015). *Caregiver Burden in Learning Disability*. The International Journal of Indian Psychology.
- Smith, E. R., & D. M. Mackie. (2000). *Social Psychology*. (2nd ed). New York: Wadsworth.
- Smith, M., & Kemp, G. (2016, February, 2016). Caregiving Support and Help. Retrieved, from <http://www.helpguide.org/articles/caregiving/>.
- Sybil, S. & Donald, D. (1977). *A developmental Study of children's Ability to Abstract Spelling Patterns*. Research in Education. September : 20-25.
- Whitehead, E. (1999, February 25, 2015). *About Learning Disabilities*. Retrieved from <http://childdevelopmentinfo.com/>.





ภาคผนวก ก

ใบรับรองพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

AF 01_12



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 005/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 005/2558
ชื่อโครงการวิจัย : ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแล
เด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน
: THE EFFECT OF USING HOLISTIC HEALTH CARE PROGRAM
TOWARDS CARING BEHAVIORS OF CAREGIVERS FOR CHILDREN
WITH LEARNING DISABILITY.
ผู้วิจัยหลัก : นางสมลักษณ์ กอกุลจันทร์
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณา
โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP)
อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*Prasom Othakorn*.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม.....*Sarritin Wuttikakha*.....
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิวาภา)
อนุกรรมการและเลขานุการ


วันที่รับรอง : 20 พฤษภาคม 2558

วันหมดอายุ : 20 พฤษภาคม 2559

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1: 20 พฤศจิกายน 2558

เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

The seal of Thammasat University is a circular emblem. It features a central five-tiered umbrella (parasol) with a crown on top. The umbrella is surrounded by a wreath. The outer ring of the seal contains the university's name in Thai script at the top and "THAMMASAT UNIVERSITY" in English at the bottom. There are decorative floral motifs on the sides.

ภาคผนวก ข
เอกสารชี้แจงอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง

Information sheet

สำหรับผู้แทนที่เข้าร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะดิฉัน นางสาวสมลักษณ์ กอกุลจันทร์ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำลังทำโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ในพื้นที่อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

1. ในการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ จะไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านเอง และท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือการรักษาพยาบาล

2. ผลของงานวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ โดยใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ให้ความรู้การดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวมได้แก่ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งในโปรแกรมใช้กระบวนการที่ส่งเสริมให้ท่านได้มีส่วนร่วมและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ ประสบการณ์และวิถีปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กซึ่งกิจกรรมทั้งหมดขับเคลื่อนด้วยวงจรควบคุมคุณภาพ (P-D-C-A) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลเด็ก โดยประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

3. การเข้าร่วมโครงการครั้งนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก หากในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วมีอาการเจ็บป่วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจะทำการประเมินอาการของท่านก่อนแล้วจึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลตามความเหมาะสม

4. โปรแกรมการศึกษาครั้งนี้เป็นโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้ และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ก่อนใช้จริงเพื่อให้มีความสะดวกและเหมาะสมกับพื้นที่ที่ทำการวิจัย

5. การวิจัยครั้งนี้ท่านจะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม จำนวนทั้งหมด 6 กิจกรรม ซึ่งจะพบกันทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที แต่ครั้งห่างกันนาน 2 สัปดาห์ รวมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อย

กลุ่มละ 10 คน และมีมอบหมายงานรายบุคคล วันละ 15 นาที โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เรียนรู้เด็กแอลดี เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลเด็กกับผู้วิจัยและระหว่างผู้ดูแลเด็กกับผู้ดูแลเด็กที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ทศนคติการดูแล และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม โครงการวิจัย และเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เรื่อง เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางกาย” เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้การดูแลสุขภาพองค์รวมในมิติทางกาย

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางจิตใจ” เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนด้วยองค์รวมในมิติทางจิตใจ

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางด้านสังคม” เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนด้วยองค์รวมในมิติทางด้านสังคม

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางด้านจิตวิญญาณ” เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนด้วยองค์รวมในมิติด้านจิตวิญญาณ

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 10 องค์รวม ร่วมสร้าง เพื่อลูกรัก เพื่อสรุปโครงการ ประเมินผลการจัดกิจกรรมกลุ่ม และยุติโปรแกรม

6. สำหรับการรักษาความลับ ข้อมูลที่ท่านได้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะใส่รหัสตัวเลข เฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

7. ผลจากการศึกษาอาจตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารทางการแพทย์และการพยาบาล อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ดังกล่าวจะกระทำเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น หากท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ หมู่ 7 ตำบลศาลเจ้าโรงทอง อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง รหัสไปรษณีย์ 14110 หมายเลขโทรศัพท์ 081-7801799 และอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.มรรยาท รุจิวิษณุ สามารถติดต่อได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120 หมายเลขโทรศัพท์ (02) 9869213-9 ต่อ 7372 ในวันและเวลาราชการ

8. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับค่าตอบแทนในฐานะอาสาสมัคร จำนวน 100 บาทต่อครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม

9. หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัครท่านสามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ อาคารราชสุดา ชั้น 1 (ภายในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์) โทรศัพท์ 0-2986-9213 ต่อ 7368

หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโปรดลงนามในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมานี้ด้วย

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ
นางสมลักษณ์ กอกุลจันทร์
ผู้ให้ข้อมูล

ข้าพเจ้าได้อ่านเอกสารชี้แจงนี้แล้ว มีความเข้าใจในรายละเอียดของการวิจัยอย่างครบถ้วน

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมวิจัย
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)



ภาคผนวก ค

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของ
ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอทำหนังสือนี้ไว้
ต่อหน้าหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้อ 1. ก่อนลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบาย
จาก ผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมการวิจัย ความเสี่ยง รวมทั้งประโยชน์ที่อาจ
เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้อ 2 ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อน
เร้น จน ข้าพเจ้าพอใจ

ข้อ 3 ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม
ใน โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

ข้อ 4 ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่
เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้อ 5 ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ อันเนื่องจากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการ
การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าตามมาตรฐานวิชาชีพ

ข้อ 6 ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการ
แจ้งให้ ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้
ด้วย ความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

...../...../.....

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(นางสมลักษณ์ กอกุลจันทร์)


...../...../.....

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

The seal of Thammasat University is a large, faint watermark in the background. It is circular and contains the university's name in Thai script at the top and 'THAMMASAT UNIVERSITY' in English at the bottom. The center features a traditional Thai emblem with a crown and other symbols.

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

The logo of Thammasat University is a circular emblem. It features a central five-tiered umbrella (parasol) with a crown on top. The umbrella is flanked by two figures holding a banner. The entire emblem is surrounded by a circular border containing the university's name in Thai script at the top and "THAMMASAT UNIVERSITY" in English at the bottom.

ภาคผนวก ง-1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เลขที่.....

แบบสอบถาม

การดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุปี

3. การศึกษา

 ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อุดมศึกษา

4. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หย่า หม้าย แยกกันอยู่

5. ความสัมพันธ์กับเด็ก

 พ่อ แม่ ปู่,ย่า ตา,ยาย ลุง ,ป้า,น้ำ,อา

6. ระยะเวลาที่ท่านเลี้ยงดูเด็ก

 1-5 ปี 5-10 ปี 10 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน ใน 4 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย มิติด้านจิตใจ มิติด้านสังคมและมิติด้านจิตวิญญาณ

ขอให้ท่านอ่านแบบสอบถามและเลือกคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติจริงมากที่สุดโดยใส่เครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างที่ท่านต้องการตอบเพียงข้อละ 1 ช่องเท่านั้นและขอให้ตอบทุกข้อ

แบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ


- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นประจำสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เกือบทุกครั้ง หรือปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ ไม่สม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง บางครั้งไม่ปฏิบัติ
- ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ น้อยมาก ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
- ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่มีพฤติกรรม หรือไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเลย

ข้อ	พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1	ในแต่ละวันฉันดูแลเด็กให้ได้รับประทานอาหารพออิ่มไม่มากเกินไป					
2	เมื่อเด็กทำการบ้านผัดฉันจะลงโทษเด็กด้วยการตีหรือดุเด็ก					
3	ฉันดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหารหลัก ครบ3 มื้อได้แก่ มื้อเช้า กลางวัน เย็น					
4	เมื่อฉันเครียด โกรธ หรือหงุดหงิดฉันมักจะมาระบายอารมณ์กับเด็ก					

ข้อ	พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
5	ฉันเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิดเห็น หรือแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง					
6	ฉันปล่อยให้เด็กได้เลือกซื้อขนมกรุบกรอบ, น้ำอัดลม, ลูกอม, ไอศกรีม ตามที่เด็กชอบมารับประทานได้					
7	ฉันชื่นชมและให้กำลังใจเด็กเมื่อเด็กทำงานที่ได้รับมอบหมายหรือทำการบ้านเสร็จ					
8	ฉันให้เด็กออกกำลังกายตามที่เด็กชอบ					
9	ฉันดูแลให้เด็กได้นอนหลับช่วงกลางคืนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง					
10	ฉันแบ่งเวลาของฉันให้กับเด็กเมื่อเด็กต้องการความช่วยเหลือหรือต้องการให้ช่วยแก้ไขปัญหา					
11	ฉันส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้ในกิจกรรมที่เด็กสนใจ เช่น กีฬา ทำสวน ปลูกต้นไม้ การซ่อมเครื่องยนต์					
12	ฉันปลุกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้แก่เด็กโดยการให้รู้จักช่วยเหลือผู้อื่น					
13	ช่วงเวลาที่ว่างๆ ฉันจะให้เด็กได้ทำกิจกรรมตามที่เด็กชอบ เช่น วาดรูป ระบายสี เล่นกับเพื่อนๆ					

ข้อ	พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
14	ฉันชอบเปรียบเทียบเด็กที่ฉันดูแลกับเด็กที่มีผลการเรียนสูงกว่า					
15	ฉันฝึกเด็กให้รู้จักการควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อเด็กไม่ได้สิ่งที่อยากได้หรือทำไม่ได้อย่างที่ตั้งใจไว้					
16	เมื่อโรงเรียนจัดกิจกรรมที่โรงเรียน เช่น กีฬาสี ทักษะศึกษานอกโรงเรียน ฉันจะไม่อนุญาตให้เด็กไปเข้าร่วมกิจกรรมกับโรงเรียน					
17	ฉันชวนเด็กร่วมทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนเสมอ เช่น ปลูกต้นไม้ในวันพ่อหรือวันแม่ เก็บกวาดขยะหรือทำความสะอาดในชุมชน					
18	ฉันเป็นผู้ฟังที่ดีเมื่อเด็กต้องการปรึกษาปัญหา					
19	ฉันให้เด็กได้เรียนพิเศษในวันหยุดหรือช่วงปิดเทอมเพื่อเด็กจะได้เรียนหนังสือทันเพื่อน					
20	ฉันมอบหมายงานต่างๆ ตามความสามารถของเด็ก					

ขอบคุณค่ะ



ภาคผนวก ง-2
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

แนวคิดของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม สำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนที่ครอบคลุมตั้งแต่ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน เพื่อช่วยลดความรุนแรงที่อาจเกิดตามมา ถ้าผู้ดูแลเด็กไม่มีความรู้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนอย่างแท้จริง เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาด้านพฤติกรรม ปัญหาด้านอารมณ์ การปรับตัวและปัญหาสังคม เป็นต้น ดังนั้นเพื่อลดปัญหาดังกล่าวและให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้เติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพ ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนควรมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งจะทำให้เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนให้เติบโตและมีพัฒนาการสมวัย ใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การฝึกปฏิบัติโดยใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่นำมาใช้ฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในแต่ละครั้ง ใช้การฝึกอบรมผ่านกระบวนการของวงจรควบคุมคุณภาพ(PDCA) ที่นำมาเป็นเครื่องมือปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรม เพื่อช่วยค้นหาปัญหาอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนของการฝึกอบรม และปรับให้เข้ากับบริบทของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแต่ละคน โดยเริ่มจาก 1) การวางแผน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการฝึกอบรมและเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การอบรมดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการระดมความคิด หาสาเหตุของปัญหา วิธีแก้ไขปัญหา และการกำหนดวิธีตรวจสอบและประเมินผล 2)การปฏิบัติตามแผน เป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนด 3)การตรวจสอบ เป็นการตรวจสอบดูว่าเมื่อได้ปฏิบัติตามแผนหรือแก้ปัญหาตามแผนที่กำหนดแล้ว ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สภาพปัญหาได้รับการแก้ไขตรงตามเป้าหมายหรือไม่ แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จมาจากสาเหตุใด และ 4)การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม เป็นการกระทำภายหลังที่ทำตามกระบวนการขั้นต้นแล้วทั้ง 3 ขั้นตอน เป็นการนำเอาผลที่ได้จากการกระทำในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนให้เหมาะสมต่อไป ซึ่งกระบวนการนี้จะนำมาใช้ทุกกระบวนการอบรม เพื่อใช้ในการติดตามการอบรม

ให้มีประสิทธิผลและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเด็กอย่างแท้จริงที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียน จำนวน 30 คน

รูปแบบ

กระบวนการกลุ่มสร้างการมีส่วนร่วม คិควิเคราะห์ วางแผนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA : plan-do-check-act ประกอบด้วยการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน (Deming, 1995อ้างใน มรรยาท รุจิวิชญ์, 2556) ได้แก่

1. การวางแผน (Plan) แผนจะเป็นตัวกำหนดทิศทางของการปฏิบัติที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหา โดยต้องเริ่มจากการค้นหาปัญหาและการรวบรวมข้อมูลสาเหตุของปัญหามาข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาและสุดท้าย คือเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถนำไปปฏิบัติได้
2. การปฏิบัติตามแผน (Do) คือ นำทางเลือกที่เลือกไว้สำหรับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นมาวางแผนการปฏิบัติ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้และต้องมีการควบคุม กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง
3. การตรวจสอบและการประเมินผล (Check) เป็นการตรวจสอบประเมินดูว่าเมื่อปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้เกิดจากอะไรก็นำปัญหาที่พบมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขใหม่เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่มีคุณภาพ
4. การนำผลการประเมินมาปรับปรุงงาน (Act) เป็นการนำผลจากการตรวจสอบในขั้นตอนที่ 3 มาปฏิบัติให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพและได้คุณภาพต่อไป

จะเห็นว่ากระบวนการทำงานในแต่ละกิจกรรมสามารถใช้วงล้อคุณภาพมาเป็นเครื่องมือในการควบคุม กำกับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพได้ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานเกิดปัญหาวงล้อคุณภาพก็จะเข้ามาช่วยให้เกิดการคิด วิเคราะห์การวางแผนและการปฏิบัติที่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ซึ่งวงล้อนี้สามารถหมุนไปได้เรื่อยๆเมื่อการดำเนินงานมีปัญหาและอุปสรรค

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

เรียนรู้เด็กแอลดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนกับผู้วิจัยและระหว่างผู้ดูแลเด็กกับผู้ดูแล
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม ทักษะการดูแล และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการวิจัย
3. เพื่อชี้แจงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยวงจร PDCA คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม
4. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้มีความรู้เรื่อง เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน

เวลา

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ดินสอ/ปากกา,สมุด
2. ใบความรู้เรื่อง เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน
3. วีดิทัศน์ เรื่อง รู้จักโรคบกพร่องทางการเรียน
4. แบบบันทึก “บันทึกรักษาสภาพเด็ก”
5. กำหนดการจัดกิจกรรม

ขั้นตอนการดำเนินงาน

.....

การประเมินผล

จากการซักถามสมาชิกกลุ่มสามารถบอกประเภทและลักษณะของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2

การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางกาย”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนมีความรู้การดูแลสุขภาพองค์รวมในมิติทางกาย

เวลา

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ใบความรู้เรื่อง “2อ. 1ผ. ”
2. ใบงานที่ 1 “2อ.1ผ ส่งเสริมสุขภาพ”
3. แบบบันทึก “บันทึกรักษาสุขภาพเด็ก”

ขั้นตอนการดำเนินงาน

.....

.....

การประเมินผล

จากการซักถามสมาชิกกลุ่มสามารถบอกการดูแลสุขภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนในเรื่อง อาหาร ออกกำลังกายและการพักผ่อนได้

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4

การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางจิตใจ”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ได้รับความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ด้วยองค์รวมในมิติทางจิตใจ

เวลา

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ใบความรู้เรื่อง ผักจิต ระวังโกรธ
2. ลูกโป่งและหนังยาง
3. เทปเสียงการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต
4. แบบบันทึก “บันทึกรักษาสุภาพเด็ก”

ขั้นตอนการดำเนินงาน

.....

.....

การประเมินผล

จากการซักถามสมาชิกกลุ่มสามารถบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนรู้ได้

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6

การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางด้านสังคม”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้รับความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนด้วยองค์รวมในมิติด้านสังคม

เวลา

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ใบความรู้เรื่อง พฤติกรรมร่วมสร้าง
2. ใบงานที่ 2 “จุดเด่น จุดด้อย”
3. แบบบันทึก “บันทึกรักษารักเด็กแอลดี”

ขั้นตอนการดำเนินงาน

.....

.....

การประเมินผล

จากการซักถามสมาชิกกลุ่มสามารถบอกวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8

การดูแลสุขภาพองค์รวม “มิติทางด้านจิตวิญญาณ”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้รับความรู้ ความเข้าใจการดูแลสุขภาพของเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนด้วยองค์รวมในมิติด้านจิตวิญญาณ

เวลา

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. ใบความรู้เรื่อง ส่งเสริมคุณค่า ส่งเสริมจิตวิญญาณ
2. วิดีทัศน์ เรื่อง เข้าใจเด็กที่มีภาวะ LD และการช่วยเหลือเบื้องต้น
3. ใบงานที่ 3 “เธอทำได้”
4. แบบบันทึก “บันทึกรักษาสุภาพเด็ก”

ขั้นตอนการดำเนินงาน

.....

.....

การประเมินผล

จากการซักถามสมาชิกกลุ่มสามารถบอกวิธีการสร้างความเชื่อมั่นให้กับเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนได้

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 10
สร้างด้วยใจเพื่อเด็กLD

วัตถุประสงค์

เพื่อสรุปโครงการ ประเมินผลการจัดกิจกรรมกลุ่ม และยุติโปรแกรม

เวลา

ระยะเวลา 1.30 ชั่วโมง

อุปกรณ์

1. แบบบันทึก “บันทึกรักษาสุภาพเด็ก”
2. คู่มือผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวม

ขั้นตอนการดำเนินงาน

.....
.....

การประเมินผล

จากการซักถามสมาชิกกลุ่มสามารถตอบวิธีการดูแลสุภาพเด็กที่มีภาวะบกพร่องด้านการเรียนแบบองค์รวมใน 4 มิติได้อย่างถูกต้อง

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. แพทย์หญิงภัทราภรณ์ กินทร์
นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันธัญญารักษ์ (จิตแพทย์เด็ก)
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิภาดา แสงนิมิตชัยกุล
อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพย์สุดา สำเนียงเสนาะ
อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสมลักษณ์ กอกุลจันทร์
วัน เดือน ปีเกิด	17 กรกฎาคม 2515
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติการ
ประสบการณ์ทำงาน	พ.ศ. 2536 เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัยตำบลไผ่วง พ.ศ. 2547 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ