

โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้าง
เสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ



นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล

ศูนย์วิทยพัทยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A CAUSAL MODEL OF MATERNAL INVOLVEMENT IN EARLY INTERVENTION
PROGRAMS FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Miss Permpoon Sanichwannakul



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Developmental Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรม
การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความ
ต้องการพิเศษ

โดย

นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล

สาขาวิชา

จิตวิทยาพัฒนาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

..... คณบดีคณะจิตวิทยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คันนางค์ มณีศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ศีราภรณ์ ทับสายทอง)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ กิตติคุณ ดร. นงลักษณ์ วิรัชชัย)

เพิ่มพูน สานิขวรรณกุล : โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการ
สร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ. (A CAUSAL
MODEL OF MATERNAL INVOLVEMENT IN EARLY INTERVENTION PROGRAMS
FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก :
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ 253 หน้า.

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์ 1) เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ใน
โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี ที่ได้จากการศึกษา
เอกสารและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) ศึกษารูปแบบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
การมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ กลุ่มตัวอย่าง
ได้แก่ แม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และเข้ารับบริการ
โปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะ
แรกเริ่มต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดจำนวน 343 คน ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวแปรแฝง 5
ตัว ซึ่งวัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 12 ตัว คือ *เศรษฐฐานะ* (2 ตัวแปร) *การสนับสนุนทางสังคม* (3 ตัวแปร) *ความเครียด*
(2 ตัวแปร) *การเผชิญปัญหา* (3 ตัวแปร) และ*การมีส่วนร่วมของแม่* (2 ตัวแปร) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก
แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมลิขสิทธิ์ 8.72

ผลการวิเคราะห์โมเดลพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ โดยมีค่าไค-สแควร์ เท่ากับ 29.21, $df = 20$, $p = .084$, RMSEA เท่ากับ .037 ค่า Standardized RMR
เท่ากับ .058 ค่า GFI เท่ากับ .986 และ ค่า AGFI เท่ากับ .945 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรในโมเดลสามารถ
อธิบายความแปรปรวนในตัวแปรการมีส่วนร่วมของแม่ได้ร้อยละ 30 โดยมีรูปแบบอิทธิพลดังนี้ คือ 1) *เศรษฐฐานะ* มี
อิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีส่วนร่วมของแม่ ผ่าน*ความเครียด* 2) *การสนับสนุนทางสังคม* มีอิทธิพล
ทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่ 3) *ความเครียด* ส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการมีส่วนร่วมของแม่ ผ่าน
การเผชิญปัญหา 4) *การเผชิญปัญหา* ส่งอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แม่ที่มี
รายได้และการศึกษาค่ำมีแนวโน้มจะเกิดความเครียดสูง และลดการมีส่วนร่วมของแม่ลงได้ แม่ที่ได้รับการสนับสนุน
ทางสังคมมาก จะทำให้แม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูกมาก อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อ
ความเครียดและการเผชิญปัญหา และแม่ที่รายงานว่ามีความเครียดสูงจะใช้การเผชิญปัญหาสูง โดยจะใช้การ
เผชิญปัญหาทั้ง 3 รูปแบบ กล่าวคือ ใช้การจัดการกับปัญหาสูง การจัดการกับอารมณ์สูงมาก และการหลีกเลี่ยง
ปัญหาต่ำ และไม่ว่าแม่จะใช้การเผชิญปัญหาแบบใด แม่ก็จะเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูก

สาขาวิชา.....จิตวิทยาพัฒนาการ.....
ปีการศึกษา.....2553.....

ลายมือชื่อผู้นิสิต.....*ภัทราพร*.....*สำนักพิมพ์*
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5178289538: MAJOR DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

KEYWORDS : MATERNAL INVOLVEMENT / CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS/ EARLY INTERVENTION/ SEM

PERMPOON SANICHWANNAKUL: A CAUSAL MODEL OF MATERNAL INVOLVEMENT IN EARLY INTERVENTION PROGRAMS FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS. ADVISOR : ASSISTANCE PROFESSOR PANRAPEE SUTTIWAN, Ph.D., 253 pp.

The purposes of this study were 1) to validate the causal model of maternal involvement in early intervention programs for children with special needs aged 0-6 years with the empirical data 2) to study the pattern of direct and indirect effects of factors associated with maternal involvement in early intervention programs for children with special needs. Participants were 343 mothers of children with special needs aged 0-6 years who were receiving early intervention service at the hospitals or early intervention centers in Bangkok and upcountry. The model consisted of 5 latent variables measured by 12 observable variables namely; *socio-economic status* (2 variables), *social support* (3 variables), *stress* (2 variables), *coping* (3 variables), and *maternal involvement* (2 variables). Data were collected by questionnaires and analyzed by LISREL 8.72 program.

Structural equation modeling analyses indicated that the causal model was significantly well consistent with empirical data as indicated by $X^2 = 29.21$, $df = 20$, $p = .084$, RMSEA = .037, standardized RMR = .058, GFI = .986, and AGFI = .945. Independent variables in the model accounted for 30 percent variance in maternal involvement. The causal model indicated that 1) *Socio-economic status* had both direct and indirect effects on maternal involvement through *stress*. 2) *Social support* had a direct effect on maternal involvement. 3) *Stress* had both direct and indirect effects on maternal involvement through *coping*. 4) *Coping* had a direct effect on maternal involvement. Results suggested that low income and level of education were associated with increased stress and decreased maternal involvement. High levels of maternal social supports were related to high level of maternal involvement. However, social support did not have influence on stress and coping. Moreover, mothers who reported high stress would utilize high coping. Maternal coping was linked to 3 styles of coping namely; high problem coping, very high emotion coping, and low avoidance coping. No matter what any styles of coping were used, mothers were likely to involve in early intervention programs for children.

Field of Study : Development Psychology Student's Signature Permpoon Sanichwannakul
Academic Year : 2010 Advisor's Signature [Signature]

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี อันเนื่องมาจากการช่วยเหลือ การสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของบุคคล ดังต่อไปนี้

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งเป็นผู้แนะนำให้ผู้วิจัยทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ โดยมีความคิดเห็นว่างานวิจัยชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมหาศาลต่อผู้อื่น แม้จะมีอุปสรรคบ้างในการทำวิจัย แต่อาจารย์ก็ให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ ความช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ และให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา

รองศาสตราจารย์ ศิราภรณ์ ทับสายทอง ประธานกรรมการ และรองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์ กรรมการ ที่ให้ความรู้และคำปรึกษาที่มีคุณค่าในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร. นงลักษณ์ วิรัชชัย ผู้ซึ่งให้ความรู้ และคำแนะนำทางด้านสถิติ อันเป็นประโยชน์อย่างมากต่อผู้วิจัย รองศาสตราจารย์ ดร. วรณี แกมเกตุ ผู้ให้ความรู้และคำแนะนำด้านการวิเคราะห์ข้อมูลในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ และคณาจารย์ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้วิชาความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการศึกษาตลอดมา

บุคลากรและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของสำนักงานการแพทย์ โรงพยาบาล ศูนย์การศึกษาพิเศษ และหน่วยงานสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม ในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดทุกแห่งที่ ให้คำแนะนำ ติดต่อประสานงาน ตลอดจนให้ความกรุณาแก่ผู้วิจัยในการเข้าไปเก็บข้อมูล รวมถึงผู้ปกครองทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถามจนเสร็จสมบูรณ์

คุณประภาศรี นันทน์ถนิมิต ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คุณบุญณดา แจ่มกระจ่างภาดา คุณชนภาภิน ลินลาวรรณ คุณเมธิรา อรุณลิมสวัสดิ์ และคุณจินดามัย ชินนอก ที่ช่วยเหลือผู้วิจัยอย่างเต็มที่ในการเก็บข้อมูลจนสำเร็จ เป็นวิทยานิพนธ์เล่มนี้ คุณกณิกนันต์ ศรีวัลลภ และคุณเพ็ญภา จันทรสองศรี ที่ช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูล

คุณอภาพร อุษณรัศมี และคุณสรียา โชติธรรม ที่ช่วยเหลือและตอบคำถามทุกคำถามของผู้วิจัยอย่างกระตือรือร้นและด้วยความเต็มใจอย่างที่สุด และคุณวิไลวรรณ ทาศรีภู เพื่อนที่คอยช่วยเหลือ แนะนำ ถามไถ่ และให้กำลังใจอย่างมากมาตลอดช่วงการทำวิทยานิพนธ์

เจ้าหน้าที่คณะจิตวิทยาทุกท่านที่ช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานต่าง ๆ เป็นอย่างดี ตลอดจนเพื่อน ๆ ทุกคนที่รับฟัง ถามไถ่ และให้กำลังใจผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้มาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวที่คอยดูแล ห่วงใย สนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยในทุกด้านเสมอมา ถ้าไม่มีพวกท่านก็คงไม่มีงานวิจัยชิ้นนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 : บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	5
โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม.....	5
ความหมายของการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม.....	5
ความสำคัญของการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม.....	6
บุคลากรผู้ทำงานให้ความช่วยเหลือการสร้างเสริมพัฒนาการระยะ แรกเริ่ม.....	7
รูปแบบการปฏิบัติงานเป็นทีมในการสร้างเสริมพัฒนาการระยะ แรกเริ่ม.....	8
รูปแบบของการให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม.....	9
ประโยชน์ของการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม.....	9
หน่วยงานที่ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม.....	11
เด็กที่มีความต้องการพิเศษ.....	12
แนวคิดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะ แรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ.....	19
แนวคิดและความหมายของการมีส่วนร่วมของพ่อแม่.....	19
การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการ ระยะแรกเริ่ม.....	21
แนวคิดและทฤษฎีระบบครอบครัว.....	23
ความสำคัญและแนวคิดเกี่ยวกับระบบครอบครัว.....	23
ผลกระทบต่อครอบครัวที่มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษ.....	27
ทฤษฎีระบบครอบครัว.....	31

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการ	
ระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ.....	38
รายได้.....	38
ระดับการศึกษา.....	41
ความเครียด.....	42
การเผชิญปัญหา.....	51
การสนับสนุนทางสังคม.....	72
การมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการ	
ระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ.....	80
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	81
โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของพ่อและแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริม	
พัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษของ Gavidia-Payne และ	
Stoneman (1997)	82
โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของพ่อและแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริม	
พัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ	88
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	89
สมมติฐานในการวิจัย.....	89
ขอบเขตของการวิจัย	89
ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย.....	89
คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องในงานวิจัย	90
ประโยชน์ที่ได้รับ	93
บทที่ 2 วิธีการวิจัย	94
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	94
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	95
การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	95
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	95
แบบวัดระดับความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS).....	96
แบบวัดระดับความเครียด Web. MD	97
แบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดา.....	99

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	101
แบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็ก ที่มีความต้องการพิเศษ.....	103
การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝง.....	106
ขั้นตอนการวิจัย.....	110
การวิเคราะห์ข้อมูล	111
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	112
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	113
ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ.....	121
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ใน โปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ.....	125
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย.....	134
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	146
รายการอ้างอิง	157
ภาคผนวก	173
ภาคผนวก ก.....	174
ภาคผนวก ข.....	175
ภาคผนวก ค.....	191
ภาคผนวก ง.....	204
ภาคผนวก จ.....	219
ภาคผนวก ฉ.....	221
ภาคผนวก ช.....	226
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	253

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1.1	ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาและบุคลิกภาพของบุคคล สรุปจากผลการวิจัยของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989).....	62
1.2	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายอิทธิพลโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ สรุปจากงานวิจัยของ Gavidia-Payne และ Stoneman (1997).....	85
3.1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (มารดา).....	114
3.2	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (บุตร).....	116
3.3	บุคคลในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแม่.....	119
3.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจาก ตัวแปรต่าง ๆ (N = 343)	124
3.5	ค่า Factor Loading, Standardized Solution Matrix, Completely Standardized Solution Matrix และ Factor Score Regression ของตัวแปร.....	129
3.6	เมทริกซ์พหุคูณของตัวแปรแฝง E และ K.....	132
3.7	เมทริกซ์สหสัมพันธ์ตัวแปรแฝง.....	133
ค1	ผลการวิเคราะห์แบบวัดความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวม ของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48).....	192
ค2	ผลการวิเคราะห์แบบวัดความเครียด Web. MD โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48).....	193
ค3	ผลการวิเคราะห์แบบวัดการจัดการกับปัญหา โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48).....	194
ค4	ผลการวิเคราะห์แบบวัดการจัดการกับอารมณ์ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48).....	196
ค5	ผลการวิเคราะห์แบบวัดการหลีกเลี่ยงปัญหา โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48).....	198

ตารางที่	หน้า	
ค6	ผลการวิเคราะห์แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48).....	199
ค7	ผลการวิเคราะห์แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48)	200
ค8	ผลการวิเคราะห์แบบวัดการมีความรู้และความเข้าใจในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็ก โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48).....	200
ค9	ผลการวิเคราะห์แบบวัดการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็ก โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48).....	202

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1	กระบวนการของการทำหน้าที่พ่อแม่ของ Belsky (1984)..... 37
1.2	แผนภูมิแสดงรูปแบบกระบวนการของความเครียดตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส โดย Slavin, Rainer, และ McGreary, สุภาพรพรณ โคตรจรัส (2539)..... 54
1.3	โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของพ่อและแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยสรุปจากงานวิจัยของ Gavidia-Payne และ Stoneman (1997)..... 82
1.4	โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ สรุปจากงานวิจัยของ Gavidia-Payne และ Stoneman (1997)..... 83
1.5	โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของพ่อในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ สรุปจากงานวิจัยของ Gavidia-Payne และ Stoneman (1997)..... 84
1.6	โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย..... 88
2.1	ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม (N =48)..... 107
2.2	ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงความเครียด (N = 48)..... 108
2.3	ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหา (N = 48)..... 109
2.4	ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (N = 48)..... 110
3.1	โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ..... 127
4.1	General Adaptation Syndrome (GAS) ตามแนวความคิดของ Selye..... 140

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากเว็บไซต์ขององค์การยูเนสโกที่ว่าด้วยเรื่องของคนพิการได้คาดคะเนจำนวนคนพิการทั่วโลกว่ามีอยู่ประมาณ 650 ล้านคน หรือร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (The United Nations Programme on Disabilities, 2009) ในขณะที่ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 ได้สำรวจจำนวนคนพิการในประเทศไทยพบว่า มีจำนวนคนพิการมากถึง 1.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 2.9 จากประชากรทั้งสิ้นประมาณ 65.6 ล้านคน ของประชากรไทย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2545 ที่มีอยู่ประมาณ 1.1 ล้านคน จากประชากรทั้งสิ้นประมาณ 62.7 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) จากสถิติข้างต้นนี้ ทำให้คาดการณ์ได้ว่าจำนวนเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี และการมีลูกเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษเป็นเรื่องที่น่าเห็นใจอย่างยิ่ง เพราะไม่มีใครเตรียมพร้อมที่จะเป็นพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อย่างไรก็ตาม พ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษจำเป็นต้องค่อย ๆ เรียนรู้ เข้าใจ เตรียมพร้อม ปรับตัว และทำหน้าที่ของการเป็นพ่อแม่ให้ดีที่สุด เพื่อเด็กจะได้มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ใกล้เคียงกับเด็กปกติ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม (Early Intervention : EI) เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมากสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เพราะโปรแกรมจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม สังคมสติปัญญา และทักษะอื่น ๆ ที่จำเป็นของชีวิต เด็กจะได้รับประโยชน์อย่างสูงสุดจากโปรแกรมหากพ่อแม่หรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากพ่อแม่เป็นบุคคลสำคัญที่สุดสำหรับเด็ก พวกเขารู้จัก ใกล้ชิด ห่วงดีกับเด็ก และพร้อมที่จะช่วยเหลือเด็กอย่างเต็มที่ เมื่อพ่อแม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับลูกแล้ว จะทำให้พ่อแม่มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของลูก ซึ่งทำให้พ่อแม่สามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง และพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะส่งผลดีต่อพัฒนาการของเด็ก และพ่อแม่ยังได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากบุคคลอื่นเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งช่วยทำให้พ่อแม่คลายความเครียด ความวิตกกังวล และความท้อแท้ได้ การมีส่วนร่วมในโปรแกรมยังทำให้พ่อแม่รู้สึกที่ตนเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการคงบทบาทในการดูแลลูกอย่างต่อเนื่อง (Neill, 1996) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดสายสัมพันธ์อันดีระหว่างพ่อแม่และเด็ก ทำให้ครอบครัวดำเนินชีวิตต่อไป

อย่างมีความสุข อีกทั้งยังช่วยลดต้นทุนในการรักษาพยาบาลเด็กด้วย ซึ่งพ่อแม่ที่เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมต้องทุ่มเทกำลังกายและกำลังใจอย่างมาก และต้องเข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยเหลือและพัฒนาเด็กให้มีพัฒนาการที่ใกล้เคียงกับเด็กปกติ ช่วยป้องกันความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นต่อเนืองและมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอื่น ๆ รวมถึงทำให้เด็กดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุขในสังคม

การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มจะมุ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วมในโปรแกรมของวัยเด็กตอนต้น (อายุ 0-6 ปี) เนื่องจากช่วงเวลานี้มีความสำคัญมากต่อเด็กทุก ๆ คน เป็นวัยที่เป็นรากฐานต่อพัฒนาการในทุก ๆ ด้าน อีกทั้งวัยนี้ยังเป็นวัยที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป และสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษแล้ว ช่วง 2-3 ปีแรกของชีวิตเป็นวัยที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นช่วงเวลาที่เด็กถูกวินิจฉัยว่ามีความพิเศษแตกต่างจากเด็กคนอื่น ๆ และมีความเป็นไปได้อย่างมากว่าเด็กวัยนี้จะได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มมากที่สุด (Dunlap, 2009) หากเด็กยังได้รับการช่วยเหลือด้านโปรแกรมเร็วเท่าไร ก็จะช่วยป้องกันและ/หรือลดความรุนแรงของปัญหาได้มากเท่านั้น และได้ผลดีกว่าการแก้ไขเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น รวมทั้งยังช่วยลดความยุ่งยากซับซ้อนในการจัดบริการในระดับสูงขึ้นไปให้แก่เด็ก และยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของเด็กที่ต้องได้รับการช่วยเหลือระยะยาวอีกด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านครอบครัวที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีอยู่เพียงน้อยนิดเท่านั้นในปัจจุบัน การเข้าใจถึงตัวแปรด้านครอบครัวว่าตัวแปรใดบ้างส่งผลมาก/น้อยเป็นสิ่งสำคัญ เพราะทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รวมทั้งทำให้บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถคิดและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าใจการมีส่วนร่วมของแม่ เพราะโดยส่วนใหญ่แล้วแม่จะใกล้ชิดและทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบ เลี้ยงดู ดูแลลูก และเป็นบุคคลที่ไวและสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กในทุก ๆ ด้าน รวมทั้งเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มให้กับลูกที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในประเทศไทยจะศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับแม่โดยตรง (รสนลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539; จิรวรรณ พุ่มศรีอินทร์, 2545; อรทัย ทองเพ็ชร, 2545; ศิราณี มหามาตย์, 2546; วณาลักษณ์ เมืองมลณีรัตน์, 2547; ประภาศรี ทุงมีผล, 2548; ปริศนา ยิ่งราชฎ์สุข, 2550; วิฑิตชญาณ์ สมดุลยวาathy,

2551) หรือหากไม่ใช้การศึกษาเกี่ยวกับแม่โดยตรง ผลจากงานวิจัยจำนวนมากพบว่า แม่มากกว่า ร้อยละ 65 มีบทบาทในการดูแลลูก และรับผิดชอบในการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มเป็นหลัก (ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541; สุไปรมา ลีลามณี, 2543; จิรัชยา จิรธรรมกุล, 2544; นาฎยพรรณ ภิญญา, 2545; นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล, 2546)

ด้วยสาเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษอายุ 0-6 ปี โดยนำทฤษฎีกระบวนการของการทำหน้าที่พ่อแม่ (Model of Parenting) ของ Jay Belsky (1984) และทฤษฎีการเผชิญปัญหาโดย Folkman และ Lazarus (1984) มาเป็นทฤษฎีในการสร้างโมเดล โดยผู้วิจัยต้องการตรวจสอบความสัมพันธ์ของโมเดลเชิงสาเหตุที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ของตัวทำนายนการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี กับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยโปรแกรมลิสรล โดยมุ่งความสนใจไปที่ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแม่ที่สามารถทำนายนการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องอยู่ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ เศรษฐฐานะของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และการเผชิญปัญหา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของตัวแปรสาเหตุต่าง ๆ เหล่านี้ว่าส่งผลทางตรงหรือทางอ้อมกับการมีส่วนร่วมของแม่ และตรวจสอบความตรง (Validation) ของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยทำนายว่า แม่ที่มีรายได้และการศึกษาต่ำมีแนวโน้มจะเกิดความเครียดสูง และลดการมีส่วนร่วมของแม่ลงได้ แม่ที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความเครียดต่ำ และใช้วิธีการจัดการกับปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์ และทำให้เข้าไปมีส่วนร่วมมากกว่าแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ส่วนแม่ที่มีความเครียดสูงจะมีความกระตือรือร้นน้อยกว่า และไม่ค่อยใช้วิธีการจัดการกับปัญหา ทำให้แม่มีส่วนร่วมกับโปรแกรมของลูกน้อยลง ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ การแก้ปัญหาเฉพาะเจาะจงไปที่เด็กแต่เพียงผู้เดียวนั้น ไม่สามารถจะเกิดผลได้อย่างที่ควรจะเป็น แต่ควรจะมีมุมมองการแก้ปัญหาไปที่ระบบครอบครัว เพราะการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้กับเด็ก ความเชื่อมั่นในระบบครอบครัว และความรักความผูกพันที่มีให้ซึ่งกันและกันจะช่วยทำให้เด็กที่เจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติในด้านต่าง ๆ สามารถพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพเท่าที่พวกเขาเมื่ออยู่ และการศึกษา

ดังกล่าวจะช่วยนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีประสิทธิภาพต่อไป



ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม (Early Intervention Program)
2. เด็กที่มีความต้องการพิเศษ
3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
4. แนวคิดและทฤษฎีระบบครอบครัว
5. ตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม (Early Intervention Program)

1.1 ความหมายของการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม คือ ความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ แก่ทารกหรือเด็กก่อนวัยเรียนที่มีพัฒนาการล่าช้า หรือเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการล่าช้า โดยเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย กุมารแพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักการศึกษา นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขการพูด เป็นต้น การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มจะช่วยเหลือครอบครัวที่มีเด็กพัฒนาการล่าช้าหรือเด็กกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่วัยแรกของชีวิต โดยให้ความช่วยเหลือเด็กในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย สติปัญญา พฤติกรรม การเรียนรู้ และพัฒนาการด้านอื่น ๆ เพื่อช่วยส่งเสริมให้เด็กสามารถพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพของตน และป้องกันการเกิดปัญหาทางพัฒนาการที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งช่วยเสริมสร้างกำลังใจและความมั่นใจให้กับครอบครัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข โดยการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มจะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก เพื่อครอบครัวจะสามารถดูแลเด็กให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข และช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพที่ตนมี (พรพรรณระพี สุทธิวรรณ, 2552ก; Dunst, 2000; Lerner, Lowenthal & Egan, 2003)

1.2 ความสำคัญของการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

ช่วงเวลา 6 ปีแรกของชีวิตเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในชีวิตของบุคคล เพราะเด็กสามารถพัฒนาศักยภาพได้อย่างเต็มที่มากที่สุดในทุก ๆ ด้านของพัฒนาการ เมื่อเด็กก้าวสู่วัยเรียน ช่วงเวลาแห่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่าก็จะผ่านพ้นไป และโอกาสที่จะจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่จำเป็นตั้งแต่แรกเริ่มจะสูญหายไป (Lerner, Mardell-Crudnowski, & Goldenberg, 1981 อ้างถึงใน ศรีนคร วิฑะสิรินันท์, 2535) ระยะเวลาแห่งการเรียนรู้และพัฒนาการของบุคคลดำเนินไปอย่างรวดเร็ว เมื่อผ่านแล้วก็ผ่านเลยไป ไม่สามารถเรียกกลับคืนมาได้ ซึ่งการเรียนรู้ของเด็กจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายสิ่งประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นตัวเด็กเอง สิ่งแวดล้อม และบุคคลที่อยู่รอบตัว เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการล่าช้ามีผลกระทบรุนแรงมากกว่าเด็กปกติ เพราะการช่วยเหลือตนเองมีขีดจำกัด และมีลักษณะหรือสภาพบางประการซึ่งทำให้การพัฒนามีความยากลำบากหรือมีความซับซ้อนกว่าเด็กทั่วไป ดังนั้นเด็กเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมและบุคคลที่อยู่รอบตัวช่วยเสริมสร้างพัฒนาการ และหากบุคคลรอบข้างตระหนักรู้ถึงความผิดปกติของเด็กได้อย่างรวดเร็ว การช่วยเหลือในด้านพัฒนาการก็จะดำเนินไปได้อย่างง่าย สะดวกเหมาะสม และดีมากกว่าการรับรู้ความผิดปกติของเด็กเมื่อเด็กโตขึ้น ซึ่งคำกล่าวนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bibby, Eikeseth, Martin, Mudford และ Reeves (2002) ที่พบว่า ยิ่งเด็กเริ่มโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเร็วเท่าไร ก็จะทำให้ระดับสติปัญญาและพฤติกรรมดีขึ้น ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากเด็กเล็กมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ง่ายกว่าเด็กโต เพราะเด็กเล็กอยู่ในช่วงที่มีการเจริญเติบโตทางสติปัญญาและทางสังคมรวดเร็วมาก การสอนพฤติกรรมที่เหมาะสม การป้องกัน และการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจึงทำได้ง่ายในขณะที่ยังเป็นเด็กเล็ก และการจูงใจเด็กเล็กมีแบบแผนที่เรียบง่าย เหตุการณ์และกิจกรรมต่าง ๆ ก็ดำเนินได้ง่ายกว่า (Mercer, 1979 อ้างถึงใน ศรีนคร วิฑะสิรินันท์, 2535) ดังนั้นการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มจึงเป็นเรื่องจำเป็นที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลต้องช่วยเหลือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการล่าช้า เพื่อเด็กจะสามารถเรียนรู้ในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้เต็มศักยภาพของตน ช่วยป้องกันความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นต่อเนื่องและมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอื่น ๆ และทำให้เด็กดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มไม่เพียงแต่จะส่งผลดีต่อพัฒนาการและการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคตของเด็กเท่านั้น แต่ยังทำให้ครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมได้รับประโยชน์ด้วย กล่าวคือ พ่อแม่ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งทำให้สามารถช่วยเหลือเด็กและดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้โปรแกรมยังช่วยทำให้พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากทั้งตัวโปรแกรมเองและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน

โปรแกรมด้วย ไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ จากพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษคนอื่น ๆ และจากสังคม ซึ่งจะช่วยเหลือเสริมสร้างพลังใจให้กับครอบครัว และทำให้ปัญหาต่าง ๆ ของพ่อแม่เบาบางลง การได้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมทำให้พ่อแม่ตระหนักได้ว่าตนเองไม่ได้แบกรับปัญหาเพียงลำพัง แต่มีบุคคลรอบตัวพร้อมที่จะช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ นอกจากนี้โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มยังทำให้พ่อแม่ได้ใกล้ชิดกับลูก ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างเด็กและพ่อแม่อีกด้วย

การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในครอบครัวจะเป็นไปได้ดีหากสังคมและชุมชนร่วมกันสนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว เช่น เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม แนะนำความรู้ต่าง ๆ และให้กำลังใจ รวมทั้งให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่กับพ่อแม่ที่มีลูกเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เพื่อให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการช่วยเหลือ ดูแล และสร้างเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อทำได้เช่นนี้แล้ว สังคมและชุมชนก็จะได้รับประโยชน์นั้นกลับคืน กล่าวคือ เมื่อเด็กได้รับการดูแลจากครอบครัวเป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมและชุมชนได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระของผู้อื่นและสังคม นอกจากนี้การนำเด็กเข้าโปรแกรมในระยะที่เหมาะสม ทำให้ประเทศชาติลดค่าใช้จ่ายไปกับการแก้ปัญหาเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้มาก อีกทั้งทำให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้น (จิรัชยา จิรธรรมกุล, 2544; พรรณระพี สุทธิวรรณ, 2552ก)

1.3 บุคลากรผู้ทำงานให้ความช่วยเหลือการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มมีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ คือ ผู้ปกครองหรือพ่อแม่ และนักวิชาชีพในสาขาวิชาชีพหลายสาขาด้วยกัน หรือที่เรียกว่า ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลต่าง ๆ ดังนี้ (แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ และ นิตยา คชภักดี, 2551)

1. แพทย์ ได้แก่ กุมารแพทย์พัฒนาการและพฤติกรรม กุมารแพทย์สาขาประสาทวิทยา กุมารแพทย์ทั่วไป จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ในการทำหน้าที่ตรวจ ประเมินพัฒนาการ ให้การวินิจฉัย ดูแลสุขภาพ รักษาโรคและติดตามความก้าวหน้าด้านพัฒนาการ รวมถึงให้ความรู้ความเข้าใจ ประสานความร่วมมือกับครอบครัว ครู และทีมสหวิชาชีพ

2. นักจิตวิทยาคลินิก ประเมินด้านการเรียนรู้ สติปัญญา พฤติกรรมและพัฒนาการ การปรับพฤติกรรม และการให้คำปรึกษาแนะแนว

3. นักแก้ไขการพูด ประเมินการรับรู้และการใช้ภาษา การสื่อสาร ความบกพร่องด้านการพูด และฝึกพูด
4. นักกายภาพบำบัด ประเมินและฝึกทักษะการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ในการทรงตัวและเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การวิ่ง การกระโดด การขึ้นบันได เป็นต้น
5. นักกิจกรรมบำบัด ประเมินและฝึกการใช้กล้ามเนื้อเล็ก การช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน ประเมินและฝึกระบบประสาทสัมผัสให้ทำงานประสานกัน เพื่อนำข้อมูลมาใช้กับการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหา
6. พยาบาล ประเมินและให้การดูแลสุขภาพ การอบรมเลี้ยงดูและประสานการฝึกพัฒนาการในการกำกับดูแลสุขภาพ และโภชนาการที่บ้าน
7. บุคลากรด้านอื่น ๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักการศึกษาพิเศษ นักโภชนาการ เป็นต้น

1.4 รูปแบบการปฏิบัติงานเป็นทีมในการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มเป็นความร่วมมือจากนักวิชาชีพหลายสาขา ซึ่งรูปแบบการทำงานของนักวิชาชีพแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ (Bagnato & Neisworth, 1991 อ้างถึงใน แสงดาว การุณยวนิช, 2544; พรรณระพี สุทธิวรรณ, 2552ก)

1. รูปแบบการทำงานเฉพาะสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) เป็นรูปแบบที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาวิชามุ่งทำหน้าที่ของตน มีความเกี่ยวข้องกับสาขาอื่นน้อย รูปแบบการทำงานนี้จะแยกกันประเมินในแต่ละด้านที่ตนรับผิดชอบ และส่งต่อข้อมูลแก่กันและกัน แต่ไม่มีการสื่อสาร การประสานงาน และการปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพ
2. รูปแบบการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Team) สมาชิกของทีมประกอบด้วยผู้ปกครองของเด็กและผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ ซึ่งสมาชิกของทีมจะมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันเกี่ยวกับการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในด้านต่าง ๆ มีการสื่อสาร การประชุมร่วมกัน และการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในทีม แต่ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขารับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพของตนเองเท่านั้น ซึ่งการทำงานร่วมกันแบบนี้เป็นการลดแบบแผนการทำงานในรูปแบบการทำงานเฉพาะสาขาวิชาชีพ โดยมีการสื่อสารถึงปัญหาในการทำงานต่าง ๆ ของสหวิชาชีพ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของเด็กและครอบครัว
3. รูปแบบการทำงานของสหวิชาชีพที่มีความสอดคล้องกัน (Transdisciplinary Team) สมาชิกของทีมประกอบด้วยผู้ปกครองของเด็กและผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ เป็นการดำเนินงานที่แต่ละสาขาวิชาชีพมีการสื่อสาร ร่วมแบ่งปันความรู้ และมีการประเมินร่วมกันระหว่าง

สมาชิกของทีม ลดข้อจำกัดทางวิชาการและสนับสนุนให้สมาชิกทำงานอย่างสอดคล้องกัน สมาชิกในทีมและผู้ปกครองทำงานร่วมกัน มีการให้คำปรึกษา สร้างเป้าหมาย ให้คำแนะนำ และให้การบำบัดนอกจากนี้ยังสอนงานซึ่งกันและกัน ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถทำงานแทนกันได้โดยที่ไม่ก้าวล้ำวิชาชีพกัน รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ประสบผลสำเร็จมากที่สุด

1.5 รูปแบบของการให้บริการการส่งเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐานของเด็กและครอบครัว โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังต่อไปนี้ (Bailey & Wolery, 1992; Neisworth & Bagnato, 1991, อ้างถึงใน สุทธิชัยวุฒิ สมดุลยาวิทย, 2551)

1. รูปแบบศูนย์บริการ (Center-Based Program) อยู่ในโรงเรียน โรงพยาบาล หรือศูนย์ที่ให้บริการเกี่ยวกับการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม โดยมีบุคลากรและอุปกรณ์ที่ให้ความรู้และการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มที่มุ่งที่ตัวเด็ก และสอนผู้ปกครองไปพร้อมกันเพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้าน

2. รูปแบบการให้บริการที่บ้าน (Home-Based Program) เป็นการให้บริการที่บ้าน เน้นความสะดวกสบายของเด็กและครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์เป็นแบบธรรมชาติ ไม่รบกวนกิจวัตรประจำวันของเด็กและครอบครัว พยายามให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม และเปิดโอกาสให้นักกระตุ้นพัฒนาการได้ปรับสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปในทางที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การสอนตัวต่อตัวในสภาพแวดล้อมจริงของเด็กทำให้พ่อแม่มีความมั่นใจมากขึ้น และสามารถปรับให้เข้ากับเวลาที่สะดวกของครอบครัวโดยไม่เสียเวลาเดินทาง

3. รูปแบบการให้บริการที่บ้านและศูนย์บริการ (Home and Center-Based Program) เป็นรูปแบบการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มที่ทำความคุ้นเคยกันไว้ระหว่างที่ศูนย์และที่บ้านของเด็ก

1.6 ประโยชน์ของการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

มีผลจากงานวิจัยมากมายที่สนับสนุนผลประโยชน์ของการทำโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม เช่น การศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ทำให้เด็กมีปัญหาทางพฤติกรรมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น มีการปรับวงจรการหลับการตื่นที่ดีขึ้น และมีพัฒนาการทางด้านภาษามากขึ้น (Matsuishi et al., 1998) และ การศึกษาประโยชน์จากโปรแกรมสร้างเสริม

พัฒนาการระยะแรกเริ่ม 30 โปรแกรมใน 23 ประเทศของ Nores และ Barnett (2009) พบว่าเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมมีสติปัญญา พฤติกรรม สุขภาพ และการเรียนที่ดีและก้าวหน้ามากขึ้น

จากประโยชน์ที่มีมากมายดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น จึงสรุปประโยชน์ของการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มเป็นข้อ ๆ ดังนี้ (Bailey & Wolery, 1992; Dunst, 2000; Lazar & Darlington, 1982 อ้างถึงใน Hanson, 1996; Hanson & Lynch, 1989; Lerner et al., 2003; พรพรรณระพี สุทธิวรรณ, 2552ก)

1. ประโยชน์ต่อตัวเด็ก

1.1 ช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมเหมาะสมกับวัย ช่วยป้องกันปัญหาซ้ำซ้อนที่จะตามมาจากการมีพัฒนาการล่าช้าหรือผิดปกติ และช่วยลดปัญหาพฤติกรรมได้

1.2 ทำให้เด็กมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ลดภาวะการพึ่งพาผู้อื่น เกิดการเรียนรู้ ปรับตัว และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ อีกทั้งยังประกอบอาชีพตามระดับความสามารถของตนเองได้

1.3 ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เกิดความมั่นใจ เคารพตนเอง เกิดกำลังใจ และต้องการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มากขึ้น

2. ประโยชน์ต่อครอบครัวของเด็ก

2.1 ช่วยพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเด็ก และทำให้สมาชิกพัฒนาตนเองได้เต็มศักยภาพ

2.2 ช่วยลดความเครียด ความรู้สึกผิด ความซึมเศร้า ความโกรธ ความคับข้องใจของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู อีกทั้งช่วยเสริมสร้างกำลังใจและความมั่นใจแก่พ่อแม่ว่า ตนสามารถเลี้ยงดูเด็กให้เกิดการเรียนรู้ และประกอบอาชีพตามความสามารถได้ในอนาคต

2.3 ช่วยให้พ่อแม่ยอมรับปัญหาและเข้าใจปัญหา ซึ่งทำให้เกิดการปรับตัวและร่วมกันแก้ไขจุดด้อย และเสริมจุดเด่นให้กับลูก

2.4 ช่วยให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตในสังคมต่อไปได้เหมือนครอบครัวอื่น ๆ การได้รับกำลังใจ ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความบกพร่องทางพัฒนาการ ตลอดจนแนวทางในการให้ความช่วยเหลือเด็ก ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดี เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งกล้าเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ มากขึ้น

3. ประโยชน์ต่อสังคม

3.1 ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือบกพร่อง โดยช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัวและสังคม และส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้เด็ก

สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่เป็นภาระของสังคม เช่น การหาสถานศึกษา การฝึกอาชีพ เป็นต้น

3.2 ช่วยทำให้ประเทศลดต้นทุนในการพยาบาลเด็ก หากเด็กได้รับการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในระยะเวลาที่เหมาะสม จะช่วยให้ประเทศชาติประหยัดงบประมาณได้มากกว่าการรับบริการโปรแกรมเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น

1.7 หน่วยงานที่ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

ในปัจจุบัน การให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในประเทศไทยมีอยู่หลายแห่ง ซึ่งแต่ละแห่งอาจมีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป เช่น คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ คลินิกส่งเสริมพัฒนาการ หน่วยกระตุ้นพัฒนาการ คลินิกกิจกรรมบำบัด ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการ ฯลฯ แต่ทุกแห่งล้วนมีวัตถุประสงค์เดียวกัน คือ การให้บริการกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการการช่วยเหลือเป็นพิเศษในด้านต่าง ๆ เพื่อดูแลและช่วยเหลือให้เด็กมีพัฒนาการตามลำดับขั้นตามวัยและมีพัฒนาการได้เต็มศักยภาพของตน สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างน้อยตามขั้นพื้นฐาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเป็นการทำงานร่วมกันของบุคลากรในด้านต่าง ๆ เช่น กุมารแพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักการศึกษา นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักแก้ไขการพูด เป็นต้น

หน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม มีดังนี้ (ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กแห่งประเทศไทย, 2552)

หน่วยงานของรัฐบาลในกรุงเทพมหานคร เช่น

- วชิรพยาบาล
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- โรงพยาบาลตากสิน
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- โรงพยาบาลศิริราช
- โรงพยาบาลรามาธิบดี
- โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
- โรงพยาบาลราชานุกูล
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เครือข่ายการให้บริการการส่งเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มเอ็กซน เช่น

- Special Child Center
- บ้านอุ่นรัก
- บ้านพัฒนาการครูอ้อ
- แฮปปี้โฮมคลินิก
- มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง
- Smart Kids
- Kid in Sync
- โรงเรียนบ้านแม่่นก
- ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการและฝึกทักษะเด็กพิเศษ Max-Skills
- ทอฝัน Special Home School
- ศูนย์เพื่อเด็กพิเศษแสงเหนือ

เครือข่ายโรงพยาบาลเอ็กซนในกรุงเทพมหานคร เช่น

- โรงพยาบาลสินแพทย์
- โรงพยาบาลเด็ก สมิติเวช ศรีนครินทร์
- โรงพยาบาลเวชธานี
- โรงพยาบาลกรุงเทพ
- โรงพยาบาลปิยะเวท
- โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
- โรงพยาบาลพญาไท
- โรงพยาบาลบีเอ็นเอช
- โรงพยาบาลศิรินครินทร์
- โรงพยาบาลบีแคร์เมดิคอล

2. เด็กที่มีความต้องการพิเศษ

การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อบุคคลที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการในด้านต่าง ๆ หรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งในปัจจุบัน มีผู้เรียกเด็กที่มีความต้องการพิเศษอยู่หลากหลายคำ เช่น เด็กที่มีความต้องการพิเศษ เด็กพิเศษ เด็กที่มีปัญหาทางพัฒนาการ เด็กพิการ ฯลฯ และมีผู้ให้คำนิยามและจัดแบ่งประเภทของคำดังกล่าวไว้

มากมาย การจัดแบ่งประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ มักทำเพื่อเป็นการจัดให้สอดคล้องกับการจัดบริการ และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม ซึ่งคำนิยามและการจัดแบ่งประเภทมีดังนี้

Heward (2003, อ้างถึงใน จิตติชญาณ์ สมดุลยวาทย์, 2551) ได้ให้คำนิยามเด็กที่มีปัญหาทางพัฒนาการ โดยมีความผิดปกติทางร่างกายหรือการเรียนรู้ว่า “Exceptional Children” ซึ่งเป็นเด็กกลุ่มที่มีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องจัดการเรียนการสอนแบบพิเศษ ในขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) (1989, สุนิตย์ สุทธิสารรณกิจ, 2531, อ้างถึงใน ศรินธร วิหะสิริพันธ์, 2535; สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ, 2544) ได้ให้แนวทางสำหรับการทำความเข้าใจเด็กที่มีความต้องการพิเศษว่าต้องอยู่ในขอบเขต 3 ประการ ดังนี้

1. ความบกพร่อง (Impairment) คือ มีการสูญเสีย หรือมีความผิดปกติทางจิต ทางร่างกาย หรือโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่
 - 1.1 บกพร่องทางสติปัญญาหรือความทรงจำ (Intelligence or Memory Impairment) ปัญญาอ่อน เสียความทรงจำ สัมเหตุการณ์ที่ผ่านมาและปัจจุบัน
 - 1.2 บกพร่องทางจิตอื่น ๆ (Other Psychological Impairment) บกพร่องทางสติสัมปชัญญะ หย่อนความสำนึก บกพร่องทางความสนใจหรือเข้าใจ นอนไม่หลับ
 - 1.3 บกพร่องทางภาษาหรือการสื่อความหมาย (Language or Communication Impairment) พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด ไม่สามารถแสดงความเข้าใจและแสดงการติดต่อกับคนอื่นได้
 - 1.4 บกพร่องทางการได้ยิน (Aural Impairment) หูตึง ได้ยินไม่ชัดเจนทั้งสองข้าง ได้ยินข้างหนึ่งและหนวกอีกข้างหนึ่ง
 - 1.5 บกพร่องทางการมองเห็น (Ocular Impairment) เห็นไม่ชัดเจนทั้งสองข้าง บอดข้างหนึ่งเห็นเลือนรางข้างหนึ่ง บอดสองข้าง
 - 1.6 บกพร่องทางอวัยวะภายใน (Visceral Impairment) บกพร่องทางระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต บกพร่องทางระบบการย่อยอาหาร การขับถ่าย
 - 1.7 บกพร่องทางโครงกระดูก (Skeletal Impairment) กระโหลกศีรษะ หัว ลำตัว แขนขาไม่เป็นปกติ
 - 1.8 บกพร่องทางประสาทสัมผัส (Sensory Impairment) เสียความรู้สึกร้อนหนาว ความรู้สึกกลดน้อยกว่าปกติ สูญเสียความรู้สึกสัมผัส เจ็บ
 - 1.9 อื่น ๆ

2. ไร้สมรรถภาพ (Disability) คือ มีความจำกัดหรืออุปสรรคกีดกันอันเนื่องมาจากความบกพร่องจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดในลักษณะหรือภายในขอบเขตที่ถือว่าปกติสำหรับมนุษย์ได้ ได้แก่

2.1 ไร้ความสามารถทางอุปนิสัย (Behavior Disabilities) ไม่สามารถบอกเวลาสถานที่ ไม่สามารถปกป้องคุ้มครองตนเอง เสียความสัมพันธ์กับครอบครัว

2.2 ไร้ความสามารถทางการสื่อความหมาย (Communication Disabilities) พูดได้แต่ไม่เข้าใจ พูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่ได้ เขียนหนังสือไม่ได้ อ่านไม่ได้

2.3 ไร้ความสามารถทางการดูแลตนเอง (Personal Care Disabilities) ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ แต่งตัว กินอาหารได้เอง

2.4 ไร้ความสามารถทางการเคลื่อนไหว (Locomotor Disabilities) เช่น เดิน วิ่ง ขึ้นลงบันไดไม่ได้ตามปกติ

2.5 ไร้ความสามารถทางความคล่องแคล่วของอวัยวะ (Dexterity Disabilities) ไร้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถใช้นิ้วมือกำของ ถือของ หรือไม่สามารถใช้เท้าบังคับร่างกายได้

2.6 ไร้ความสามารถทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Disabilities) ไม่สามารถทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิดินฟ้าอากาศ เสียง หรือบรรยากาศในการทำงาน

2.7 ไร้ความสามารถในบางสถานการณ์ (Situational Disabilities) ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งผู้อื่น ไม่เป็นอิสระ

3. ความเสียเปรียบ (Handicap) คือ มีความจำกัดหรืออุปสรรคกีดกันอันเนื่องมาจากความบกพร่องหรือไร้สมรรถภาพที่จำกัดหรือขัดขวาง จนทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุการกระทำตามบทบาทปกติได้สำเร็จ ได้แก่

3.1 เสียเปรียบทางความสำนึก (Orientation Handicap) ไร้ความสำนึกต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถเกี่ยวข้องกับผู้อื่น

3.2 เสียเปรียบทางกายไม่เป็นอิสระ ต้องพึ่งผู้อื่น (Physical Independence Handicap) โดยแบ่งตามความรุนแรงของความพิการได้ดังนี้

- ต้องพึ่งผู้อื่นทุกอย่าง
- ช่วยตนเองได้บ้าง แต่ส่วนใหญ่ยังไม่เป็นอิสระ
- มีสถานภาพพึ่งตนเองได้ แต่ไม่สามารถออกนอกบ้านได้
- พึ่งตนเองได้เป็นครั้งคราวในช่วงเวลาสั้น

- ช่วยตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้บ้างในการแต่งตัว กินอาหาร เข้าห้องน้ำ แต่ยังไม่เป็นอิสระทั้งหมด

- ช่วยตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง

3.3 เสียเปรียบทางการเคลื่อนไหว (Mobility Handicap) แบ่งตามความรุนแรงของความพิการ ดังนี้

- เคลื่อนไหวข้อในการบริหารกล้ามเนื้อเกือบไม่ได้
- เคลื่อนไหวได้เองบ้าง แต่ยั้งติดเป็นส่วนใหญ่
- เคลื่อนไหวได้เองเป็นส่วนใหญ่โดยให้ผู้อื่นช่วยเป็นส่วนน้อย

3.4 เสียเปรียบทางด้านกิจกรรม (Occupation Handicap) แบ่งตามความรุนแรงของความพิการ ได้แก่

- พึ่งตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อยมาก
- เป็นอิสระในกิจกรรมต่าง ๆ แต่ยังมีขอบเขตที่พึ่งตนเองไม่ได้
- ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองในบางเวลา
- เป็นอิสระในการทำกิจกรรมได้ 1-2 ชนิด แต่ยังคงต้องพึ่งคนอื่นอยู่ในกิจกรรมอื่น ๆ

3.5 เสียเปรียบทางด้านสังคม (Social Integration Handicap) แบ่งตามความรุนแรงได้ดังนี้

- ไม่สามารถเข้าสังคมทั่วไปได้
- ไม่สามารถร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ญาติ พี่น้องได้
- อารมณ์จิตใจยังอยู่ในสภาพไม่พร้อมที่จะเข้าสังคมเพราะอายหรือน้อยใจ

3.6 เสียเปรียบทางสภาพเศรษฐกิจ (Economic Self- Sufficiency Handicap) ได้แก่

- ไม่มีรายได้
- มีรายได้เล็กน้อย แต่ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายในบ้านและการรักษาพยาบาล
- มีรายได้บ้างสำหรับค่าใช้จ่ายในบ้าน แต่ไม่พอเพียงกับการรักษาพยาบาล

คณะกรรมการร่วมขององค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ หรือ ยูนิเซฟ (UNICEF) (สถาบันราชภัฏนครราชสีมา, 2552) กับองค์การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการระหว่างประเทศได้กำหนดประเภทของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยอาศัยลักษณะของความพิการและปัญหาของเด็กเป็นเกณฑ์ คือ

1. ตาบอด
2. มองเห็นได้อย่างเลือนลาง หรือบางส่วน

3. มีความบกพร่องทางการได้ยิน
4. ปัญญาอ่อน
5. พิกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ซึ่งเกิดจากความพิการทางสมอง ความพิการทางแขน ขา ลำตัว
6. มีความบกพร่องทางการพูด หรือ การใช้ภาษา
7. มีปัญหาการเรียนรู้เฉพาะด้าน
8. มีปัญหาทางพฤติกรรมต่าง ๆ
9. เรียนหนังสือได้ช้า
10. มีปัญหาความพิการซ้อน

สำหรับประเทศไทย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้ให้คำนิยามของคำว่าเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ดังนี้

ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา (2552) จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นได้กล่าวถึงเด็กพิเศษว่า เป็นคำที่มาจากคำเต็มว่า “เด็กที่มีความต้องการพิเศษ” หมายถึง เด็กกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษ เพิ่มเติมจากวิธีการตามปกติทั้งในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ และการเข้าสังคม เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพของเขาเอง โดยออกแบบการดูแล และการช่วยเหลือเด็กตามลักษณะความจำเป็นและความต้องการของเด็กแต่ละคน

ในขณะที่วารีย์ ธีระจิตร (2545) กล่าวถึงความหมายของเด็กที่มีความต้องการพิเศษหรือเด็กพิเศษว่าหมายถึง เด็กที่มีลักษณะหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ โดยเบี่ยงเบนทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ หรือสังคม ซึ่งความเบี่ยงเบนนี้รุนแรงถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก ซึ่งคำนิยามนี้คล้ายคลึงกับคำนิยามของศรียา นิยมธรรม (2541) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นสภาพใด ๆ ซึ่งทำให้เด็กมีพัฒนาการและความเจริญเติบโตล่าช้ากว่าปกติ สภาพใด ๆ ซึ่งทำลายความเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก สภาพใด ๆ ซึ่งส่งผลทางลบอย่างรุนแรงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กหรือการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิต

ส่วนผดุง อารยะวิญญู (2539) ได้กล่าวถึงเด็กที่มีความต้องการพิเศษไว้ว่า เป็นคำที่มาจากคำภาษาอังกฤษว่า "children with special needs" เป็นคำใหม่ที่เพิ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในระยะไม่กี่ปีที่ผ่านมา ซึ่งนอกจากคำดังกล่าวแล้ว ยังมีคำภาษาอังกฤษคำอื่น ๆ ที่ใช้กล่าวถึงเด็กที่มีความต้องการพิเศษอีกด้วย ได้แก่

1. Impairment หมายถึง สภาพความบกพร่อง อาจเป็นความบกพร่องทางกาย สติปัญญา เนื้อเยื่อ หรือระบบประสาท เช่น นิ้วมือด้วน แขนด้วนโรคหัวใจ เป็นต้น (Stevens, 1962, อ้างถึงในผดุง อารยะวิญญู, 2539)

2. Disability หมายถึง การไร้สมรรถภาพ ซึ่งมีความหมายครอบคลุมไปถึงความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย การไร้สมรรถภาพหรือด้อยสมรรถภาพขึ้นอยู่กับความบกพร่อง หากอวัยวะบกพร่องมาก อวัยวะนั้นอาจทำงานได้ไม่เต็มที่หรือไม่ได้เลย แต่ถ้าอวัยวะบกพร่องน้อย อวัยวะนั้นอาจทำงานได้บ้าง แต่ทำงานได้ไม่เต็มที่เหมือนอวัยวะปกติ ดังนั้นคำว่าไร้สมรรถภาพจึงหมายถึงอวัยวะทำงานได้น้อยกว่าปกติไปจนถึงทำงานไม่ได้เลย เช่น คนที่นิ้วมือด้วนทุกนิ้ว ไม่สามารถเขียนหนังสือได้ แต่ถ้านิ้วมือด้วนสองนิ้วอาจเขียนหนังสือได้ แต่เขียนได้ด้วยความลำบาก ถ้านิ้วมือด้วนเพียงนิ้วเดียว บุคคลสามารถเขียนหนังสือได้เหมือนคนปกติหรือสามารถใช้อวัยวะได้ดี บุคคลจึงไม่มี disability อาจกล่าวได้ว่าร่างกายบางส่วนอาจบกพร่อง แต่ยังสามารถใช้อวัยวะนั้นเหมือนคนปกติ

3. Handicap หมายถึง ผู้ที่บกพร่อง ความบกพร่องของร่างกายส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้เท่ากับคนปกติ แต่หากมีการแก้ไขอวัยวะที่บกพร่องให้สามารถใช้งานได้ดังเดิมแล้ว สภาพความบกพร่องอาจหมดไป บุคคลผู้นั้นจึงไม่ใช่ผู้ที่มีความบกพร่องอีกต่อไป เช่น ทหารพรานคนหนึ่งถูกตัดขาข้างหนึ่ง บุคคลผู้นี้บกพร่องเพราะขาถูกตัด แต่ถ้าเขาใส่ขาเทียมจนสามารถเคลื่อนไหวได้สภาพความบกพร่องก็หมดไป เขาเป็นคนที่มีความบกพร่อง (Impairment) แต่เขาไม่ใช่ handicap

4. Exceptional Children หรือ “เด็กนอกกระดับ” หมายถึง เด็กที่มีสภาพร่างกายและสติปัญญาแตกต่างไปจากเด็กปกติ ได้แก่ เด็กปัญญาเลิศ เด็กปัญญาอ่อน เด็กที่มีความบกพร่องทางสายตา เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายและสุขภาพ เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน เด็กที่มีความบกพร่องเกี่ยวกับระบบประสาท เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรม เด็กที่มีความบกพร่องทางภาษา เด็กที่มีปัญหาในการเรียนรู้ และเด็กที่มีความบกพร่องซ้ำซ้อน

5. Children with Special Needs หรือ “เด็กที่มีความต้องการพิเศษ” หมายถึง เด็กที่มีความต้องการทางการศึกษาแตกต่างไปจากเด็กปกติในด้านเนื้อหา วิธีการ และการประเมิน เป็นเด็กกลุ่มเดียวกับเด็กในข้อ 4 แต่คำว่าเด็กที่มีความต้องการพิเศษนี้เป็นคำใหม่ในวงการการศึกษาพิเศษ และได้รับความนิยมน้อยกว่าและเพิ่มขึ้นเป็นลำดับเพราะความรู้สึกในทางบวก

6. Special Education หรือ การศึกษาพิเศษ หมายความว่าการศึกษาที่จัดให้สำหรับเด็กในข้อ 5

โดยสรุป เด็กที่มีความต้องการพิเศษหรือเด็กที่มีปัญหาทางพัฒนาการ หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกายและสุขภาพ ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ซึ่งเป็นเหตุให้บุคคลผู้นั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความพิการในแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันตามสภาพและชนิดของความพิการนั้น ๆ

การดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เช่น เด็กปัญญาอ่อน เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย เด็กออทิสติก มีความแตกต่างจากการดูแลเด็กปกติ ซึ่งเด็กเหล่านี้ควรได้รับการดูแล 5 ด้าน ดังต่อไปนี้ (จิตติชญาณ์ สมดุลยวาทย์, 2551)

1. การดูแลทั่วไป (General Care) การดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษควรเน้นความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อเป็นรากฐานในการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา การดูแลต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละคน เนื่องจากเด็กที่มีความต้องการพิเศษแต่ละคนมีความแตกต่างกัน และมีข้อจำกัดในตนเอง

2. การดูแลเกี่ยวกับเครื่องมือเครื่องใช้ในการช่วยเหลือตนเอง (Material Aid) เช่น เด็กที่ต้องใช้หูฟัง ใช้ไม้เท้าในการเดิน ใช้เก้าอี้เฉพาะ เตียงเฉพาะ หรือแม้แต่อาหารเสริมที่เหมาะสม เป็นต้น

3. การดูแลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย (Housing) คือ จัดสถานที่ให้เด็กสามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้ดี พ่อแม่หรือผู้ดูแลสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เพื่อที่จะได้ให้ความช่วยเหลืออย่างทัน่วงที

4. ความเข้าใจของพ่อแม่ (Parental Understanding) พ่อแม่ต้องมีความเข้าใจในพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก และควรเอาใจใส่เด็กตั้งแต่เด็กเริ่มเกิด อย่างรักก็ตาม การมีลูกที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษนั้น พ่อแม่ย่อมเกิดความรู้สึกกังวลในช่วงแรก ดังนั้นพ่อแม่ควรได้รับการช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างหรือผู้เชี่ยวชาญ โดยคำแนะนำที่ให้แก่พ่อแม่ ควรมีลักษณะที่เหมาะสมกับบุคคลและครอบครัวของเด็กแต่ละคน

5. การดูแลทางด้านพัฒนาการ (Developmental Care) การดูแลที่ดีและถูกต้องเป็นส่วนส่งเสริมพัฒนาการให้กับเด็ก ในทางตรงกันข้าม การดูแลที่ไม่ถูกต้องสามารถทำให้เด็กเกิดพัฒนาการที่ล่าช้าได้ เด็กที่มีความต้องการพิเศษต้องการการดูแล ส่งเสริม หรือสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม เนื่องจากเด็กมีลักษณะที่ทำให้เกิดพัฒนาการที่ยากลำบากหรือซับซ้อนกว่าเด็กทั่วไป เช่น การเดิน การกิน การควบคุมตนเอง หรือการพูด ดังนั้นจึงมีความลำบากในการช่วยเหลือ พ่อแม่บางคนปกป้องลูกมากเกินไป เนื่องจากกลัวและวิตกกังวลว่าจะเกิดอันตรายกับเด็ก จึงทำทุกสิ่งทุกอย่างให้กับเด็ก ทำให้เด็กไม่ทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เด็กจึงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

3.1 แนวคิดและความหมายของการมีส่วนร่วมของพ่อแม่

การมีส่วนร่วมของพ่อแม่แสดงให้เห็นถึงการรวมพลังของครอบครัว เพราะเป็นปฏิสัมพันธ์ของความผูกพันระหว่างเด็กและครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นสำหรับเด็ก เพราะพ่อแม่มีความสำคัญต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กโดยตรง เด็กจะมีพฤติกรรมและการแสดงออกเช่นไรขึ้นอยู่กับ การเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมในครอบครัว พ่อแม่เป็นบุคคลที่ นักวิชาการและหน่วยงานของรัฐบาลให้ความสำคัญ โดยมีการกล่าวสนับสนุนการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ผู้ปกครองไว้มากมาย เช่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543) กล่าวว่า ลูกจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต้องอาศัยพ่อแม่ผู้ปกครองเข้าใจและให้โอกาส ความรักที่พ่อแม่มีให้แก่ลูก และความสัมพันธ์ของพ่อแม่มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตของลูกต่อไป นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ช่วยอำนวยความสะดวกในการประสานความร่วมมือระหว่างครูหรือนักวิชาชีพกับพ่อแม่ผู้ปกครอง รวมทั้งยังทำให้เกิดการรวมตัวของแต่ละครอบครัวเป็นเครือข่าย เพื่อช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร และดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเด็ก และต่อการทำงานของ คณะทำงาน (มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ, 2543 อ้างถึงใน อัจฉริยา วสุนิรชร, 2545)

ผลจากงานวิจัยมากมายชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ โดยพบว่า พ่อแม่ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาของลูกจะมีลูกที่ประสบความสำเร็จมากกว่าพ่อแม่ที่ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการศึกษาของลูก (Epstein, 1990; Fehrman, Keith, & Reimers, 1987; Grolnick & Slowiaczek, 1994; Olmsted & Rubin, 1983; Reynolds, 1989; Stevenson & Baker, 1987; Zigler & Muenchow, 1992 อ้างถึงใน Gavidia-Payne & Stoneman, 1997) และผลการวิจัย การศึกษาของมหาวิทยาลัยมิชิแกนยังพบว่า เด็กเรียนดีในภูมิภาคเอเชียมักมีพื้นฐานครอบครัวที่ เห็นความสำคัญของการศึกษาและมีส่วนร่วมในการศึกษาของเด็ก (อภิญา เวชยชัย, 2544) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในการศึกษาของเด็กออกทีสุดก็ช่วยทำให้เกิดผลดีมากมาย ต่อเด็ก ทำให้เด็กมีพัฒนาการในทักษะด้านต่าง ๆ อีกทั้งยังทำให้บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้นอีกด้วย (Moes & Frea, 2002; Koegel et al., 1996 อ้างถึงใน Benson, Karlof, & Siperstein, 2008) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของพ่อแม่จึงเป็นสิ่งที่ สำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อพัฒนาการของเด็ก

จากการศึกษาแนวคิดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ มีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งแต่ละแนวคิดมีความหมายไม่แตกต่างกันมากนัก เช่น Fradd (1987 อ้างถึงใน Coyne, 1996)

ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ว่า หมายถึง ความสามารถของพ่อแม่ในการมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งร่วมรับผิดชอบในการดูแลลูก ซึ่งคล้ายคลึงกับความหมายที่ Brownlea (1987 อ้างถึงใน Neill, 1996) ได้ให้ไว้ ซึ่งหมายถึง การได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล หรือการมีส่วนร่วมในการดูแล หรือการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลลูก ในขณะที่ Friedman (1986) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ หมายถึง การที่พ่อแม่มีส่วนร่วมในการดูแล กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน ช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลลูก ส่วน Grolnick และ Slowiaczek (1994, อ้างถึงใน Grolnick, Benjet, Kurowski, & Apostoleris, 1997) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของพ่อแม่เป็นการเสียสละทรัพยากรต่าง ๆ ของพ่อแม่ให้แก่ลูกในขอบเขตที่ลูกสมควรจะได้รับ

ส่วนความหมายของการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษนั้น มีผู้ให้คำนิยาม ดังนี้

Moxley และคณะ (1989, อ้างถึงใน Schwartz & Tsumi, 2003) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ว่า เป็นความร่วมมือระหว่างพ่อแม่กับนักวิชาชีพเพื่อผลประโยชน์ของบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ โดยพ่อแม่ต้องมีความกระตือรือร้น และมีส่วนร่วมกับนักวิชาชีพในกระบวนการตัดสินใจในด้านสวัสดิการต่าง ๆ ของบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ รวมทั้งรับและแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับทักษะและความสามารถของบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ และมีส่วนร่วมในการประเมินผลของโปรแกรมที่ได้รับ

ส่วน Lowitzer (1989) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 อย่าง ได้แก่ การเข้าร่วมและให้ความร่วมมือของพ่อแม่กับกิจกรรมหรือการนัดหมายต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับลูก การช่วยเหลือของพ่อแม่ในการดำเนินกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ให้เกิดผลสำเร็จทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ความบกพร่อง สติปัญญาทางการศึกษา รวมไปถึงสิทธิในด้านอื่น ๆ ของลูก

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ หมายถึง ความสามารถของพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแล รับผิดชอบ กระตุ้น เข้าใจ ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน ช่วยเหลือ หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และการประเมินผลการดูแล หรือมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกับผู้อื่น หรือเป็นผู้ช่วยเหลือเด็กโดยตรงในการดูแลด้านอารมณ์และด้านร่างกายของเด็กด้วยความรัก ให้เด็กได้รับความสุขสบาย รวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ ระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครอง หรือนักวิชาชีพคนอื่น ๆ

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ของ Lowitzer (1989) มาพัฒนาเป็นเครื่องมือ เพื่อใช้วัดการมีส่วนร่วมของแม่ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เรียบเรียงมาแล้วอย่างดี และมีความครอบคลุมกับการมีส่วนร่วมของแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของงานวิจัยในครั้งนี้ กล่าวคือแม่มีความรู้ความเข้าใจ ให้การร่วมมือ และสนับสนุนต่อกิจกรรมต่าง ๆ และโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม เพื่อให้เด็กเกิดพัฒนาการที่สมวัยมากที่สุด

3.2 การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

Bronfenbrenner (1974 อ้างถึงใน ศรียา นิยมธรรม, 2548) ได้สำรวจบทบาทการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ผู้ปกครองในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในปี ค.ศ. 1974 พบว่า

1. การที่ครอบครัวของเด็กเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งหมายถึง การป้องกันความพิการ การเฝ้าระวัง การคัดแยก การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มให้กับเด็ก

2. หากผู้ปกครองไม่เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม เด็กจะถอยหลังกลับไปอีกเมื่อโปรแกรมสิ้นสุดลง

3. ผู้ปกครองที่มีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มมีความสำคัญ 2 ประการ คือ

3.1 เป็นผู้ทำให้โปรแกรมต่าง ๆ ดำเนินด้วยดี โดยการให้แรงเสริมต่าง ๆ ขณะที่เด็กกำลังอยู่ในระหว่างการเรียนรู้โปรแกรม

3.2 ช่วยให้ได้เด็กยังคงมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์หลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลง

ในขณะที่ Allen (1990) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการศึกษาและการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม ดังนี้

1. พ่อแม่เป็นบุคคลหลักที่อบรมสั่งสอนลูกให้ได้ตระหนักถึงคุณค่าทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และประเพณีต่าง ๆ

2. พ่อแม่รู้จักลูกของตนเองมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นอย่างคุณครูหรือแพทย์ พ่อแม่เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่ไม่สามารถหาได้จากที่ใด

3. สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยให้เด็กได้นำความรู้หรือสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโรงเรียนไปใช้กับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน เพราะเด็กใช้เวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมงที่โรงเรียน แต่ใช้เวลาด้านใหญ่อยู่ที่บ้าน

4. พ่อแม่เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็ก เด็กจะเห็นด้วยคล้อยตามกับบุคคลที่ตนคิดว่าสำคัญสำหรับตนเอง
5. พ่อแม่เป็นแหล่งเสริมแรงที่น่าพอใจและจำเป็นสำหรับเด็ก เช่น อาหาร ความอบอุ่น ความสบายใจ การสำรวจโลกภายนอก ของเล่น และอื่น ๆ
6. เด็กที่มีความต้องการพิเศษมีทักษะด้านพัฒนาการเพิ่มขึ้นหากพ่อแม่เรียนรู้ที่จะมีส่วนร่วมโปรแกรมการศึกษาและการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มที่บ้าน
7. การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มทำให้พ่อแม่ได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่คนอื่น ๆ และเข้าใจถึงจุดอ่อน จุดแข็ง และความต้องการของลูกมากขึ้น

จากบทบาทของพ่อแม่ข้างต้นนี้สนับสนุนความคิดที่ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มจะมีประสิทธิภาพสูงสุดหากพ่อแม่หรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพราะเด็กซึ่งเป็นศูนย์กลางของการพัฒนานั้นไม่สามารถพัฒนาได้ตามลำพัง แต่เด็กต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ที่ใกล้ชิดกับพวกเขามากที่สุด มีพฤติกรรมโต้ตอบกับเด็กอยู่ตลอดเวลา และสามารถสร้างความผูกพันซึ่งกันและกันได้ และจากการศึกษางานวิจัยมากมายพบว่า การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้โปรแกรมประสบความสำเร็จ กล่าวคือ เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นทั้งในช่วงระหว่างการทำโปรแกรมและหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลง เช่น งานวิจัยของ Kim และ Mahoney (2005) ศึกษาการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูกที่มีปัญหาทางด้านพัฒนาการโดยการให้แม่เป็นตัวแบบ สอน แสดงบทบาทสมมติ และใช้วิดีโอกับลูก ผลปรากฏว่าโปรแกรมช่วยทำให้แม่ตอบสนอง แสดงอารมณ์ และคุ้นเคยกับลูกมากขึ้น และช่วยเพิ่มพฤติกรรมโต้ตอบของเด็กอีกด้วย และงานวิจัยของ Miedel และ Reynolds (2000) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มกับศักยภาพการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้นของเด็กที่มีความเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมพบว่า เด็กมีพัฒนาการในด้านการอ่านเพิ่มมากขึ้น การเรียนซ้ำชั้นและการให้การศึกษาพิเศษมีอัตราน้อยลง ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในโปรแกรมโดยตรงเป็นการสนับสนุนการร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและโรงเรียน ซึ่งจะเพิ่มความรับผิดชอบของทั้งพ่อแม่และลูกในโรงเรียน และนำไปสู่ผลในด้านบวกของลูกมากขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษาเกี่ยวกับพ่อแม่ที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มชี้ให้เห็นว่า พ่อแม่ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการปรับตัวได้ดีกว่า มีความเครียด ความวิตกกังวล และอารมณ์ซึมเศร้าต่ำกว่า มีการรับรู้ในแง่บวกมากกว่า ได้รับการสนับสนุนทางใจจากคู่ชีวิตมากกว่า และมีความมั่นใจ

ในแหล่งทรัพยากรที่ตนมีสูงกว่าพ่อแม่ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม (Pelchat, Bisson, Ricard, Perreault, & Bouchard, 1999)

การมีส่วนร่วมของพ่อแม่หรือครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เพราะเกิดประโยชน์ต่อทั้งเด็ก ครอบครัว และผู้ที่ให้บริการโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม โดยปกติแล้วพ่อแม่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กป่วยทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เพราะพ่อแม่เป็นผู้ที่อบรมเลี้ยงดูและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่เด็ก และยังมีความรู้ ความเข้าใจ และไวต่อการตอบสนองของความต้องการต่าง ๆ ของเด็กที่ป่วยเป็นอย่างดี (Morlow & Redding, 1988 อ้างถึงใน สมปรารถนา ทราয়สมุทร, 2545) อีกทั้งพ่อแม่ยังเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการทำให้เด็กเกิดแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (Bailey & Wolery, 1992 อ้างถึงใน จิรัชยา จิรธรรมกุล, 2544) เมื่อพ่อแม่ผู้ปกครองดูแลเอาใจใส่และช่วยเหลือเด็กอย่างดีแล้วก็จะสามารถเปลี่ยนแปลงเด็กจากที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจากสภาพความพิการหรือพัฒนาการล่าช้าให้เป็นเด็กที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ, 2543 อ้างถึงใน อัจฉริยา วสุนิรชร, 2545) การช่วยเหลือของพ่อแม่ต่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษนั้นทำได้โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการต่าง ๆ ทั้งในเรื่องของข้อมูล การฝึกทักษะความสามารถที่ซับซ้อนให้แก่เด็ก รวมไปถึงการทำโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม ซึ่งเมื่อพ่อแม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับลูกแล้ว จะทำให้พ่อแม่เข้าใจและสามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลทำให้พัฒนาการของเด็กดีขึ้น ช่วยลดต้นทุนในการรักษาพยาบาลเด็ก และทำให้พ่อแม่ลดความวิตกกังวล ความเครียด ความทุกข์ลงอีกด้วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดเกี่ยวกับระบบครอบครัว สถาบันทางสังคมแห่งแรกที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งแม้จะเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุด แต่มีความสำคัญมากที่สุด (Ritzer, 1992 อ้างถึงใน กังสดาล เชาว์วัฒนกุล, 2547)

4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับระบบครอบครัว

4.1 ความสำคัญและแนวคิดเกี่ยวกับระบบครอบครัว

บุคคลจะมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัย เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ครอบครัวจำเป็นต้องมีส่วนร่วมพัฒนาในทุก ๆ ด้านและทุกช่วงวัย รวมทั้งยังต้องให้ความรัก ความเมตตา ดูแลเอาใจใส่ และให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน (Dunlap, 2009) โดยพ่อแม่เป็นผู้ที่สามารถให้สิ่งเหล่านี้กับเด็กได้ดีที่สุด เพราะพ่อแม่รู้จัก ใกล้ชิด หวังดี และให้

ความรักให้กับลูกอย่างที่ไม่สามารถหาใครมาเปรียบเทียบกับได้ และเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์กัน อย่างใกล้ชิด มีความเป็นอยู่ร่วมกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุข และอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน บุคคลเหล่านั้นก็จะอยู่กันแบบครอบครัว ซึ่งโดยทั่วไปครอบครัวจะประกอบไปด้วย พ่อ แม่ และลูก ซึ่งถือเป็นแกนนำครอบครัว (ศรีทับทิม พานิชพันธ์, 2527 อ้างถึงใน อัจฉริยา วสุนิรชร, 2545) พ่อและแม่เป็นตำแหน่งทางสังคม (Social Position) ที่มีหน้าที่ต่าง ๆ เช่น ให้กำเนิดสมาชิกใหม่ ให้การอบรมเลี้ยงดูถ่ายทอดวัฒนธรรม ให้ความรักความอบอุ่น เป็นที่พึ่งทางใจ และให้สถานภาพ (สัญญาสัญญาวิวัฒน์, 2544) วิธีการและพฤติกรรมกรรมการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่เป็นตัวรังสรรค์ปั้นแต่งบุคลิกภาพ พื้นฐานทางอารมณ์ พฤติกรรม ค่านิยม เจตคติ ให้กับเด็กทั้งที่จะเป็นไปด้วยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ตาม เด็กจะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับกรรมการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ตั้งแต่เด็ก ซึ่งการอบรมเลี้ยงดูเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และเด็ก และปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวยังขยายไปสู่บุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ได้แก่ ญาติ เพื่อน ครู เป็นต้น บุคคลต่าง ๆ เหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาของเด็กในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และสติปัญญา (Hamner & Turner, 1996 อ้างถึงใน ซาลินี สุริยนเปล่งแสง, 2547) ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ของเด็กต่อชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม และยังเป็นตัวทำนายความสำเร็จหรือความล้มเหลวในชีวิตของเด็กอีกด้วย

ครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ทำหน้าที่ปฏิสัมพันธ์กับสถาบันอื่น ๆ ของสังคม สมาชิกในครอบครัวควรปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างดีที่สุด เพื่อผลประโยชน์และความสุขสูงสุดของสมาชิกในครอบครัวและความคาดหวังของสังคม ซึ่งแต่ละคนจะมีหน้าที่แตกต่างกันไปตามบทบาทของครอบครัว หน้าที่และความสำคัญของครอบครัวมีหลายประการดังต่อไปนี้ (ทวิรัตน์ธนาคม, 2524 อ้างถึงใน อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ, 2532)

1. การดำรงความมั่นคงและความอยู่รอดของครอบครัว โดยการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งทางชีวภาพและทางอารมณ์ การจัดหาสิ่งของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่าง ๆ ให้เพียงพอตามสถานภาพของบุคคล และการให้ความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ต่อความต้องการของแต่ละบุคคล
2. การสั่งสอนอบรมและให้การศึกษแก่สมาชิกผู้เยาว์ เพื่อให้สมาชิกทราบถึงบทบาทความรับผิดชอบ รู้จักระเบียบปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในครอบครัว สนับสนุนในการพัฒนาและช่วยเหลือในการเรียนรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต
3. การสืบเชื้อสาย คือ หน้าที่ในการสร้างสมาชิกใหม่และเลี้ยงดูลูกหรือสมาชิกใหม่นั้นให้มีคุณภาพ เพื่อทำประโยชน์แก่ครอบครัวและสังคมสืบไป

4. การสร้างฐานะทางเศรษฐกิจด้วยการประกอบอาชีพ และหารายได้ด้วยวิธีการสุจริต เก็บออมทรัพย์ที่มีอยู่ เพื่อให้ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปึกแผ่นมั่นคง และมีใช้เมื่อคราวจำเป็น

5. การสร้างสถานภาพทางสังคมให้แก่สมาชิก โดยการนำสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสู่สังคมที่ครอบครัวนั้นสมาคมอยู่ให้กำลังใจ ฝึกฝนอบรมสมาชิกครอบครัวให้มีความกระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะ เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในสังคมของตนและสังคมทั่วไป

6. การควบคุมทางสังคม ได้แก่ การดูแลความประพฤติของสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับ ให้การยกย่องชมเชยเมื่อสมาชิกปฏิบัติได้ถูกต้อง และช่วยเหลือแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการลงโทษตามสมควร

7. หน้าที่ทางศาสนา คือ หน้าที่ที่ครอบครัวจะต้องชักจูงให้สมาชิกยึดมั่นทางศาสนา เพื่อเป็นแนวทางในการดำรงชีวิต พ่อแม่ต้องนับถือศาสนาทั้งกาย วาจา และใจ และถือปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาให้ลูกหลานเห็นเป็นแบบอย่าง

Manor (1985 อ้างถึงใน จันทร์ชนก โยธินชัชวาล, 2540) ได้กล่าวถึงการศึกษาระบบครอบครัวไว้ว่า ควรคำนึงถึงโครงสร้างและหน้าที่เบื้องต้นที่สำคัญของครอบครัว คือ การส่งเสริมพัฒนาการของสมาชิกในครอบครัว โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. หน้าที่พื้นฐาน เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของครอบครัว เช่น อาหาร ที่อยู่ อาศัยที่เหมาะสมกับการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางร่างกาย อารมณ์ สังคม เซวanniปัญญา และบุคลิกภาพ

2. หน้าที่ในกระบวนการพัฒนา สมาชิกครอบครัวสามารถมีพัฒนาการผ่านขั้นตอนของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. หน้าที่ในการแก้ปัญหาวิกฤต มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม เช่น ปัญหาการขาดรายได้ การเจ็บป่วยหรือการตายอย่างกะทันหันของหัวหน้าครอบครัว

จะเห็นได้ว่า ระบบครอบครัวเป็นสถาบันเบื้องต้นที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการในทุก ๆ ด้านของเด็ก และยังเป็นศูนย์กลางของสังคมที่มีอิทธิพลต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อมด้วย หากเด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูอย่างดี ได้รับความรักความอบอุ่นที่มั่นคงจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสม พร้อมช่วยเหลือเด็กอย่างเต็มกำลังเมื่อเด็กประสบปัญหา เด็กก็จะเติบโตอย่างมีคุณภาพ เป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยสร้างสรรค์สังคมและประเทศชาติต่อไป แต่ถ้าครอบครัวอบรมเลี้ยงดูเด็กแบบเคร่งเครียด ใช้ความรุนแรง และไม่ให้การช่วยเหลือใด ๆ แก่เด็กเมื่อเด็กต้องการ

และถึงคราวจำเป็น เด็กก็จะเติบโตมาพร้อมกับความบกพร่องทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ อีกทั้งยังอาจก่อปัญหาให้กับสังคมและประเทศชาติอีกด้วย

Friedman (1992, อ้างถึงใน สรินยา ไชยนันท์, 2551) ได้กล่าวถึงหน้าที่หลักสำคัญของครอบครัวในการดูแลครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย

1. หน้าที่ในการดูแลสุขภาพ (Health Care Function) หรือจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก โดยเฉพาะการจัดหาปัจจัยสี่ที่สำคัญในการดำรงชีวิต การป้องกันอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย และการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การพักผ่อนที่เพียงพอ การงดสิ่งเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ เป็นต้น รวมไปถึงการสนใจดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ฯลฯ

2. หน้าที่ด้านความรักและความเอาใจใส่แก่ครอบครัว (Affective Function) เป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการแสดงออกถึงความรัก ความอบอุ่น และความเอาใจใส่ต่อสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตที่ดี มีบุคลิกภาพที่มั่นคง เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในครอบครัวเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งประสบกับปัญหาหรืออยู่ในภาวะยากลำบาก สนใจในทุกข์สุขระหว่างสมาชิก ตอบสนองความต้องการทางจิตใจของสมาชิก เป็นต้น

3. หน้าที่ในด้านเศรษฐกิจ (Economic Function) ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในครอบครัวทุกครอบครัว ดังนั้นการหาปัจจัยต่าง ๆ ทางกายภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับครอบครัว และจำเป็นต้องจัดสรรรายได้ที่ได้มาเพื่อใช้จ่ายอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดหาเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ที่อยู่อาศัย รวมทั้งการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และการขอรับความช่วยเหลือจากสังคมสงเคราะห์ หน่วยงานราชการ และองค์กรเอกชนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาชีพและรายได้ของครอบครัว

4. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู (Socialization and Social Placement Function) หมายถึง กระบวนการพัฒนาแบบแผนพฤติกรรมในการปรับบรรทัดฐาน ความเชื่อ ค่านิยมของสมาชิกให้มีความเหมาะสมตามพัฒนาการแต่ละวัย เพื่อปลูกฝังและส่งเสริมนิสัยที่ดีงามให้สมาชิกเป็นบุคคลที่ดี มีคุณภาพต่อสังคม รวมทั้งช่วยเหลือให้สมาชิกสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในสังคม และส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

5. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ (Reproductive Function) เป็นหน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ให้สมาชิกในสังคมมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นการสืบเผ่าพันธุ์เชื้อสายของมนุษยชาติ เพื่อความอยู่รอดหรือดำรงอยู่ของสังคม

4.2 ผลกระทบต่อครอบครัวที่มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญมาก แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีหน้าที่ของตนเอง แต่ทุกคนต่างก็ต้องช่วยเหลือและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยหรือเกิดความผิดปกติ ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ อย่างมาก โดยเฉพาะหากสมาชิกที่ป่วยนั้นเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เพราะก่อนเด็กจะเกิด สมาชิกทุกคนในครอบครัวต่างก็คาดหวังว่าลูก หลาน หรือพี่น้องของตนจะต้องเป็นเด็กสมบูรณ์ น่ารัก ประสบความสำเร็จในชีวิต และมีทัศนคติต่าง ๆ ในแง่ดีต่อเด็ก ไม่มีใครคิดว่าตนจะมีสมาชิกใหม่ที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อีกทั้งเด็กยังเป็นจุดศูนย์กลางในครอบครัวที่ทุกคนต่างให้ความสนใจเอาใจใส่ ดังนั้นการมีเด็กที่มีความต้องการการดูแลเป็นพิเศษจึงมีผลกระทบอย่างมากต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมทั้งมีผลต่อบทบาทใหม่ที่ทุกคนจะได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกของครอบครัวไม่ว่าจะเป็นพ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ ที่มีต่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษ Turnbull และ Turnbull (Turnbull & Turnbull, 1996 อ้างถึงใน Mercer & Pullen, 2005) กล่าวถึงปัจจัย 4 อย่างที่เด็กที่มีความต้องการพิเศษมีต่อครอบครัว ได้แก่

1. ลักษณะของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เช่น ความรุนแรงของโรคและการรักษา ธรรมชาติของเด็ก และความต้องการของเด็ก มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของครอบครัว ระดับการตอบสนองของพ่อแม่ขึ้นอยู่กับความต้องการการดูแลของเด็กและอายุของเด็ก
2. ลักษณะของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ขนาดและรูปแบบของครอบครัว ภูมิหลังทางวัฒนธรรม ระดับเศรษฐกิจฐานะ และภูมิลำเนา เป็นปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัวที่มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
3. ลักษณะของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคน เช่น สุขภาพของครอบครัวและลักษณะการเผชิญปัญหาของครอบครัว มีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อเด็กที่มีความต้องการดูแลเป็นพิเศษ
4. ความท้าทายต่างๆ ของครอบครัว เช่น ความยากจน สภาพที่ตั้งของครอบครัวในเขตชนบท การทำร้ายร่างกายต่อสมาชิกในครอบครัว หรือพ่อแม่ที่มีความพิการ อาจจะส่งผลกระทบต่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

มีความเป็นไปได้ว่า ครอบครัวที่มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษส่วนใหญ่จะมีปัจจัยทั้ง 4 อย่างนี้ผสมผสานกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับรูปแบบและธรรมชาติของการตอบสนองของแต่ละครอบครัว ครอบครัวและสมาชิกแต่ละคนมีการตอบสนองที่แตกต่างกันออกไป พ่อแม่ส่วนใหญ่จะเกิดความรู้สึกกังวลและรู้สึกผิด บางคนแสดงพฤติกรรมได้ตอบสนองออกมาในลักษณะแปลก ๆ เช่น โกรธ คับแค้นใจ ปกป้องลูกมากเกินไป หรืออาจจะแสดงอาการเฉื่อยชา เฉยเมย ปฏิเสธที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมใด ๆ กับลูก และบางคนอาจเกิดอาการซึมเศร้าได้ Whaley และ Wong (Whaley & Wong,

1979 อ้างถึงใน สุวดี ศรีเลณวดี, 2530) กล่าวถึงปฏิกิริยาโต้ตอบของพ่อแม่ต่อความเจ็บป่วยของลูกขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่

1. ความรุนแรงของการรักษา
2. ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล
3. วิธีปฏิบัติเพื่อการวิเคราะห์โรคและการรักษา
4. ปัจจัยการช่วยเหลือค้ำจุน
5. ความเข้มแข็งของพ่อแม่
6. ความสามารถในการปรับตัวครั้งก่อนๆ
7. ความเคร่งเครียดที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากระบบครอบครัว
8. ความเชื่อถือเกี่ยวกับขนบธรรมเนียมประเพณีและศาสนา
9. แบบแผนการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว

ปฏิกิริยาของพ่อแม่ที่มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษจะแตกต่างกันออกไป โดยสามารถแบ่งลักษณะของพ่อแม่ออกเป็น 5 ประเภทดังนี้ (พิมพ์พรรณ วรชุตินทร, 2542)

1. พ่อแม่ที่มีความเกลียดชังลูกออกนอกหน้า ส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ที่ไม่พร้อมจะมีลูก ลูกจึงกลายเป็นสิ่งที่ไม่น่าพึงปรารถนา หรือพ่อแม่บางคนอาจรู้สึกอับอายที่มีลูกเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ พ่อแม่ประเภทนี้นอกจากจะไม่ยอมรับลูกแล้ว ยังโยนความผิดให้กับฝ่ายตรงข้ามอีกด้วย เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ประเภทนี้ เมื่อเติบโตขึ้น พวกเขาจะกลายเป็นเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมบูรณ์ มีพื้นฐานทางอารมณ์ไปในทางลบ เป็นเด็กก้าวร้าว และเป็นเด็กที่มีปัญหาต่อสังคม

2. พ่อแม่ประเภทที่เสแสร้งหรือแกล้งทำว่า “รัก” เวลาที่แม่จะมาจะทำเป็นรักและสนใจลูกอย่างมาก หรือเวลาจำเป็นต้องพาลูกออกไปไหนก็จะทำเป็นใส่ใจรักใคร่ แต่เมื่ออยู่ตามลำพังกลับไม่สนใจดูแลเด็ก ทำให้เด็กขาดความรัก ไม่มั่นใจในความรัก เด็กจะรู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัยต้องระวังอารมณ์ของพ่อแม่อยู่ตลอดเวลา เด็กจะแสดงพฤติกรรมและพัฒนาไปในทางลบ และกลายเป็นเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3. พ่อแม่ประเภทที่ปกป้องคุ้มครองลูกมากเกินไป พ่อแม่ประเภทนี้มักมีฐานะดี และคิดว่าเป็นเพราะความรักและความสงสารลูกจึงตามใจและทำทุกอย่างให้แก่ลูก ทำให้เด็กไม่มีโอกาสทำสิ่งต่าง ๆ ที่แสดงถึงความสามารถที่แท้จริงของตนเอง และการกระทำของพ่อแม่ทำให้เด็กได้รับการกระตุ้นจากภายนอกน้อยมาก รวมทั้งการฝึกอบรมเกี่ยวกับระเบียบวินัยก็น้อยเช่นกัน

4. พ่อแม่ประเภทที่ไม่ยอมรับความจริง พ่อแม่ประเภทนี้เชื่อกฎแห่งกรรม ไม่ยอมรับความจริงว่าลูกเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ พวกเขาเชื่อว่าวันหนึ่งลูกจะต้องหายป่วย พ่อแม่ประเภทนี้มักจะคิดว่าลูกของตนเก่ง

5. พ่อแม่ประเภทที่เข้าใจลูก พ่อแม่ประเภทนี้มักจะเป็นพ่อแม่ที่มีความรู้ และใช้ความรู้กับลูก เช่น ครู นักจิตวิทยา หมอ พยาบาล ฯลฯ เด็กจะได้รับพัฒนาในทุกด้านที่เด็กปกติอื่น ๆ ได้รับ เพราะพ่อแม่มีความเข้าใจ

อย่างไรก็ตาม พ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษไม่ได้เป็นตามลักษณะใดลักษณะหนึ่งใน 5 ประเภทนี้ตลอดไป พวกเขาจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อลูกของตนตามลำดับขั้นต่อไปนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545; พรรณระพี สุทธิวรรณ, 2552ก; นาฎยพรรณ ภิญโญ, 2545; สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2530; Mercer & Pullen, 2005)

1. ความตกใจและปฏิเสธความจริง พ่อแม่จะตกใจในคำวินิจฉัยของแพทย์ และไม่สามารถยอมรับความจริงได้ว่า ลูกของตนมีความผิดปกติ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นกับพ่อแม่มีหลากหลาย เช่น การปฏิเสธการรักษา โดยพ่อแม่อาจจะพูดกับตนเองว่า “ลูกไม่ได้เป็นอะไรสักหน่อย หมอดูผิดไปเองต่างหาก” การซักถามถึงหลักฐานต่าง ๆ ทางการแพทย์ การพาลูกตระเวนไปหาแพทย์อีกหลายคน โดยหวังว่าคำวินิจฉัยของแพทย์จะคลาดเคลื่อนหรือผิดจากที่หวังไว้ การผลักรားให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบการรักษา ซึ่งปฏิกริยาการตอบสนองของพ่อแม่ถือเป็นเรื่องปกติ การปฏิเสธความจริงทำให้พ่อแม่ลดความวิตกกังวลลง และทำให้สภาพการณ์น่ากลัวน้อยลง พ่อแม่จะมีความหวังต่อการเผชิญเหตุการณ์ในอนาคต อย่างไรก็ตาม การปฏิเสธความจริงก็เป็นอุปสรรคต่อการรักษาเด็กได้ ดังนั้นในช่วงแรกของการรับรู้ของพ่อแม่จะเป็นช่วงเวลาที่ต้องแยกความฝันและความเป็นจริงออกจากกันให้ได้

2. ความโกรธ พ่อแม่จะเกิดความโกรธ โดยอาจแสดงออกมาในรูปของการตำหนิตนเองหรือผู้อื่น เช่น ตำหนิว่าแพทย์ไม่เก่ง หรืออาจแสดงความโกรธอย่างเปิดเผยว่า “ทำไมจึงเกิดขึ้นกับลูกของเรา” หรือตำหนิตนเองที่ไม่มีความสามารถที่จะมีลูกที่สมบูรณ์ หรือความโกรธนี้อาจจะเกิดขึ้นกับคู่สมรสและทำให้เกิดความขัดแย้งกันเอง เช่น พ่อ (หรือแม่) อาจจะคิดว่าการพาลูกไปพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำของมืออาชีพ การดูแลความก้าวหน้าในพัฒนาการของลูก และการหาจุดแข็งและจุดอ่อนของลูกเป็นสิ่งที่จำเป็น ในขณะที่อีกฝ่ายกลับมองว่าการเอาใจใส่ต่อลูกมากเกินไป เป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น ใช้ค่าใช้จ่ายสูงเกินไป และอาจจะทำให้ลูกไม่เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งพ่อและแม่พยายามระงับความรู้สึกขัดเคืองและความโกรธ แต่บางครั้งพวกเขาอาจจะระเบิดอารมณ์ออกมาอย่างไม่เหมาะสมต่อหน้าเด็ก ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกผิดมากขึ้น ดังนั้นพวกเขาจะชดเชยการกระทำของตนด้วยการปกป้องคุ้มครองเด็กมากขึ้น

3. ความเศร้าโศกเสียใจ ความรู้สึกนี้อาจจะเกิดสลับหรือเกิดขึ้นพร้อมกับความโกรธและความรู้สึกผิด พ่อแม่คาดหวังว่าจะได้เห็นลูกที่มีร่างกายสมบูรณ์ สามารถสืบวงศ์ตระกูลตามความใฝ่ฝันของพ่อแม่ทุกคน หรือประสบความสำเร็จในชีวิตและหน้าที่การงาน แต่กลับกลายเป็นว่า ลูกกลายเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเผชิญกับปัญหาตลอดชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และพ่อแม่อาจคิดล่วงหน้าไปว่า พวกเขาจะต้องสูญเสียลูกไปในที่สุด ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้รักษาต้องสังเกตอาการ พ่อแม่ส่วนใหญ่มักแสดงให้เห็นจากสีหน้า ท่าทาง มีความคิดเชิงลบหรืออยากตาย บางรายอาจแสดงออกทางกาย เช่น เบื่ออาหาร หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น

4. ความรู้สึกผิด ความรู้สึกนี้อาจจะเกิดสลับหรือเกิดขึ้นพร้อมๆ กับความโกรธและความเศร้าโศกเสียใจ พ่อหรือแม่จะรู้สึกผิดและโทษตนเองว่า ตนเป็นสาเหตุทำให้ลูกเป็นเด็กผิดปกติ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นแม่ แม่จะมีอาการวิตกกังวล โกรธ และรู้สึกผิดระคนกันไป ทั้งพ่อและแม่จะพยายามหาสาเหตุของความผิดปกติของลูกเพื่อที่จะขจัดความรู้สึกผิดไปจากตนเอง อย่างไรก็ตาม เมื่อพวกเขาหาสาเหตุแห่งความผิดปกติของลูกไม่เจอ พวกเขาจะกลับสู่วังวนแห่งความรู้สึกผิดเหมือนเดิมจนกระทั่งพวกเขาสามารถเผชิญกับความจริงได้อย่างสมบูรณ์

5. การต่อรอง เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่ง พ่อแม่จะเริ่มยอมรับความจริงได้บ้างภายใต้เงื่อนไขบางอย่าง เช่น ยอมรับว่าลูกเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษจริง แต่ไม่ได้เป็นรุนแรง และ สามารถรักษาให้หายได้ บางคนพาลูกไปบำบัดรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ โดยหวังว่าอาจจะเกิดสิ่งมหัศจรรย์ขึ้นกับลูกของตน

6. การยอมรับความจริง เมื่อพ่อแม่ผ่านกระบวนการที่ผ่านมาข้างต้นแล้ว พวกเขาจะมาถึงจุดที่ยอมรับความจริงได้ว่า การมีลูกเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษเป็นเรื่องที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ความบกพร่องในตัวลูกจะเป็นไปตลอดชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สิ่งที่เขาทำได้ คือ การส่งเสริมและสนับสนุนพัฒนาการของลูกให้เป็นไปตามศักยภาพมากที่สุดเท่าที่ลูกจะสามารถทำได้ และในช่วงเวลานี้ สติของพวกเขาจะกลับคืนมา โดยบางคนอาจจะตระหนักได้ว่า พวกเขาไม่ได้มีแค่บทบาทเดียวในชีวิต แต่ยังมีบทบาทในสังคมอีกมากมายที่ต้องรับผิดชอบ พวกเขาต้องปรับบทบาทของตนให้สมดุลย์ ไม่ทุ่มเทพลังและความสนใจทั้งหมดไปที่ลูกที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ลูกปกติก็ต้องการการดูแล ความสนใจ ความรักความเอาใจใส่และเวลาจากพ่อแม่เช่นเดียวกัน หากพ่อแม่เพ่งความสนใจไปที่เด็กที่มีความต้องการพิเศษเพียงคนเดียว พวกเขาอาจทำให้ลูกปกติกลายเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษไปอีกคน เมื่อพ่อแม่สามารถยอมรับความจริงนี้ได้แล้ว วิธีการในการแก้ไขปัญหาในชีวิตตนเองและลูกก็จะสดใสและราบรื่นมากขึ้น

เมื่อมีเด็กที่มีความต้องการพิเศษในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องยอมรับ ทำความเข้าใจ ปรับตัว และเสียสละบางอย่างเพื่อเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อีกทั้งยังต้องเรียนรู้ที่จะ

อยู่ร่วมกับสมาชิกใหม่ได้อย่างกลมกลืนและเป็นสุข นอกจากนี้ยังต้องให้การสนับสนุนสมาชิกที่มีความต้องการดูแลเป็นพิเศษในทุก ๆ ด้าน ตั้งแต่ระดับถึงควมมีสิทธิตามกฎหมายของพวกเขา ไม่ว่าจะเป็นสิทธิด้านการศึกษา การรักษา การฟื้นฟู และการพัฒนา (ชูศักดิ์ จันทยานนท์, 2541 อ้างถึงใน นฤมล ขวัญศิริ, 2541) เช่น การพาไปพบแพทย์ การหาสถานศึกษาให้ได้เล่าเรียน การนำไปเข้าโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม (Early Intervention) การฝึกและหาอาชีพให้แก่เด็กในอนาคต โดยเฉพาะผู้เป็นพ่อแม่จำเป็นต้องช่วยเหลือเด็กอย่างเต็มศักยภาพ เพราะพ่อแม่เป็นแรงผลักดันที่สำคัญของครอบครัว ดังคำกล่าวของ Wolfensberger ที่กล่าวถึงพ่อแม่ไว้ว่า “หากพ่อแม่ไม่จัดการสิ่งต่าง ๆ ให้กับลูกด้วยความมีเกียรติและความเต็มใจ ด้วยการพิจารณาอย่างระมัดระวังและถี่ถ้วนที่สุด พ่อแม่นั้นก็ไม่พร้อมจะทำหน้าที่เป็นพ่อแม่” (Wolfensberger, 1967 อ้างถึงใน Mercer & Pullen, 2005)

4.3 ทฤษฎีระบบครอบครัว

นักพัฒนาการจำนวนมากยังคงถกเถียงกันในประเด็นที่ว่า พัฒนาการของเด็กเกิดมาจากความรู้ที่มีมาโดยกำเนิด (nature) หรือประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม (nurture) นักปรัชญาเรื่องชื่ออย่างเช่น Plato, René Descartes, และ John-Jacques Rousseau ต่างก็มีความเชื่อว่า มนุษย์มีความรู้ติดตัวมาตั้งแต่เกิด ในขณะที่ John Locke นักปรัชญาชาวอังกฤษเชื่อว่า เด็กเป็นดั่ง tubula rasa หรือ กระดาษที่ว่างเปล่า โดยพ่อแม่จะเป็นผู้วาดลวดลายต่าง ๆ ลงไปให้กับเด็ก เพื่อให้พวกเขาเติบโตมาเป็นเด็กที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจ ในขณะที่ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud เชื่อว่า โดยส่วนใหญ่แล้ว บุคลิกภาพของบุคคลถูกกำหนดขึ้นจากการเลี้ยงดูสิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ที่เด็กได้รับมาตั้งแต่เล็ก (Geoffrey Sampson: Empiricism vs. Nativism, 2009; Nature versus nurture, 2009)

ทฤษฎีเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กจำนวนมากเชื่อว่า อิทธิพลจากตัวเด็กเอง (nature) และสิ่งแวดล้อม (nurture) ร่วมกันทำนายทิศทางพัฒนาการของเด็ก ตัวอย่างของอิทธิพลที่มาจากเด็ก เช่น เด็กบางคนมีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดี เลี้ยงง่าย ก็ทำให้ผู้เลี้ยงดูหรือพ่อแม่สบายใจและมีความสุข อยากให้ความรักความเอาใจใส่ต่อเด็กเต็มที่ การเจริญเติบโตของเด็กก็จะมีแนวโน้มไปในทางบวก แต่ถ้าเด็กเป็นเด็กเลี้ยงยาก อารมณ์เสีย ร้องไห้ตลอดเวลา ทำให้พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด อาจไม่ยอมเข้าใกล้ หรือหยุดแสดงความรักความเอาใจใส่ต่อเด็ก หรือแสดงความชินชากับเด็ก เด็กคนนี้มีแนวโน้มว่าจะมีพัฒนาการในทางลบ ในทางตรงกันข้าม หากเด็กเป็นเด็กเลี้ยงง่ายตั้งแต่เกิด แต่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่ดี เช่น ถูกทารุณกรรมจากครอบครัว เด็กก็อาจจะกลายมาเป็นผู้ใหญ่ที่ไม่มีคุณภาพ เกิดความไม่ไว้วางใจ (mistrust) กับทุกคนรอบตัว

แต่ถ้าหากเด็กเป็นเด็กที่เลี้ยงยาก แต่ได้รับความรักความเอาใจใส่จากพ่อแม่เต็มที่ พ่อแม่เข้าใจพื้นฐานทางอารมณ์ของลูก เด็กก็จะเติบโตมาเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์พร้อมทั้งกายและใจ (เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์, 2550; ศิราวงศ์ ทับสายทอง, 2551) ดังนั้นการจะเข้าใจถึงพัฒนาการของเด็กคนหนึ่งอย่างเต็มที่นั้น ต้องเข้าใจการปฏิสัมพันธ์ที่เด็กมีต่อสิ่งแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมมีต่อเด็ก และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุดก็คือ ครอบครัว การศึกษาทฤษฎีระบบครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญในการอธิบายความหลากหลายภายในระบบแต่ละระบบที่เด็กเข้าไปมีส่วนร่วม ซึ่งการเข้าไปมีส่วนร่วมของเด็กในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม (Broderick & Smith, 1979; Bronfenbrenner, 1979 อ้างถึงใน Rivers & Stoneman, 2003) ทฤษฎีสำคัญที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวมีดังนี้

4.3.1 ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของ Urie Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (1979) (Megawangi, Kramer, Colletta, Babatunde, Garman, & Zeitlin, 1995; ศิราวงศ์ ทับสายทอง, 2552; ชาลินี สุริยนเปล่งแสง, 2547) ได้นำมุมมองทางด้านสังคมวิทยา มาเชื่อมโยงกับจิตวิทยาพัฒนาการ ซึ่งเขาเชื่อว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมร่วมกันสร้างพัฒนาการให้กับบุคคล ประสบการณ์ของบุคคลเป็นตั้งเส้นใยที่ถักทอขึ้นทำให้เกิดโครงสร้างที่แข็งแรงต่อไปเรื่อย ๆ เปรียบเสมือนตุ๊กตารัสเซียที่มีขนาดเล็กลงหลายขนาดบรรจุอยู่ภายใน ดังนั้นการศึกษานี้จึงควรศึกษาทั้งตัวบุคคลและการมีปฏิสัมพันธ์ของระบบแต่ละระบบที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว ที่ทำงาน และระบบเศรษฐกิจ ซึ่งสภาพแวดล้อมที่อยู่ใกล้ที่สุดไปจนถึงไกลที่สุดของบุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลทั้งสิ้น และความสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดขึ้นตลอดเวลา ในการศึกษาเรื่องครอบครัวสามารถอธิบายได้จากระบบ 4 ระบบ ดังต่อไปนี้

1. ระบบจุลภาค (Micro-System) เป็นสภาพแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวบุคคลมากที่สุด Bronfenbrenner ได้นำระบบครอบครัวเข้ามามีส่วนสำคัญในกรอบความคิดของเขา เพราะเขาเชื่อว่าพัฒนาการของบุคคลเริ่มต้นจากความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวเพียง 1-2 คน โดยความสัมพันธ์จะเป็นไปในลักษณะที่เป็นคู่ เช่น ความสัมพันธ์ของพ่อแม่กับเด็ก สามีกับภรรยา เป็นต้น ซึ่งความสัมพันธ์ของบุคคลมีผลต่อบุคคลอื่น ๆ ในสภาพแวดล้อมนั้น ๆ ด้วย เช่น หากแม่ทะเลาะกับลูก พ่อก็จะรู้สึกถึงการทะเลาะนั้นด้วย The Micro-System จะมีความซับซ้อนขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น เพราะความสัมพันธ์ของบุคคลไม่ได้หยุดที่ในครอบครัวเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับผู้นอกรอบตัวที่มากขึ้นด้วย เช่น ญาติ เพื่อน คุณครู เป็นต้น และยิ่งบุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับ

กับผู้อื่นมากเท่าไร ขนาดของ The Micro-System ก็มากขึ้นเท่านั้น ซึ่งหมายถึงพัฒนาการของบุคคลก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย

2. ระบบมีชดิมภาค (Meso-System) เป็นระบบที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงกันนอกจากบ้าน เช่น ศูนย์รับเลี้ยงเด็ก โรงเรียน เพื่อนบ้าน พ่อแม่ของเพื่อน เป็นต้น บุคคลแปลกหน้าและสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ จะเข้ามาสู่ชีวิตเด็กมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการของเด็กที่มากขึ้นด้วย

3. ระบบปริภาค (Exo-System) เป็นระบบที่บุคคลไม่ได้เข้าไปมีปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิด เป็นเครือข่ายที่อยู่ภายนอก เช่น ที่ทำงานของพ่อแม่ กิจกรรมในโรงเรียน การได้รับการบริการด้านสังคม ซึ่งระบบนี้บุคคลจะเริ่มได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างชัดเจน

4. ระบบมหภาค (Macro-System) เป็นระบบที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างมาก ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของบุคคลในระบบนี้ส่งผลต่อพัฒนาการของบุคคล The Macro-System เป็นระบบที่ไม่หยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเป็นวัฏจักร และมีอิทธิพลต่อระบบอื่น ๆ ทั้งหมด ซึ่งรวมถึงคุณค่าทางวัฒนธรรม ปรัชญาด้านการเมือง ระบบเศรษฐกิจ และเงื่อนไขทางสังคม เช่น ระบบเศรษฐกิจที่ซบเซา สงคราม และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจส่งผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์

4.3.2 Transactional Model

Transactional Model หรือนักวิจัยบางคนเรียกว่า Interactional Model เป็นแนวคิดด้านพัฒนาการที่มาจากขอบเขตความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งอธิบายว่าพัฒนาการและพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เกิดจากตัวบุคคลหรือประสบการณ์ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมเพียงด้านใดด้านเดียว แต่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวเด็กและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้และเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต เด็กและสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบซึ่งกันและกัน โดยมี การปรับเข้าหากันและมีความยืดหยุ่นอยู่ตลอดเวลา (Sameroff & Fiese, 2000) เด็กอาจมีพฤติกรรมที่แตกต่างออกไปจากเดิมเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ ในขณะที่เดียวกันเด็กก็อาจจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างออกไปจากเดิมแม้จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม (พรวรรณระพี สุทธิวรรณ, 2552ข) ไม่มีสิ่งใดสามารถกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างตัวเด็กและสิ่งแวดล้อมแบบตายตัวได้ พัฒนาการของเด็กขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของเด็ก ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม ได้แก่ ระบบการทำงานของร่างกาย เช่น ระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบบไร้ท่อ ระบบประสาท และอวัยวะเคลื่อนไหว ระบบหายใจ สติปัญญา พื้นฐานทางอารมณ์ และกระบวนการประมวลผลข้อมูล นอกจากนี้ยังเป็นผลมาจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเด็ก รวมไปถึงประสบการณ์ที่เด็ก

ได้รับจากครอบครัวและบริบททางสังคมด้วย โดยสิ่งแวดล้อมจะรวมถึงพฤติกรรมการดำรงชีวิต เช่น การกิน การนอนหลับ การออกกำลังกาย และสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อพัฒนาการเด็ก เช่น การได้รับสารพิษ การได้รับบาดเจ็บ และโรคภัยไข้เจ็บ (จิรัชยา จิรธรรมกุล, 2544) ซึ่งปัจจัยจากทั้งตัวเด็กและสิ่งแวดล้อมร่วมกันสร้างพัฒนาการให้กับเด็ก

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูและเด็กเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะผู้เลี้ยงดูเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด เป็นผู้ที่มีผลก่อดันศักยภาพในด้านต่าง ๆ ของเด็กอย่างเต็มที่ ซึ่งปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวมีผลกระทบซึ่งกันและกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คุณลักษณะเฉพาะของเด็กมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการตอบสนองของผู้เลี้ยงดู ในขณะที่เดียวกันความสามารถในการตอบสนองความต้องการต่อเด็กของผู้เลี้ยงดูก็มีผลต่อพัฒนาการของเด็กเช่นเดียวกัน (Davies, 2004) กล่าวคือพฤติกรรมของเด็กเกิดจากพื้นฐานทางอารมณ์และความสามารถในการปรับตัว ซึ่งเป็นคุณลักษณะเฉพาะของเด็ก และความสามารถนี้มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งก็คือการตอบสนองของผู้เลี้ยงดู พฤติกรรมที่ไม่สามารถปรับตัวได้หรือพัฒนาการที่ผิดปกติของเด็กอาจจะเกิดมาจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อจะทำให้เด็กเกิดการปรับตัวหรือมีพัฒนาการที่ปกติ (Lewis, 2000) เช่น แม่ที่มีความยากลำบากในการคลอดลูกและลูกเกิดมาเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษทำให้แม่เกิดความวิตกกังวลใจ ไม่มั่นใจ และกลัวที่จะเลี้ยงดูหรือมีปฏิสัมพันธ์กับลูก แม่อาจจะเกิดความรู้สึกผิดที่เป็นต้นเหตุทำให้ลูกกลายเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ทำให้วิธีการในการเลี้ยงดูลูกของแม่เป็นไปในทางที่ไม่ดี ตอบสนองเด็กในทางที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก ทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมการกินและการนอนที่ไม่เหมาะสม กลายเป็นเด็กเลี้ยงยาก อารมณ์เสีย และร้องไห้ตลอดเวลา ซึ่งเมื่อเด็กเป็นเด็กเลี้ยงยากทำให้แม่ไม่ยอมเข้าใกล้ลูก ไม่ยอมปฏิสัมพันธ์กับลูก โดยเฉพาะการพูดคุยกับลูก ลูกอาจจะไม่ได้รับพัฒนาการทางด้านภาษาแบบเด็กทั่วไป และอาจทำให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านภาษาที่ล่าช้าได้ (Sameroff & Fiese, 2000) ดังนั้นสาเหตุของความผิดปกติของเด็กจึงไม่สามารถบอกได้จากแง่มุมเพียงแง่มุมเดียว แต่ปัจจัยทุกปัจจัยเป็นตัวทำนายพัฒนาการที่ผิดปกติของเด็ก ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยที่มาจากเด็กเอง ผู้เลี้ยงดูหรือสิ่งแวดล้อม และเมื่อพ่อแม่ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูรู้สาเหตุที่แท้จริงแล้ว ก็สามารถทำให้เกิดการป้องกันและแก้ไขที่เหมาะสมและถูกต้องต่อเด็กที่มีพัฒนาการที่ผิดปกติได้

4.3.3 ทฤษฎีกระบวนการของการทำหน้าที่พ่อแม่ของ Belsky

Belsky (1984) (Belsky, 1984; Megawangi et al., 1995; ราตรี อร่ามศิลป์ และ วรวิณี เดียววิเศษ, 2544; Belsky, 2005) เป็นผู้ริเริ่มทฤษฎีกระบวนการของการทำหน้าที่พ่อแม่ โดยเน้นปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหรือบุคลิกลักษณะของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู และ

ปัจจัยดังกล่าวก็ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งเชื่อมโยงกับพัฒนาการของเด็ก Belsky สนใจปฏิสัมพันธ์ในระดับครอบครัว โดยมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และเด็ก ซึ่งนำไปสู่วิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กในลักษณะต่าง ๆ ในแต่ละช่วงพัฒนาการ

ในช่วงที่เด็กเป็นทารก หากพ่อแม่ให้ความรักความเอาใจใส่ และตอบสนองต่อเด็กอย่างเต็มที่ เด็กก็จะให้ความร่วมมือ เลี้ยงง่าย และมีพัฒนาการที่ดี (Kochanska, Forman, Aksan, & Dunbar, 2005 อ้างถึงใน Belsky, 2005) ในวัยก่อนเข้าเรียนจนถึงวัยรุ่น หากพ่อแม่ดูแลเอาใจใส่และยอมรับเด็กโดยมีการควบคุมที่ดี เหมาะสม และสม่ำเสมอ เด็กจะเป็นคนที่มีเจตนาที่จะช่วยเหลือผู้อื่น มีความพยายามเพื่อได้มาซึ่งความสำเร็จ และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน (Ackerman, Brown, & Izard, 2004; NICHD Early Child Care Research Network, 2002; Skinner, Johnson, & Snyder, 2005, อ้างถึงใน Belsky, 2005) ในทางตรงกันข้าม หากพ่อแม่ทำทารุณกรรมเด็ก หรือเพิกเฉยไม่ให้ความรักความเอาใจใส่แก่เด็กจะทำให้เด็กเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจ หุนหันพลันแล่นรวมไปถึงพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม (Cohen, Brown, & Smaile, 2001) ส่วนพ่อแม่ที่ควบคุมและใช้อำนาจบังคับเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐานที่ตนต้องการ เด็กจะมีอารมณ์และพฤติกรรมในด้านลบ (Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma, & van den Wittenboer, 2008) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการเลี้ยงดูของพ่อแม่มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดย Belsky อธิบายว่าพ่อแม่จะทำหน้าที่ได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของพ่อแม่ (Characteristic of Parent) ได้แก่ ประวัติพัฒนาการของพ่อแม่ที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูและการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งมีผลต่อบุคลิกลักษณะและความสุขทางจิตใจ และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของพ่อแม่ Belsky เชื่อว่าปัจจัยข้อนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่หล่อหลอมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ของพ่อแม่ โดยมองว่าหากพ่อแม่มีบุคลิกภาพและมีความสุขทางจิตใจแล้ว แม้ว่าปัจจัยอีก 2 ข้อจะอยู่ในภาวะเสี่ยงแค่ไหนก็ตาม ก็จะช่วยทำให้พ่อแม่ยังคงดูแล ให้ความรัก และความเอาใจใส่กับลูกต่อไปได้ และมีผลต่อพัฒนาการที่ดีของเด็ก ในทางตรงกันข้าม หากพ่อแม่มีสุขภาวะทางจิตใจที่ผิดปกติหรือไม่สมบูรณ์ เช่น มีบุคลิกลักษณะและประวัติในอดีตที่มีความเสี่ยง เช่น เคยถูกพ่อแม่ทำทารุณกรรม เป็นโรคซึมเศร้า หรือเคยถูกพรากจากพ่อแม่เมื่อเป็นเด็ก จะส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กที่ผิดปกติด้วย และทำให้เด็กเกิดพัฒนาการที่ไม่ดีตามมาได้

2. ปัจจัยด้านบริบทของแหล่งความเครียดและการสนับสนุนในการทำหน้าที่พ่อแม่ (Contextual Sources of Stress and Support) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับเด็ก Belsky เชื่อว่าปัจจัยข้อนี้มีความสำคัญลำดับรองลงมาจากคุณลักษณะส่วนบุคคลของ

พ่อแม่ แหล่งความเครียดและการสนับสนุนเป็นตัวส่งเสริมหรือบ่อนทำลายการทำหน้าที่พ่อแม่ โดยแหล่งที่มาดังกล่าวมาจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส เครือข่ายทางสังคม และการทำงานของพ่อแม่ โดยปัจจัยทั้ง 3 นี้มีอิทธิพลต่อบุคลิกลักษณะ ความสุขและความทุกข์ทางจิตใจของพ่อแม่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่พ่อแม่ และพัฒนาการของลูกสืบต่อกันไปเป็นลำดับ

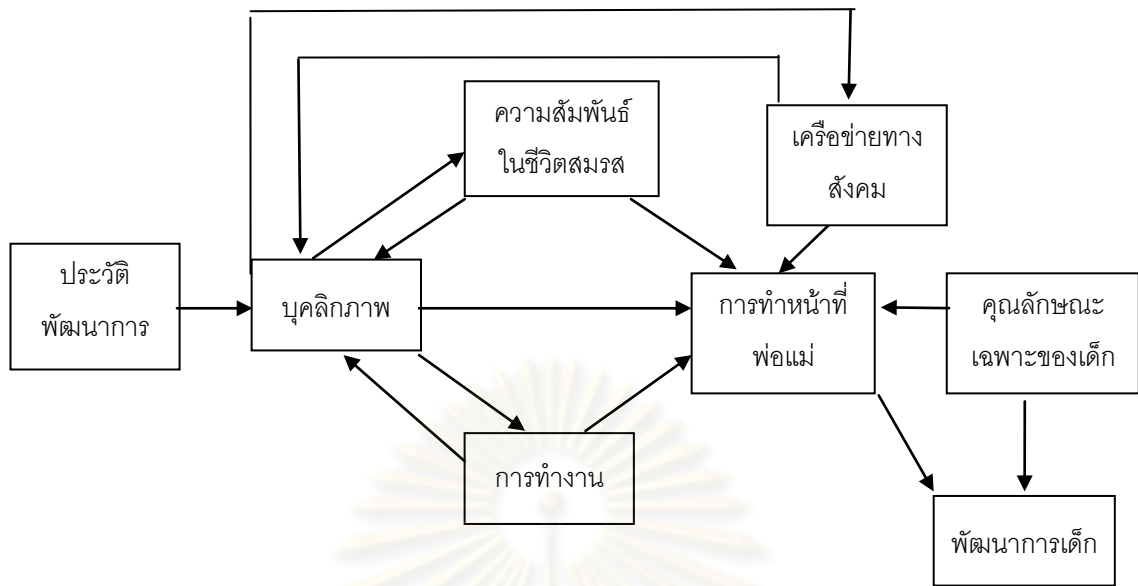
Belsky (1984) กล่าวถึงปัจจัยด้านบริบทของแหล่งความเครียดและการสนับสนุนในการทำหน้าที่พ่อแม่ ดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส (The Marital Relationship) Belsky กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำหน้าที่พ่อแม่ นักวิจัยมากมายได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสต่อการทำหน้าที่พ่อแม่ในแต่ละช่วงพัฒนาการของเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่น การเข้าใจถึงความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสทำให้เข้าใจถึงการทำหน้าที่พ่อแม่ รวมไปถึงเข้าใจพัฒนาการของเด็กด้วย มีความเป็นไปได้ว่าคุณภาพในชีวิตสมรสเป็นผลมาจากประวัติพัฒนาการและบุคลิกภาพของบุคคลในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ และความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสมีผลต่อสุขภาพทางจิตใจและการทำหน้าที่พ่อแม่ของบุคคล

2.2 เครือข่ายทางสังคม (Social Network) การไม่ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การทำหน้าที่เป็นพ่อแม่บกพร่อง เพราะเครือข่ายทางสังคมมีผลต่อสุขภาพทางจิตใจของพ่อแม่ อย่างไรก็ตาม พ่อแม่ควรมีเครือข่ายทางสังคมในขอบเขตที่พอดีกับความต้องการ ไม่มากเกินไปหรือน้อยไป เพื่อจะได้ไม่ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว

2.3 การทำงาน (Work) ผลของการไม่มีงานทำของพ่อหรือแม่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับเด็ก การทำงานมีผลต่อการขึ้นเงินเดือนในอาชีพการงาน การใช้สติปัญญา การยอมรับและความยืดหยุ่นกับผู้อื่น ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่เป็นพ่อแม่ และส่งผลสืบเนื่องไปถึงพัฒนาการของเด็ก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1.1 กระบวนการของการทำหน้าที่พ่อแม่ของ Belsky
ที่มา : (Belsky, 1984)

3. ปัจจัยด้านคุณลักษณะเฉพาะของเด็ก (Characteristic of the Child) เป็นปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลอย่างมากจากคุณลักษณะส่วนบุคคลของพ่อแม่ คุณลักษณะเฉพาะของเด็ก คือ ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก ซึ่งเด็กแต่ละคนจะมีลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ที่ต่างกันไป ซึ่งพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กจะเป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ของพ่อแม่ เช่น เด็กเลี้ยงยาก อารมณ์เสีย และร้องไห้ตลอดเวลา จะทำให้แม่เกิดการตอบสนองต่อลูกในแง่ลบหรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการของลูกเลย และมีส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก โดยทำให้เด็กมีปัญหาด้านอารมณ์ภายในและพฤติกรรมภายนอก Belsky เชื่อว่าในบรรดาปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ปัจจัยข้อนี้เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุดถ้าหากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งในสองข้อแรกอยู่ในขอบข่ายที่ปกติ

ปัจจัยทั้งสามด้านนี้เป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ของพ่อแม่ที่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตามพ่อแม่แต่ละคนได้รับอิทธิพลการทำหน้าที่เป็นพ่อแม่ในแต่ละปัจจัยไม่เท่ากัน และปัจจัยแต่ละปัจจัยมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ประวัติพัฒนาการและบุคลิกภาพเป็นตัวสร้างความสุขหรือความทุกข์ทางจิตใจของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการทำงาน และส่งผลต่อไปยังการทำหน้าที่พ่อแม่ ซึ่งการทำหน้าที่พ่อแม่เป็นการส่งต่อลักษณะเฉพาะหรือพื้นฐานทางอารมณ์ไปให้เด็ก และเป็นตัวทำนายพัฒนาการของเด็กต่อไป สิ่งสำคัญที่สุดที่พ่อแม่สามารถทำให้กับลูก คือ การให้ความรักความอบอุ่นแก่ลูกอย่างเหมาะสมและถูกวิธี เพื่อที่ว่าเด็กจะได้เติบโตขึ้นมาเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

ในทฤษฎีระบบครอบครัว ผู้วิจัยสนใจทฤษฎีกระบวนการของการทำหน้าที่พ่อแม่ของ Belsky โดยผู้วิจัยพิจารณาว่า การมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มอย่างกระตือรือร้นเป็นสิ่งสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในการทำหน้าที่พ่อแม่ โดยมุ่งความสนใจไปที่ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของแม่ ซึ่งมีผลมาจากบริบททางสภาพแวดล้อม โดยตัวแปรในทฤษฎีกระบวนการของการทำหน้าที่พ่อแม่ของ Belsky ที่ผู้วิจัยสนใจ ได้แก่ เศรษฐฐานะของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ซึ่งผู้วิจัยต้องการศึกษาว่าตัวแปรต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อกันและกันในทิศทางตรงหรือทางอ้อมกับการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้นำทฤษฎีการเผชิญปัญหาของ Folkman และ Lazarus มารวมอยู่ในกรอบแนวคิดด้วย เนื่องจาก วิธีการเผชิญปัญหาเป็นการใช้สติปัญญาตัดสินว่า สถานการณ์ที่เผชิญอยู่เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดหรือไม่ และมีผลกระทบต่อความสามารถในการปรับตัวหรือไม่ อย่างไร ซึ่งการปรับตัวของแม่ส่งผลต่อความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมโปรแกรมของแม่ และจะส่งผลต่อพัฒนาการของลูกต่อไป สำหรับรายละเอียดของตัวแปรแต่ละตัว ผู้วิจัยได้กล่าวไว้ในหัวข้อตัวแปรที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

5. ตัวแปรที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่ต้องการศึกษา ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

1. เศรษฐฐานะของครอบครัว

1.1 รายได้

ครอบครัวที่เลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษมักจะเผชิญปัญหาทางการเงิน งานวิจัยของ Brown และ Rodger (2009) ชี้ให้เห็นว่าเงินเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งในการเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษ มีการประมาณการณ์ว่า พ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีรายจ่ายมากเป็น 3 เท่าของค่าใช้จ่ายที่ใช้เลี้ยงดูเด็กปกติ (Jarbrink, Fombonne, & Knapp, 2003

อ้างถึงใน Azar & Badr, 2010) ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการมีศักยภาพในการดูแลเด็ก ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีรายได้สูง มีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ของตนเอง ตลอดจนสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Pender อ้างถึงใน เฉลิมวงษ์จันทร์, 2539) เช่น บริการทางการแพทย์ การศึกษา ด้านจิตใจ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพื่อใช้ในการดูแลลูก และทำให้พ่อแม่ปรับตัวได้ง่ายขึ้น ไม่พะวงกับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปกับการดูแลรักษาเด็กอย่างต่อเนื่อง การที่ไม่ต้องกังวลเรื่องเศรษฐกิจทำให้พ่อแม่มีโอกาสทำกิจกรรมอื่น ๆ และมีโอกาสพักผ่อนมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากพ่อแม่ประสบปัญหาทางการเงิน จะกระทบต่อการทำหน้าที่พ่อแม่ และส่งผลต่อพัฒนาการของลูกตามกัน

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างรายได้กับการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มมีน้อยมาก งานวิจัยจำนวนมากศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับสุขภาวะทางจิตใจและการทำหน้าที่พ่อแม่ เช่น งานวิจัยของ Raver (2003) ศึกษาการทำงานของแม่ที่มาจากครอบครัวรายได้ต่ำ พบว่าแม่ที่มีระดับการทำงานสูงกว่าและมีชั่วโมงการทำงานมากกว่าจะมีอารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์โกรธ และใช้อำนาจบังคับลูกน้อยกว่าแม่ที่มีระดับการทำงานต่ำกว่าและมีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่า การที่แม่มีชั่วโมงการทำงานมาก ทำให้แม่มีเงินมาใช้จ่ายสิ่งจำเป็นพื้นฐานในครอบครัว ซึ่งส่งผลดีต่อจิตใจของแม่ แม่จึงทำหน้าที่ในครอบครัวได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้บทความของ Kotchick และ Forehand (2002) ยกตัวอย่างงานวิจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนกับการทำหน้าที่ของพ่อแม่ เช่น งานวิจัยบุกเบิกของ Elder และคณะ (Elder et al., 1984; Elder, Nguyen, & Caspi, 1985 อ้างถึงใน Kotchick และ Forehand, 2002) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฝืดเคืองทางการเงินกับการทำหน้าที่ในครอบครัวในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำครั้งใหญ่ (The Great Depression) พบว่าเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองส่งผลต่อการทำหน้าที่ของพ่อแม่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อแม่มีอารมณ์ฉุนเฉียว ซึมเศร้า และระเบิดพฤติกรรมบ่อยครั้งขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงกับการเลี้ยงดูแบบใช้อารมณ์และใช้อำนาจเบ็ดเสร็จ ในขณะที่ Bradley และคณะ (2001 อ้างถึงใน Kotchick และ Forehand, 2002) ศึกษากลุ่มตัวอย่างหลากหลายเชื้อชาติเกี่ยวกับผลของความยากจนที่มีต่อการทำหน้าที่ของพ่อแม่และบทบาทในครอบครัว พบว่าแม่ที่มีฐานะยากจนแสดงความรักกับลูกด้วยคำพูดและท่าทางน้อยกว่าแม่ที่มีฐานะดีในทุกเชื้อชาติ

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับรายได้ของพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ได้แก่ งานวิจัยของทวีทรัพย์ แผลงศรี (2541) ที่ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จังหวัดศรีสะเกษพบว่า พ่อแม่ของเด็กที่มีความบกพร่อง

ทางสติปัญญาส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาและฐานะยากจน พ่อแม่ส่วนใหญ่รายงานว่าเคยพาลูกไปรับบริการการสร้างสรรค์พัฒนาการระยะแรกเริ่ม แต่เนื่องจากเศรษฐกิจที่ฝืดเคือง ทำให้ต้องกู้ยืมเงินจากคนใกล้ชิดเพื่อพาเด็กไปรับบริการโปรแกรม หรือบางครั้งครอบครัวต้องหยุดรับบริการไปเลย และเนื่องจากพ่อแม่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการฝึกการสร้างสรรค์พัฒนาการระยะแรกเริ่มเท่ากับการประกอบอาชีพเพื่อหาเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้พ่อแม่ไม่ฝึกโปรแกรมให้กับลูกที่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยคล้ายคลึงกับงานวิจัยของฐิติชญาณ์ สมดุลยวาทย (2551) ที่พบว่าแม่ของเด็กที่เข้ารับการสร้างสรรค์พัฒนาการระยะแรกเริ่มในโรงพยาบาลมีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา การทำโปรแกรมการสร้างสรรค์พัฒนาการระยะแรกเริ่ม ค่าเทอมการศึกษาในโรงเรียน บางครั้งต้องกู้ยืมเงินเพื่อพาลูกไปพบแพทย์และรับบริการโปรแกรม เนื่องจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามีทำงานเพียงคนเดียวทำให้มีรายรับที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

รสนลิน เขี่ยมยิ่งพานิช (2539) ศึกษาแม่ที่มีลูกเป็นเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพบว่าแม่ที่มาจากครอบครัวรายได้ต่ำมีภาระในการดูแลลูกมากกว่าแม่ที่มาจากครอบครัวรายได้สูง ส่วนการศึกษาของอรทัย ทองเพชร (2545) พบว่าแม่ของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีภาระการดูแลในระดับน้อย และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลด้านความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และภาระการดูแลด้านความยากลำบากอยู่ในระดับน้อย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องการเงิน โดยมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งฤดี วงศ์ชุม (2539) ที่พบว่ารายได้และรายจ่ายไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพ่อแม่เด็กออทิสติก เนื่องจากว่าพ่อแม่เด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีรายได้ดี และมีรายได้มากกว่ารายจ่าย

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า เงินเป็นตัวทำนายนุสภาวะทางจิตใจและการทำหน้าที่พ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เพราะการเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีภาระค่าใช้จ่ายสูงกว่าเด็กปกติอย่างมาก หากพ่อแม่มีรายได้ดีก็จะสามารถช่วยเหลือเด็กในด้านต่าง ๆ ได้สะดวกมากกว่าพ่อแม่ที่มีรายได้ต่ำ ดังนั้นการได้รับการช่วยเหลือในด้านการเงินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นเรื่องที่จำเป็น เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระให้กับครอบครัว จากงานวิจัยของ Neely-Barnes และ Dia (2008) พบว่า การมอบเงินสนับสนุนหรือจัดหาบุคคลมาดูแลเด็กชั่วคราวในครอบครัวเด็กที่มีความต้องการพิเศษทำให้ครอบครัวมีความสุขมากขึ้น ความเครียดลดลงต่ำลง และสามารถดูแลเด็กได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และจากความสำคัญในด้านรายได้ ผู้วิจัยจึงนำรายได้เข้ามาเป็นตัวแปรหนึ่งในงานวิจัยนี้ โดยผู้วิจัยทำนายว่ารายได้ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจหรือความเครียดของแม่ และมีผลกระทบไปยังการทำหน้าที่พ่อแม่ ซึ่งในที่นี้

ได้แก่การมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม และจะส่งผลกระทบต่อไปยังพัฒนาการของเด็ก

1.2 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เพราะบุคคลที่มีการศึกษาจะพัฒนาทักษะ ความรู้ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา และยังมีทักษะในการตัดสินใจและสามารถปฏิบัติตามสิ่งที่ตัดสินใจได้ นอกจากนี้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสในการแสวงหาความรู้และรับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้มีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Orem, 2001 อ้างถึงใน กนิษฐา ถนัดกิจ, 2545) รวมทั้งสามารถตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้ในการเรียนรู้ในอดีตหรือพฤติกรรมที่เคยประสบความสำเร็จมาแล้วแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้เป็นอย่างดีและมีเหตุผล (Maslowise & Power อ้างถึงใน รุ่งฤดี วงศ์ชุม, 2539) ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักจะมีข้อจำกัดในการเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและขาดทักษะในการแสวงหาข้อมูล

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระดับการศึกษาของพ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษมีดังนี้ การศึกษาของ Holditch-Davis และคณะ (1999) ตรวจสอบปฏิสัมพันธ์ของแม่กับลูกที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะปกติพบว่าแม่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีปฏิสัมพันธ์กับลูกในทางบวกมากกว่า โดยจะดูแลและมองลูกบ่อยครั้งกว่าแม่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า และ Holditch-Davis และคณะ (2007) ได้ศึกษาเรื่องแม่และเด็กที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะปกติอีกครั้ง และผลการศึกษาพบว่า แม่ที่มีการศึกษาดีกว่าจะมีอารมณ์ซึมเศร้าต่ำกว่า มีปฏิสัมพันธ์กับลูกในทางบวกมากกว่า เลี้ยงลูกแบบควบคุมในทางลบน้อยกว่า และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในทางบวกของลูกมากกว่าแม่ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gordon และคณะ (2004) และการศึกษาของ Feeley และคณะ (2005) ที่พบว่าแม่ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมอง พุดคุย ให้ความรักความอบอุ่น และมีปฏิสัมพันธ์กับลูกมากกว่าแม่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า และมีความคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ Sank และคณะ (2003) ที่พบว่าแม่ที่มีการศึกษาสูงกว่ารายงานว่าได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยรวมมากกว่า และมีอาการซึมเศร้าต่ำกว่าแม่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า

สำหรับงานวิจัยของประเทศไทย ผลที่ได้ก็มีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของต่างประเทศ โดยงานวิจัยของทวีทรัพย์ แปลงศรี (2541) พบว่าพ่อแม่ของเด็กส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้น

ประถมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาน้อยมาก และไม่รู้แน่ชัดว่าหากพวกเขาไปรับบริการโปรแกรมจะทำให้ลูกหายเป็นปกติได้จริงหรือไม่ เนื่องจากมีรายได้ต่ำและไม่เห็นผลประโยชน์ของการทำโปรแกรม ดังนั้นจึงหยุดรับบริการ ในขณะที่พ่อแม่บางคนไปรับการรักษา กับบุคคลที่ไม่ใช่ นักวิชาชีพทางการแพทย์ เช่น พระสงฆ์ หมอเทวดา แม่ชี ทำพิธีกรรมตามความเชื่อ และแสวงหาการช่วยเหลือแบบอื่น ๆ เพื่อทำให้เกิดความสบาย ส่วนงานวิจัยของรุ่งฤดี วงศ์ชุม (2539) พบว่าระดับการศึกษาของพ่อแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพ่อแม่เด็ก ออทิสติก เนื่องจากพ่อแม่ส่วนใหญ่มีการศึกษาดี โดยจบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของนฤมล ขวัญศิริ (2541) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ส่งเสริมและช่วยเหลือเด็ก ออทิสติกในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การประสานงานกับทางโรงเรียนและนักวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ และมีการปฏิบัติกรรวมกลุ่มที่ดี ที่ได้ผลเช่นนี้เนื่องมาจากพ่อแม่มีระดับการศึกษาและรายได้ค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป และมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 15,001-45,000 บาท

เช่นเดียวกับรายได้ของพ่อแม่ การศึกษาเป็นปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อสุขภาพทางจิตใจและการทำหน้าที่ของพ่อแม่ ซึ่งในที่นี้ได้แก่การมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรการศึกษาเข้ามาศึกษาโดยผู้วิจัยทำนายว่าแม่ที่มีการศึกษาสูงจะมีสุขภาพทางจิตใจที่ดีกว่า และมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูกมากกว่าแม่ที่มีการศึกษาต่ำ

2. ความเครียด

ช่วงระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมา ความเครียดของพ่อแม่เป็นตัวแปรที่ถูกศึกษาบ่อยที่สุดในงานวิจัยที่เกี่ยวกับครอบครัวที่มีลูกเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เนื่องจากการเลี้ยงดูลูกที่มีความต้องการดูแลเป็นพิเศษ พ่อแม่ต้องเผชิญกับปัญหาและความท้าทายต่าง ๆ มากกว่าเด็กปกติ เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระดับสูง และส่งผลต่อคุณลักษณะส่วนบุคคลในการทำหน้าที่พ่อแม่ เช่น ความอบอุ่น ความรัก และการตอบสนองต่อลูก (Grolnick et al., 1997) และจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์และบุคลิกลักษณะของลูกต่อไป

2.1 แนวคิดและความหมายของความเครียด

เมื่อกล่าวถึงความเครียด บุคคลส่วนใหญ่มักจะนึกถึงอารมณ์ในแง่ลบที่ทำให้เกิดความยุ่งยากรบกวนจิตใจ เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น กลัว วิตกกังวล สับสน กระวนกระวาย โกรธ ซึมเศร้า และถูกคุกคาม อย่างไรก็ตาม ความเครียดก็มีประโยชน์เช่นเดียวกัน เพราะความเครียดที่อยู่ในระดับที่เหมาะสมทำให้บุคคลสามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง และทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตได้ (Nelson & Quick, 1997)

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดมากมาย และให้นิยามความหมายของความเครียดแตกต่างกันออกไปตามมุมมองและแนวคิดของผู้ที่ศึกษา มีผู้ให้คำนิยามของความเครียดในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

ความเครียดในภาษาลาตินมาจากคำว่า *Strictus* หมายถึง สภาวะที่บุคคลรู้สึกแน่น อึดอัด หรือถูกจำกัดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น ความคิดหรือสถานที่ที่ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด และในศตวรรษที่ 19 มีผู้คนนำความเครียดมาใช้ในการแพทย์ในสภาวะที่ร่างกายได้รับความกดดันหรือทำลาย (Neufeld, 1980) โดย Walter B. Cannon เป็นบุคคลแรกที่ทำให้แนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์หรือแนวความคิดด้านภาวะสมดุลย์ของร่างกาย (*The Homeostatic / Medical Approach*) ความเครียดตามความหมายของ Cannon คือ การสูญเสียภาวะสมดุลย์ของร่างกาย (*Homeostasis*) เนื่องจากข้อเรียกร้อง (*Demands*) จากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ต้องการให้บุคคลปรับตัวหรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งบุคคลจะตอบสนองต่อความเครียดด้วยการสู้หรือการหนี (Nelson & Quick, 1997) ในขณะที่ Hans Selye ซึ่งเป็นบุคคลอีกคนหนึ่งที่ได้ศึกษาความเครียดตามแนวคิดทางสรีระวิทยาเหมือน Cannon ได้ให้คำจำกัดความของความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายโดยทั่วไปต่อข้อเรียกร้อง (*Demands*) หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (*Stressor*) ที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยข้อเรียกร้องดังกล่าวมีทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ (Selye, 1976)

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวถึงความเครียดว่า เป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยกระบวนการทางสติปัญญา (*Cognitive Appraisal*) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งกำลัง (*Resource*) ที่ตนจะต่อต้านได้ และรู้สึกว่าถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข

กรมสุขภาพจิต (2541) ได้นิยามความหมายเกี่ยวกับความเครียดไว้ว่า เป็นภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ

โดยสรุป ความเครียดเป็นสภาวะทางจิตใจและร่างกายของบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลตกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ถูกคุกคามต่อความผาสุกหรือรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ มีผลมากเกินความสามารถที่บุคคลจะจัดการหรือควบคุมได้ เป็นผลทำให้เกิดอาการทางด้านจิตใจ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความกดดัน ความสับสน ความรู้สึกท้อแท้ กระวนกระวายใจ และทางด้านร่างกายมีการทำงานที่ผิดปกติ เช่น ปวดหัว เป็นไข้ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปัสสาวะออกจากสังคม และถ้าบุคคลมีความเครียดในระดับสูงก็อาจจะทำให้เกิดเป็นโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน เป็นต้น

2.2 แหล่งความเครียด

สิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของบุคคลเกิดได้จาก 6 แหล่ง ดังนี้ (Miller, Smith, & Larry, 1993)

1. ครอบครัว

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันครอบครัวก็ยังเป็นแหล่งความเครียดขนาดใหญ่ด้วย เพราะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นในแง่บวกหรือลบสามารถทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น โดยความเครียดในครอบครัวเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

1.1 ความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส

ความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้มากที่สุด เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ความขัดแย้งในคู่สมรสอาจเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การไม่สามารถทนต่อข้อบกพร่องของกันและกันได้

1.2 การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ

การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในครอบครัว แต่ก็สามารถทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดได้ เช่น การตาย การแต่งงาน การเข้าสู่วัยชราของพ่อแม่ การเข้าสู่วัยรุ่นของลูก เป็นต้น

1.3 การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเป็นสิ่งที่สมาชิกทุกคนกำหนดขึ้นและต้องปฏิบัติตาม การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในครอบครัวต้องใช้เวลา พลังงาน เงิน กำลังกาย และกำลังใจอย่าง

มาก หากบุคคลไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกผิด วิตกกังวล และนำไปสู่ความเครียดในเวลาต่อมา

1.4 การเลี้ยงดูลูก

การเลี้ยงดูลูกมักก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลี้ยงดูลูกที่มีอายุน้อยกว่า 5 ขวบ และความเครียดส่วนใหญ่มักเกิดกับแม่ อย่างไรก็ตาม พ่ออาจจะได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน และยิ่งพบความเครียดจากการเลี้ยงดูลูกจะเพิ่มมากขึ้นตามปัญหาของเด็กในแต่ละวัยด้วย

1.5 ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์

ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นปัญหาที่พบบ่อยปัญหาหนึ่งในครอบครัว และยังเป็นปัญหาที่บอกให้บุคคลอื่นทราบได้ยาก นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาที่คู่สมรสกลัวที่จะพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมาและเปิดเผย ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์อาจเกิดได้จากความวิตกกังวล การปฏิเสธ และความคาดหวังที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ อย่างไรก็ตาม สาเหตุที่พบบ่อย คือ การขาดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ของคู่สมรส นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ยังทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ของครอบครัวด้วย เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ความเหน็ดเหนื่อย หรือการไม่มีเวลาอยู่ด้วยกันอย่างใกล้ชิด

1.6 การสูญเสีย

การสูญเสียของครอบครัวส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยการสูญเสียอาจเกิดจาก การเกิด การตาย การแต่งงาน หรือการสำเร็จการศึกษา ซึ่งความเครียดที่เกิดจากการสูญเสียอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความขัดแย้งหรือมีความใกล้ชิดกันมากขึ้นก็ได้ เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนต้องการได้รับความช่วยเหลือ และการประคับประคองทางอารมณ์มากขึ้น

1.7 สถานการณ์ในครอบครัว

ความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์ในครอบครัวอาจเกิดจากการสื่อสารที่ไม่ตรงไปตรงมาคลุมเครือ ไม่ชัดเจนของสมาชิกในครอบครัว

2. สังคม

ความเครียดทางสังคมเกิดจากสิ่งแวดล้อมใหม่ และการถูกแยกออกจากสังคม เช่น การจากบ้านเพื่อไปศึกษาต่อ หรือทำงานไกล ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ตนเองเป็นคนแปลกหน้าในสังคมใหม่และรู้สึกโดดเดี่ยว บุคคลจึงต้องมีการปรับตัว และเริ่มสร้างพันธมิตรใหม่ ถ้าบุคคลขาดทักษะทางสังคมในการสร้างความสัมพันธ์ใหม่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเมื่อเข้าสังคมหรือขาดทักษะสังคม ซึ่งอาจทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ ความเครียดจากสังคมเกิดได้จากสาเหตุต่อไปนี้ คือ

2.1 การทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม

ความรับผิดชอบต่อสังคมที่บุคคลได้รับเป็นภาระอย่างหนึ่งที่อาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหงุดหงิด เนื่องจากบุคคลอาจต้องทำตามที่บุคคลอื่นต้องการโดยที่ตนเองไม่เห็นด้วย และการทำงานบทบาทหน้าที่ทางสังคมต้องใช้ทั้งเวลา พลังงาน และทรัพยากรอื่น ๆ หลากอย่าง ซึ่งบางครั้งสิ่งตอบแทนที่ได้จากสังคมก็ไม่คุ้มค่างับสิ่งที่บุคคลต้องทำเพื่อสังคม

2.2 ความขัดแย้งและการแยกตัวออกจากสังคม

ความขัดแย้งทางสังคมทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งปัญหาที่ตามมาจากการแยกตัวออกจากสังคม คือ ความรู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ต้องการและความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดมากหากบุคคลสำคัญในชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เกิดการหย่าร้าง การแยกกันอยู่

3. สิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ความดังของเสียง อากาศเป็นพิษ ความขัดแย้งทางการเมือง อาชญากรรม ความขัดแย้งกับเพื่อนบ้าน และความเปลี่ยนแปลงของค่านิยมในชุมชน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียด

4. การงาน

งานเป็นแหล่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดที่สำคัญแหล่งหนึ่ง เนื่องจากงานเป็นสิ่งที่น่าสนใจที่บุคคลต้องการ 3 อย่าง คือ เงิน ความพอใจในตนเอง และความสำเร็จอย่างสูงสุดของชีวิต ดังนั้นเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว บุคคลอาจต้องใช้ความพยายามอย่างมาก เช่น อาจจะทนทำงานที่เบื่อหน่ายเพื่อให้ได้รายได้ที่พึงพอใจ หรือทำงานหนักเพื่อให้ได้รับตำแหน่งที่สูงขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่า งานเป็นแหล่งของความเครียดแหล่งใหญ่ และเกิดขึ้นอย่างยาวนาน ความเครียดจากงานอาจเกิดได้จากการทำงานที่นำเบื่อหน่าย งานที่ไม่มั่นคง ขอบเขตของงานไม่ชัดเจน มีความกดดันในการทำงาน งานที่ต้องรับผิดชอบมากเกินไป การว่างงาน เป็นต้น

5. การเงิน

ในสังคม คำว่าเงินไม่ได้มีความหมายในทางเศรษฐศาสตร์เท่านั้น แต่เป็นเครื่องวัดคุณค่าของคนด้วย การที่บุคคลมีสถานภาพทางการเงินที่ไม่มั่นคง ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง ปัญหาเรื่องการเงินถือว่าเป็นปัญหาอันดับแรกที่ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว และเป็นปัญหาของบุคคลในทุกระดับชั้น การมีเงินไม่เพียงพอกับรายจ่ายในสิ่งจำเป็นพื้นฐานทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียดทางการเงินอาจเกิดมาจากการตกงาน ซึ่งทำให้มีเงินไม่เพียงพอกับรายจ่าย และส่งผลต่อความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

6. เรื่องส่วนตัว

ความเครียดเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวมักเกิดจากสถานการณ์บางอย่างที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นตัวตนของบุคคล สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกในทางลบกับภาพลักษณ์หรือ

ความเป็นตัวตนของบุคคลจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการแสวงหาหรือกระทำสิ่งทำ ทายอื่น ๆ ในชีวิต ซึ่งความไม่มั่นใจดังกล่าวทำให้บุคคลเกิดความเครียดอย่างมาก แต่ถ้าบุคคลมี ความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึกด้านบวกต่อตนเองจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิด ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความเครียดส่วนบุคคลอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังนี้

6.1 การไม่มีอิสระในการกระทำบางสิ่งบางอย่างที่ต้องการทำ และการสูญเสียความ เป็นส่วนตัว เป็นความเครียดส่วนบุคคลที่พบได้บ่อย เช่น การถูกจำกัดอิสระในการประกอบ กิจกรรมทางศาสนา การติดคุก เป็นต้น

6.2 การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เป็นเสมือนตัวกระตุ้นหรือแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยเหตุการณ์นั้นอาจไม่จำเป็นต้องกระทบต่อบุคคลโดยตรง แต่ผลของเหตุการณ์นั้นมีอิทธิพลที่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต การเปลี่ยนแปลงในชีวิตมีทั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตาม พัฒนาการของชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตาม สถานการณ์ เช่น การย้ายที่อยู่อาศัย เป็นต้น

6.3 ลักษณะภายนอกของบุคคล โดยทั่วไป สังคมจะยอมรับบุคคลจากลักษณะ ภายนอกที่มองเห็น จึงทำให้บุคคลมีการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีลักษณะภายนอก ดีกว่าตนเองอยู่เสมอ และมีบุคคลจำนวนมากที่พยายามจะทำให้ตนเองมีความสมบูรณ์แบบ และ เมื่อไม่ประสบผลสำเร็จก็จะทำให้เกิดความเครียด

6.4 ความสำเร็จ การประสบความสำเร็จเป็นสิ่งที่คุณคนจำนวนมากคิดว่าเป็นรางวัลที่ ได้รับจากการทำงานหนัก แต่การประสบความสำเร็จนั้นอาจนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของบุคคลได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นสิ่งที่ยากจะควบคุม บุคคลอาจไม่รู้ว่า ตนเองต้องทำอะไรและต้องปรับตัวอย่างไรบ้าง

6.5 ความเชื่อทางปรัชญา บุคคลจำนวนมากมักยึดติดกับความคิด ความเชื่อของตน อย่างเหนียวแน่นเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น และการคงอยู่ของสิ่งต่าง ๆ ในโลก ความเชื่อทางศาสนา ปรัชญาต่าง ๆ และการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเกิด การตาย ความถูกต้อง และความผิดพลาด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดได้

2.3 ผลของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2546) ได้กล่าวถึง ผลของความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลดังต่อไปนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ ๆ และความตึงเครียดในระยะไม่นานจนเกินไปจะเป็น ตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างกระตือรือร้น ซึ่งจะเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา และการทำงานให้สูงขึ้น

2. ความเครียดในระดับปานกลาง อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมในลักษณะที่ทำอะไรซ้ำ ๆ บ่อย ๆ เช่น กินมากขึ้น นอนไม่หลับ ตลอดจนติดยา ติดเหล้าได้

3. ความเครียดในระดับสูง ความเครียดในระดับรุนแรง หรือความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ๆ จะส่งผลกระทบต่อมากมาย ดังนี้

3.1 ผลเสียทางร่างกาย

เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นระยะเวลานาน จะทำให้สุขภาพทางกายเสื่อมลง เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้การทำงานของร่างกายบกพร่องตามไปด้วย ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic Disease) เช่น อาการหน้ามืด เป็นลม แ่น้ำหนัก ความดันโลหิตสูง อาการแพ้ต่าง ๆ โรคผิวหนัง ผอมร่วง และโรคมะเร็ง หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วกำเริบขึ้น เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น

3.2 ผลเสียทางจิตใจและอารมณ์

จิตใจของบุคคลที่เครียดจะหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย สมาธิลดลง หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความระมัดระวัง ทำให้จิตใจขุ่นมัว หงุดหงิดโมโหง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง บางรายตกอยู่ในภาวะที่มีความเครียดอย่างยาวนานมาก ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการทางจิตใจ จนกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

3.3 ผลเสียทางด้านความคิด

ความเครียดทำให้กระบวนการคิดของบุคคลเป็นโทษ ซึ่งความเครียดที่เกิดจากสภาพการณ์ที่มาคุกคามยังไม่มากเท่ากับความเครียดที่เกิดจากความคิดของบุคคลเองที่วิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือน ไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเอง และโทษผู้อื่น เป็นต้น

3.4 ผลเสียต่อครอบครัว

บุคคลที่เครียดจากสภาพการณ์นอกบ้าน แล้วมาระบายความเครียดหรือพฤติกรรมทางลบกับคนในครอบครัว การระบายอารมณ์ ความรู้สึก หรือพฤติกรรมในทางลบอาจทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เช่น เกิดการทะเลาะวิวาท ไม่เข้าใจกัน ขาดความสนใจเรื่องเพศ สมาชิกไม่พูดจากัน หรือไม่ใช้เหตุผลในการพูดจากัน เป็นต้น

3.5 ผลเสียจากการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ความเครียดทำให้เกิดการแสดงอาการก้าวร้าว เจ็บระเบียนวินัยมากขึ้น อาจทำงานต่อด้านเป้าหมายของหน่วยงาน ทำให้เกิดความแตกสามัคคีในหมู่คณะ เป็นต้น

3.6 ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ

ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวง จากการขาดงาน ผลของการทำงานลดลง และเมื่อบุคคลล้มป่วย ย่อมสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

ความเครียดก่อให้เกิดผลเสียมากมาย ซึ่งผลเสียแต่ละด้านของบุคคลมีลักษณะเชื่อมโยงกันเป็นลูกโซ่ และผลเสียเหล่านี้ไม่ได้กระทบเฉพาะบุคคลที่มีความเครียดเท่านั้น แต่กระทบต่อบุคคลรอบข้างตลอดจนสังคมโดยรวมอีกด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ในการวัดความเครียดที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สมโภชน์ เขียมสุภาษิตและคณะ (2544) มาอ้างอิงในงานวิจัยนี้ เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเครียดได้ในบริบททุกบริบท ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการวิจัยในครั้งนี้ที่ต้องการศึกษาความเครียดของแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ นอกจากนี้เครื่องมือวัดความเครียดดังกล่าวยังเป็นที่ยอมรับและใช้ในการอ้างอิงอย่างกว้างขวาง ทำให้สามารถนำผลวิจัยในครั้งนี้ไปเปรียบเทียบกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาและนำไปใช้เพื่อศึกษางานวิจัยที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้โดยง่าย โดยเครื่องมือวัดความเครียดที่ใช้ประกอบกับงานวิจัยนี้มี 2 ฉบับ ได้แก่ 1. แบบวัดความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Lovibond และ Lovibond (1995) และนำมาแปลโดยสมโภชน์ เขียมสุภาษิต และคณะ (2544) ซึ่งแบบวัดดังกล่าวเป็นแบบประเมินตนเองเพื่อวัดระดับอารมณ์ด้านลบ 3 ด้าน คือ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด โดยในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้เฉพาะข้อคำถามด้านวัดระดับความเครียด 2. แบบวัดระดับความเครียด Web. MD เป็นแบบวัดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งการนำแบบวัดทั้ง 2 ฉบับดังกล่าวมาใช้ในงานวิจัยจะทำให้เกิดการวัดความเครียดของพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากว่าพ่อแม่บางคนอาจจะคิดว่าตนเองไม่เครียด แต่เมื่อทำแบบวัดความเครียดแล้ว พ่อแม่ก็จะได้คำตอบที่แท้จริงว่าตนเองมีความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจสูงกว่าที่ตนเองคาดการณ์ไว้

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ดังนี้ การศึกษาของ Britner และคณะ (2003) พบว่า แม่ของเด็ก CP (Cerebral Palsy) รายงานว่ามีความเครียดในระดับสูงกว่าแม่ที่มีลูกปกติ และต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่เป็นอยู่ เนื่องจากการสนับสนุนที่ตนได้รับไม่สามารถช่วยเหลือสิ่งที่ตนเผชิญอยู่ได้ ส่วนงานวิจัยของ Benson (2006) และ Benson และ Karlof (2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถบรรเทาความโกรธ ความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าของพ่อแม่ของเด็กออทิสติกได้

ในขณะที่ Olsen และคณะ (1999) ศึกษาพ่อและแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษจำนวน 108 คน (54 คู่) พบว่า รายได้และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของทั้งพ่อและแม่ กล่าวคือ ยิ่งพ่อแม่มีรายได้และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากเท่าไร ก็จะทำให้พ่อแม่มีความเครียดลดต่ำลงเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Smith, Oliver, & Innocenti (2001) ที่ศึกษาความเครียดของพ่อแม่ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงมากจำนวน 880 ครอบครัวพบว่า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวกับครอบครัว เช่น เงิน เวลาที่อยู่กับลูก และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายระดับความเครียดของพ่อแม่ได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดการกับการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กต่อไปได้ ส่วน Hastings และ Johnson (2001) ศึกษาตัวแปรที่ส่งผลต่อความเครียดของพ่อแม่ชาวอังกฤษ 141 คน ที่ทำโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มทางด้านพฤติกรรมที่บ้านให้กับลูกที่เป็นออทิสติกพบว่า การเผชิญปัญหาในทางบวก การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ และความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการเสริมสร้างพัฒนาการระยะแรกเริ่มช่วยทำให้ความเครียดลดต่ำลง ในขณะที่การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาเพิ่มความเครียดให้กับพ่อแม่มากขึ้น

การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีมากมายหลายงาน เช่น งานวิจัยของรุ่งฤดี วงศ์ชุม (2539) พบว่าพ่อแม่เด็กออทิสติกมีระดับความเครียดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับเครียดมาก โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพ่อแม่เป็นปัจจัยในด้านการดูแลลูกทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการดูแลลูกเพิ่มขึ้น การรักษาเด็กที่ต้องใช้ระยะเวลานาน การที่บิดามารดาต้องทำจิตใจให้เข้มแข็งในการเผชิญกับความผิดปกติของลูก ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่ นั้น ไม่มีความสัมพันธ์ในงานวิจัยนี้เนื่องจากพ่อแม่ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงและรายได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ พุ่มศรีอินทร์ (2545) ที่พบว่าแม่ของเด็กออทิสติกมีระดับความเครียดเฉลี่ยในระดับสูงมาก และมีลักษณะการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงความจริง ผลการศึกษาจากงานวิจัย 2 งานข้างต้นตรงข้ามกับผลจากงานวิจัยของนาฏยพรรณ ภิญญา (2545) ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่ของเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดต่อการดูแลเด็ก โดยพ่อแม่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่าพ่อแม่ผู้ปกครองจะมีรายได้พอเพียง ไม่เป็นหนี้สิน แต่รายจ่ายเกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กมีสูงมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นภาระการดูแลและความเครียด นอกจากนี้ด้านการสนับสนุนทางสังคมก็มีความสัมพันธ์กับความเครียดพ่อแม่ด้วย ซึ่งพ่อแม่ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง นอกจากนี้ปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้ากับเด็กคนอื่น ๆ ได้ และรูปแบบการรักษามีความสัมพันธ์กับความเครียดของพ่อแม่เช่นกัน

สำหรับงานวิจัยของฐิติชญาณ์ สมดุลยาวาทย (2551) ที่ศึกษาแหล่งความเครียดของแม่ของเด็กที่เข้ารับการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มพบว่า มีแหล่งความเครียดของแม่อยู่ 6 แหล่ง ได้แก่ แหล่งความเครียดเกี่ยวกับลูกและพัฒนาการของลูก แหล่งความเครียดเกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการลูก แหล่งความเครียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการกระตุ้นพัฒนาการ แหล่งความเครียดเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวและครอบครัวที่เกี่ยวกับการดูแลลูกที่มีปัญหาพัฒนาการ แหล่งความเครียดเกี่ยวกับการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องลูก แหล่งความเครียดเกี่ยวกับความไม่ลงตัวระหว่างเวลาในการดูแลบุตรและการทำงาน นอกจากนี้งานวิจัยของกัญญา ธัญมันทา (2534) พบว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกได้รับผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม รวมทั้งมีความวิตกกังวลมากเกี่ยวกับอาการของเด็กและการบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเด็ก เช่น ความต้องการนักฝึกพูด สถานที่เรียนในอนาคต และคลินิกทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุพา สัมฤทธิ์มีผล (2535) ที่พบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากการดูแลลูกวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และพ่อแม่ต้องการการบริการด้านต่าง ๆ มาก เช่น บริการคุมกำเนิด การให้คำปรึกษา สถานที่ฝึกอาชีพ สถานที่ทำฟัน และความรู้เรื่องเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถชี้วัดการมีส่วนร่วมในโปรแกรมของพ่อแม่ กล่าวคือหากพ่อแม่มีความเครียดรุนแรงจิตใจสูง ก็จะทำให้มีความกระตือรือร้นน้อยและทำหน้าที่พ่อแม่ได้ไม่ดี ในทางตรงกันข้าม หากพ่อแม่มีความเครียดต่ำ ก็จะมีมีความกระตือรือร้นมาก สามารถดูแลเอาใจใส่ลูกได้อย่างเต็มที่ และส่งผลให้เข้าร่วมในโปรแกรมของลูกมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำความเครียดเข้ามาเป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งในกรอบแนวคิด โดยทำนายว่าหากแม่มีความเครียดสูง จะทำให้มีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มน้อยตามกัน

3. การเผชิญปัญหา

3.1 แนวคิดและความหมายของการเผชิญปัญหา

การดำเนินชีวิตในแต่ละวัน บุคคลต้องประสบกับปัญหามากมายและหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ทำให้บุคคลเกิดความกดดัน ความเครียด และความทุกข์ขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบร่างกายและจิตใจ ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกมา ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด และทำให้เกิดสภาวะที่สมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งวิธีการเช่นนี้ เรียกว่า การเผชิญกับ

ปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984) และบุคคลแต่ละคนก็จะมีวิธีการรับมือกับปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการประเมินเหตุการณ์ที่บุคคลประสบ ซึ่งแต่ละคนมีความรู้ ความคิด สติปัญญา และประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป

ในการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูต้องเผชิญกับความเครียดและปัญหามากมาย ซึ่งหากพ่อแม่ไม่สามารถปรับตัวได้ จะเป็นผลทำให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวสูญเสียความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถแก้ไขปัญหได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ในทางตรงกันข้าม หากพ่อแม่สามารถปรับตัวได้ ร่างกายและจิตใจก็จะพร้อมรับกับการเผชิญกับปัญหา และทำให้พ่อแม่มีความสุข รวมทั้งลูกจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นักจิตวิทยาที่ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดมีแนวคิดที่สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (Nolrajsuwat, 1995 อ้างถึงใน พรธิดา ศรีสะอาด, 2542)

1. ลักษณะแบบประจำตัวของบุคคล (Trait-oriented Approach) นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้มีความคิดเห็นว่า บุคคลแต่ละคนมีแบบแผนตามบุคลิกภาพของตนในการเผชิญกับความเครียด
2. ลักษณะเป็นกระบวนการ (Process-oriented Approach) นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้มีความคิดเห็นว่า การเผชิญความเครียดของบุคคลขึ้นอยู่กับแบบแผนเฉพาะตัวของบุคคลและขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลได้เผชิญด้วย
3. ลักษณะเป็นการปฏิสัมพันธ์ (Transactional Approach) นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้มีความคิดเห็นว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่าย กล่าวคือบุคคลกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีอิทธิพลต่อกันและกัน

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้นำวิธีการจัดการกับความเครียด หรือการเผชิญปัญหาของนักจิตวิทยาที่ 3 ซึ่งเป็นลักษณะของการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมาเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไป

สำหรับการศึกษาการเผชิญกับปัญหา มีผู้ให้คำนิยามความหมายของการเผชิญปัญหาในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

การเผชิญปัญหาเป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจที่ถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคคลจะใช้วิธีการต่าง ๆ ในการบรรเทา หรือขจัดภาวะคุกคามด้วยการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมในรูปแบบต่าง ๆ แต่ละพฤติกรรมจะประกอบไปด้วยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้บุคคลควบคุมภาวะตึงเครียดได้ รวมทั้งกระบวนการทางจิตใจที่จะสามารถปรับตัวต่อความเครียด (Garland & Bush, 1979 อ้างถึงใน ภัทรสุดา ฮามคำไพ, 2539)

Holaday (1984) กล่าวถึงการเผชิญปัญหาว่าเป็นพฤติกรรมที่เปิดเผยหรือไม่เปิดเผยที่บุคคลใช้จัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งพฤติกรรมนั้นอาจเกิดในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก และการเผชิญปัญหาทำหน้าที่ 3 ประการ ดังนี้

1. เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา
2. ควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหาก่อนเกิดความเครียด
3. ควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้น

Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายการเผชิญปัญหาว่า เป็นความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมที่จะจัดการปัญหาและความต้องการจากทั้งตัวบุคคลเองและสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยบุคคลประเมินเหตุการณ์ว่าอยู่ในภาวะคุกคามหรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้ กระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและไม่มีการตัดสินใจล่วงหน้าว่าวิธีการเผชิญปัญหาวิธีใดมีประสิทธิภาพ เพราะขึ้นอยู่กับบริบทแต่ละบริบทที่บุคคลเผชิญ บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีคือบุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์

โดยสรุป การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่ประเมินว่าคุกคามและทำให้เกิดความเครียด โดยบุคคลจะใช้กระบวนการทางความคิดและการแสดงออกเป็นพฤติกรรมเพื่อควบคุม ลด หรือเรียนรู้ที่จะทนต่อภาวะคุกคามอันนำมาซึ่งความเครียดหรือความไม่สบายกายและใจนั้น ซึ่งผลที่ตามมาอาจเป็นไปได้ทั้งบวกและลบ

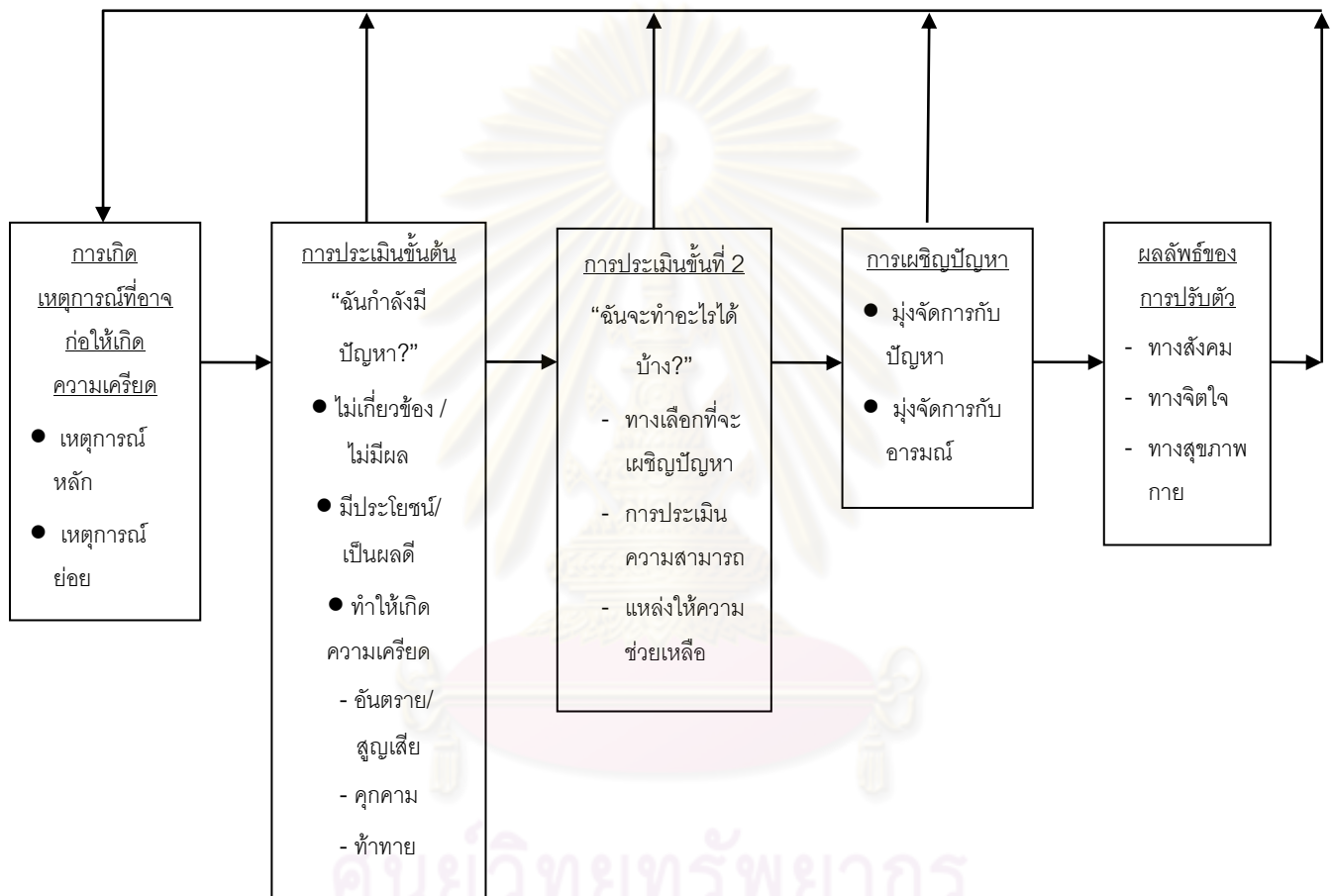
3.2 รูปแบบของกระบวนการความเครียดและการเผชิญปัญหา

Lazarus และ Folkman (1984) อธิบายถึงความเครียดว่าเป็นระบบการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเฉพาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยกระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive Appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งกำลัง (Resource) ที่ตนจะต่อต้านได้ และรู้สึกว่าจะถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข ซึ่งกระบวนการของความเครียด (A Transactional Model of the Stress Process) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 5 ประการ คือ

1. การเกิดเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียด
2. การประเมินทางปัญญาขั้นต้น
3. การประเมินทางปัญญาขั้นที่สอง
4. การเผชิญปัญหา
5. ผลลัพธ์ของการปรับตัว

Slavin และคณะ (1991) ได้ศึกษาทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และคณะ (Lazarus & Folkman, 1984) และพัฒนากระบวนการความเครียดและการเผชิญปัญหาขึ้น ซึ่งออกมาเป็นแผนภาพรูปแบบกระบวนการของความเครียดดังนี้

A Transactional Model of the Stress Process



ภาพที่ 1.2 แผนภูมิแสดงรูปแบบกระบวนการของความเครียดตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส
ที่มา : (Slavin and Rainer and McGreary, สุขภาพรณ โคตรจรัส, 2539)

1. การเกิดเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียด (Occurrence of a Potentially Stressful Event)

ความเครียดเป็นผลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นด้วย ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่อาจกระตุ้นให้เกิดความเครียด ความไม่มั่นใจ หรือมีผลขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ หรืออาจเป็นสถานการณ์ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ใน

ชีวิต หรือกระทบต่อบุคคลโดยตรง เช่น การสูญเสียญาติพี่น้อง การหย่าร้าง การล้มละลาย การตกงาน หรือเป็นเหตุการณ์ย่อย ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา น้ำหนัก ส่วนสูง การทำงานมากเกินไป ปัญหาจราจร หรือเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในชีวิต เช่น อาการป่วยเรื้อรัง สถานการณ์ที่สับสนวุ่นวาย หรือความสูญเสียที่แม้จะไม่เกิดขึ้นกับบุคคลโดยตรง เช่น ข่าววาทภัย ความเครียดจะเกิดขึ้นกับบุคคลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์การประเมินความสามารถของบุคคล และรูปแบบการตอบสนองที่แตกต่างกันออกไป ภายใต้สถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เช่น ในสถานการณ์เดียวกัน บุคคลบางคนอาจจะแสดงความโกรธ บางคนอาจจะเศร้า ในขณะที่บางคนอาจจะวิตกกังวลหรือรู้สึกผิด ในขณะที่บุคคลบางคนอาจจะมองสถานการณ์ว่าเป็นสิ่งที่ทำทนายและต้องฝ่าฟันไปให้ได้ หรือบางคนมองว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต เป็นต้น

2. การประเมินทางปัญญาขั้นต้น (Primary Appraisal)

เป็นการประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลได้เผชิญ โดยบุคคลจะตัดสินใจว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีภัยคุกคาม หรือมีผลต่อตนเองมากน้อยเพียงไร บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ในขั้นต้นออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. สถานการณ์นั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevant) คือ เมื่อเผชิญกับสภาวะแวดล้อมแล้ว บุคคลประเมินว่าปัจจัยหรือสถานการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตน หรือไม่ก่อให้เกิดผลได้หรือผลเสียใด ๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลจึงรู้สึกเฉย ๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. สถานการณ์นั้นมีผลดีต่อตนเอง (Being-Positive) คือ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์แล้ว บุคคลประเมินว่าเกิดผลดีในทางบวก ส่งเสริมความเป็นอยู่ ทำให้มีความสุขมากยิ่งขึ้น หรือได้รับประโยชน์จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะแสดงการตอบสนองด้วยอารมณ์ทางบวก เช่น ยินดี มีความเพลิดเพลิน มีความสุข มีความรัก ความร่าเริง ตื่นเต้น และสุขสงบ

3. สถานการณ์นั้นเกิดความตึงเครียด (Stressful) คือ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์แล้ว บุคคลประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด ซึ่งภาวะดังกล่าวมีผลกระทบต่อบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1.1 อันตรายหรือสูญเสีย (Harm/Loss) เป็นการประเมินผลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้านลบ ผลของสถานการณ์ที่ผ่านไปแล้วก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย หรือเป็นอันตรายต่อบุคคลทั้งด้านสัมพันธภาพ สุขภาพ หรือความมีคุณค่าในตนเอง เช่น บุคคลรู้สึกสูญเสียพลังความสามารถ ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ รวมไปถึงการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รักหรือบุคคลที่เป็นที่รักเจ็บป่วย

1.2 ภาวะคุกคาม (Threat) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยบุคคลคาดคะเนว่าสถานการณ์จะก่อให้เกิดอันตรายหรือเป็นการสูญเสีย ซึ่งการคาดคะเนผลของสถานการณ์เป็นไปในทางลบ ทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวล และโกรธ

1.3 การท้าทาย (Challenge) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยบุคคลคาดคะเนผลของสถานการณ์ว่าตนจะได้รับประโยชน์ เป็นผลดีกับตน หรือสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เป็นการคาดคะเนผลสถานการณ์ในทางบวก ซึ่งทำให้เกิดความกระตือรือร้น ตื่นเต้นยินดี มีขวัญและกำลังใจมากขึ้น

3. การประเมินทางปัญญาขั้นที่สอง (Secondary Appraisal)

เป็นการประเมินเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยบุคคลประเมินตนเองว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างไรบ้างเพื่อที่จะลดภาวะคุกคามหรือป้องกันความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น หรือเพื่อที่ทำให้โอกาสที่จะได้รับผลดีจากสถานการณ์นั้นมีมากขึ้น การประเมินในขั้นนี้ บุคคลต้องพิจารณาถึงความสามารถของตนเอง เช่น สถิติปัญญา ความรู้ ความเฉลียวฉลาด และประเมินแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มี ซึ่งมีทั้งแหล่งความช่วยเหลือทางกายภาพ เช่น ภาวะสุขภาพของบุคคลและความอดทน แหล่งความช่วยเหลือทางสังคม เช่น ระบบสังคมของบุคคล การช่วยเหลือทางสังคมโดยการให้ข้อมูล และการช่วยเหลือทางอารมณ์ แหล่งความช่วยเหลือทางจิตใจ เช่น ความเชื่อ ทักษะในการแก้ไขปัญหา การเห็นคุณค่าในตนเอง แหล่งความช่วยเหลือทางวัตถุ เช่น เงิน และอุปกรณ์ต่าง ๆ เมื่อบุคคลประเมินความสามารถที่ตนมีประกอบกับแหล่งช่วยเหลือที่ตนมีอยู่ บุคคลจะสามารถเลือกแนวทางการเผชิญกับปัญหาที่เหมาะสมได้ โดยบุคคลอาจจะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ยอมรับในสถานการณ์ แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือควบคุมตนเองไม่ให้ทำในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงปรารถนา เป็นต้น

การประเมินทางปัญญาในขั้นต้นและขั้นที่สองมีความสัมพันธ์กัน โดยปกติเมื่อบุคคลมีการประเมินในขั้นต้นแล้ว การประเมินในขั้นที่สองก็จะเกิดขึ้นตามมาอย่างต่อเนื่อง แต่ความต่อเนื่องนี้ไม่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นทุกครั้ง ในบางครั้งการประเมินในขั้นที่สองอาจเกิดขึ้นหลังจากที่มีการประเมินในขั้นต้นผ่านไปแล้วช่วงเวลาหนึ่งก็ได้ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงและไม่สอดคล้องกันได้ เช่น การประเมินในขั้นต้น บุคคลอาจจะรู้สึกถึงความคุกคามต่อชีวิตของตน แต่เมื่อบุคคลเริ่มประเมินในขั้นที่สอง โดยพิจารณาถึงความสามารถของตนเองและแหล่งความช่วยเหลือที่ตนมี บุคคลจึงพบว่าสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นด้วยตนเอง ความรู้สึกคุกคามในขั้นแรกเปลี่ยนมาเป็นความรู้สึกท้าทายแทนได้ และหากบุคคลพบว่าการประเมินในขั้นที่สองไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์ได้ ก็อาจนำไปสู่การประเมินในขั้นต้นใหม่ได้อีกครั้ง

การประเมินทางปัญญาทั้งสองชั้นร่วมกันกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมว่าจะส่งผลต่อสวัสดิภาพของบุคคลอย่างไร เป็นตัวบอกระดับความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ อีกทั้งยังส่งผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาอีกด้วย

4. การเผชิญปัญหา (Coping Efforts)

วิธีการเผชิญปัญหาของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของบุคคลในขณะนั้น การเผชิญปัญหาเป็นการดำเนินการเพื่อจัดการกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อควบคุม ลด หรือทนต่อความต้องการทั้งภายในและภายนอกที่เกิดจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยแสดงออกในลักษณะของการใช้ความคิดและการลงมือปฏิบัติ วิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) มีลักษณะ 2 อย่าง คือ

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามทั้งทางด้านการใช้ความคิดและการแสดงออกทางพฤติกรรม เพื่อที่จะปรับเปลี่ยนหรือจัดการควบคุมปัญหา ซึ่งเกิดจากสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความเครียด โดยบุคคลพิจารณาว่าปัญหาคืออะไร สาเหตุอยู่ที่ไหน และหาทางออกหรือทางแก้ไขที่เป็นไปได้ พร้อมทั้งลงมือปฏิบัติกลวิธีที่ใช้อาจมุ่งการแก้ไขเปลี่ยนแปลงไปที่สถานการณ์หรือพฤติกรรมของบุคคลก็ได้ เช่น พิจารณาทบทวน ปรับเปลี่ยนทัศนคติและความต้องการของตนเอง พัฒนาทักษะที่ใช้ในการเผชิญปัญหา เป็นต้น การเผชิญปัญหาแบบนี้เป็นการวางแผน วางขั้นตอนในการดำเนินการมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหา และลงมือดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นโดยตรง

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused Coping) เป็นความพยายามที่จะควบคุมหรือจัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาหรือความทุกข์ที่เกิดจากเหตุการณ์ให้คลี่คลายลงได้ โดยที่ไม่ได้ไปเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นต้นเหตุของความเครียด วิธีการที่ใช้ อาจจะเป็นการระบายออกทางอารมณ์ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อได้รับกำลังใจ มองปัญหาในแง่มุมใหม่ในทางบวก การทำสมาธิ การออกกำลังกาย เป็นต้น

กระบวนการเผชิญปัญหาตามแนวคิดนี้มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การเผชิญปัญหาขึ้นอยู่กับบริบทของปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เผชิญมากกว่าลักษณะของบุคลิกภาพของบุคคล

2. กลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคลในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยไม่คำนึงว่าความพยายามนั้น ๆ จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ สิ่งสำคัญของการเผชิญปัญหาอยู่ที่ความพยายามจัดการกับปัญหามากกว่าประสิทธิภาพของผลที่เกิดขึ้นจากการเผชิญปัญหา

3. การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่เน้นถึงสิ่งที่บุคคลคิดและปฏิบัติจริงเมื่อเผชิญกับปัญหา ซึ่งความคิดและการกระทำของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือการเผชิญกับปัญหาในแต่ละครั้ง

โดยทั่วไป บุคคลจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาในกรณีที่พิจารณาแล้วพบว่าตนสามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ และมักจะใช้การเผชิญกับปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์เมื่อพิจารณาว่าตนไม่สามารถควบคุมปัญหาได้หรือยากเกินกว่าที่ตนจะแก้ไขได้ วิธีการเผชิญปัญหาที่ให้ผลดีที่สุด ได้แก่ การใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 2 วิธีผสมผสานกันอย่างเหมาะสมเพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

5. ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptation Outcomes)

Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งผลของการปรับตัวเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหา ซึ่งอาจเป็นผลระยะสั้นหรือระยะยาว โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลทางด้านสังคม (Social Functioning) เป็นผลของการปรับตัวต่อปัญหาที่บุคคลตอบสนองบทบาทต่าง ๆ ของตนในสังคม เช่น บทบาทในฐานะพ่อแม่ สามีภรรยา นายจ้างลูกจ้าง ผลของการปรับตัวทางด้านสังคม ได้แก่ ความพึงพอใจที่เกิดจากการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีทักษะที่จำเป็นสำหรับการรักษาบทบาทหน้าที่ของตน หรือรักษาสัมพันธภาพระหว่างตนกับผู้อื่นไว้ได้ เป็นต้น

2. ผลทางด้านจิตใจ (Morale) ผลทางด้านจิตใจเกี่ยวข้องกับเรื่องของบุคคลว่ารู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสภาพชีวิตของตนเองอย่างไร มีผลจากการรับรู้ของตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ มีความสุข หรือไม่มีความสุข มีความคาดหวัง หรือความหวาดกลัว เป็นต้น

3. ผลทางด้านสุขภาพร่างกาย (Somatic Illness) อารมณ์ความเครียดและการเผชิญกับปัญหาเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพร่างกาย โดยเฉพาะวิธีในการเผชิญกับปัญหาที่มีผลทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย หรือมีผลทำให้บุคคลมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม ขึ้นอยู่กับวิธีการเผชิญปัญหาที่บุคคลเลือกใช้

Lazarus และ Folkman (1984) อธิบายว่ากระบวนการความเครียดและการเผชิญปัญหาทั้ง 5 ประการนี้ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นตามลำดับหรือเกิดขึ้นต่อเนื่องกัน ผลที่เกิดขึ้นในกระบวนการแต่ละขั้น อาจทำให้บุคคลสามารถย้อนกลับไปสู่การประเมินขั้นต้นได้อีก กล่าวคือเมื่อบุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาไปแล้ว แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ บุคคลอาจต้องมีการย้อนกลับมาประเมินเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง เพื่อหาวิธีการเผชิญปัญหาใหม่ที่เหมาะสมและดีขึ้น เพื่อลดความเครียด ทำ

ให้ผลของการปรับตัวมีประสิทธิภาพ การประเมินที่ย้อนกลับไปกลับมานี้เป็นวงจรที่เกิดขึ้นได้ซ้ำแล้วซ้ำอีก และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อจัดการกับความเครียดให้คลี่คลายลง

3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญปัญหา

บุคคลมีวิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันออกไป การเผชิญปัญหาจะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงไรขึ้นอยู่กับแหล่งสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพและพลังกำลังของบุคคล (Health and Energy) ภาวะสุขภาพและพลังกำลังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บุคคลใช้เมื่อเผชิญกับปัญหา บุคคลที่มีสุขภาพดีและมีพลังกำลังแข็งแรงย่อมมีความเข้มแข็งและอดทนต่อภาวะเครียดได้มากกว่าบุคคลที่อ่อนแอเจ็บป่วยหรือไม่มีพลังกำลัง
2. ความเชื่อในทางบวก (Positive Belief) ความเชื่อในทางบวกเป็นพื้นฐานของความหวังและความพยายามในการจัดการกับปัญหา เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เลวร้าย เช่น ความเชื่อที่บุคคลเชื่อในความสามารถของตนเอง หรือความเชื่ออำนาจภายในตน กับความเชื่ออำนาจภายนอกตน บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนย่อมมีพฤติกรรมปรับตัวและความสามารถในการแก้ไขปัญหาคิดดีกว่าผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจนอกตน
3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-Solving Skills) เป็นความสามารถของบุคคลในการแสวงหาความรู้ ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งสามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อแยกแยะปัญหา ต้นเหตุของปัญหา ใช้เหตุผลในการค้นหาการแก้ปัญหา และวางแผนในการแก้ปัญหา ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหาเป็นทรัพยากรที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น
4. ทักษะทางสังคม (Social Skill) เป็นการแสดงถึงความสามารถของบุคคลในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับผู้อื่น บุคคลที่มีทักษะทางสังคมที่ดีจะช่วยเหลือสนับสนุนส่งเสริมให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี
5. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นการได้รับการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือด้านข้อมูล กำลังใจจากบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งช่วยทำให้บุคคลมีแหล่งทรัพยากรที่จะจัดการกับปัญหาได้มากขึ้น บุคคลที่ดำรงชีวิตอย่างตามลำพัง โดดเดี่ยว และอ้างว้างย่อมมีความเครียดมากกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้อื่น
6. แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (Material Resource) บุคคลที่มีทรัพย์สิน เงินทอง หรือสิ่งของต่าง ๆ สามารถใช้เป็นแหล่งทรัพยากรในการจัดการกับปัญหาได้วิธีหนึ่ง ซึ่งอาจช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหาได้มากขึ้น

3.4 วิธีการเผชิญปัญหา

3.4.1 วิธีการเผชิญปัญหาของ Carver, Scheier, และ Weintraub

แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาหรือวิธีการจัดการกับความเครียดของ Lazarus และ Folkman ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และมีผู้ทำการศึกษาวิจัยต่อเป็นจำนวนมาก Carver, Scheier, และ Weintraub (1989) ได้ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman และรูปแบบของการกำกับตนเอง (Self-regulation) เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย และได้เสนอวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 14 วิธี ดังนี้

1. การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา (Active Coping) เป็นกระบวนการในการลงมือแก้ไขปัญหา เพื่อขจัดสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด โดยการแก้ไขปัญหาโดยตรง การใช้ความพยายามมากขึ้นในการแก้ไขปัญหา การดำเนินการ และวางแผนสู่การปฏิบัติ
2. การวางแผน (Planning) เป็นการคิดหาวิธีการในการเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด รวมถึงการหาวิธีการเผชิญปัญหา การคิดเกี่ยวกับขั้นตอนในการกระทำและวางแผน และหาทางที่จะจัดการกับปัญหาให้ได้อย่างดีที่สุด
3. การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา (Suppression of Competing Activities) เป็นการระงับความสนใจอื่นที่จะเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้เราใส่ใจที่จะเผชิญปัญหาได้อย่างเต็มที่
4. การชะลอการแก้ปัญหา (Restrain Coping) เป็นการรอโอกาสที่เหมาะสมที่จะใช้วิธีการเผชิญปัญหา โดยต้องแน่ใจว่าจะไม่ทำให้เหตุการณ์เลวร้ายยิ่งขึ้นเมื่อกระทำลงไป
5. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (Seeking Social Support for Instrumental Reasons) เป็นการขอคำปรึกษา ต้องการความช่วยเหลือ ขอข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์เพิ่มเติม ขอทราบแนวทางการเผชิญปัญหาจากผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์เดียวกัน
6. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อรับกำลังใจในการแก้ปัญหา (Seeking Social Support for Emotional Reasons) เป็นการพูดระบายความรู้สึกและความทุกข์ เพื่อขอกำลังใจ ความเห็นใจ คำปลอบโยน และความเข้าใจจากบุคคลอื่น
7. การตีความหมายใหม่ในเชิงบวกและการเรียนรู้จากปัญหา (Positive Reinterpretation and Growth) เป็นการจัดการความกดดันทางอารมณ์มากกว่าเป็นการเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด หรือจัดการ ปรับเปลี่ยนสถานการณ์ โดยการมองสถานการณ์

ที่ทำให้เกิดความเครียดในทางที่ดี หรือการเติบโตในแง่มุมมองใหม่ในทางบวก จะนำบุคคลให้มุ่งสู่การลงมือแก้ปัญหาโดยตรง และเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับนั้น

8. การยอมรับปัญหา (Acceptance) เป็นการยอมรับความเป็นจริงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการยอมรับความจริงเป็นสิ่งที่บอกถึงความพร้อมของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ

9. การพึ่งศาสนา (Turning to Religion) เป็นการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจเมื่อประสบกับความเครียด เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ ซึ่งบุคคลจะหันไปพึ่งศาสนาด้วยเหตุผลต่าง ๆ นานา เช่น บางคนอาจใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ในขณะที่บางคนอาจใช้ศาสนาเพื่อเป็นหนทางนำไปสู่การตีความหมายใหม่ ๆ ในแง่บวกและการเจริญเติบโต หรือบางคนใช้เป็นกลวิธีในการลงมือกระทำ

10. การปฏิเสธปัญหา (Denial) เป็นการปฏิเสธต่อสถานการณ์ทำให้เกิดความเครียด ปฏิเสธความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด

11. การระบายอารมณ์ (Focus on Venting of Emotions) เป็นการให้ความสนใจต่ออารมณ์ความรู้สึกที่มี และระบายความรู้สึกเหล่านั้น

12. การไม่ลงมือแก้ปัญหา (Behavioral Disengagement) เป็นการลดความพยายามในการเผชิญกับปัญหาหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการช่วยตนเองไม่ได้

13. การไม่คิดที่จะแก้ปัญหา (Mental Disengagement) เป็นการลดความกดดันทางอารมณ์ โดยการไม่คิดถึงวิธีการเผชิญกับปัญหา ไม่คิดถึงเป้าหมายที่มีอุปสรรคขัดขวาง หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นการหนีจากปัญหาโดยใช้กิจกรรมอื่นเพื่อที่จะไม่คิดถึงปัญหา เช่น การฝันกลางวัน การนอน การดูโทรทัศน์ เป็นต้น

14. การใช้สุราและ/หรือยา (Alcohol and/or Drug Use) เป็นการใช้สุราหรือยา เพื่อให้ลืมเหตุการณ์หรือทำให้รู้สึกดีขึ้น

และในระยะต่อมา ได้มีการเพิ่มวิธีการเผชิญปัญหาอีกหนึ่งวิธี คือ การมีอารมณ์ขัน จากการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหา 14 วิธีดังกล่าว กับลักษณะบุคลิกภาพ ของบุคคลพบความสัมพันธ์แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. การเผชิญปัญหาที่ให้ผลทางบวก ได้แก่ การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา การวางแผน การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา การชะลอการแก้ปัญหา การตีความหมายใหม่ในเชิงบวกและการเรียนรู้จากปัญหา การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อได้รับกำลังใจในการแก้ปัญหา การยอมรับปัญหา และการพึ่งศาสนา

2. การเผชิญปัญหาที่ให้ผลทางลบ ได้แก่ การปฏิเสธปัญหา การไม่ลงมือแก้ปัญหา การไม่คิดที่จะแก้ปัญหา การใช้สุราและ/หรือยา และการระบายอารมณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาดังกล่าว และลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล จากแบบวัดบุคลิกภาพต่าง ๆ พบว่า คะแนนจากแบบวัดบุคลิกภาพด้านบวกจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญปัญหาที่มีแนวโน้มด้านบวก ดังสรุปผลแสดงในตารางด้านล่าง

ตารางที่ 1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาและบุคลิกภาพของบุคคล
สรุปจากผลการวิจัยของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989)

วิธีเผชิญปัญหา	ลักษณะของบุคคล
1. การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา 2. การตีความหมายใหม่ในเชิงบวกและการเรียนรู้จากปัญหา	มองโลกในแง่ดี เชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง วิตกกังวลต่ำ
3. การวางแผน	มองโลกในแง่ดี เชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง
4. การชะลอการแก้ปัญหา	มองโลกในแง่ดี วิตกกังวลต่ำ
5. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหอย่างมีประสิทธิภาพ 6. การยอมรับปัญหา 7. การพึ่งศาสนา	มองโลกในแง่ดี
8. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อได้รับกำลังใจในการแก้ปัญหา 9. การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับ การแก้ปัญหา	ไม่มีความสัมพันธ์
10. การปฏิเสธปัญหา 11. การไม่ลงมือแก้ปัญหา	มองโลกในแง่ร้าย เชื่อมั่นในตนเองต่ำ เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ วิตกกังวลสูง
12. การไม่คิดที่จะแก้ปัญหา	มองโลกในแง่ร้าย เชื่อมั่นในตนเองต่ำ วิตกกังวลสูง
13. การใช้สุราและ/หรือยา	มองโลกในแง่ร้าย
14. การระบายอารมณ์	เชื่อมั่นในตนเองต่ำ วิตกกังวลสูง

จะเห็นได้ว่า วิธีการเผชิญปัญหาที่สัมพันธ์กับลักษณะทางบุคลิกภาพของผู้มีสุขภาพจิตดี ได้แก่ การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา การตีความหมายใหม่ในทางบวกและการเติบโต การวางแผน การชะลอการเกิดปัญหา การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหา การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อได้รับกำลังใจ การยอมรับ การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง และการพึ่งศาสนา เป็นการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ที่สนับสนุนการแก้ปัญหา ส่วนวิธีการเผชิญปัญหาที่สัมพันธ์กับลักษณะทางบุคลิกภาพที่น่าจะมีปัญหาในการปรับตัว ได้แก่ การปฏิเสธ การไม่แสดงออกทางพฤติกรรม การไม่เกี่ยวข้องทางความคิด การใช้สุราและ/หรือยา และการระบายออกทางอารมณ์

3.4.2 วิธีการเผชิญปัญหาของ Frydenberg และ Lewis

ในปี ค.ศ. 1990 Frydenberg และ Lewis (1993, อ้างถึงใน วิณา มิ่งเมือง, 2540) ได้ศึกษารวบรวมวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่น โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของ ของ Lazarus และคณะ (Lazarus, Averil, & Opton, 1974; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1978 อ้างถึงใน วิณา มิ่งเมือง, 2540) ร่วมกับทฤษฎีพัฒนาการวัยรุ่นของ Erikson (1963, 1985, อ้างถึงใน วิณา มิ่งเมือง, 2540) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของวัยรุ่นของ Hauser & Bowlds (1990, อ้างถึงใน วิณา มิ่งเมือง, 2540) และของ Collins (1991, อ้างถึงใน วิณา มิ่งเมือง, 2540) เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย และได้เสนอวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นออกเป็น 18 วิธี ดังนี้

1. การแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย (Seek Relaxing Diversion) เป็นการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่กระทำแล้วทำให้บุคคลรู้สึกเพลิดเพลิน หรือบุคคลรู้สึกผ่อนคลายจากปัญหาหรือความเครียดได้ โดยเป็นวิธีที่ไม่เป็นโทษต่อร่างกาย และไม่เกี่ยวกับการกีฬา เช่น การฟังเพลง การเล่นเกม และการเล่นดนตรี เป็นต้น
2. การทำงานและสัมฤทธิ์ผล (Work and Achieve) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยแสดงให้เห็นถึงความพยายาม ความมานะบากบั่นในการทำงาน เพื่อให้ประสบความสำเร็จ หรือเกิดสัมฤทธิ์ผลในงาน เช่น การขยันทำงานมากขึ้น การติดตามงานที่ต้องการจะทำ เป็นต้น
3. การแก้ปัญหา (Solving the Problem) เป็นกระบวนการคิด ทำความเข้าใจกับปัญหาสาเหตุ เพื่อหาวิธีในการแก้ปัญหา แล้วดำเนินการ หรือลงมือแก้ปัญหาตามขั้นตอน ซึ่งเป็นวิธีจัดการกับปัญหาอย่างเป็นระบบ

4. การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย (Physical Recreation) เป็นการปฏิบัติด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ร่างกายได้รับการผ่อนคลาย และมีสุขภาพแข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา เป็นต้น
5. การคบหาเพื่อนสนิท (Investing in Close Friend) เป็นการกระทำเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ที่ดี หรือสร้างความใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนชายหรือหญิง เช่น การให้เวลากับเพื่อน การนัดพบปะเพื่อนฝูง เป็นต้น
6. การมุ่งเน้นในด้านบวก (Focus on Positive) เป็นการมองสถานการณ์หรือปัญหานั้น ๆ ไปในทางที่ดี ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่เป็นมุมมองทางบวกต่อชีวิตและสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การมองหาส่วนดีของสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น การพยายามทำให้ชีวิตร่าเริงสดใส เป็นต้น
7. การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Seeking to Belong) เป็นการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่กระทำแล้วทำให้ตนเองได้รับการยอมรับ หรือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เช่น การพยายามทำให้บุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเองประทับใจตนเอง การพยายามทำตัวให้เข้ากับเพื่อน ๆ เป็นต้น
8. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) เป็นวิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหา แต่เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาที่อาศัยความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากผู้ที่อยู่รอบข้าง เช่น การขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ ครู หรือเพื่อน ขอคำแนะนำจากผู้อื่นมาแก้ปัญหของตน เป็นต้น
9. การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (Seeking Spiritual Support) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยการนำเอาความเชื่อความศรัทธาทางศาสนามาใช้จัดการกับปัญหา เช่น การสวดมนต์ อ้อนวอนให้พระคุ้มครอง การอ่านหนังสือธรรมะ เป็นต้น
10. การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (Seeking Professional Help) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งจัดการที่สาเหตุของปัญหา แต่เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาที่อาศัยความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ เช่น การขอรับการบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา
11. การรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา (Social Action) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยการให้การรวมกลุ่ม หรือหาพวกมาร่วมกันจัดการกับปัญหาแทนการจัดการกับปัญหาด้วยตนเองเพียงลำพัง
12. การมีความคิดที่เต็มเต็มความปรารถนา (Wishful Thinking) เป็นวิธีการจัดการกับปัญหาโดยการใช้ความคิด ความหวัง หรือความปรารถนาที่จะให้ปัญหาหรือความทุกข์คลี่คลายลง

เช่น การปรารถนาจะให้สิ่งปาฏิหาริย์อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น หรือการคิดจินตนาการว่าทุก ๆ สิ่ง จะกลับจากร้ายกลายเป็นดี เป็นต้น

13. การเก็บปัญหาไว้คนเดียว (Keep to Self) เป็นการเก็บเอาความคิด ความรู้สึกที่เป็นทุกข์ หรือความกดดันต่าง ๆ ไว้กับตนเอง และหลีกเลี่ยงที่จะพบปะผู้อื่น

14. การตำหนิตนเอง (Self-Blame) เป็นการลงโทษตนเอง การตำหนิตนเองว่าเป็นตัวการที่ทำให้ความยุ่งยาก หรือปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้น มักจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถจะจัดการกับปัญหาได้ หรือมองไม่เห็นทางออกของปัญหา

15. การมีความกังวล (Worry) เป็นการลดความคับข้องใจ หรือความกดดันทางอารมณ์ ด้วยการคิดเกี่ยวกับปัญหามากขึ้น แต่ไม่สามารถช่วยให้ความทุกข์ลดลงได้ เนื่องจากความคิดนั้นมักเป็นความคิดในทางลบ

16. การไม่รับรู้ปัญหา (Ignore the Problem) เป็นการตัดปัญหา หลีกเลี่ยงปัญหา และไม่ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนเองรู้สึกดี

17. การไม่เผชิญกับปัญหา (Not Coping) เป็นวิธีการที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลสามารถจัดการกับปัญหาหรือความทุกข์ได้ และมีแนวโน้มว่าจะพัฒนาไปสู่อาการทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ

18. การลดความตึงเครียด (Tension Reduction) เป็นการแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อจะช่วยให้ความเครียดลดลง เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ หรือการเข้ายาเสพติด เป็นต้น

วิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 18 วิธีเหล่านี้ เมื่อจัดตามกรอบแนวความคิดวิธีการเผชิญปัญหาของ Lazarus และ Folkman (1984) จะได้วิธีดังต่อไปนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused Coping) ได้แก่ การแสวงหาความเปลี่ยนแปลงเพื่อการผ่อนคลาย การทำงานและสัมฤทธิ์ผล การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การคบหาเพื่อนสนิท การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ การรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา และการมีความกังวล

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused Coping) ได้แก่ การมีความคิดที่เป็นความปรารถนา การมุ่งเน้นในด้านบวก การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การไม่รับรู้ปัญหา การตำหนิตนเอง การลดความตึงเครียด และการเก็บปัญหาไว้คนเดียว

จากการศึกษาของ Frydenberg และ Lewis Lewis (1993, อ้างถึงใน วิธนา มิ่งเมือง, 2540) ได้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 18 วิธี ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (Solving the Problem หรือ Problem-Focused) ได้แก่ การแก้ปัญหา การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การทำงานและสัมฤทธิ์ผล การคบหาเพื่อนสนิท การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การมุ่งเน้นในด้านบวก และการแสวงหาความเพลิดเพลินเพื่อการผ่อนคลาย

กลุ่มที่ 2 เป็นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ (Reference to Others) ได้แก่ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแสวงหาการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ และการรวมกลุ่มจัดการกับปัญหา

กลุ่มที่ 3 เป็นการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Non-Productive Coping หรือ Avoidance) ได้แก่ การมีความกังวล การมีความคิดที่เป็นความปรารถนา การไม่รับรู้ปัญหา การไม่เผชิญปัญหา การตำหนิตนเอง และการเก็บปัญหาไว้คนเดียว

จากวิธีเผชิญปัญหาของ Frydenberg และ Lewis ทั้ง 18 วิธี เมื่อพิจารณาในแง่ประสิทธิภาพการทำงานของ การเผชิญปัญหา จะแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ วิธีที่แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการจัดการกับปัญหา หรือความเครียดที่มีอยู่โดยตรง โดยใช้ความสามารถของตนเอง หรืออาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ
2. วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ วิธีที่แสดงให้เห็นถึงการไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ หรือหลีกเลี่ยงปัญหา

การใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ดีและเหมาะสม ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ประเมินว่าคุกคามหรือเป็นต้นเหตุของความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความกังวลใจ มีความสบายใจ และมีความสุขกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้มากขึ้น และไม่ส่งผลกระทบต่ สุขภาพทางกายและจิตใจ (Beare & Myers, 1994; Snyder & Dinoff, 1999) จากการศึกษาพบว่า การใช้วิธีการเผชิญปัญหาในทางบวกสามารถทำให้ปัญหาดีขึ้น และลดความตึงเครียดของบุคคลได้ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาในทางลบจะทำให้ปัญหาที่มีอยู่เลวร้ายลง และอาจจะทำให้บุคคลมีปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ (Shapiro, 1983)

3.5 แบบวัดการเผชิญปัญหา

3.5.1 แบบวัดการเผชิญปัญหา Coping Orientations to Problems Experienced (COPE) ของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989)

การศึกษากการเผชิญปัญหาของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989) สามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นวิธีการที่มุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเองจัดการกับปัญหา ได้แก่ การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา การวางแผน การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา การชะลอการแก้ปัญหา และการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ
2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused Coping) เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมความรู้สึกที่เป็นทุกข์หรือไม่สบายใจต่าง ๆ โดยการแสดงออกหรือระบายอารมณ์โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาอาจยังคงอยู่ ได้แก่ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อได้รับกำลังใจในการแก้ปัญหา การตีความหมายใหม่ในเชิงบวกและการเรียนรู้จากปัญหา การยอมรับปัญหา การพึ่งศาสนา และการระบายอารมณ์
3. การหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงหรือเลี่ยงปัญหาชั่วคราว ได้แก่ การปฏิเสธปัญหา การไม่ลงมือแก้ปัญหา และการไม่คิดที่จะแก้ปัญหา

3.5.2 แบบวัดการเผชิญปัญหาของสุภาพรณ โคตรจรัส และ ชุมพร ยงกิตติกุล (2544)

สุภาพรณ โคตรจรัส และ ชุมพร ยงกิตติกุล (2544) ได้พัฒนาแบบวัดการเผชิญปัญหา ซึ่งมีพื้นฐานโครงสร้างมาจากทฤษฎีความเครียดของ Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989) และแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Frydenberg และ Lewis (1993) ซึ่งแบบวัดการเผชิญปัญหานี้ แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 18 ด้าน ดังนี้

1. การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา (Active Coping, AC) เป็นกระบวนการในการลงมือแก้ปัญหาเพื่อขจัดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด รวมถึงการลงมือแก้ปัญหาโดยตรง การใช้ความพยายามมากขึ้นในการแก้ปัญหา การดำเนินการแก้ปัญหามาตามขั้นตอน

2. การวางแผน (Planning, P) เป็นการคิดหาวิธีการในการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด คิดหาทริคที่จะนำมาใช้ รวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินการ วางแผนสู่การปฏิบัติ
3. การทำงานหนักและความสำเร็จในงาน (Work Hard and Achieve, W&A) เป็นการกระทำที่แสดงถึงความมุ่งมั่นสู่เป้าหมาย ความขยันหมั่นเพียร การทำงานหนัก และทำให้สำเร็จ
4. การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง (Suppression of Competing Activities, SCA) เป็นการระงับสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความใส่ใจในการเผชิญปัญหาอย่างเต็มที่
5. การชะลอการเผชิญปัญหา (Restraint Coping, RC) เป็นการรอโอกาสที่เหมาะสมจึงจะลงมือทำ ต้องทำให้แน่ใจว่าจะไม่ทำให้เหตุการณ์เลวร้ายยิ่งขึ้นถ้าด่วนลงมือทำเสียก่อน
6. การตีความหมายใหม่ในทางบวกและการเติบโต (Positive Reinterpretation and Growth, PR) เป็นการจัดการกับความกดดันทางอารมณ์มากกว่าจัดการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ โดยมองสถานการณ์นั้นในแง่มุมมองใหม่ในแง่บวก มองหาส่วนดีของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
7. การยอมรับ (Acceptance, A) เป็นการยอมรับความเป็นจริงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการมองโลกในแง่บวก
8. การหาทางผ่อนคลาย (Relaxation, R) เป็นการทำกิจกรรมที่ชอบ ทำงานอดิเรก การดูแลสุขภาพร่างกาย หาความเพลิดเพลิน เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ
9. การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Seeking to Belong, B) เป็นการปฏิบัติตนที่แสดงถึงความใส่ใจและเห็นความสำคัญในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
10. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหา (Seeking Instrumental Social Support, SISS) เป็นการขอคำปรึกษา ขอทราบแนวทางการเผชิญปัญหาจากผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์เช่นเดียวกัน หรือการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ
11. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อกำลังใจ (Seeking Emotional Social Support, SESS) เป็นการพูดระบายความทุกข์เพื่อขอความเห็นใจ คำปลอบโยน รวมทั้งการหาที่พึ่งทางใจจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ศาสนา
12. การปฏิเสธ (Denial, D) เป็นการปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น และไม่สนใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
13. การไม่แสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral Disengagement หรือ Not Coping, BD) เป็นการลดความพยายามในการแก้ไขปัญหา เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการช่วยเหลือตนเองไม่ได้

14. การไม่เกี่ยวข้องทางความคิด (Mental Disengagement, MD) เป็นการลดความกดดันทางอารมณ์โดยการไม่คิดถึงปัญหา หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยหันไปทำกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่นำไปสู่การแก้ปัญหา

15. การเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว (Keep to Self, KS) เป็นการไม่เปิดเผยความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ ของตนให้บุคคลอื่นรู้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการพบปะบุคคลอื่น

16. การตำหนิตนเอง (Self Blame, SB) เป็นการกระทำที่แสดงถึงการโทษตนเอง การตำหนิตนเอง

17. การเป็นกังวล (Worry, W) เป็นการแสดงถึงความกังวลในเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ

18. การระบายออกทางอารมณ์ (Focus on Venting of Emotion, FVE) เป็นการใส่ใจต่ออารมณ์ความรู้สึกที่มี และระบายความรู้สึกนั้นต่อสิ่งต่าง ๆ อาจทำให้หมกมุ่นกับอารมณ์นั้นมากขึ้น หรือไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ และอาจก่อให้เกิดอุปสรรคและปัญหามากขึ้น เช่น การใช้สุราหรือยาเสพติด

วิธีการเผชิญปัญหา 18 ด้านดังกล่าว สามารถจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 9 กลวิธี ได้แก่ การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา การวางแผน การทำงานหนักและความสำเร็จในงาน การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง การชะลอการเผชิญปัญหา การตีความหมายใหม่ในทางบวกและการเติบโต การยอมรับ การหาทางผ่อนคลาย และการแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

2. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support Coping) เป็นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยอาศัยแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ประกอบด้วย วิธีการเผชิญปัญหา 2 กลวิธี ได้แก่ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหา และการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อกำลังใจ

3. การหลีกเลี่ยง (Avoidance Coping) เป็นการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 7 กลวิธี ได้แก่ การปฏิเสธ การไม่แสดงออกทางพฤติกรรม การไม่เกี่ยวข้องทางความคิด การเก็บความรู้สึกไว้คนเดียว การตำหนิตนเอง การเป็นกังวล และการระบายออกทางอารมณ์

สำหรับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสนใจแนวคิดและโครงสร้างแบบวัดการเผชิญปัญหา Coping Orientations to Problems Experienced Scale (COPE) ของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989) เนื่องจากเป็นแบบวัดการเผชิญปัญหาแบบหลายมิติที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย มี

ความชัดเจน และครอบคลุมถึงการเผชิญกับปัญหาทุกประเภทโดยอิงกับหลักทางทฤษฎี อีกทั้งยังสามารถวัดได้กับบุคคลทุกประเภท และได้รับการยอมรับว่าเป็นแบบวัดที่มีทั้งความตรงทางโครงสร้างและเนื้อหา ผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนา “แบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดา” ขึ้น เพื่อให้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้

3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

เมื่อพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูลูก พวกเขาจะมีวิธีการเผชิญปัญหาที่หลากหลาย (Barbarin & Chester, 1986; Kupst & Schulman, 1988 อ้างถึงใน Noojin & Wallander, 1997) อย่างไรก็ตาม การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ และ/หรือ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ครอบครัวเกิดการจัดการที่มีประสิทธิภาพ (Behr & Murphy, 1993) และทำให้สุขภาพจิตใจของพ่อแม่และเด็กดีขึ้น (Frey et al., 1989; Judge, 1998 อ้างถึงใน Guralnick et al., 2008) ในทางตรงกันข้าม การใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงจะทำให้พ่อแม่มีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่พ่อแม่ จากงานวิจัยของ Noojin & Wallander (1997) พบว่าแม่ที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาจะมีการปรับตัวที่ดีกว่าและมีความเครียดต่ำกว่าแม่ที่ใช้การจัดการปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dunn และคณะ (2001) ที่ศึกษาพ่อแม่ของเด็กออทิสติกจำนวน 58 คนพบว่า การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง เช่น การหวังพึ่งปาฏิหาริย์ การใช้ยาหรือสารเสพติด การหลีกเลี่ยงจากบุคคลอื่น จะเพิ่มความซึมเศร้า ความอ้างว้างเดียวดาย และปัญหาคู่สมรส ในทางตรงกันข้าม การเผชิญปัญหาแบบเผชิญหน้า เช่น การต่อสู้เพื่อได้มาสิ่งที่ต้องการ การแสดงอารมณ์โกรธต่อปัญหา การปลดปล่อยอารมณ์ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง จะช่วยทำให้ความเครียดและความซึมเศร้าลดต่ำลง นอกจากนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด ความอ้างว้างเดียวดาย และผลลัพธ์ในทางลบของพ่อแม่ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Taanila และคณะ (2002) ที่พบว่าครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมมากทั้งจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการใช้วิธีการเผชิญปัญหาในทางบวก โดยพ่อแม่มีทัศนคติเกี่ยวกับชีวิตและอนาคตของลูกและครอบครัวในทางบวก พวกเขาสามารถยอมรับความบกพร่องของลูกได้อย่างรวดเร็ว และเชื่อว่าตนสามารถทำหน้าที่พ่อแม่ได้ดี และเชื่อว่าลูกของตนสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ในอนาคต ในขณะที่ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างจำกัด จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาในทางลบ พวกเขามักกล่าวว่าเด็กเป็นตัว

ปัญหา และไม่พยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังเกิดความขัดแย้งระหว่างคู่สมรสในเรื่องการยอมรับเด็ก รวมทั้งเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับชีวิตในอนาคตของทั้งตนเองและเด็ก

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอื่น ๆ ที่ให้ผลคล้ายคลึงกัน คือ การศึกษาของ Hastings และคณะ (2005) ที่ศึกษาพ่อแม่ของเด็กออทิสติก 89 คนพบว่า พ่อและแม่มีการเผชิญปัญหาที่หลากหลายวิธีเมื่อเผชิญกับความเครียดในการเลี้ยงดูลูกออทิสติก โดยทั้งพ่อและแม่ที่รายงานว่าตนใช้การเผชิญปัญหาแบบการหลีกเลี่ยง เช่น การใช้สุราหรือยาเสพติด การตำหนิตนเอง การแสดงความรู้สึกด้านลบ จะทำให้พวกเขาเกิดความเครียด กังวล และซึมเศร้าสูงขึ้น ส่วนการรายงานว่าการเผชิญปัญหาแบบพึ่งพิงศาสนาและปฏิเสธ เช่น การสวดมนต์หรือทำสมาธิ การพูดกับตนเองว่า “มันไม่จริง” การปฏิเสธที่จะเชื่อในสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้แม่เกิดอารมณ์ซึมเศร้าสูงขึ้น และทำให้พ่อเกิดทั้งอารมณ์ซึมเศร้าและความวิตกกังวล ส่วนวิธีการเผชิญปัญหาในทางบวก เช่น การเรียนรู้ที่จะอยู่กับสถานการณ์ การแสวงหาคำปลอบโยนและความเข้าใจจากเพื่อน การล้อเลียนสถานการณ์ให้กลายเป็นเรื่องตลก ทำให้พ่อและแม่มีสุขภาพจิตใจที่ดีขึ้น และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา เช่น การคิดที่จะแก้ปัญหาในแต่ละชั้น การลงมือแก้ปัญหาเพื่อทำให้สถานการณ์ดีขึ้น การขอคำแนะนำและการช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่เกี่ยวข้องกับความเครียดหรือสุขภาพจิตใจของพ่อแม่ และในงานวิจัยนี้พ่อและแม่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันในการเลี้ยงดูลูกออทิสติก โดยแม่มักจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบการหลีกเลี่ยง ในขณะที่งานวิจัยของ Lee (2009) พบว่าพ่อแม่ของเด็กออทิสติกมีความเครียด อารมณ์ซึมเศร้า และความวิตกกังวลสูงกว่า และใช้วิธีการเผชิญปัญหาในทางลบมากกว่าพ่อแม่เด็กปกติ โดยแม่จะมองหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าพ่อ และใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา แต่ไม่ใช้การเผชิญปัญหาแบบการหลีกเลี่ยง

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยมีดังนี้ การศึกษาของศิริณี มหามาตย์ (2546) ที่ศึกษาพฤติกรรมความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติกจำนวน 200 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ไม่ใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ซึ่งทำให้แม่ของเด็กออทิสติกมีความเครียดและอาการซึมเศร้าลดต่ำลง ในขณะที่ผลการศึกษาของสุปรมา ลีลามณี (2543) ที่สัมภาษณ์พ่อแม่ที่มีลูกออทิสติกพบว่า พ่อแม่เผชิญปัญหา 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนและหลังการได้รับคำวินิจฉัยว่าลูกเป็นออทิสติก ซึ่งการเผชิญปัญหาทั้ง 2 ระยะมีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในขณะนั้น แต่ในที่สุดแล้ว พ่อแม่เผชิญปัญหาด้วยการปรับตัว ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความตึงเครียด และส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาอื่น ๆ ที่น่าสนใจ ได้แก่ การศึกษาของ เจียงคำ อินทวิชัย (2533, อ้างถึงใน ศิราณี มหามาตย์, 2546) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของแม่เด็กที่ป่วยเรื้อรัง โดยแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ไขที่อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกียรติกำจร กุศล และ เกษรา วนโชติตระกูล (2541, อ้างถึงใน สุขศรี เลิศอารมย์, 2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลจากพยาบาลกับการเผชิญปัญหาของมารดาที่บุตรป่วยด้วยโรคปอดบวมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า แม่ที่รับรู้การดูแลจากพยาบาลอยู่ในระดับสูงจะให้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและแก้ไขอารมณ์ดีถึงเครียดในระดับสูง โดยแม่จะใช้วิธีการมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าแก้ไขอารมณ์ดีถึงเครียด ส่วนงานวิจัยของภัทรพงศ์ ประกอบผล (2534, อ้างถึงในศิราณี มหามาตย์, 2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเผชิญปัญหาเป็นตัวทำนายที่สำคัญตัวหนึ่งของการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยผู้วิจัยทำนายว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเครียด ในขณะเดียวกัน ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรม ในทางตรงกันข้าม ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาทั้ง 2 รูปแบบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมระยะแรกเริ่มของลูก

4. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่สามารถกำหนดความอยู่ดีมีสุขของบุคคลและครอบครัว (Dunst, Jenkins, & Trivette, 1988; Koeske & Koeske, 1990 อ้างถึงใน Olsen et al., 1999) การดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ พ่อแม่ต้องเผชิญกับภาระ ความเครียด และความกดดันมากมาย ดังนั้นการสนับสนุนจากผู้อื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพ่อแม่ เพราะสามารถช่วยบรรเทาความเครียด สนับสนุนทางจิตใจ ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือต่าง ๆ ซึ่งทำให้พ่อแม่เกิดการปรับตัวอย่างถูกต้องและเหมาะสม เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความ

พยายามในการเลี้ยงดูเด็ก เมื่อพ่อแม่มีความพยายามแล้ว ก็จะสามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างดี อีกทั้งยังทำให้เกิดความสนิทสนมระหว่างพ่อแม่และเด็กด้วย (Orem, 2001 อ้างถึงใน กนิษฐา ถนัดกิจ, 2545) ซึ่งความสนิทสนมผูกพันจะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจให้กับพ่อแม่ในการเลี้ยงดูเด็ก และส่งผลทางบวกกับครอบครัวและเด็ก ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวที่มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษบางครอบครัวอาจต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวในสังคม เนื่องจากความต้องการของเด็กมีมากจนกระทั่งพ่อแม่ไม่มีเวลาและพลังงานที่จะออกจากบ้านเพื่อทำการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (Britner et al., 2003) ทำให้พ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวเกิดสภาวะทางใจที่ไม่ดี มีอารมณ์ซึมเศร้า และส่งผลต่อการทำหน้าที่พ่อแม่ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับลูก ดังผลจากงานวิจัยที่พบว่า แม่ที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมอย่างดีจะตอบสนองและให้ความรักความเอาใจใส่ต่อลูกอย่างมาก ในขณะที่แม่ที่ได้รับการสนับสนุนน้อยหรือแทบจะไม่ได้เลยมีแนวโน้มว่าจะยึดติดกับกฎระเบียบ และใช้วิธีการทำโทษแบบไม่มีเหตุผลกับลูก (Belsky, 1984)

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้ Brandt และ Weinert (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลในด้านต่าง ๆ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นมั่นคง มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารและความคิดเห็น มีส่วนร่วมในสังคม ได้ช่วยเหลือ หรือเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นได้ บุคคลสามารถแสดงบทบาทของตนได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม รวมทั้งได้รับคำแนะนำชี้แนะให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ซึ่งคล้ายคลึงกับแนวคิดของ Cobb (1976) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณยังเป็นที่ยรัก ได้รับการเอาใจใส่ ยกย่อง มองเห็นคุณค่า และรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ในขณะที่ Kaplan, Cassel และ Gore (1977) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนว แนวแรก หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่อง การนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจ และความช่วยเหลือ ซึ่งได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม ส่วนแนวคิดที่สอง หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุน ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีความสำคัญกับบุคคลนั้น

ส่วนความหมายการสนับสนุนทางสังคมของ Thoits (1982) ได้แก่ การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วย

ให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น ในขณะที่ Schaefer, Coyne, และ Lazarus (1981) ได้สรุปการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

โดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือของบุคคลที่เกิดขึ้น เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม ทั้งในด้านวัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ อารมณ์ และการยอมรับนับถือ รวมถึงได้รับความรัก การเอาใจใส่ การมองเห็นคุณค่าจากบุคคลในสังคม ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญและตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มาคุกคามต่อร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการสนับสนุนจากสังคมเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อบุคคล เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบตัวอยู่ตลอดเวลา หากบุคคลใดขาดการติดต่อกับผู้อื่นในสังคม บุคคลนั้นจะมีความวิตกกังวล ไม่เป็นตัวของตนเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือที่ Kaplan และคณะ (1977) เรียกว่า โรคสังคมแตกแยก (Social Breakdown Syndrome) ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างยามประสบกับปัญหา บุคคลนั้นก็จะรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความรู้สึกมั่นใจในความคิด อารมณ์ และการกระทำของตนเอง และรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่อ้างว้างโดดเดี่ยวเดียวดาย บุคคลสามารถหาการสนับสนุนในเครือข่ายทางสังคมได้จาก 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal Support) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ บุคคลกลุ่มนี้มักจะทำให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความเป็นมิตร และการช่วยเหลือดูแลด้านต่าง ๆ บุคคลกลุ่มนี้ประกอบไปด้วย พ่อแม่ คู่สมรส เครือญาติ เพื่อนฝูง พระหรือนักบวช เป็นต้น

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Formal Support) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา บุคลากรด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน เป็นต้น

Pender (1996, อ้างถึงใน นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล, 2546) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มการสนับสนุนที่สำคัญมากที่สุดสำหรับบุคคล เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ
2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มจากกลุ่มเพื่อน (Peer Support Systems) บุคคลกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น ทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างลึกซึ้ง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่ตนได้เคยประสบมา
3. ระบบสนับสนุนทางด้านศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้น ๆ เพราะการประชุมเป็นการแบ่งปันความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายในชีวิตธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนา และแนวทางการดำเนินชีวิต ซึ่งนำไปสู่ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือของกลุ่มผู้ให้การดูแล หรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized Support Systems of Care Giving or Helping Professional) เป็นแหล่งสนับสนุนแรกที่ทำให้การสนับสนุนด้านบริการการรักษาคือช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอ หรือการสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล หรืออาจถูกใช้หมดไปแล้ว ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ
5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Groups not Directed by Health Professional) ประกอบไปด้วยกลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการหรือมีเหตุผลบางประการที่บุคคลไม่สามารถจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวพิการ

4.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลายประเภทขึ้นอยู่กับแนวคิดของนักทฤษฎีแต่ละคน ซึ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกได้เป็นดังนี้

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ และมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีความผูกพันซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับนับถือของบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นการปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer และคณะ (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้ความผูกพันใกล้ชิด ความมั่นใจอบอุ่น ความรู้สึกเชื่อถือและไว้วางใจในตัวเอง การสนับสนุนประเภทนี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเป็นที่รักและห่วงใย และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สามารถช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหา หรือเป็นข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ตนกำลังกระทำอยู่ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งช่วยทำให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ทางสังคม และมีความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้านวัตถุสิ่งของ และการให้บริการรูปแบบต่าง ๆ เช่น การดูแลยามเจ็บป่วย การช่วยทำงานแบ่งเบาภาระหน้าที่ เป็นต้น

Thoits (1982) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรักความเอาใจใส่ ความเข้าใจ การยอมรับ เห็นถึงคุณค่า และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Aid) หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งได้รับคำแนะนำและข้อมูลป้อนกลับ
3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ทำให้บุคคลสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

Brandt และ Weinert (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด ดังนี้

1. การได้รับความรักใคร่ ผูกพัน และใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment/Intimacy) หมายถึง สัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่ เกิดความรู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย

2. การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนในด้านความคิด กำลังใจ และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร เกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน ถ้าขาดความสัมพันธ์นี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อนขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษา และเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ เนื่องจากขาดกำลังใจและสิ้นหวัง

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurture) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า ซึ่งบุคคลมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโต หรือความสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าคุณเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้

4. การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) หมายถึง การได้รับการยอมรับเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าคุณมีความสามารถ และเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าตนมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ

5. การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (Availability of Assistance) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญความเครียด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจแนวคิดและโครงสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม Family Support Scale (FSS) ของ Dunst, Jenkins, และ Trivette (1988) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนา “แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม” ขึ้น โดยแบบวัดดังกล่าวเป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ใช้วัดระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวของเด็กที่มีความต้องการพิเศษอยู่บ่อยครั้ง และใช้กันอย่างแพร่หลายในหลาย ๆ ประเทศ ซึ่งแบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal Support) และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Formal Support) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คู่สมรส ซึ่งในที่นี้หมายถึงสามีมีบทบาทอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ กับภรรยา ซึ่งเป็นบุคคลหลักในการเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ดังนั้นผู้วิจัยจึงแยกสามีออกมาเป็นตัวแปรสังเกตได้อีกตัวแปรหนึ่งในโมเดลการสนับสนุนทางสังคม

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของพ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ

การรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินและการสนับสนุนทางสังคมของ Glidden และ Schoolcraft (2007) พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการเป็นพิเศษที่น่าสนใจ ได้แก่ งานวิจัยของ Stoneman (1997 อ้างถึงใน Schoolcraft, 2007) ที่ศึกษาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเกี่ยวกับการปรับตัวในครอบครัวพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาความเครียด ภาวะซึมเศร้าของสมาชิกในครอบครัว ลดภาระในการเลี้ยงดู ปรับตัวกับบทบาทหน้าที่ในการเป็นพ่อแม่ได้ดีขึ้น มีความพอใจกับชีวิต และมีปัญหาในความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูกน้อยลง ถึงแม้ว่าครอบครัวส่วนใหญ่จะรายงานว่าตนมีเครือข่ายทางสังคมเพียงเล็กน้อยหากเทียบกับพ่อแม่ในกลุ่มควบคุม แต่พวกเขาก็พอใจกับการช่วยเหลือของบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของตน ส่วนงานวิจัยของ Boyd (2002 อ้างถึงใน Kotchick และ Forehand, 2002) ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการขาดการสนับสนุนทางสังคมพบว่า ตัวทำนายอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลของแม่เด็กออทิสติกได้ดีที่สุด คือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลที่ได้คล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Manuel และคณะ (2003 อ้างถึงใน Kotchick และ Forehand, 2002) ที่พบว่า แม่ของเด็ก CP ที่รายงานว่ามีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยกว่ามีอาการซึมเศร้าสูงกว่าแม่ที่รายงานว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า นอกจากนี้ในบทความนี้ ยังได้กล่าวถึงความแตกต่างของพ่อและแม่เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น โดยงานวิจัยของ Crowley และ Taylor (1994 อ้างถึงใน Kotchick และ Forehand, 2002) พบว่าแม่ได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ ญาติ เพื่อน พ่อแม่คนอื่น ๆ แพทย์ นักวิชาชีพ และการบริการในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มมากกว่าการได้รับการสนับสนุนที่ได้รับจากพ่อ ในขณะที่พ่อรายงานว่าได้รับการสนับสนุนจากคูชีวิตมากกว่าแม่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schoolcraft และ Glidden (2002 อ้างถึงใน Kotchick และ Forehand, 2002) ที่ศึกษาพ่อแม่ 29 คู่ พบว่า แม่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและกลุ่มทางสังคมอื่น ๆ มากกว่าการสนับสนุนที่ได้รับจากพ่อ แต่งานวิจัยของ Dyson (1997 อ้างถึงใน Kotchick และ Forehand, 2002) ให้ผลการวิจัยที่ตรงกันข้าม โดยพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษไม่แตกต่างจากการสนับสนุนทางสังคมของพ่อของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

Shapiro (1989) ศึกษาแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษจำนวน 56 คน โดยให้แม่พูดคุยและแบ่งปันซึ่งกันและกันเกี่ยวกับปัญหาและภาระที่ต้องแบกรับจากการเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษ หลังจากทำกลุ่มพบว่า แม่ส่วนใหญ่รายงานว่าความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้ามลดลง

ต่ำลง และใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และกล้าที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นและพูดคุยเกี่ยวกับสถานการณ์ของลูกมากยิ่งขึ้น ส่วนงานวิจัยของ Guralnick และคณะ (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งและประเภทของการสนับสนุนทางสังคมทางสังคมกับความเครียดของพ่อแม่พบว่า แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม (กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อน สมาชิกในครอบครัว และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ เช่น นักวิชาชีพ แพทย์) และประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ คำแนะนำเกี่ยวกับเด็ก) สามารถลดความเครียดของพ่อแม่ได้

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในพ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษในประเทศไทย ได้ผลการศึกษาสอดคล้องกับต่างประเทศ โดยงานวิจัยทุกงานพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้เกิดผลดีต่อพ่อแม่ รวมทั้งช่วยบรรเทาความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าของพ่อแม่ได้ เช่น การศึกษาของปริศนา ยิ่งราชฎ์สุข (2550) พบว่าแม่ของเด็กสมองพิการได้รับการสนับสนุนในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากสามีและสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้แม่มีพลังความสามารถในการดูแลลูกสมองพิการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี พุ่มมีผล (2548) ที่พบว่าความเครียดของแม่เด็กออทิสติกมีแนวโน้มลดลงเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากสามีและสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของวนาลักษณ์ เมืองมลณีรัตน์ (2547) ที่พบว่าแม่เด็กออทิสติกส่วนใหญ่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน และการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของแม่ออทิสติก และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด รองลงไปคือพ่อแม่และญาติเช่นกัน ส่วนผลการศึกษาของศศิธร แก้วนพรัตน์ (2541) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขวิทยาจิตพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านบริการจากเครือข่ายทางสังคมที่พ่อแม่ได้รับมีผลเชิงบวกต่อความเครียด โดยทำให้ความเครียดลดลง เกิดความเข้มแข็ง และปรับตัวต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ จึงทำให้พ่อแม่มีความเครียดในระดับต่ำ ในขณะที่การศึกษาของจิรัชยา จิรธรรมกุล (2544) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการนำเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการของผู้เลี้ยงดูพบว่า ปัจจัยที่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้เลี้ยงดูที่นำเด็กเข้ารับบริการและกลุ่มผู้เลี้ยงดูที่เลิกนำเด็กเข้ารับบริการมี 4 ปัจจัย ได้แก่ บริการด้านการเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดู บริการด้านการกระตุ้นพัฒนาการ บริการด้านการจัดการ และบริการด้านการให้ความรู้ คำปรึกษา และข้อมูล และเมื่อศึกษารายละเอียดจะพบว่า ปัจจัยทุกปัจจัยที่มีอำนาจจำแนกนี้มีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มที่มี

ความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ซึ่งในที่นี้ได้แก่ เจ้าหน้าที่และทีมงานของหน่วยกระตุ้นพัฒนาการ กล่าวคือ หากเจ้าหน้าที่และทีมงานไม่ให้กำลังใจ ข้อมูล หรืออำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ ให้กับพ่อแม่แล้ว พ่อแม่ก็จะเกิดความเครียด และทำให้เกิดวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งต่อพ่อแม่ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุดสำหรับพ่อแม่ได้แก่การสนับสนุนทางสังคมที่ได้มาจากทุกแหล่งและทุกประเภทของการสนับสนุนทางสังคม เพื่อที่จะทำให้พ่อแม่เกิดกำลังใจที่จะช่วยพัฒนาลูกต่อไป

ดังจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อพ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษมาก ผู้วิจัยจึงนำตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาไว้ในโมเดล โดยทำนายว่า หากแม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้แม่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ และมีแนวโน้มว่าจะเข้าร่วมในโปรแกรมของลูก ในทางตรงกันข้าม หากแม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะทำให้แม่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และจะไม่เข้าร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการแรกเริ่มของลูก

ตัวแปรตาม

1. การมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของแม่ในด้านการศึกษาของลูก ซึ่งมีการวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

การศึกษาของ Lowitzer (1989) ได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล การทำหน้าที่ในครอบครัว และการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการศึกษาของเด็กที่มีความต้องการพิเศษพบว่า พ่อแม่ที่มีการศึกษาสูงกว่า มีรายได้ดีกว่า มีการสนับสนุนมากกว่า และครอบครัวมีการทำหน้าที่ดีกว่าเข้าร่วมในโปรแกรมการศึกษาของลูกมากกว่า และการเข้าไปมีส่วนร่วมของพ่อแม่ทำให้พ่อแม่ได้รับผลดีจากโปรแกรมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Benson และคณะ (2008) บางส่วน โดยงานวิจัยนี้ศึกษาการมีส่วนร่วมของแม่ทางด้านการศึกษาของเด็กออทิสติก และพบว่าระดับเศรษฐฐานะเป็นตัวทำนายการมีส่วนร่วมของแม่ในการศึกษาของลูกที่บ้าน ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของแม่ในการศึกษาของลูกที่โรงเรียน ส่วน Rogers และคณะ (2009) ศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของแม่ที่มีลูกเป็น ADHD และพ่อแม่ที่มีลูกเป็นเด็กปกติ ในด้านการศึกษาของลูกพบว่า พ่อแม่ที่มีลูกเป็น ADHD รับรู้ถึงความสามารถ

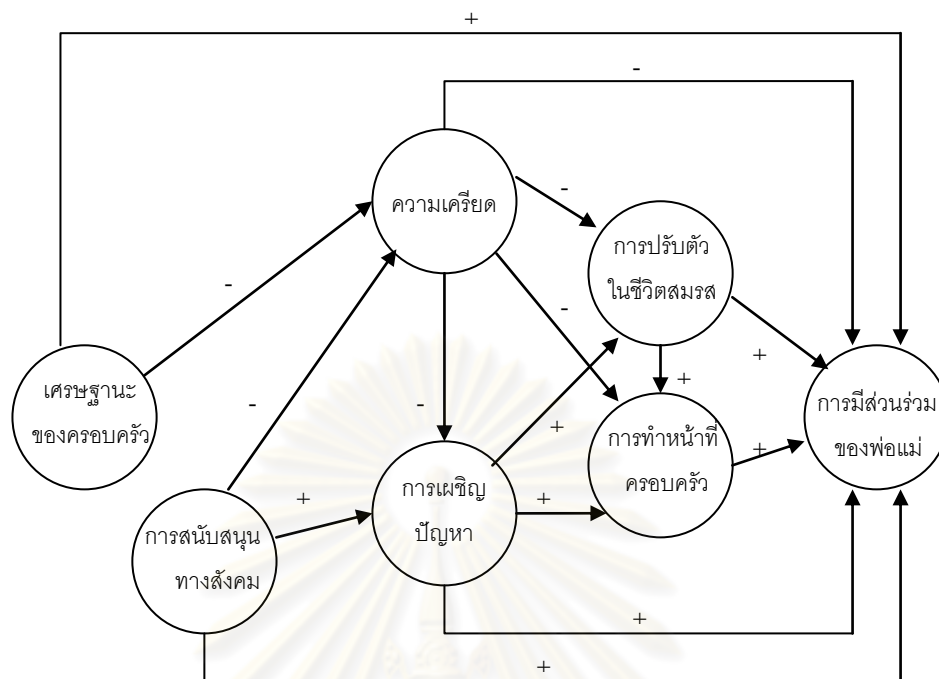
ของตนเองในการช่วยเหลือเด็กทางด้านการศึกษาต่ำกว่าพ่อแม่ที่มีลูกเป็นเด็กปกติ นอกจากนี้พ่อแม่ของเด็ก ADHD รับรู้ถึงการสนับสนุนจากคุณครูและโรงเรียนน้อยกว่า อีกทั้งยังมีเวลาและพลังงานในการมีส่วนร่วมในการศึกษาของลูกน้อยกว่าพ่อแม่เด็กปกติ ในขณะที่พ่อของเด็ก ADHD รายงานว่ามีส่วนร่วมในการศึกษาของลูกน้อยกว่าแม่

การมีส่วนร่วมของแม่ในเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก หากหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในเด็กที่มีความต้องการพิเศษก็จะทำให้เกิดการช่วยเหลือและพัฒนาครอบครัวและเด็กที่มีประสิทธิภาพต่อไปได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Solish และ Perry (2008) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มด้านพฤติกรรมของเด็กออทิสติกในมุมมองของพ่อแม่และนักบำบัด โดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานไว้ว่าตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ของพ่อแม่ ความเชื่อในประสิทธิภาพของโปรแกรม การรับรู้ความก้าวหน้าของลูก และความเครียด จะเกี่ยวข้องกับมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรม อย่างไรก็ตามมีเพียงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ของพ่อแม่ ความเชื่อในประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรม และมีเพียงการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มด้านพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

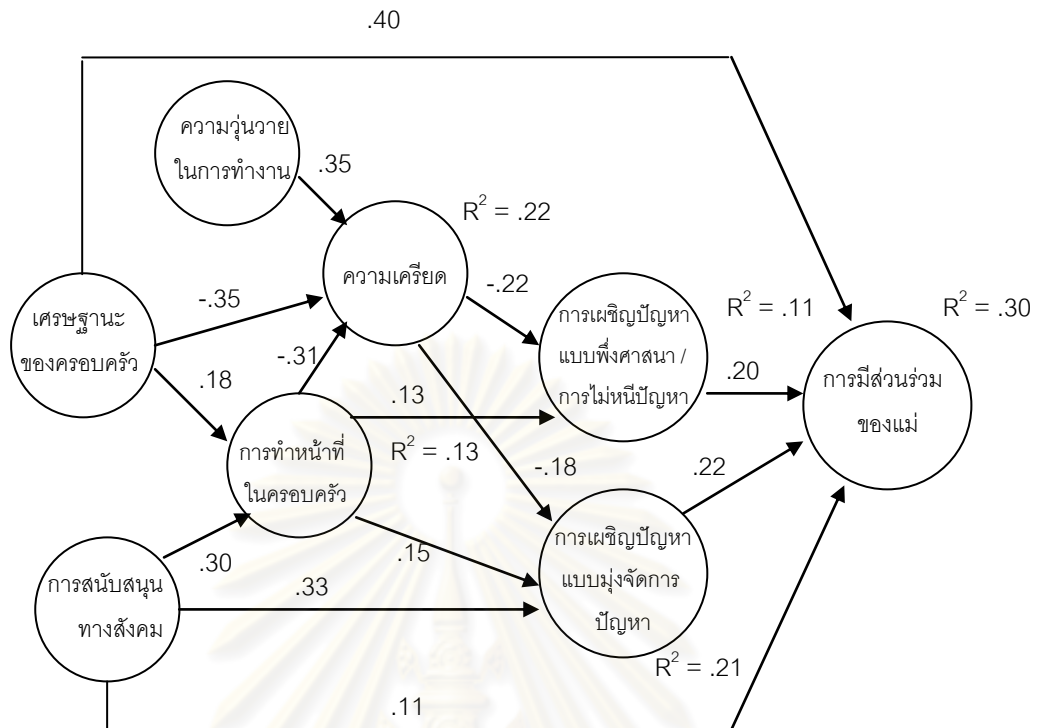
สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยของผู้วิจัยโดยตรง ได้แก่ งานวิจัยของ Gavidia-Payne และ Stoneman (1997) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยตรวจสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจฐานะของครอบครัว (รายได้และการศึกษา) การสนับสนุนทางสังคม สภาวะทางจิตใจ (ความเครียดและซึมเศร้า) การปรับตัวในชีวิตสมรส การทำหน้าที่ภายในครอบครัว และการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยมีดังนี้



ภาพที่ 1.3 โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของพ่อและแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย

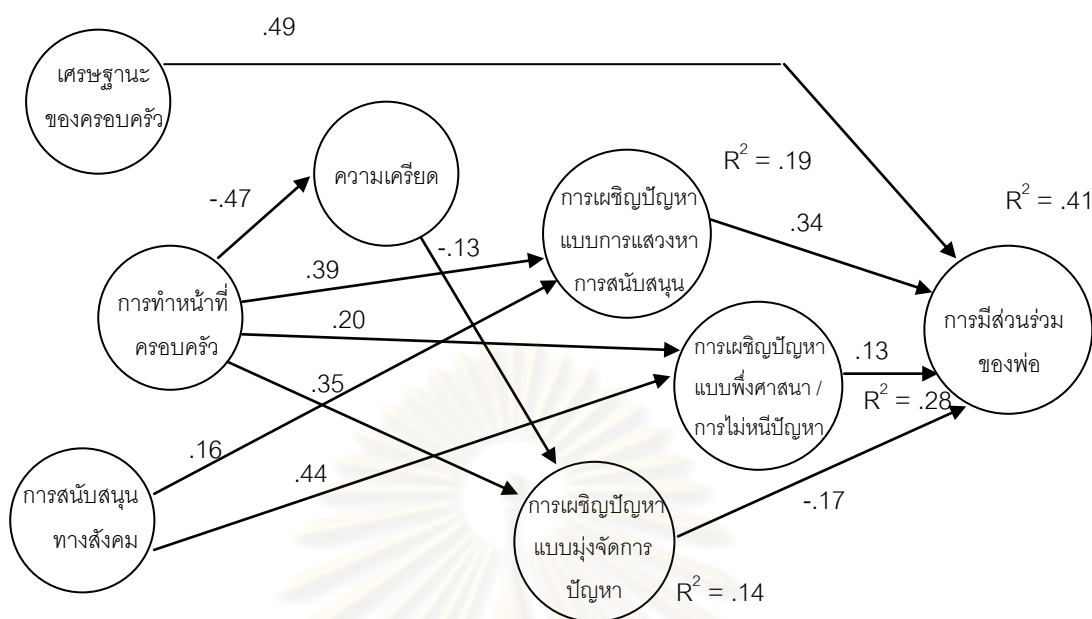
ที่มา : (Gavidia-Payne and Stoneman, 1997)

สำหรับผลการศึกษาระหว่างแม่กับพ่อพบความแตกต่างกัน ได้แก่ ผลการศึกษาที่เกี่ยวกับแม่พบว่า แม่ที่มีความมั่นคงทางการเงินและมีการศึกษาสูงมีแนวโน้มว่าจะเข้าร่วมโปรแกรมของลูกมากกว่าแม่ที่มีความมั่นคงทางการเงินและมีการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ แม่ที่มีความเครียดต่ำ มีแนวโน้มจะใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่หลากหลายมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาทำให้แม่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูกมากกว่าแม่ที่มีความเครียดสูง และใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่หลากหลายน้อยกว่า ในขณะที่แม่ที่การทำหน้าที่ในครอบครัวที่ดี จะใช้การเผชิญปัญหาที่ดี และทำให้เข้าร่วมในโปรแกรมของลูกมาก ส่วนแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะทำหน้าที่ภายในครอบครัวได้ดี ทำให้แม่เครียดต่ำและเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย นอกจากนี้ ความพึงพอใจในชีวิตสมรสยังสามารถทำนายได้ว่าแม่ที่มีเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษสามารถเผชิญปัญหาได้ดีมากน้อยเพียงไร



ภาพที่ 1.4 โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือ
ระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
ที่มา : (Gavidia-Payne and Stoneman, 1997)

สำหรับการมีส่วนร่วมของพ่อพบว่า ตัวแปรแต่ละตัวแปรสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน พ่อที่มีการศึกษาและความมั่นคงด้านการเงินจะเข้าร่วมโปรแกรมของลูกมากกว่าพ่อที่มีความมั่นคงทางการเงินและมีการศึกษาต่ำ และพ่อที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจะมีส่วนร่วมกับโปรแกรมของลูกมากกว่าพ่อที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว แต่วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาไม่เกี่ยวข้องกับพ่อในงานวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม พ่อที่ไม่ค่อยมีความสามารถในการเผชิญปัญหา แต่ร่ำรวยและมีการศึกษาจะเข้าร่วมกับโปรแกรมมากที่สุด ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการทำหน้าที่ภายในครอบครัวสำหรับพ่อไม่มีความชัดเจน และหากพ่อมีความเครียด พ่อก็จะยิ่งจัดการกับปัญหาได้ดี



ภาพที่ 1.5 โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของพ่อในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือ
ระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
ที่มา : (Gavidia-Payne and Stoneman, 1997)

จากแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจเข้าร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูก หากพ่อแม่พร้อมทั้งปัจจัยภายนอกและภายใน ก็จะทำให้พ่อแม่พร้อมที่จะช่วยเหลือลูกได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม หากตัวพ่อแม่เองไม่มีความพร้อม การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในการพัฒนาลูกก็คงเป็นไปได้ยากตามกัน และงานวิจัยของ Gavidia-Payne และ Stoneman (1997) ตรงกับความสนใจของผู้วิจัย และผู้วิจัยพิจารณาว่า โดยส่วนใหญ่แล้วแม่จะเป็นผู้รับผิดชอบในการเลี้ยงดูลูกในทุก ๆ ด้าน และเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มให้กับลูกที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำงานวิจัยดังกล่าวมาเป็นแม่แบบ โดยสกัดตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาและมีความเห็นว่าเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ซึ่งตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจมี 4 ตัวแปร ได้แก่ เศรษฐฐานะของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และการเผชิญปัญหา และสาเหตุที่ผู้วิจัยสนใจตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรนี้เป็นเพราะสาเหตุดัง 2 ประการ ดังนี้

1. ตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้มาก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบว่า มีผู้ศึกษาตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรนี้อย่างกว้างขวาง และสามารถทำนายการมี

ส่วนร่วมของแม่ได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยในเมืองไทยพบว่า ตัวแปรทั้งหมดนี้เป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยไทยมักจะศึกษาเกี่ยวกับพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และผลการศึกษาที่ได้มีความสอดคล้องกันสูง และผู้วิจัยพิจารณาว่าเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมได้สูงในบริบทของประเทศไทย

ตารางที่ 1.2 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายอิทธิพลโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
ที่มา : (Gavidia-Payne and Stoneman, 1997)

ตัวแปร	Beta
ความวุ่นวายในการทำงาน	
เศรษฐกิจฐานะ	-.10
การสนับสนุนทางสังคม	-.08
การทำหน้าที่ภายในครอบครัว	
เศรษฐกิจฐานะ	.18*
การสนับสนุนทางสังคม	.30*
ความวุ่นวายในการทำงาน	.05
ความเครียด	
เศรษฐกิจฐานะ	-.35*
การสนับสนุนทางสังคม	.06
ความวุ่นวายในการทำงาน	.35*
การทำหน้าที่ภายในครอบครัว	-.31*
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	
การสนับสนุนทางสังคม	.33*
ความวุ่นวายในการทำงาน	.06
การทำหน้าที่ภายในครอบครัว	.15*
ความเครียด	-.18*
การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา	
การสนับสนุนทางสังคม	.13
การทำหน้าที่ภายในครอบครัว	.13*

ตัวแปร	Beta
การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (ต่อ)	
ความเครียด	-.22*
การมีส่วนร่วมของแม่	
เศรษฐกิจฐานะ	.40*
การสนับสนุนทางสังคม	.11*
ความวุ่นวายในการทำงาน	.05
ความเครียด	-.07
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	.22*
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์	-
การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา	.20*
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์	
การสนับสนุนทางสังคม	-
การทำหน้าที่ภายในครอบครัว	-
ความเครียด	-

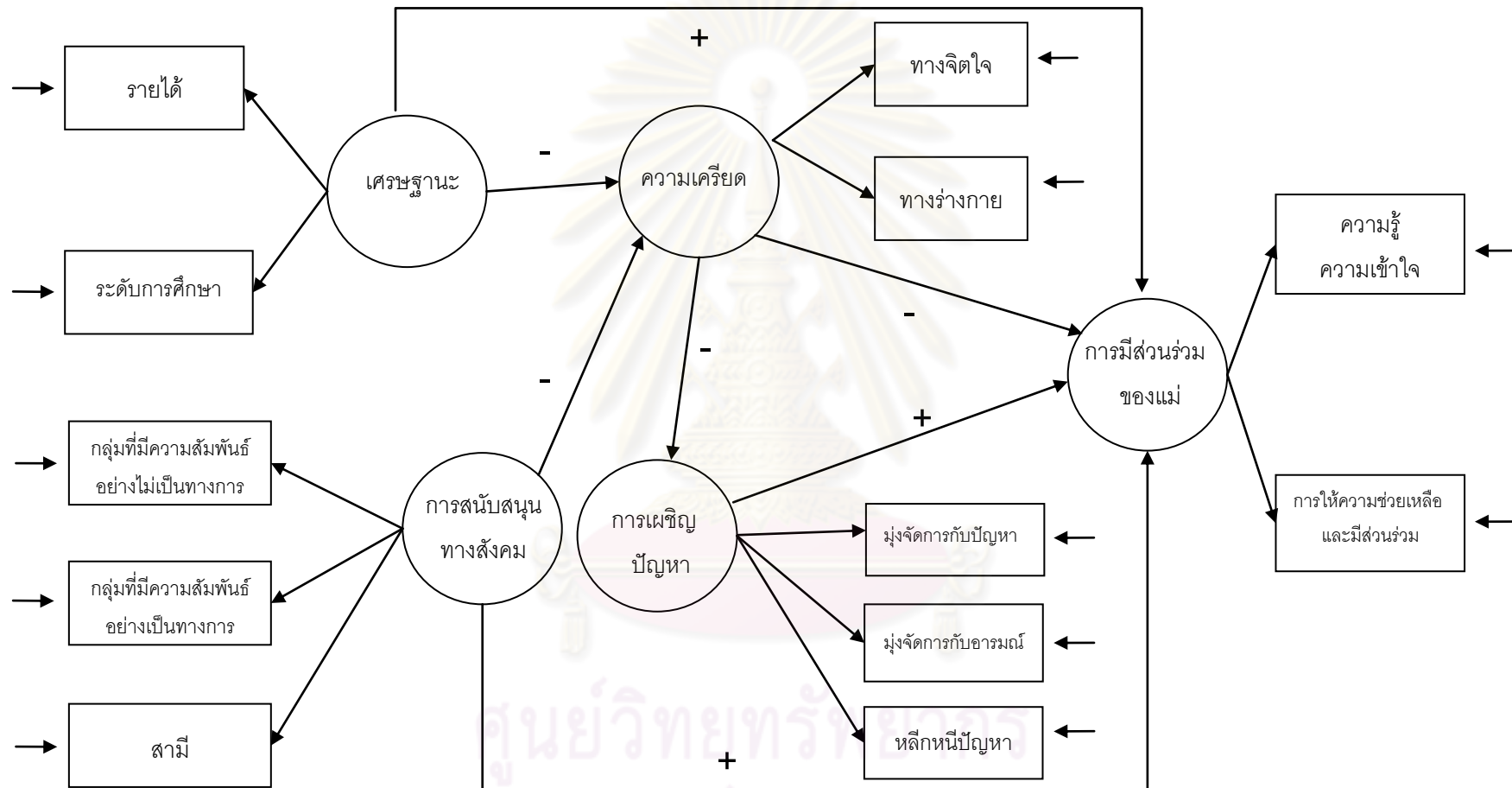
จากตาราง ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายอิทธิพลโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษพบว่า ค่า Beta ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์การทำนายอิทธิพลของตัวแปรตั้งแต่ละตัวพบว่า เศรษฐฐานะ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงกับการมีส่วนร่วมของแม่ ยกเว้นความเครียด อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยนำตัวแปรความเครียดรวมอยู่ในโมเดล เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ และเมื่อพิจารณาจากโมเดลพบว่า ความเครียดเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ระหว่างเศรษฐกิจฐานะ และการเผชิญปัญหาไปสู่การมีส่วนร่วมของแม่ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (Beta) ในเส้นทางดังกล่าวมีอิทธิพลที่สูงกล่าวคือเส้นทางจากเศรษฐกิจฐานะไปสู่ความเครียดมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ -.35 ในขณะที่ความเครียดไปสู่การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาเท่ากับ -.18 และความเครียดไปสู่การเผชิญปัญหาหลีกเลี่ยงปัญหาเท่ากับ -.22 เมื่อพิจารณาเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำความเครียดเข้ามาเป็นตัวแปร ๗ หนึ่งในโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

2. เมื่อคำนึงถึงการช่วยเหลือครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ผู้วิจัยพิจารณาว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรนี้เป็นตัวแปรที่หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าไปช่วยเหลือและจัดการได้ง่ายกว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ ความคิด หรือความรู้สึก และเมื่อตระหนักรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้ครอบครัวไม่เข้าร่วมในโปรแกรมแล้ว ผู้ที่เกี่ยวข้องก็จะสามารถเข้าไปช่วยเหลือครอบครัวของเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การจ้างงาน การให้การศึกษา การจัดหานักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรืออาสาสมัครเข้าไปดูแลและช่วยเหลือครอบครัว เป็นต้น

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเกิดขึ้น เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของตัวแปรสาเหตุต่าง ๆ 4 ตัวแปร ได้แก่ เศรษฐฐานะของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และการเผชิญปัญหา ว่า ส่งผลทางตรงหรือทางอ้อมกับการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยแสดงเป็นกรอบแนวคิดดังนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1.6 โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม
ในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อตรวจสอบความตรง (Validation) ของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

สมมติฐานของการวิจัย

1. โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยมีความตรงกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. แม่ที่มีรายได้และการศึกษาต่ำมีแนวโน้มจะเกิดความเครียดสูง และลดการมีส่วนร่วมของแม่ลงได้ แม่ที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความเครียดต่ำ และใช้วิธีการจัดการกับปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์ และทำให้เข้าไปมีส่วนร่วมมากกว่าแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ส่วนแม่ที่มีความเครียดสูงจะมีความกระตือรือร้นน้อยกว่า และไม่ค่อยใช้วิธีการจัดการกับปัญหา ทำให้แม่มีส่วนร่วมกับโปรแกรมของลูกน้อยลง

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบอิทธิพลของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แม่ที่มีลูก อายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดจำนวน 343 คน โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามแนวคิดของ Hair และคณะ (2010) โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ใช้ผู้ตอบ 10-20 คน ต่อพารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่า 1 ตัว ดังนั้น ในโมเดลการวิจัยนี้มีพารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่าทั้งสิ้น 34 ตัว โดยในที่นี้ผู้วิจัยใช้อัตราส่วน 1 ต่อ 10
3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. เศรษฐฐานะของครอบครัว ได้แก่
 - 1.1 รายได้
 - 1.2 ระดับการศึกษา
2. การสนับสนุนทางสังคม
 - 2.1 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ
 - 2.2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ
 - 2.3 สามี
3. ความเครียด
 - 3.1 ทางด้านร่างกาย
 - 3.2 ทางด้านจิตใจ
4. การเผชิญปัญหา
 - 4.1 การจัดการกับปัญหา
 - 4.2 การจัดการกับอารมณ์
 - 4.3 การหลีกเลี่ยงปัญหา

ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. รายได้ หมายถึง รายรับทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือนที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในงานวิจัยนี้วัดได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ ตั้งแต่ระดับประถมจนถึงขั้นสูงสุด โดยนับตามจำนวนปีของระดับการศึกษาที่แม่ได้รับสูงสุด ซึ่งในงานวิจัยนี้วัดได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
3. ความเครียด หมายถึง ภาวะการเปลี่ยนแปลงของแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษเมื่อตกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่รับรู้ว่าคุณคามต่อความผาสุก เป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจไม่สบายใจ และร่างกายมีการทำงานผิดปกติ ซึ่งในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น

ความเครียดทางด้านจิตใจ หมายถึง ระดับของความเครียดที่ได้มาจากคะแนนความเครียดจากแบบวัด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Lovibond และ Lovibond (1995)

ความเครียดทางด้านร่างกาย หมายถึง ระดับของความเครียดที่ได้มาจากคะแนนความเครียดจากแบบวัด Web. MD

4. การเผชิญปัญหา หมายถึง ความคิดและพฤติกรรมที่พ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษแสดงปฏิกิริยาตอบสนองกับปัญหาหรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้โครงสร้างองค์ประกอบตามแนวคิดแบบวัดการเผชิญปัญหา COPE ของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989) โดยจำแนกพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของมารดาเป็น 3 รูปแบบ คือ

การจัดการกับปัญหา ประกอบด้วย วิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการ การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา การวางแผน การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา การชะลอการแก้ปัญหา และการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ

การจัดการกับอารมณ์ ประกอบด้วย วิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อได้รับกำลังใจในการแก้ปัญหา การตีความหมายใหม่ในเชิงบวกและการเรียนรู้จากปัญหา การยอมรับปัญหา การพึ่งศาสนา และการระบายอารมณ์

การหลีกเลี่ยงปัญหา ประกอบด้วย วิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการ การปฏิเสธปัญหา การไม่ลงมือแก้ปัญหา และการไม่คิดที่จะแก้ปัญหา

5. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่แม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษรับรู้ ได้รับ ความช่วยเหลือ ประคับประคอง และสนับสนุนด้านต่าง ๆ โดยแบ่งการสนับสนุนในเครือข่ายทางสังคมได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal Support) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่แม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ บุคคลกลุ่มนี้มักจะให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความเป็นมิตร และการช่วยเหลือดูแลด้านต่าง ๆ ได้แก่ พ่อแม่ ลูก เครือญาติ เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน พ่อแม่ของเด็กอื่น บุคคลจากชมรม อาสาสมัคร

กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Formal Support) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่แม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา ทีมสหวิชาชีพ บุคลากรด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน

คู่สมรส หมายถึง สามี

ในงานวิจัยนี้ วัดจากแบบวัดที่พัฒนาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม Family

Support Scale (FSS) ของ Dunst, Jenkins, และ Trivette (1988)

6. เด็กที่มีความต้องการพิเศษ หมายถึง เด็กที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกายและสุขภาพ ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ และด้านสังคม โดยแพทย์ได้วินิจฉัยแล้ว ซึ่งในงานวิจัยนี้ หมายถึงเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีอายุ 0-6 ปี

7. การมีส่วนร่วมของแม่ หมายถึง การที่แม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีความรู้ความเข้าใจ เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ รวมไปถึงช่วยเหลือและสนับสนุนโปรแกรมการให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็ก ซึ่งในงานวิจัยนี้ วัดได้จากแบบวัดที่พัฒนาจากแนวคิดของ Lowitzer (1989) ซึ่งประกอบไปด้วย

การมีความรู้ความเข้าใจ หมายถึง การที่แม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของบุตรในแง่มุมต่าง ๆ เช่น ประโยชน์ วัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มที่มีต่อลูก นอกจากนี้ยังมีความรู้ความเข้าใจในเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการและความบกพร่องของลูก สิทธิในการตัดสินใจและการปกป้องลูก

การให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม หมายถึง การที่แม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษเข้าร่วมและให้ความร่วมมือกับกิจกรรมหรือการนัดหมายต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับลูกตามคำแนะนำของครู/นักจิตวิทยา รวมทั้งให้ความช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ให้เกิดผลสำเร็จทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

8. โปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม หมายถึง โปรแกรมความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ แก่เด็ก 0-6 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อทราบผลการวิเคราะห์หือทิพผลของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งทำให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม

2. เพื่อเป็นแนวทางให้กับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาและการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาอิทธิพลของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษในบริบทไทยให้กว้างขวางลึกซึ้งต่อไป
4. เพื่อเป็นแนวทางนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีประสิทธิภาพต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสำรวจความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Survey Research) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรง (Validation) ของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเพื่อศึกษารูปแบบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ แม่ที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดจำนวน 343 คน โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามแนวคิดของ Hair และคณะ (2010) โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา คือ ใช้ผู้ตอบ 10-20 คน ต่อพารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่า 1 ตัว ดังนั้น ในโมเดลการวิจัยนี้มีพารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่าทั้งสิ้น 34 ตัว โดยในที่นี้ผู้วิจัยใช้อัตราส่วน 1 ต่อ 10
2. แม่เป็นผู้นำลูกเข้ามาใช้บริการในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
3. แม่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
4. แม่สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้และเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 6 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดระดับความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) พัฒนาจากแนวคิดของ Lovibond และ Lovibond (1995) และนำมาแปลโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และคณะ (2544)
3. แบบวัดระดับความเครียด Web. MD พัฒนาจากแบบวัดของสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และคณะ (2544)
4. แบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดา พัฒนาจากแบบวัด Coping Orientations to Problems Experienced (COPE) ของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989)
5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากแบบวัด Family Support Scale (FSS) ของ Dunst, Jenkins, และ Trivette (1988)
6. แบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่เกี่ยวกับการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ พัฒนาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ของ Lowitzer (1989)

การพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นเครื่องมือที่ใช้รายงานข้อมูลทั่วไปที่ตรงกับความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นให้ครอบคลุมกับเนื้อหาและปัจจัยที่ต้องการศึกษา โดยสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครอง คือ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ จำนวนบุตร รายได้ และข้อมูลเกี่ยวกับบุตร คือ เพศ อายุ สาเหตุของการเข้ารับการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม สถานที่ที่เข้ารับการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม และระยะเวลาการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม (ดูภาคผนวก ข)

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบและพิจารณาว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีความเหมาะสมในการนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และใช้ในการคัดกรองคุณสมบัติของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นหรือไม่ ซึ่งมีรายละเอียดในการแก้ไขดังนี้

อาจารย์ที่ปรึกษาได้พิจารณาแก้ไขเรื่องภาษาและเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนบุตรในข้อ 7 และข้อคำถามเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในข้อ

12 และ 13 จากนั้นจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 2 ท่านพิจารณา ซึ่งก็เห็นสมควรให้แก้ไขตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาแนะนำ ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

เป็นแบบประเมินตนเองเพื่อวัดระดับความเครียดทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดระดับความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) มีทั้งหมด 1 ด้าน ประกอบไปด้วย 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .851 (ดูภาคผนวก ข)

แบบวัดระดับความเครียดนี้ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดระดับความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) ของ Lovibond และ Lovibond (1995) และนำมาแปลโดย สมโภชน์ เขียมสุภาษิต และคณะ (2544) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินอารมณ์ด้านลบของตน 3 ด้าน ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด แต่ละด้านประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ รวมทั้งหมด 21 ข้อ แบบวัดระดับความเครียดนี้มีมาตรฐานค่าแบบ 4 ช่วงคะแนน โดยวัดจาก 0 (ไม่ตรงเลย) ถึง 3 (ตรงมากที่สุด) ที่บอกถึงระดับความตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบวัด คือ

- | | | |
|---|---------|--------------|
| 0 | หมายถึง | ไม่ตรงเลย |
| 1 | หมายถึง | ไม่ค่อยตรง |
| 2 | หมายถึง | ตรงมาก |
| 3 | หมายถึง | ตรงมากที่สุด |

2.1 ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัด

2.1.1 ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดความเครียดที่แปลโดย สมโภชน์ เขียมสุภาษิต และคณะ (2544) โดยในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำเฉพาะข้อคำถามด้านวัดระดับความเครียดมาใช้ โดยดัดแปลงข้อคำถามบางข้อ เพื่อให้มีการใช้คำที่กะทัดรัดและเข้าใจมากยิ่งขึ้น

2.1.2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเสนอแบบวัดความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) แก่ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาจำนวน 3 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบและพิจารณาดูความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสมของปริมาณข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษา และรูปแบบของแบบสอบถาม จากนั้นจึงปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

อาจารย์ที่ปรึกษาได้พิจารณาแก้ไขเรื่องภาษาให้กระชับและอ่านเข้าใจมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงปรับปรุง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านพิจารณาอีกครั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเห็นชอบตรงกันให้สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

2.1.3 นำแบบวัดความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) ที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบขั้นต้น (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 48 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และตรวจความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) มาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Coefficient) แบบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

2.1.3.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด 7 ข้อ โดยเทียบกับค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(45) = .288$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่มีคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 7 ข้อ และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .851

ส่วนที่ 3 แบบวัดระดับความเครียด Web. MD

เป็นแบบประเมินตนเองเพื่อวัดระดับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดระดับความเครียด Web. MD มีทั้งหมด 1 ด้าน ประกอบไปด้วย 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .862 (ดูภาคผนวก ข)

แบบวัดระดับความเครียดนี้ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดระดับความเครียด Web. MD ที่แปลโดยสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิตและคณะ (2544) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ แบบวัดระดับความเครียด Web. MD มีมาตราประมาณค่าแบบ 5 ช่วงคะแนน โดยวัดจาก 1 (แทบจะไม่เกิดขึ้นเลย) ถึง 5 (บ่อยมาก) ที่บอกถึงระดับความตรงกับลักษณะของผู้ตอบแบบวัด คือ

- | | | |
|---|---------|---------------------|
| 1 | หมายถึง | แทบจะไม่เกิดขึ้นเลย |
| 2 | หมายถึง | น้อยครั้ง |
| 3 | หมายถึง | บางครั้ง |
| 4 | หมายถึง | ค่อนข้างบ่อย |
| 5 | หมายถึง | บ่อยมาก |

3.1 ขั้นตอนที่พัฒนาแบบวัด

3.1.1 ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดความเครียดที่แปลโดยสมโภชน์ เขี่ยมสุภาวิชิตและคณะ (2544) โดยดัดแปลงมาตรงประมาณค่าและข้อคำถามบางข้อ เพื่อให้มีการใช้คำที่กะทัดรัดและเข้าใจมากยิ่งขึ้น

3.1.2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเสนอแบบวัดความเครียด Web. MD แก่ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาจำนวน 3 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบและพิจารณาดูความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสมของปริมาณข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษา และรูปแบบของแบบสอบถาม จากนั้นจึงปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

อาจารย์ที่ปรึกษาได้พิจารณาแก้ไขเรื่องภาษาให้กระชับและอ่านเข้าใจมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงปรับปรุง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านพิจารณาอีกครั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเห็นชอบตรงกันให้สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

3.1.3 นำแบบวัดความเครียด Web. MD ที่ต้องการใช้ไปทดสอบขั้นต้น (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 48 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียด Web. MD มาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Coefficient) แบบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

3.1.3.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด 10 ข้อ โดยเทียบกับค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(45) = .288$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่มีคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 9 ข้อ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้คงข้อกระทงที่ต่ำกว่าค่า r วิกฤติ ไว้ ซึ่งได้แก่ ข้อกระทง “สูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า” เพราะเมื่อพิจารณาจากค่าสถิติแล้วพบว่า คำตอบของผู้ร่วมวิจัยอยู่ในช่วงคะแนนระหว่าง 1 ถึง 4 ไม่มีผู้ร่วมวิจัยคนใดตอบช่วงคะแนน 5 เลย โดยผู้วิจัยส่วนใหญ่เลือกตอบช่วงคะแนน 1 (45 คน จาก 48 คน) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ข้อกระทงข้อนี้มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิกฤติ ด้วยอาจเป็นเพราะวัฒนธรรมของคนไทยที่ผู้หญิงจะไม่ค่อยสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้าเมื่อเกิด

ความเครียด ก่อปรกับความเป็นแม่ที่ต้องดูแลลูกและอยู่กับลูกตลอดเวลา ทำให้แม่อาจจะไม่ยอมกทำลายสุขภาพตนเองและลูกด้วยการสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า ดังนั้นแบบวัดนี้จึงได้คงข้อกระทงทั้งหมดไว้จำนวน 10 ข้อ และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .862

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดา

เป็นแบบวัดความคิดและพฤติกรรมที่แม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษแสดงปฏิกิริยาตอบสนองกับปัญหาหรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดา โดยมีทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการกับปัญหา 15 ข้อ การจัดการกับอารมณ์ 15 ข้อ และการหลีกเลี่ยงปัญหา 9 ข้อ รวมทั้งสิ้นมีข้อกระทงทั้งหมด 39 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารายด้านเท่ากับ .874 .704 และ .654 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา รวมทั้งฉบับเท่ากับ .850 (ดูภาคผนวก ข)

แบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดานี้ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989) โดยมีข้อกระทงทั้งหมด 52 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การจัดการกับปัญหา 20 ข้อ การจัดการกับอารมณ์ 20 ข้อ และการหลีกเลี่ยงปัญหา 12 ข้อ แบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดาเป็นมาตราประเมินค่าแบบประมาณค่า 5 ช่วงคะแนน ตั้งแต่ระดับ 1 (แทบจะไม่เคยทำเลย) จนถึงระดับ 5 (ทำบ่อยมาก) โดยในแต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

- | | | | |
|-----|--------------------------------|---------|--------------------------------|
| 1 = | แทบจะไม่เคยทำเลย | หมายถึง | ท่านแทบจะไม่เคยใช้วิธีนั้นเลย |
| 2 = | ไม่ค่อยได้ทำ | หมายถึง | ท่านใช้วิธีนั้นนาน ๆ ครั้ง |
| 3 = | บางครั้งก็ทำบางครั้งก็ไม่ได้ทำ | หมายถึง | ท่านใช้วิธีนั้นในปริมาณปานกลาง |
| 4 = | ทำค่อนข้างบ่อย | หมายถึง | ท่านใช้วิธีนั้นเป็นส่วนมาก |
| 5 = | ทำบ่อยมาก | หมายถึง | ท่านใช้วิธีนั้นเป็นประจำ |

4.1 ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัด

4.1.1 ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดาโดยกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบของแบบวัดตามแนวคิดแบบวัด COPE ของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989) โดยมีข้อกระทงที่สร้างขึ้นทั้งหมด 52 ข้อ

4.1.2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเสนอแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดาแก่ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาจำนวน 3 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบและพิจารณาดูความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสมของปริมาณข้อคำถาม ความชัดเจนของ

ภาษา และรูปแบบของแบบสอบถาม จากนั้นจึงจะปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

อาจารย์ที่ปรึกษาได้พิจารณาแก้ไขเรื่องภาษาให้กระชับและอ่านเข้าใจมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงปรับปรุง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านพิจารณาอีกครั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเห็นชอบตรงกันให้สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

4.1.3 นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดาที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบขั้นต้น (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 48 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในการเผชิญปัญหาแต่ละวิธี 4 ข้อ (Corrected Item Total Correlation : CITC) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และตรวจความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดามาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Coefficient) แบบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

4.1.3.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดการจัดการกับปัญหาแต่ละวิธี 4 ข้อ (5 วิธี) รวม 20 ข้อ โดยเทียบกับค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(45) = .288$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่มีคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 19 ข้อ และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .887 อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยคัดข้อกระทงในแบบวัด โดยพิจารณาแต่ละวิธี (5 วิธี) และคัดข้อกระทงที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนและมีค่า CITC ต่ำออก และเลือกข้อกระทงที่มีค่า CITC สูงสุด 3 ข้อ ในวิธีนั้น รวมทั้งหมดจะได้ข้อกระทงจำนวน 15 ข้อ จากนั้นนำข้อกระทงที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอีกครั้ง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .874

4.1.3.2 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดการจัดการกับอารมณ์แต่ละวิธี 4 ข้อ (5 วิธี) รวม 20 ข้อ โดยเทียบกับค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(45) = .288$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่มีคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 18 ข้อ และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .778 อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยคัดข้อกระทงในแบบวัด โดย

พิจารณาแต่ละวิธี (5 วิธี) และคัดข้อกระทงที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนและมีค่า CITC ต่ำออก และเลือกข้อกระทงที่มีค่า CITC สูงสุด 3 ข้อ ในวิธีนั้น รวมทั้งหมดจะได้ข้อกระทงจำนวน 15 ข้อ จากนั้นนำข้อกระทงที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอีกครั้ง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .704

4.1.3.3 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดการหลีกเลี่ยงปัญหาแต่ละวิธี 4 ข้อ (3 วิธี) รวม 12 ข้อ โดยเทียบกับค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(45) = .288$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่มีคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 8 ข้อ และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .747 อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยคัดข้อกระทงในแบบวัด โดยพิจารณาแต่ละวิธี (3 วิธี) และคัดข้อกระทงที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนและมีค่า CITC ต่ำออก และเลือกข้อกระทงที่มีค่า CITC สูงสุด 3 ข้อ ในวิธีนั้น รวมทั้งหมดจะได้ข้อกระทงจำนวน 9 ข้อ จากนั้นนำข้อกระทงที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอีกครั้ง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .654

ส่วนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบวัดการได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคอง และสนับสนุนด้านต่าง ๆ ในเครือข่ายทางสังคม โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มีทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal Support) 10 ข้อ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (Formal Support) 3 ข้อ และคู่สมรส (Spouse) ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงสามี 1 ข้อ รวมทั้งสิ้นมีข้อกระทงทั้งหมด 14 ข้อ โดยกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารายด้านเท่ากับ .775 และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารายด้านเท่ากับ .577 สำหรับแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในด้านคู่สมรสหรือสามีนั้น เนื่องจากมีข้อกระทงเพียงข้อเดียว ผู้วิจัยจึงนำข้อกระทงมาหาค่า mean ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 3.79 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารวมทั้งฉบับเท่ากับ .634 (ดูภาคผนวก ข)

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมนี้ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัด Family Support Scale (FSS) ของ Dunst, Jenkins, และ Trivette (1988) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ 13 ข้อ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ 5 ข้อ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมเป็นมาตราประมาณค่าแบบ 6 ช่วงคะแนน ตั้งแต่ระดับ 0 (ไม่เคยขอความช่วยเหลือ) จนถึงระดับ 5 (ช่วยเหลือมากที่สุด) โดยในแต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|---------|-----------------------|
| 0 | หมายถึง | ไม่เคยขอความช่วยเหลือ |
| 1 | หมายถึง | ช่วยเหลือน้อยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | ช่วยเหลือน้อย |
| 3 | หมายถึง | ช่วยเหลือปานกลาง |
| 4 | หมายถึง | ช่วยเหลือมาก |
| 5 | หมายถึง | ช่วยเหลือมากที่สุด |

5.1 ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัด

5.1.1 ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม Family Support Scale (FSS) ของ Dunst, Jenkins, และ Trivette (1988) โดยกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบของแบบวัดตามแนวคิดแบบวัด FSS ของ Dunst, Jenkins, และ Trivette และเพิ่มองค์ประกอบของกลุ่มสมรสอีก 1 องค์ประกอบ โดยมีข้อกระทงที่สร้างขึ้นทั้งหมด 14 ข้อ

5.1.2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเสนอแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาจำนวน 3 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบและพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสมของปริมาณข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษา และรูปแบบของแบบสอบถาม จากนั้นจึงปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

อาจารย์ที่ปรึกษาได้พิจารณาแก้ไขเรื่องภาษาให้กระชับและอ่านเข้าใจมากยิ่งขึ้น และตัดข้อกระทงออก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อกระทง “บุคคลจากวัด หรือองค์การศาสนา”

เนื่องจากข้อกระทงดังกล่าวสามารถวัดได้จากแบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดาอยู่แล้ว ผู้วิจัยจึงปรับปรุง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านพิจารณาอีกครั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเห็นชอบตรงกันให้สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

5.1.3 นำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบขั้นต้น (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 48 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Coefficient) แบบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

5.1.3.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็น

ทางการ 10 ข้อ โดยเทียบกับค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(45) = .288$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออกได้ ข้อกระทงที่มีคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 10 ข้อ และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .775

5.1.3.2 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ 3 ข้อ โดยเทียบกับค่า r วิกฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(45) = .288$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิกฤติจะถูกคัดออกได้ ข้อกระทงที่มีคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 3 ข้อ และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .577

ส่วนที่ 6 แบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

เป็นแบบวัดความรู้ความเข้าใจ การมีส่วนร่วม การให้ความร่วมมือ และการช่วยเหลือสนับสนุนโปรแกรมการให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ผู้วิจัยได้พัฒนามาตรวัดการมีส่วนร่วมของแม่ โดยแบ่งออกเป็น 2 แบบวัดย่อย ได้แก่ แบบวัดการมีความรู้และความเข้าใจในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม 10 ข้อ และแบบวัดการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม 10 ข้อ รวมทั้งสิ้นมีข้อกระทงทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .910 และ .877 ตามลำดับ (ดูภาคผนวก ข)

แบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่นี้ ผู้วิจัยได้นำแนวความคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ของ Lowitzer (1989) มาพัฒนาเป็นเครื่องมือ เพื่อใช้วัดการมีส่วนร่วมของแม่ โดยมีข้อกระทงทั้งหมด 11 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การเข้าร่วมและให้ความร่วมมือของพ่อแม่กับกิจกรรมหรือการนัดหมายต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับลูก 2 ข้อ การช่วยเหลือของพ่อแม่ในการดำเนินกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ให้เกิดผลสำเร็จทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน 5 ข้อ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่อง สติปัญญาทางการศึกษา รวมไปถึงสติปัญญาอื่น ๆ ของลูก 4 ข้อ แบบวัดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่เป็นมาตรประเมินค่าแบบประมาณค่า 4

ช่วงคะแนน ตั้งแต่ระดับ 0 (ไม่เคยเกิดเหตุการณ์ขึ้น) จนถึงระดับ 3 (ใช่) โดยในแต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|---------|-------------------------|
| 0 | หมายถึง | ไม่เคยเกิดเหตุการณ์ขึ้น |
| 1 | หมายถึง | ไม่ |
| 2 | หมายถึง | บางครั้ง |
| 3 | หมายถึง | ใช่ |

6.1 ขั้นตอนการพัฒนาแบบวัด

6.1.1 ผู้วิจัยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ของ Lowitzer (1989) มาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งแบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษออกเป็น 2 แบบวัดย่อย ได้แก่

6.1.1.1 แบบวัดด้านการมีความรู้และความเข้าใจ มีข้อกระทงทั้งหมด 14 ข้อ ผู้วิจัยได้สร้างข้อกระทงเพิ่ม โดยคำนึงถึงการมีความรู้และความเข้าใจของแม่ที่มีต่อลูกที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ไม่ว่าจะเป็นด้านความบกพร่องของเด็ก สิทธิในด้านอื่น ๆ ที่เด็กควรจะได้รับ บทบาทของความเป็นแม่ในการช่วยเหลือเด็ก รวมไปถึงกิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการฯ ของเด็ก

แบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่ในด้านการมีความรู้ความเข้าใจนั้น มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าแบบ 5 ช่วงคะแนน ตั้งแต่ระดับ 0 (ไม่รู้/ไม่เข้าใจเลย) จนถึงระดับ 4 (รู้/เข้าใจมากที่สุด) โดยในแต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|---------|---------------------|
| 0 | หมายถึง | ไม่รู้/ไม่เข้าใจเลย |
| 1 | หมายถึง | รู้/เข้าใจน้อย |
| 2 | หมายถึง | รู้/เข้าใจปานกลาง |
| 3 | หมายถึง | รู้/เข้าใจมาก |
| 4 | หมายถึง | รู้/เข้าใจมากที่สุด |

6.1.1.2 แบบวัดด้านการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม มีข้อกระทงทั้งหมด 15 ข้อ โดยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ของ Lowitzer (1989) ในด้านการเข้าร่วมและให้ความร่วมมือของพ่อแม่เกี่ยวกับกิจกรรมหรือการนัดหมายต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับเด็ก และการช่วยเหลือของพ่อแม่ในการดำเนินกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ให้เกิดผลสำเร็จทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนมาสร้างเป็นข้อกระทงเพิ่มเติม เพื่อให้เหมาะสมกับเนื้อหาของงานวิจัยและบริบทสังคมไทย โดยมีข้อกระทงทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15

แบบวัดการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็ก มีมาตรฐานค่าแบบ 5 ช่วงคะแนน ระดับคะแนนมีตั้งแต่ระดับ 0 (ไม่เคยทำเลย) จนถึงระดับ 4 (ทำบ่อยมาก) โดยในแต่ละช่วงมีความหมายดังนี้

0	หมายถึง	ไม่เคยทำเลย
1	หมายถึง	ไม่ค่อยได้ทำ
2	หมายถึง	บางครั้งก็ทำบางครั้งก็ไม่ได้ทำ
3	หมายถึง	ทำค่อนข้างบ่อย
4	หมายถึง	ทำบ่อยมาก

6.1.2 ตรวจความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเสนอแบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่เสนอแก่ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยา 1 ท่าน นักสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม 1 ท่าน และแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่เข้ารับบริการในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม 1 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบและพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสมของปริมาณข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษา และรูปแบบของแบบสอบถาม จากนั้นจึงปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

อาจารย์ที่ปรึกษาได้พิจารณาแก้ไขเรื่องภาษาให้อ่านกระชับและเข้าใจมากยิ่งขึ้น รวมทั้งแก้ไขลักษณะของข้อคำถามที่ใช้ในแบบวัดให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเข้าใจมากยิ่งขึ้น

นักสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มและแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่เข้ารับบริการในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม 1 ท่าน ได้แก้ไขเรื่องภาษาเพื่อให้อ่านให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น และเพิ่มข้อกระทงบางข้อในแบบวัดด้านการมีความรู้และความเข้าใจ เช่น “ท่านเข้าใจในสิทธิประโยชน์และสวัสดิการของการทำสมุดประจำตัวคนพิการ (The Disabled Book) ให้กับบุตร” เป็นต้น

จากนั้น ผู้วิจัยจึงปรับปรุง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านพิจารณาอีกครั้ง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเห็นชอบตรงกันให้สามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

6.1.3 นำแบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่ที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบขั้นต้น (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 48 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และตรวจความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่มาหาค่า

สัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Coefficient) แบบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

6.1.3.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดการมีความรู้และความเข้าใจในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็ก 14 ข้อ โดยเทียบกับค่า r วิฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(45) = .288$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่มีคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 14 ข้อ และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .932 อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคัดข้อกระทงในแบบวัด โดยคัดข้อกระทงที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนและมีค่า CITC ต่ำออก จนได้ข้อกระทงจำนวน 10 ข้อ จากนั้นนำข้อกระทงที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอีกครั้ง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .910

6.1.3.2 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็ก 15 ข้อ โดยเทียบกับค่า r วิฤติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 [$r(45) = .288$] ข้อกระทงใดที่มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัดต่ำกว่า r วิฤติจะถูกคัดออก ได้ข้อกระทงที่มีคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 13 ข้อ และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงแบบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .826 อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคัดข้อกระทงในแบบวัด โดยคัดข้อกระทงที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนและมีค่า CITC ต่ำออก จนได้ข้อกระทงจำนวน 10 ข้อ จากนั้นนำข้อกระทงที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอีกครั้ง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .877

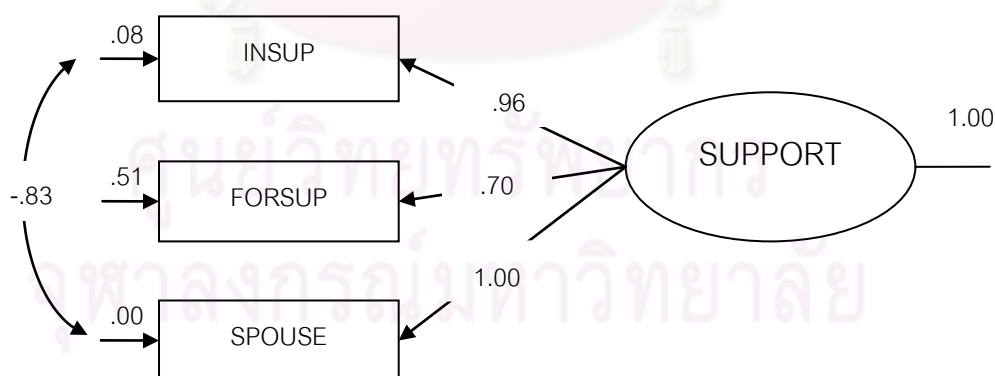
การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝง

การตรวจสอบความตรงของตัวแปรแฝงในโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยโปรแกรมลิสเรลเพื่อตรวจสอบตัวแปรแฝงว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ หากผลการวิเคราะห์พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงว่า โมเดลการวัดมีความตรงเชิงโครงสร้าง และตัวแปรแฝงมี

ความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์ ซึ่งผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝง ทั้ง 4 ตัว มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม (SUPPORT) วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัว ได้แก่ 1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (INSUP) 2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (FORSUP) และ 3. คู่สมรส (SPOUSE) ซึ่งในที่นี้หมายถึงสามี ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมด้วยโปรแกรมลิสเรลพบว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไค-สแควร์ ($\chi^2 = 6.92, df = 3, p = .074$) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ .909 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ .818 และค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยส่วนที่เหลือ (RMR) มีค่าเท่ากับ .352 และเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบพบว่า กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .96 มีการแปรผันร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 92 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .70 มีการแปรผันร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 49 และคู่สมรสมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 1.00 มีการแปรผันร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 100



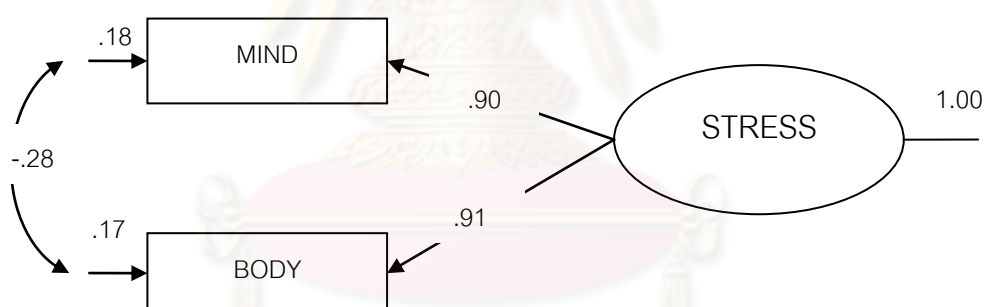
Chi-Square = 6.92, $df = 3$, P-value = .07441, RMSEA = 0.167

ภาพที่ 2.1 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝง
การสนับสนุนทางสังคม (N =48)

2. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงความเครียด

ตัวแปรแฝงความเครียด (STRESS) วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัว ได้แก่

1. ความเครียดทางด้านจิตใจ (MIND) ซึ่งวัดได้จากแบบวัดระดับความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) 2. ความเครียดทางด้านร่างกาย (BODY) ซึ่งวัดได้จากแบบวัดระดับความเครียด Web. MD ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงความเครียดด้วยโปรแกรมลิสเรลพบว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไค-สแควร์ ($X^2 = 3.40, df = 1, p = .650$) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ .932 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ .795 และค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยส่วนที่เหลือ (RMR) มีค่าเท่ากับ .080 และเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบพบว่า ด้านความเครียดทางด้านจิตใจมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .90 มีการแปรผันร่วมกับความเครียดร้อยละ 81 และความเครียดทางด้านร่างกายมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .91 มีการแปรผันร่วมกับความเครียดร้อยละ 84



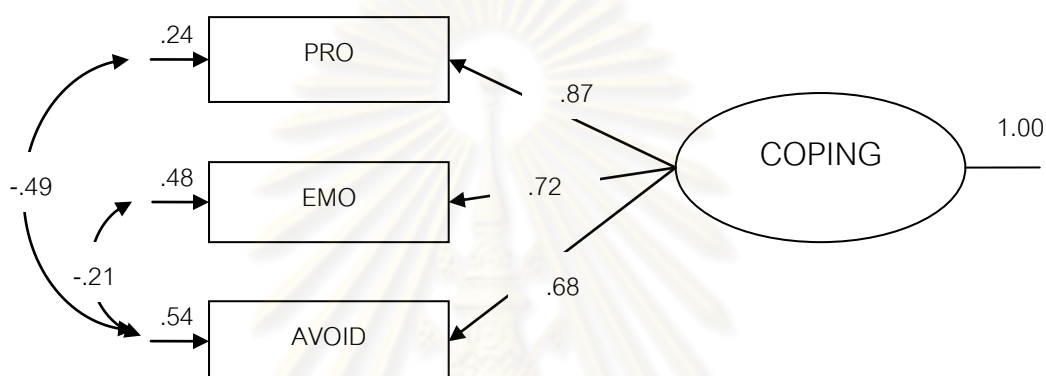
Chi-Square = 3.40, $df = 1$, P-value = .06500, RMSEA = 0.226

ภาพที่ 2.2 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงความเครียด (N = 48)

3. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหา

ตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหา (COPING) วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 3 ตัว ได้แก่ 1. การจัดการกับปัญหา (PRO) 2. การจัดการกับอารมณ์ (EMO) และ 3. การหลีกเลี่ยงปัญหา (AVOID) ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหาด้วยโปรแกรมลิสเรลพบว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไค-สแควร์ ($X^2 = 7.17, df = 3, p = .667$)

ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ .895 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ .842 และค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยส่วนที่เหลือ (RMR) มีค่าเท่ากับ .066 และเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบพบว่า การจัดการกับปัญหา มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .87 มีการแปรผันร่วมกับการเผชิญปัญหาหรือยละ 77 การจัดการกับอารมณ์มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .72 มีการแปรผันร่วมกับการเผชิญปัญหาหรือยละ 52 และการหลีกเลี่ยงปัญหา มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .68 มีการแปรผันร่วมกับการเผชิญปัญหาหรือยละ 46



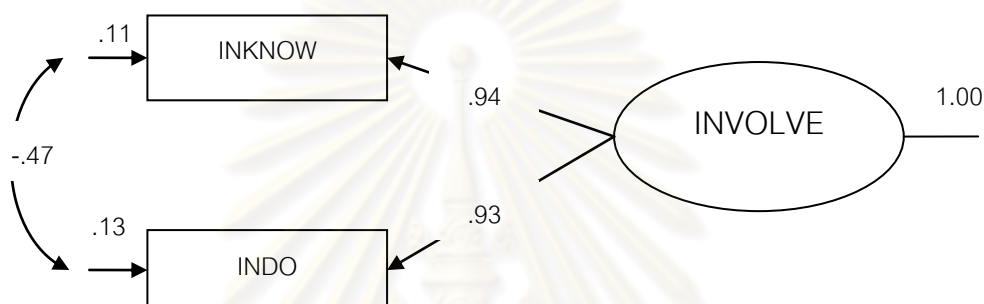
Chi-Square = 7.17, $df = 3$, P-value = .0.06677, RMSEA = 0.172

ภาพที่ 2.3 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหา (N = 48)

4. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ตัวแปรแฝงการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (INVOLVE) วัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัว ได้แก่ 1. การมีความรู้และความเข้าใจในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็ก (INKNOW) 2. การให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็ก (INDO) ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหาด้วยโปรแกรมลิสเรลพบว่า โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไค-สแควร์ ($X^2 = .07$, $df = 1$, $p = .798$) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยส่วนที่เหลือ (RMR) มีค่าเท่ากับ .013 และเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบพบว่า การมีความรู้และความเข้าใจในโปรแกรม

การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็กมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .94 มีการแปรผันร่วมกับการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษร้อยละ 89 และการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็กมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .93 มีการแปรผันร่วมกับการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษร้อยละ 87



Chi-Square = 0.07, $df = 1$, P-value = .0.79868, RMSEA = 0.000

ภาพที่ 2.4 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (N = 48)

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการทำวิจัยจากคณบดี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด
3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามข้อกำหนดของสถาบันต่าง ๆ ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows และโปรแกรม ลิสเรล โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

2. วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ 12 ตัว คือ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ คู่สมรส ความเครียดทางด้านจิตใจ ความเครียดทางด้านร่างกาย การจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา การมีความรู้ความเข้าใจของแม่ การให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมของแม่ โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

3. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของโมเดลการวัดการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เศรษฐฐานะ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด การเผชิญปัญหา และการมีส่วนร่วมของแม่ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรมลิสเรล

4. ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี ตามทฤษฎี กับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้โปรแกรมลิสเรล ประมาณค่าพารามิเตอร์โดยวิธีไลค์ลิฮูดสูงสุด (Maximum likelihood estimation)

โมเดลที่ใช้วิเคราะห์ คือ โมเดลตามกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในรูปแบบการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ คือ ค่าสถิติ chi-square ดัชนี GFI (Goodness of fit index) ดัชนี AGFI (Adjusted goodness of fit index) ทั้งก่อนปรับและหลังปรับโมเดล โมเดลแสดงอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุตามทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1) เพื่อตรวจสอบความตรง (Validation) ของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 2) เพื่อศึกษารูปแบบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำเสนอเนื้อหาแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในงานวิจัย

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปรแฝง

SES	หมายถึง	เศรษฐกิจฐานะ
SUPPORT	หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคม
STRESS	หมายถึง	ความเครียด
COPING	หมายถึง	การเผชิญปัญหา
INVOLVE	หมายถึง	การมีส่วนร่วมของแม่

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปรสังเกตได้

EDU	หมายถึง	ระดับการศึกษา
INCOME	หมายถึง	รายได้ (หมื่นบาท)
INSUP	หมายถึง	กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ
FORSUP	หมายถึง	กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ

SPOUSE	หมายถึง	สามี
MIND	หมายถึง	ทางด้านจิตใจ
BODY	หมายถึง	ทางด้านร่างกาย
PRO	หมายถึง	การจัดการกับปัญหา
EMO	หมายถึง	การจัดการกับอารมณ์
AVOID	หมายถึง	การหลีกเลี่ยงปัญหา
INKNOW	หมายถึง	การมีความรู้ความเข้าใจ
INDO	หมายถึง	การให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับมารดา และข้อมูลเกี่ยวกับบุตร

ตารางที่ 3.1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับมารดา โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 343 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 34 ปี 5 เดือน (SD = 6.99) และอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31 ปี ถึง 40 ปี มากที่สุด การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือ ปวช. และปริญญาตรี รองลงมาคือระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูกมากกว่าครอบครัวขยายที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และญาติพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และมีบุตรจำนวน 2 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ได้แก่ 29,819.20 บาท (SD = 35458.98) โดยมีรายได้อยู่ในช่วง 10,000 บาท ถึง 24,999 บาท มากที่สุด

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (มารดา)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม (ปี)		
ไม่เกิน 20	10	2.92
21-30	89	25.95
31-40	183	53.35
41-50	59	17.20
ตั้งแต่ 51 ขึ้นไป	2	0.58
รวม	343	100
2. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.58
ประถมศึกษา	69	20.12
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	105	30.61
อนุปริญญา หรือ ปวส.	42	12.24
ปริญญาตรี	105	30.61
ปริญญาโท	20	5.83
รวม	343	100
3. สถานภาพสมรส		
โสด	12	3.50
สมรสและอยู่ด้วยกัน	274	79.88
สมรสแต่แยกกันอยู่	27	7.87
หย่าร้าง	21	6.12
คู่สมรสเสียชีวิต	9	2.62
รวม	343	100
4. ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก	185	53.94
ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และญาติพี่น้อง	158	46.06
รวม	343	100

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
5. อาชีพหลัก		
ไม่ได้ทำงาน	110	32.07
ค้าขาย	48	13.99
พนักงานบริษัทเอกชน	75	21.87
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	19	5.54
รับจ้างทั่วไป	35	10.20
เกษตรกรรม	9	2.62
กิจการส่วนตัว	43	12.54
อื่น ๆ	4	1.17
รวม	343	100
6. จำนวนบุตร		
1 คน	153	44.61
2 คน	158	46.06
3 คน	25	7.29
4 คน	6	1.75
5 คน	1	0.29
รวม	343	100
7. รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	68	19.83
10,000-24,999	117	34.11
25,000-39,999	85	24.78
40,000-54,999	34	9.91
55,000-69,999	11	3.21
70,000-84,999	12	3.50
85,000-99,999	0	0.00
100,000 ขึ้นไป	16	4.66
รวม	343	100

ตารางที่ 3.2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับบุตร โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 343 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.5 เดือน (SD = 17.49) หรือ 3 ปี 11 เดือน (SD = 1.46) เด็กเข้ารับบริการในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มเนื่องจากปัญหาทางพัฒนาการ 16 ปัญหา โดยปัญหาทางพัฒนาการ 3 ปัญหาแรกที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ พัฒนาการช้า บกพร่องทางการพูดและภาษา และออทิสติกตามลำดับ สถานที่ที่เด็กเข้ารับบริการโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มมีทั้งหมด 62 แห่ง และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 17.4 เดือน (SD = 15.61) หรือ 1 ปี 5 เดือน (SD = 1.30)

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (บุตร)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศของบุตรที่นำมาบริการ		
ชาย	235	68.51
หญิง	108	31.49
รวม	343	100
2. ปัญหาทางพัฒนาการของเด็ก		
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	4	1.17
กล้ามเนื้ออ่อนแรง (SMA)	1	0.29
คลอดก่อนกำหนด	1	0.29
ดาวนซินโดรม	38	11.08
ตัวเหลือง G6PD	1	0.29
บกพร่องทางการได้ยิน	5	1.46
บกพร่องทางการพูดและภาษา	78	22.74
บกพร่องทางการมองเห็น	9	2.62
บกพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหว	8	2.33
บกพร่องทางสติปัญญา (MR)	2	0.58
ปัญหาพฤติกรรม	9	2.62
พัฒนาการช้า (GDD)	97	28.28
พิการซ้ำซ้อน	3	0.87

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
2. ปัญหาทางพัฒนาการของเด็ก (ต่อ)		
สมองพิการ (CP)	2	0.58
สมาธิสั้น	12	3.50
ออทิสติก	73	21.28
รวม	343	100

ข้อมูล

3. สถานที่ที่เด็กเข้ารับบริการโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

รพ. กรุงเทพ

รพ. กรุงเทพคริสเตียน

รพ. เด็ก

รพ. บ้านแพ้ว

รพ. ยูวประสาทไวทยโยปถัมภ์

รพ. ศิริราช

รพ. จังหวัดชัยภูมิ

รพ. จุฬาลงกรณ์

รพ. เจ้าพระยา

รพ. เลย์

รพ. เลิดสิน

รพ. แม่และเด็ก จ.นครสวรรค์

รพ. เมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

รพ. ตากสิน

รพ. ทหารเรือ

รพ. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

รพ. บำรุงราษฎร์

รพ. พญาไท2

รพ. พญาไท3

รพ. ยันฮี

 ข้อมูล

3. สถานที่ที่เด็กเข้ารับบริการโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม (ต่อ)

รพ. ราชบุรี

รพ. ราชวิถี

รพ. รามาธิบดี

รพ. วชิรพยาบาล

รพ. วิภาวราม

รพ. วิชัยยุทธ

รพ. ศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น

รพ. สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

รพ. สมิติเวช

รพ. สมุทรสาคร

รพ. สวรรค์ประชารักษ์

รพ. นนทเวช

รพ. นพรัตนราชธานี

รพ. ภูมิพลอดุลยเดช

รพ. สมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย จ.สมุทรสงคราม

รพ. เจ้าพระยาอภัยมหาราช จ.สุพรรณบุรี

รพ. ดำเนินสะดวก

รพ. บางบ่อ

รพ. ศรีรัษฎา

รพ. ศรีสังวาล

รร. คู่รัก

รร. รุ่งอรุณ

บ้านเสารุณ

บ้านพัฒนาการครูอ้อ

สถาบันราชานุกูล

สถาบันพัฒนาเด็กเล็ก KiDo

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว ม.มหิดล

ข้อมูล

3. สถานที่ที่เด็กเข้ารับบริการโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม (ต่อ)

ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็กพิเศษ Special Child Center

ศูนย์การแพทย์นวมบุตร

ศูนย์เพื่อเด็กพิเศษแสงเหนือ

ศูนย์แพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

ศูนย์พัฒนาการเด็กพิเศษ SCI Center

ศูนย์พัฒนาการเด็ก Brain School

ศูนย์พัฒนาการ Good Boy & Nice Girl

ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง

ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนครปฐม

ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนนทบุรี

ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปทุมธานี

ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสมุทรสาคร

ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 5 จังหวัดสุพรรณบุรี

ศูนย์การศึกษาพิเศษ รร. สวธิตลออกอุทิศ

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ตารางที่ 3.3 บุคคลในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแม่

ตารางที่ 3.3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการที่ให้ความช่วยเหลือแม่ในการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ หรือช่วยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ เมื่อแม่ต้องการ

ข้อมูล

1. บุคคลจากชมรม/กลุ่มสังคม/กลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ /กลุ่มพ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ

Rainbowroom.org

ข้อมูลที่เผยแพร่ทาง Internet / webboard ของ floortime / หนังสือต่าง ๆ

งานสังคมสงเคราะห์สถาบันราชานุกูล

ข้อมูล

1. บุคคลจากชมรม/กลุ่มสังคม/กลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ /กลุ่มพ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ (ต่อ)

ชมรมผู้ปกครองออทิสติกและสมาธิสั้นโรงพยาบาลศรีธัญญา

พ่อแม่เด็กพิเศษคนอื่น ๆ ที่เจอในศูนย์ฯ

ศูนย์ประดิพัทธ์ 11

อบต.

2. เจ้าหน้าที่จากศูนย์/หน่วยงานสร้างเสริมพัฒนาการฯ ของบุตร

ครู

ครูพี่เลี้ยง

ครูการศึกษาพิเศษ

พยาบาล

นักกระตุ้นพัฒนาการ

เจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ

นักแก้ไขการพูด

นักกายภาพบำบัด

นักกิจกรรมบำบัด

นักจิตวิทยา

นักบำบัด floor time

นักพฤติกรรมบำบัด

นักสังคมสงเคราะห์

3. เจ้าหน้าที่จากโรงเรียน/ศูนย์เลี้ยงเด็ก

ครู

ครูการศึกษาพิเศษ

ครูพี่เลี้ยง

ผู้อำนวยการ

เจ้าหน้าที่ของโรงเรียน

ข้อมูล

4. เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล/หน่วยงานสาธารณสุข

เจ้าหน้าที่จากศูนย์ฯ

นักแก้ไขการพูด

นักจิตวิทยา

ผู้ช่วยพยาบาล

นางพยาบาล

หมอ

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ (ตารางที่ 3.4) ซึ่งประกอบไปด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 12 ตัว พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 11.44 (SD = 4.28) รองลงมา คือ สามี การจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ รายได้ (หมื่นบาท) การหลีกเลี่ยงปัญหา การมีความรู้ความเข้าใจ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ การให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมทางด้านร่างกาย และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 3.59, 3.51, 2.98, 2.85, 2.68, 2.62, 2.54, 2.20, และ 1.88 ตามลำดับ และพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ทางด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.31 (SD = 0.56)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด 12 ตัว พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทั้งหมด 24 ค่า มีขนาดต่ำถึงสูง ทิศทางบวกและทิศทางลบ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมกันได้ระหว่าง 2.25% ถึง 49.70% มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งหมด 14 ค่า มีขนาดต่ำ ทิศทางบวกและทิศทางลบ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมกันได้ระหว่าง 1.12% ถึง 1.77% และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทั้งหมด 28 ค่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการจัดการกับปัญหากับการจัดการกับอารมณ์มีค่าสูงที่สุด ($r = .705, p < .01$) มีขนาดสูง ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมกันได้เท่ากับ 49.70% ในขณะที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการมีความรู้ความเข้าใจมีค่าต่ำที่สุด ($r = .106, p < .05$) มีขนาดต่ำ ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนร่วมกันได้เท่ากับ 1.12%

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่อยู่ในกลุ่มตัวแปรแฝงเดียวกันพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ของตัวแปรแฝงเศรษฐกิจ คือ ตัวแปรระดับการศึกษา กับรายได้ ตัวแปรทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .472, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 22.28%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ของตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคม มีพิสัยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .004 ถึง .222 ขนาดต่ำ โดยตัวแปรกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับสามี มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .222, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 4.93% ในขณะที่ตัวแปรกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับสามี มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .159, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 2.53%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ของตัวแปรแฝงความเครียด ประกอบด้วยตัวแปรทางด้านจิตใจกับทางด้านร่างกาย โดยตัวแปรทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = .608, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 36.97%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ของตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหาที่มีพิสัยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .171 ถึง .705 ขนาดต่ำถึงสูง โดยตัวแปรการจัดการกับปัญหาด้วยการจัดการกับอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .705, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 49.70% ในขณะที่ตัวแปรการจัดการกับปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .171, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 2.92%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ของตัวแปรแฝงการมีส่วนร่วมของแม่ ประกอบด้วยตัวแปรการมีความรู้ความเข้าใจกับการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม โดยตัวแปรทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับกลาง ($r = .549, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 30.14%

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ของเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด การเผชิญปัญหา กับตัวแปรสังเกตได้ที่การมีส่วนร่วมของแม่พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของเศรษฐกิจฐานะกับการมีส่วนร่วมของแม่ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .106 ถึง .188 ขนาดต่ำ โดยตัวแปรรายได้กับการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .118, p < .05$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 1.39% ในขณะที่ตัวแปรระดับการศึกษากับการมีความรู้ความเข้าใจ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .106, p < .05$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 1.12%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมของแม่ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .114 ถึง .230 ขนาดต่ำ โดยตัวแปรสามีกับการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .230, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 5.29% ในขณะที่ตัวแปรกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการกับการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .114, p < .05$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 1.30%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของความเครียดกับการมีส่วนร่วมของแม่ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง -.119 ถึง -.161 ขนาดต่ำ โดยตัวแปรทางด้านร่างกายกับการมีความรู้ความเข้าใจ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = -.161, p < .01$) ทิศทางลบ สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 2.59% ในขณะที่ตัวแปรทางด้านจิตใจกับการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = -.119, p < .05$) ทิศทางลบ สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 1.42%

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของการเผชิญปัญหากับการมีส่วนร่วมของแม่ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง .304 ถึง .467 ขนาดต่ำถึงปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยตัวแปรการจัดการกับปัญหากับการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด ($r = .467, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 21.81% ในขณะที่ตัวแปรการจัดการกับปัญหากับการมีความรู้ความเข้าใจ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุด ($r = .304, p < .01$) ทิศทางบวก สามารถอธิบายความแปรปรวนรวมกันได้เท่ากับ 9.24%

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำกว่า .80 แสดงว่าตัวแปรไม่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะร่วมเส้นพหุ (Multicollinearity)

ตารางที่ 3.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากตัวแปรต่าง ๆ ($N = 343$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. EDU	1.000											
2. INCOME	0.472**	1.000										
3. INSUP	0.112*	0.041	1.000									
4. FORSUP	0.100	-0.040	0.159**	1.000								
5. SPOUSE	0.123*	0.218**	0.222**	0.004	1.000							
6. MIND	0.021	0.041	-0.062	0.029	-0.020	1.000						
7. BODY	-0.113*	-0.109*	0.017	0.112*	-0.015	0.608**	1.000					
8. PRO	0.154**	0.121*	0.210**	-0.003	0.183**	-0.013	0.005	1.000				
9. EMO	0.033	-0.035	0.163**	0.017	0.126*	0.125*	0.164**	0.705**	1.000			
10. AVOID	-0.081	-0.150**	0.129*	0.019	-0.061	0.338**	0.431**	0.171**	0.370**	1.000		
11. INKNOW	0.106*	0.064	0.081	0.058	0.077	-0.133*	-0.161**	0.304**	0.309**	0.000	1.000	
12. INDO	0.070	0.118*	0.168**	0.114*	0.230**	-0.119*	-0.093	0.467**	0.320**	-0.052	0.549**	1.000
<i>M</i>	11.44	2.98	1.88	2.62	3.70	1.31	2.20	3.59	3.51	2.85	2.68	2.54
<i>SD</i>	4.28	3.55	0.84	1.53	1.60	0.56	0.67	0.59	0.50	0.56	0.67	0.68

หมายเหตุ ** $p < .01$, * $p < .05$

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเป็นโมเดลที่มีอิทธิพลของเศรษฐกิจฐานะไปการมีส่วนร่วมของแม่โดยมีความเครียดเป็นตัวแปรส่งผ่าน อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่ และอิทธิพลของความเครียดไปการมีส่วนร่วมของแม่โดยมีการเผชิญปัญหาเป็นตัวส่งผ่านตามที่เสนอไว้ในกรอบงานวิจัย พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าสถิติที่ใช้ทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi-square) มีค่าเท่ากับ 29.21, $df = 20$, $p = .084$ ค่า RMSEA เท่ากับ .037 ค่า RMR เท่ากับ .058 ค่า GFI เท่ากับ .986 และค่า AGFI เท่ากับ .945 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรการมีส่วนร่วมของแม่ได้ร้อยละ 30

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ โดยพิจารณาแยกตามตัวแปรแฝงได้ผลตามตารางที่ 3.5 พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงเศรษฐกิจฐานะมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 ตัว ($p < .001$) โดยระดับการศึกษามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด คือ 2.932 และ รายได้มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 2.431 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าได้ผลเป็นแบบเดียวกัน คือ ระดับการศึกษามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด รองลงมาคือ รายได้ และเมื่อพิจารณาในรูปคะแนนมาตรฐาน สมบูรณ์พบว่า รายได้มีค่าน้ำหนักสูงที่สุด (.688) รองลงมาคือ ระดับการศึกษา (.682) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรเศรษฐกิจฐานะได้ดังสมการ

$$SES = .119(EDU) + .151(INCOME)$$

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว ($p < .01$) โดยสามมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด คือ .787 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (.669) และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (.350) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ได้ผลในแบบเดียวกัน เมื่อพิจารณาในรูปคะแนนมาตรฐาน สมบูรณ์พบว่า สามมีค่าน้ำหนักสูงที่สุด (.494) รองลงมา คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ (.436) และกลุ่มที่มี

ความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (.414) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมได้ดังสมการ

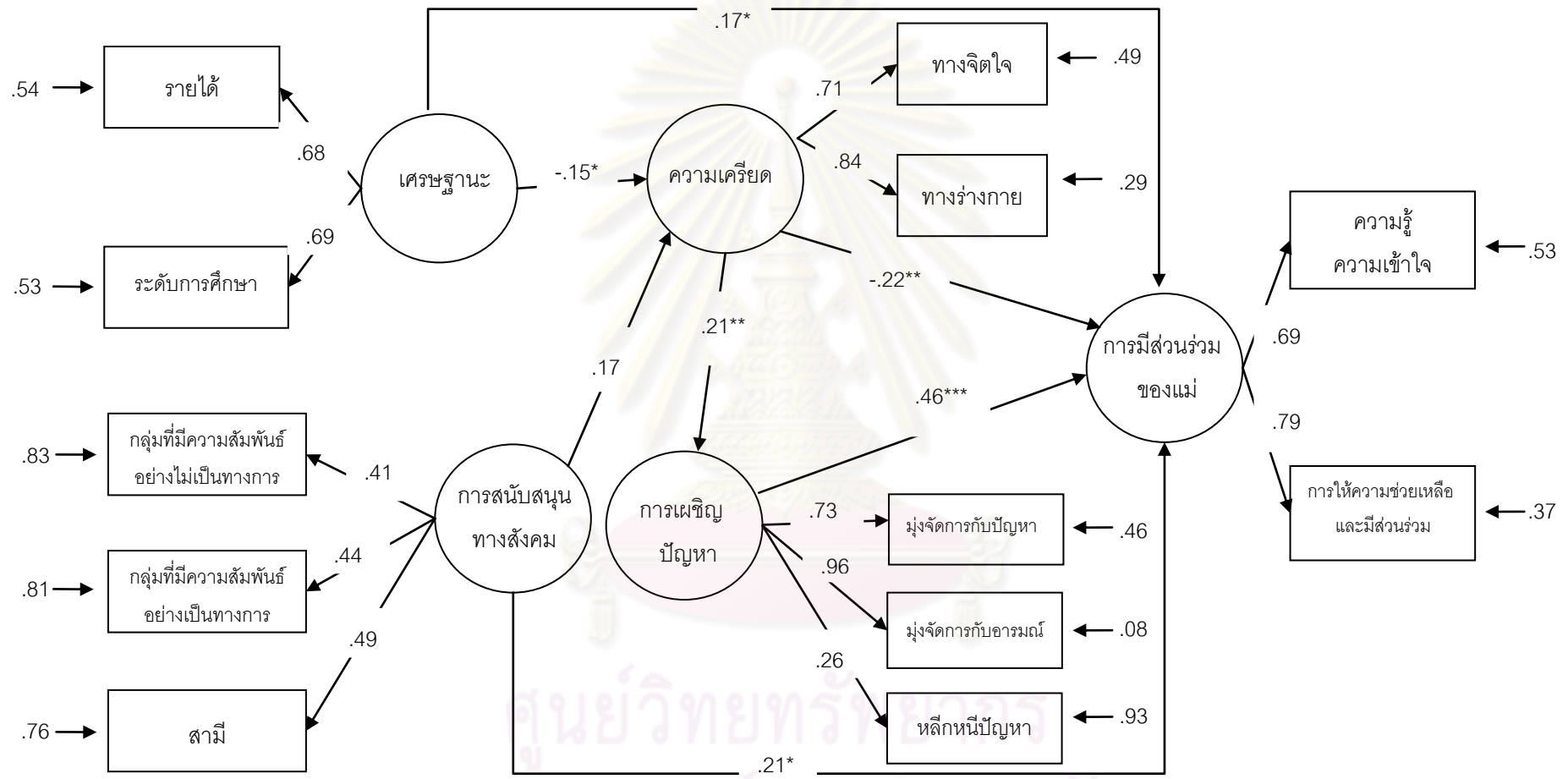
$$\text{SUPPORT} = .328(\text{INSUP}) + .243(\text{FORSUP}) + .271(\text{SPOUSE})$$

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงความเครียดมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 ตัว ($p < .001$) โดยทางด้านร่างกายมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด คือ .559 และทางด้านจิตใจมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .395 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่า ได้ผลในแบบเดียวกัน เมื่อพิจารณาในรูปคะแนนมาตรฐานสมบูรณ์พบว่า ทางด้านร่างกายมีค่าน้ำหนักสูงที่สุด (.844) รองลงมาคือ ทางด้านจิตใจ (.714) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรความเครียดได้ดังสมการ

$$\text{STRESS} = .744(\text{MIND}) + 1.182(\text{BODY})$$

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว ($p < .001$) โดยการจัดการกับอารมณ์มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุด คือ .482 รองลงมาคือ การจัดการกับปัญหา (.427) และการหลีกเลี่ยงปัญหา (.145) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่า ได้ผลในแบบเดียวกัน เมื่อพิจารณาในรูปคะแนนมาตรฐานสมบูรณ์พบว่า การจัดการกับอารมณ์มีค่าน้ำหนักสูงที่สุด (.958) รองลงมา คือ การมุ่งจัดการกับปัญหา (.735) และการหลีกเลี่ยงปัญหา (.260) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรการการเผชิญปัญหาได้ดังสมการ

$$\text{COPING} = .233(\text{PRO}) + 1.775(\text{EMO}) - .208(\text{AVOID})$$



Chi-Square = 29.21, df = 20, P-value = 0.08369, RMSEA = 0.037

ภาพที่ 11 โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงการมีส่วนร่วมของแม่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 ตัว ($p < .001$) โดยการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ .534 และการมีความรู้ความเข้าใจมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .456 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานพบว่า ได้ผลในแบบเดียวกัน เมื่อพิจารณาในรูปคะแนนมาตรฐานสมบูรณ์พบว่า การให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมมีค่าน้ำหนักสูงสุด (.792) รองลงมาคือ การมีความรู้ความเข้าใจ (.686) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ใน Factor Score Regression สามารถสร้างตัวแปรความเครียดได้ดังสมการ

$$\text{INVOLVE} = .444(\text{INKNOW}) + 1.009(\text{INDO})$$



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.5 ค่า Factor Loading, Standardized Solution Matrix, Completely Standardized Solution Matrix และ Factor Score Regression ของตัวแปร

ตัวแปร	Factor Loading			Std. Solution Matrix	Completely Std. Solution Matrix	Factor Score Regression				
	สปส.	SE	T	สปส.	สปส.	SES	SUPPORT	STRESS	COPING	INVOLVE
LY	.395	-	-	.395	.714	-.423	.120	.744	.031	-.130
MIND	.395	-	-	.395	.714	-.423	.120	.744	.031	-.130
BODY	.559***	.041	13.799	.559	.844	.109	.128	1.182	.085	-.052
PRO	.427	-	-	.427	.735	-.609	-.179	.362	.233	-.593
EMO	.482***	.026	18.728	.482	.958	.319	.163	.142	1.775	.635
AVOID	.145***	.038	3.868	.145	.260	.207	-.180	-.934	-.208	.233
INKNOW	.456	-	-	.456	.686	-.057	.142	.202	.048	.444
INDO	.534***	.085	6.299	.534	.792	.353	.029	-.322	-.044	1.009
LX	สปส.	SE	T	สปส.	สปส.	SES	SUPPORT	STRESS	COPING	INVOLVE
EDU	2.932***	.663	4.442	2.932	.682	.119	-.015	-.012	-.003	.026
INCOME	2.431***	.539	4.508	2.431	.688	.151	.002	-.030	-.005	.016
INSUP	.350**	.110	3.191	.350	.414	-.020	.328	.102	-.002	.027
FORSUP	.669**	.234	2.858	.669	.436	-.008	.243	.008	.026	.005
SPOUSE	.787**	.256	3.081	.787	.494	-.081	.271	.030	-.003	-.025

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ตามตารางที่ 3.6 พบว่าเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเศรษฐกิจมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมีค่าเท่ากับ .167 แสดงว่าอิทธิพลทางตรงของเศรษฐกิจมีขนาดอิทธิพลต่ำ และเป็นอิทธิพลทางบวก และเศรษฐกิจมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการมีส่วนร่วมของแม่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมีค่าเท่ากับ .019 เพราะฉะนั้น เศรษฐกิจมีอิทธิพลรวมต่อการมีส่วนร่วมของแม่เท่ากับ .186

การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมีค่าเท่ากับ .211 แสดงว่าอิทธิพลทางตรงของการสนับสนุนทางสังคมมีขนาดอิทธิพลต่ำ และเป็นอิทธิพลทางบวก และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการมีส่วนร่วมของแม่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมีค่าเท่ากับ -.022 เพราะฉะนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลรวมต่อการมีส่วนร่วมของแม่เท่ากับ .189

ความเครียดมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมีค่าเท่ากับ -.224 แสดงว่าอิทธิพลทางตรงของการสนับสนุนทางสังคมมีขนาดอิทธิพลค่อนข้างต่ำ และเป็นอิทธิพลทางลบ และความเครียดมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการมีส่วนร่วมของแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมีค่าเท่ากับ .096 แสดงว่าอิทธิพลทางอ้อมของความเครียดมีขนาดอิทธิพลต่ำ และเป็นอิทธิพลทางบวก เพราะฉะนั้น ความเครียดมีอิทธิพลรวมต่อการมีส่วนร่วมของแม่เท่ากับ -.128

อิทธิพลทางตรงของการเผชิญปัญหาแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการเผชิญปัญหามีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานมีค่าเท่ากับ .461 แสดงว่าอิทธิพลทางตรงของการเผชิญปัญหามีขนาดอิทธิพลกลาง และเป็นอิทธิพลทางบวก เพราะฉะนั้นอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลรวมเท่ากับ .461

ผลจากการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้ แม่ที่มีรายได้ และการศึกษาดำเนินไปจะเกิดความเครียดสูง และลดการมีส่วนร่วมของแม่ลงได้ แม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนจากสามี จะทำให้แม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูกมาก อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อความเครียด และการเผชิญปัญหา และแม่ที่รายงานว่ามีความเครียดสูงจะให้การเผชิญปัญหาสูง โดยจะให้การ

เผชิญปัญหาทั้ง 3 รูปแบบ กล่าวคือ ใช้การจัดการกับปัญหาสูง การจัดการกับอารมณ์สูงมาก และการหลีกเลี่ยงปัญหาต่ำ ซึ่งความเครียดทางด้านร่างกายส่งผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของแม่มากกว่าความเครียดทางด้านจิตใจ และไม่ว่าแม่จะใช้การเผชิญปัญหารูปแบบใด แม่ก็จะเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูก โดยการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมมีผลต่อการเข้าร่วมในโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของแม่มากกว่าการมีความรู้ความเข้าใจ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.6 เมทริกซ์พารามิเตอร์ของตัวแปรแฝง E และ K

ตัวแปรเหตุ (IV)	BE/GA Direct Effect					Indirect Effect					Total Effect				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>SS</i>	<i>SC</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>SS</i>	<i>SC</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>SS</i>	<i>SC</i>
SES → INVOLVE	.167*	.081	2.067	.167	.167	.019	.015	1.287	.019	.019	.186*	.079	2.342	.186	.186
SUPPORT → INVOLVE	.211*	.100	2.105	.211	.211	-.022	.020	-1.087	-.022	-.022	.189*	.096	1.964	.189	.189
STRESS → INVOLVE	-.224**	.086	-2.622	-.224	-.224	.096**	.034	2.840	.096	.096	-.128	.084	-1.522	-.128	-.128
COPING → INVOLVE	.461***	.081	5.664	.461	.461	-	-	-	-	-	.461***	.081	5.664	.461	.461
SES → STRESS	-.146*	.072	-2.015	-.146	-.146	-	-	-	-	-	-.146*	.072	-2.015	-.146	-.146
SUPPORT → STRESS	.170	.095	1.781	.170	.170	-	-	-	-	-	.170	.095	1.781	.170	.170
STRESS → COPING	.208**	.065	3.216	.208	.208	-	-	-	-	-	.208**	.065	3.216	.208	.208

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.7 เมทริกซ์สหสัมพันธ์ตัวแปรแฝง

ตัวแปรแฝง	STRESS	COPING	INVOLVE	SES	SUPPORT
STRESS	1.000				
COPING	.208	1.000			
INVOLVE	-.117	.417	1.000		
SES	-.127	-.026	.206	1.000	
SUPPORT	.154	.032	.210	.109	1.000

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ความตรงของโมเดลหรือความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ที่การมีส่วนร่วมของแม่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และการเผชิญปัญหา ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากเศรษฐกิจผ่านความเครียด และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากความเครียดผ่านการเผชิญปัญหา โดยเศรษฐกิจในงานวิจัยนี้วัดจากคะแนนรวมข้อระดับการศึกษาและรายได้ การสนับสนุนทางสังคมในงานวิจัยนี้วัดจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ และสามี ความเครียดในงานวิจัยนี้วัดจากทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกาย และการเผชิญปัญหาในงานวิจัยนี้วัดจากการจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งผลการวิเคราะห์ความตรงของโมเดล พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับ ข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบ ค่าไค-สแควร์ (Chi-square) มีค่าเท่ากับ 29.21, $df = 20$, $p = .084$ มีค่า RMSEA เท่ากับ .037 ค่า RMR เท่ากับ .058 ค่า GFI เท่ากับ .986 และค่า AGFI เท่ากับ .945 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรการมีส่วนร่วมของแม่ได้ร้อยละ 30 โดยการมีส่วนร่วมของแม่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากเศรษฐกิจในทิศทางบวก การสนับสนุนทางสังคมในทิศทางบวก ความเครียดในทิศทางลบ และการเผชิญปัญหาในทิศทางบวก และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากเศรษฐกิจผ่านความเครียดในทิศทางลบ และความเครียดผ่านการเผชิญปัญหาในทิศทางบวก จากการวิจัยที่พบในการศึกษารั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ได้ดังนี้

1. เศรษฐกิจมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่โดยมีความเครียดเป็นตัวส่งผ่าน ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรเศรษฐกิจมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในทิศทางบวก โดยมีตัวแปรความเครียด ซึ่งมีทิศทางลบเป็นตัวส่งผ่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หมายความว่า สมมติฐานที่ผู้วิจัยทำนายไว้เป็นจริง โดยแม่ที่มีรายได้และการศึกษาต่ำมีแนวโน้มจะเกิดความเครียดสูง และลดการมีส่วนร่วมของแม่ลงได้ ในทางตรงกันข้าม แม่ที่มีรายได้และการศึกษาสูงจะเกิดความเครียดต่ำ และทำให้แม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูกมากขึ้น ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ฐานะทางเศรษฐกิจของพ่อแม่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการเลี้ยงดูลูก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เนื่องจากพ่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น บริการทางการแพทย์ การศึกษา สุขภาพกาย สุขภาพจิต และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพื่อใช้ในการดูแลลูก ครอบครัวที่มีฐานะทางการเงินที่ดีจะสามารถดูแลรักษาเด็กได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องพะวงกับค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูลูก สามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม (Pender อ้างถึงใน เฉลิม วงษ์จันทร์, 2539) อีกทั้งแม่ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ต่อลูกจากเครือข่ายทางสังคมได้มากกว่าแม่ที่มีรายได้ต่ำเนื่องจากไม่มีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีมีภาระในการดูแลเด็กในระดับน้อย ทำให้มีโอกาสในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่รู้สึกผ่อนคลายความเครียดทั้งสุขภาพทางกายและจิตใจ รวมถึงทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งส่งผลไปสู่การเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการเป็นพิเศษได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ครอบครัวที่มีฐานะยากจนหรือมีรายรับที่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ต้องกู้ยืมเงินจากบุคคลอื่นเพื่อมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลลูก เมื่อเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก็ส่งผลเสียต่อจิตใจของบุคคลในครอบครัว เช่น เกิดความเครียด อารมณ์ฉุนเฉียว ซึมเศร้า และการระเบิดพฤติกรรม (Elder et al., 1984; Elder, Nguyen, & Caspi, 1985 อ้างถึงใน Kotchick และ Forehand, 2002) ส่งผลกระทบไปถึงการทำหน้าที่ของพ่อแม่ และพัฒนาการของเด็ก กล่าวคือพ่อแม่ไม่นำลูกไปรับบริการการส่งเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม ทำให้พัฒนาการของลูกถดถอยลงอย่างไรก็ตาม พ่อแม่ผู้ปกครองในบางครอบครัวมีรายได้เพียงพอ ไม่เป็นหนี้สิน แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษสูงมาก ทำให้เกิดภาวะในการดูแลและความเครียด ซึ่งอาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมของเด็ก (นาฏยพรรณ ภิญญา, 2545) นอกจากนี้ จากการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี พ่อแม่ในบางครอบครัวอาจเห็นความสำคัญของการทำมาหากินมากกว่าพัฒนาการของลูก ทำให้พ่อแม่ทุ่มเทเวลากับการทำงานและไม่สนใจที่จะนำลูกไปเข้ารับบริการการส่งเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม ซึ่งผลที่ได้จากงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ มากมาย (Brown & Rodger, 2009; Olsen et al., 1991; Smith, et al., 2001; Lowitzer, 1989; Gavidia-Payne & Stoneman, 1997; ทวีทรัพย์ แปลงศรี, 2541; ฐิติชฎานันท์ สมดุลยวาทย์, 2551; นาฏยพรรณ ภิญญา, 2545; รสลิน เขียมยิ่งพานิช, 2539; อรทัย ทองเพชร, 2545, รุ่งฤดี วงศ์ชุม, 2539' นฤมล ขวัญศิริ, 2541)

ระดับการศึกษาของแม่ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการนำลูกเข้ารับบริการในโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถของตนเอง มีทัศนคติและปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการ

พึ่งพา ซึ่งในที่นี้ได้แก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ นอกจากนี้บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะพยายาม ขวนขวายหาความรู้และข้อมูลข่าวสารในด้านต่าง ๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้มีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า (Orem, 2001 อ้างถึงใน กนิษฐา ถนัดกิจ, 2545) อีกทั้งบุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่ายังสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า มีการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มบุคคลอื่น ๆ เช่น กลุ่มพ่อแม่ โรงเรียน หรือนักวิชาการ อย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดการพูดคุย แลกเปลี่ยน ประสานงาน ซึ่งลดความเครียด อารมณ์ซึมเศร้า ของพ่อแม่ลงได้ (Sank et al., 2003) ในทางตรงกันข้าม พ่อแม่ที่มีการศึกษาน้อยกว่าจะมีข้อจำกัดในการเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและขาดทักษะในการแสวงหาข้อมูล รวมทั้งขาดการ ปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลที่เป็นประโยชน์กับตน กล่าวคือพ่อแม่ไม่เข้าใจว่าโปรแกรมการสร้างเสริม พัฒนาการระยะแรกเริ่มจะเป็นประโยชน์แก่ลูกของตนจริง ๆ และไม่มีการค้นหาข้อมูลเพื่อให้ได้มา ซึ่งข้อเท็จจริง อีกทั้งไม่มีผู้ที่คอยแนะนำข้อมูลและข่าวสารที่เป็นประโยชน์ให้แก่ตน นอกจากนี้ พ่อ แม่ที่มีการศึกษาต่ำอาจไปรับการรักษากับบุคคลที่ไม่ได้เป็นนักวิชาการทางการแพทย์อย่างแท้จริง โดยพาลูกไปรับการรักษาตามความเชื่อและการแสวงหาความช่วยเหลือในรูปแบบอื่น ๆ เพื่อ ก่อให้เกิดความสับสนใจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว การรักษาเช่นนี้กลับทำให้พ่อแม่เกิดความรู้สึก เครียดและอารมณ์ซึมเศร้าสูงขึ้นกว่าเดิม เพราะเมื่อไปรักษาตามความเชื่อของตนแล้ว พัฒนาการ ของลูกกลับถดถอย ซึ่งอาจทำให้พ่อแม่ท้อแท้ใจ และส่งผลเสียต่อการเข้าร่วมในโปรแกรมการสร้าง เสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูกได้ ซึ่งผลที่ได้จากงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยมากมาย (Holditch-Davis et al., 2007; Lowitzer, 1989; Gavidia-Payne & Stoneman, 1997; ทวีทรัพย์ แปลงศรี, 2541; รุ่งฤดี วงศ์ชุม, 2539; นาฎยพรรณ ภิญโญ, 2545; นฤมล ขวัญศิริ, 2541)

2. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของแม่โดยมีความเครียด และการเผชิญปัญหาเป็นตัวส่งผ่าน

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วม ของแม่ในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หมายความว่า สมมติฐานที่ผู้วิจัย ทำนายไว้เป็นจริง โดยแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้แม่มีส่วนร่วมในโปรแกรม ของลูกมาก ในทางตรงกันข้าม แม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะทำให้แม่มีส่วนร่วมใน โปรแกรมของลูกน้อยตามกัน เนื่องจากเมื่อแม่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ คำแนะนำ คำปรึกษา ความช่วยเหลือ และความสะดวกในด้านต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้างแล้ว จะทำให้แม่เกิดกำลังใจ มี พลัง และความพยายามที่จะปรับตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเมื่อแม่มีอารมณ์ที่มั่นคง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแล้ว แม่ก็พร้อมที่จะตอบสนอง ดูแล และให้ความรักความใส่ใจต่อลูกได้ อย่างดีต่อไป ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยมากมาย (Lowitzer, 1989; Gavidia-Payne &

Stoneman, 1997; สฐิติชญาณ์ สมดุลยาวาทย, 2551; วนาลักษณ์ เมืองมลณีรัตน์, 2547) ในทางตรงข้าม หากแม่ขาดการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมจะทำให้แม่เกิดความไม่เชื่อมั่น ขาดกำลังใจ ขาดเพื่อนผู้เห็นอกเห็นใจ รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ซึ่งส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และการกระทำของตน รวมไปถึงไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือที่ Kaplan และคณะ (1977) เรียกว่า โรคสังคมแตกแยก ซึ่งนำไปสู่การทำหน้าที่ของแม่บกพร่องตามไปด้วย ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงการที่แม่ไม่สามารถรับผิดชอบต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูกได้

ผลการวิจัยพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.88 (274 คน) มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ร่วมกัน จะทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีความผูกพันใกล้ชิด และมีความรักซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจและเวลา (จุภา ภูไพบูลย์, 2541) อีกทั้งยังเห็นถึงบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของคู่สมรสหรือสามี (พ่อ) ที่มีต่อกลุ่มตัวอย่าง (แม่) เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่ออารมณ์ จิตใจ ตลอดจนการทำหน้าที่ของแม่เมื่อแม่ท้อแท้หรือหมดกำลังใจ พ่อมอบความรักความผูกพัน ให้กำลังใจ ความมั่นคงทางจิตใจ สนับสนุน และเป็นທີ່ปรึกษาได้ดีที่สุด การที่มีลูกเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษทำให้พ่อแม่มีปฏิสัมพันธ์กันมาก เพราะต้องพูดคุยปรึกษาหารือและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้แม่มีกำลังใจ รับรู้ถึงความเอาใจใส่และความรักใคร่ผูกพันของพ่อ สามารถเผชิญปัญหา และทำหน้าที่ของแม่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการรวมพลังของครอบครัว การเข้าไปมีส่วนร่วมของแม่จะเกิดอุปสรรคอย่างมากหากไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากพ่อ เพราะทั้งพ่อและแม่เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่สุดต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของลูก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวลูก และไวต่อการตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของลูกที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษเป็นอย่างดี (Morlow & Redding, 1988 อ้างถึงใน สมปราวณา ทราชมุข, 2545) นอกจากนี้ พ่อแม่มักเป็นผู้ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มที่มีลูกที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งจะทำให้ครอบครัวเกิดกำลังใจ ไม่รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว และมีกำลังใจในการเผชิญปัญหาต่อไป ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยมากมาย (บุษกร อินทวิชัย, 2539; ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541; สุไปรมาลีลามณี, 2543; นารีนลักษณ์ มงคลศิริกุล, 2546; วนาลักษณ์ เมืองมลณีรัตน์, 2547; ประภาศรี พุ่มมีผล, 2548; ปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข, 2550) ในขณะที่ระดับการช่วยเหลือจากกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการไม่แตกต่างกันมากนัก โดยทั้งสองกลุ่มต่างก็เป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อแม่ เนื่องจากว่าสังคมไทย

เป็นสิ่งคมที่เอื้อเพื่อเอื้อแม่ ถ้อยที่ถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลเกิดปัญหาก็จะได้รับความเห็นใจและความช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลที่รู้จัก เช่น พ่อแม่ ญาติ เพื่อน พ่อแม่ของเด็กอื่น ๆ ที่เจอในศูนย์ฯ บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นต้น ทำให้แม่รู้สึกว่ามีคุณค่า ได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล, 2546) ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการคิด การปฏิบัติ การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และการปรับตัวของแม่ในการดูแลลูก (Weiss, 1974)

อย่างไรก็ตาม ในงานวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรความเครียดในทิศทางบวก อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า เส้นทางดังกล่าวไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยทำนายไว้ โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้ว่า แม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเกิดความเครียดต่ำลง จะทำให้แม่ใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ และมีแนวโน้มว่าจะมีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูกมากกว่าแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า ในทางตรงกันข้าม หากแม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะทำให้แม่ใช้การหลีกเลี่ยงปัญหา และเข้าร่วมโปรแกรมของลูกน้อยกว่าแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า แต่เส้นทางอิทธิพลจากโมเดลไม่ได้เป็นเช่นนั้น โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อความเครียดและการเผชิญปัญหา สาเหตุที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อความเครียดและการเผชิญปัญหาอาจเป็นเพราะปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยประกอบกัน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีอายุเฉลี่ย 34 ปี 5 เดือน ซึ่งถือได้ว่ากำลังจะย่างเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนกลาง (35-55 ปี) เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะค่อนข้างมาก มีประสบการณ์ชีวิตที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ และความเครียดได้เป็นอย่างดี รวมทั้งยังมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ต่อลูก อีกทั้งบุคคลในวัยนี้มีความสามารถในการแสวงหาและสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) เนื่องจากบุคคลในวัยนี้เป็นวัยที่ขนาดทางสังคมขยายสูงสุด ทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างกว้างขวาง (Norbeck et al., 1981) ซึ่งผลจากงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานวิจัย (ศศิธร แก้วนพรัตน์, 2541; นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล, 2546; วนาลักษณ์ เมืองมดมนิรัตน์, 2547; ประภาศรี ทุงมีผล, 2548) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง

นอกจากนี้ ระยะเวลาเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างพาลูกเข้ามาใช้บริการในโปรแกรม คือ ประมาณ 1 ปี 5 เดือน ด้วยระยะเวลาดังกล่าวทำให้แม่สามารถปรับตัวต่อสู้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีความเข้มแข็งขึ้นพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาและความท้าทายต่าง ๆ เกี่ยวกับลูกได้แล้ว และเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้รับรู้ถึงการช่วยเหลือและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากเครือข่ายทางสังคมอย่างเข้มแข็งและเพียงพอ ซึ่งทำให้แม่รู้สึกพอใจกับการช่วยเหลือของบุคคลที่อยู่ใน

เครือข่ายของตน และทำให้แม่เกิดสุขภาวะทางจิตใจที่ดี (Stoneman, 1997 อ้างถึงใน Schoolcraft, 2007) ถึงแม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นทางเลือกหนึ่งที่ทำให้บุคคลได้รับผลกระทบจากความเครียดน้อยลง แต่ก็มีทางเลือกหรือวิธีการอีกมากมายที่แม่สามารถใช้เผชิญกับความเครียด ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่ดีและทำให้เกิดสุขภาวะที่ดี โดยวิธีการเผชิญกับความเครียดแบ่งออกเป็น 2 ข้อ (Dewey, 2007; บุญยัง วิษณุหมหิมาชัย, 2544 อ้างถึงใน จารุวรรณ หาดหมั่นต์, 2552; เจริญศรี วิสุทธิเนตรสกุล, 2553) ได้แก่

1. การใช้วิธีการทางการรู้คิด (Cognitive Coping Strategies) เช่น การหันเหความสนใจ พยายามมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อย การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา การยอมรับปัญหา การพึ่งศาสนา การฝึกให้เป็นคนอารมณ์ดีและมีอารมณ์ขัน การฝึกให้เป็นคนมองโลกในแง่ดี และไม่ท้อถอยเมื่อชีวิตมีปัญหาและอุปสรรค เป็นต้น

2. การใช้วิธีทางกายในการเผชิญกับความเครียด (Psychological Coping Strategies) เช่น การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การทำสมาธิ การทำใจให้สงบ การมอบความรักให้กันและกัน การออกกำลังกาย การท่องเที่ยว การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การเล่นพนัน เป็นต้น

ดังนั้นแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงไม่ได้มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดลดน้อยลง หรือแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยไม่จำเป็นว่าจะทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลจากการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Christopher และคณะ (2000) ที่ทำการศึกษากับแม่วัยรุ่นที่มีลูกอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยตั้งสมมติฐานไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียดได้ และส่งผลด้านบวกต่อพฤติกรรมความรู้สึกใคร่ที่มีต่อลูก ซึ่งผลที่ได้จากงานวิจัยคือ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความเครียด และคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Pearson และ Tim (1993) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมของแม่ที่มีลูกเป็นเด็กที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ (Learning Disability) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความเครียด

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความเครียดทางด้านร่างกายส่งผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของแม่มากกว่าความเครียดทางด้านจิตใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความเครียดของ Hans Selye ที่กล่าวว่าเมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากต้นเหตุของความเครียดต่าง ๆ ร่างกายจะตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดนั้น ซึ่ง Selye เรียกปฏิกริยานี้ว่า General Adaptation Syndrome (GAS) ประกอบด้วย 3 ระยะ (Selye, 1965 อ้างถึงใน อัมพร ไชตระกูล, 2540; เกียรติภูมิ วงศ์รจิต และ พิทักษ์ผล บุญยมาลิก, 2550) ได้แก่

1. ภาวะเตือน (Alarm Reaction) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในระยะแรก ปฏิกิริยาในระยะนี้มีสองแบบ คือ สูหรือหนี อาการที่แสดงออกนั้นเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic เช่น อัตราการเต้นของหัวใจจะแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีการคลื่นไสหรืออาเจียน ม่านตาขยาย เหงื่อออกมากผิดปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย

2. ภาวะต่อต้าน (Stage of Resistance) สิ่งมีชีวิตจะปรับตัวอย่างเต็มที่ต่อตัวกระตุ้นที่เกิดความเครียดและผลที่ตามมา คือ และทำให้สภาพทั่วไปดีขึ้น อาการต่าง ๆ จะดีขึ้นหรือหายไป แต่ถ้าสิ่งมีชีวิตนั้นยังได้รับการกระตุ้นจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดอยู่ สิ่งมีชีวิตนั้นจะสูญเสียการปรับตัวอีก และเข้าสู่ระยะที่ 3 คือ ภาวะหมดกำลัง

3. ภาวะหมดกำลัง (Stage of Exhaustion) เนื่องจากความสามารถในการปรับตัวของสิ่งมีชีวิตต้องมีจุดจบ ถ้าตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดรุนแรงและไม่สามารถจะขจัดออกไปได้ สิ่งมีชีวิตนั้นจะเกิดอาการหมดกำลัง และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรือระดับประคองจากร่างกายนอกร่างกาย กลไกการปรับตัวจะล้มเหลว เกิดโรค และอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด



ภาพที่ 4.1 General Adaptation Syndrome (GAS) ตามแนวความคิดของ Selye
ที่มา : (Stress -An Overview, 2003)

นอกจากความเครียดทั่วไปที่ต้องประสบแล้ว แม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษต้องเผชิญกับปัญหาและความท้าทายมากมาย ซึ่งทำให้ร่างกายสูญเสียความสมดุลและทำให้เกิดสภาวะที่ส่งผลเสียต่อทั้งร่างกายและจิตใจ หากพิจารณาตามทฤษฎี GAS ของ Selye แล้ว จะพบว่าร่างกายจะถูกกระตุ้นให้อยู่ในระยะที่หนึ่งและสองตลอดเวลา ส่วนระยะที่สามขึ้นอยู่กับปัจจัยของแต่ละบุคคลว่าสามารถทนทานกับเหตุการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอได้ยาวนานเพียงใด

(เพ็ญประภา ปริญาพล, 2552) ดังนั้นด้วยเหตุผลนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่าเพราะเหตุใด ความเครียดทางด้านร่างกายจึงส่งผลต่อมากกว่าทางด้านจิตใจ

ผลของงานวิจัยนี้ยังพบอีกว่า ตัวแปรความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมของ แม่ในทิศทางลบ โดยมีตัวแปรการเผชิญปัญหา ซึ่งมีทิศทางบวกเป็นตัวส่งผ่าน อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ หมายความว่าสมมติฐานที่ผู้วิจัยทำนายไว้เป็นจริง โดยแม่ที่มีความเครียดสูงจะทำการเผชิญปัญหาสูง และเมื่อแม่เผชิญปัญหาแล้ว แม่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูก อย่างไรก็ตาม เส้นทางการอิทธิพลจากตัวแปรความเครียดไปการเผชิญปัญหาแต่ละตัว และจากการเผชิญ ปัญหาแต่ละตัวไปตัวแปรการมีส่วนร่วมของแม่ไม่เป็นจริงตามสมมติฐานที่วางไว้ โดยผู้วิจัย ตั้งสมมติฐานว่า แม่ที่มีความเครียดสูงจะมีความกระตือรือร้นน้อยกว่า และใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา ทำให้แม่มีส่วนร่วมกับโปรแกรมลดลง ในทางตรงกันข้าม แม่ที่มีความเครียดต่ำจะ ใช้การจัดการกับปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ และทำให้แม่เข้าไปมีส่วนร่วมกับโปรแกรมของลูก มาก แต่เส้นทางการอิทธิพลจากโมเดลไม่ได้เป็นเช่นนั้น โดยพบว่า แม่ที่มีความเครียดสูงจะทำการเผชิญปัญหาทั้ง 3 รูปแบบ โดยใช้การจัดการกับปัญหาสูง ($b = .735$) การจัดการกับอารมณ์สูง มาก ($b = .958$) และการหลีกเลี่ยงปัญหาต่ำ ($b = .260$) และไม่ว่าแม่จะทำการเผชิญปัญหารูปแบบ ใด แม่ก็จะเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูก ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

เมื่อบุคคลเกิดความเครียด บุคคลจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดด้วยวิธีการ ต่าง ๆ เพื่อลดความเครียด และทำให้สุขภาพทางร่างกายและจิตใจเกิดภาวะสมดุลย์ ในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้แก่ แม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษต้องเผชิญกับความเครียด ปัญหา และ ความท้าทายมากมายทุกวัน แม่จึงเกิดความเครียดสูง เมื่อแม่เกิดความเครียดสูง แม่จึงต้องใช้ วิธีการเพื่อจะรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นมากเช่นเดียวกัน โดยแม่ในงานวิจัยนี้ใช้การเผชิญปัญหาใน ทุกรูปแบบเพื่อจัดการกับปัญหา โดยปกติแล้ว เมื่อบุคคลส่วนใหญ่เกิดปัญหา พวกเขาจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่หลากหลายรับมือกับความเครียดหรือปัญหา เช่น บุคคลอาจจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาร่วมกับแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเมื่อต้องเผชิญกับ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ดังนั้นการที่แม่รายงานว่าใช้การเผชิญปัญหาแบบหลากหลาย จึงทำให้เกิดการจัดการกับปัญหาได้อย่างประสิทธิผลมากที่สุด เพราะในบางครั้งการใช้การเผชิญ ปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาหรือแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในทางที่ดีเสมอไป (Ingram & Pottie, 2008) อย่างไรก็ตาม การใช้การเผชิญปัญหาทางบวกจัดเป็นวิธีการที่ทำให้แม่เกิดการปรับตัวและผ่อนคลายกับความเครียดได้มากที่สุด ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่พ่อแม่ได้ดีที่สุดเช่นกัน ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานที่กล่าว ว่า เมื่อแม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษเกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูลูก พวกเขาจะใช้วิธีการ

เผชิญปัญหาที่หลากหลาย (Barbarin & Chester, 1986; Kupst & Schulman, 1988 อ้างถึงใน Noojin & Wallander, 1997; Hastings et al., 2005)

นอกจากนี้ แม่ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษส่วนใหญ่ใช้การเผชิญปัญหาในทางบวก เมื่อแม่ได้เผชิญกับปัญหาและความเครียดมาส์ระยะเวลาหนึ่งแล้ว แม่จะสามารถจัดการกับอารมณ์ตนเอง ปรับตัว และยอมรับความจริงได้ จากนั้นแม่จะเกิดความรู้สึกความปรารถนาดีต่อลูก และกลับมาทำหน้าที่ของความเป็นแม่ที่ดี โดยการส่งเสริมและสนับสนุนพัฒนาการของลูกให้เป็นไปตามศักยภาพมากที่สุดเท่าที่ลูกจะสามารถทำได้ รวมถึงการได้รับกำลังใจ คำแนะนำ และคำปรึกษาจากบุคคลรอบข้างจะทำให้แม่มีพลังในการเลี้ยงดูลูกที่มีความต้องการพิเศษเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การที่แม่ใช้การเผชิญปัญหาในทางบวกมากกว่าในทางลบอาจเป็นเพราะว่า แม่พยายามที่จะควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ของตนต่อความเครียด ดังนั้นแม่จึงพยายามที่จะแสดงออกในด้านบวกมากกว่าด้านลบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริณี มหามาตย์ (2546) ที่พบว่าแม่ของเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ไม่ใช้การหลีกเลี่ยงปัญหา และงานวิจัยของสุขศรี เลิศอารมย์ (2544) ที่พบว่าพ่อแม่ที่นำบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบจัดการกับปัญหาโดยตรง และแบบจัดการกับอารมณ์หรือความรู้สึกควบคู่กันไป โดยใช้วิธีการจัดการกับปัญหาโดยตรง ร้อยละ 99 และใช้การจัดการกับอารมณ์หรือความรู้สึก ร้อยละ 1

อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์สูงกว่าการจัดการกับปัญหา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การมีลูกที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษเป็นปัญหาเรื้อรังของครอบครัว โดยเฉพาะเป็นปัญหากับแม่ เพราะแม่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับลูกมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเอาใจใส่ลูกในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นการที่แม่ใช้การจัดการกับปัญหาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นยุติลงได้ เพราะความบกพร่องในตัวเด็กไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่พวกเขาสามารถมีพัฒนาการที่ดีขึ้นหากพ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมของเด็ก ดังนั้นการใช้การจัดการกับอารมณ์จึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับแม่ในงานวิจัยนี้ เพราะการใช้การจัดการแบบอารมณ์ส่งผลดีในระยะยาวต่อสุขภาพกายและจิตใจของแม่ ช่วยให้แม่ได้แสดงออกหรือระบายความรู้สึกที่เป็นทุกข์หรือไม่สบายใจต่าง ๆ ทำให้เกิดกำลังใจ ลดความกังวลใจ และมีความสุขกับการดำเนินชีวิตประจำวันได้มากขึ้น

และจากการอภิปรายข้างต้นยังช่วยสนับสนุนผลการวิเคราะห์ที่ออกมาว่า การเผชิญปัญหาทุกรูปแบบ (การจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงปัญหา) มีผลต่อ

การมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมของลูก โดยเน้นในส่วนของกรหลีกเลี่ยงปัญหาว่า มีผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในระยะแรกๆ เท่านั้น กล่าวคือเมื่อแม่ได้รับรู้ว่าลูกเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ปฏิกริยาแรกที่แม่จะตอบสนอง คือ ตกใจและปฏิเสธความจริง จากนั้นแม่จะโกรธทุกคน ทุกสิ่งทุกอย่าง และเริ่มรู้สึกผิดที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ลูกเกิดมาเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รวมทั้งเกิดความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ แต่หลังจากนั้นแม่จะเริ่มเข้าใจในอาการของลูก รวมทั้งใช้ความพยายามอย่างมากที่จะนำอัตมโนทัศน์ของตนเองกลับคืนมา และเมื่อแม่มีสติ แม่ก็จะยอมรับความจริงได้ในที่สุด จากนั้นความปรารถนาที่จะให้ลูกมีพัฒนาการที่ดีขึ้นก็เริ่มตามมา จึงพยายามทำหน้าที่ของความเป็นแม่ที่ดี โดยการนำลูกไปรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เสาะหากำลังใจจากสามีและบุคคลรอบข้าง และนำลูกเข้ารับบริการในโปรแกรมการสร้างเสริมระยะแรกเริ่มของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chao และ Chiang (2003) ที่ทำการสังเกตและสัมภาษณ์แม่ที่ลูกเป็นโรคสะโพกเสื่อม และต้องเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล และจากขั้นตอนที่ได้กล่าวไปข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าแม่จะใช้การหลีกเลี่ยงปัญหา แต่แม่ก็ยังนำลูกเข้ามาใช้บริการในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

ผลจากการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้ แม่ที่มีรายได้และการศึกษาดำเนินแนวโน้มจะเกิดความเครียดสูง และลดการมีส่วนร่วมของแม่ลงได้ แม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนจากสามี จะทำให้แม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูกมาก อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อความเครียดและการเผชิญปัญหา และแม่ที่รายงานว่ามีความเครียดสูงจะใช้การเผชิญปัญหาสูง โดยจะใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 รูปแบบ กล่าวคือ ใช้การจัดการกับปัญหาสูง การจัดการกับอารมณ์สูงมาก และการหลีกเลี่ยงปัญหาต่ำ ซึ่งความเครียดทางด้านร่างกายส่งผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของแม่มากกว่าความเครียดทางด้านจิตใจ และไม่ว่าแม่จะใช้การเผชิญปัญหารูปแบบใด แม่ก็จะเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูก โดยการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมมีผลต่อการเข้าร่วมในโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของแม่มากกว่าการมีความรู้ความเข้าใจ

เมื่อนำผลที่ได้จากงานวิจัยนี้เปรียบเทียบกับงานวิจัยต้นแบบ ซึ่งได้แก่งานวิจัย Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities (1997) ของ Gavidia-Payne และ Stoneman พบความเหมือนและความแตกต่างดังต่อไปนี้

ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้เหมือนกับงานวิจัยต้นแบบ 2-3 แห่ง ได้แก่

1. แม่ที่มีรายได้อาจได้และการศึกษาสูงจะเกิดความเครียดในระดับต่ำ ในขณะที่แม่ที่มีรายได้อาจได้และการศึกษาดำเนินแนวโน้มว่าจะมีระดับความเครียดสูง
 2. แม่ที่มีรายได้อาจได้และการศึกษาสูงมีแนวโน้มว่าจะเข้าร่วมโปรแกรมของลูกมาก ในทางตรงกันข้าม แม่ที่มีรายได้อาจได้และการศึกษาดำเนินแนวโน้มว่าจะเข้าร่วมในโปรแกรมของลูกน้อย
 3. แม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้แม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูกมาก ส่วนแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะทำให้แม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูกน้อยตามกัน
- ผลลัพธ์ที่เหมือนกันนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีระดับเศรษฐกิจระดับค่อนข้างคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ อายุเฉลี่ยของแม่ในงานวิจัยต้นแบบ คือ 32.7 ปี ส่วนงานวิจัยนี้เท่ากับ 34.5 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในงานวิจัยต้นแบบ คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนงานวิจัยนี้ คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ปวช.) และปริญญาตรี จำนวนบุตรเฉลี่ยของงานวิจัยต้นแบบ เท่ากับ 2.24 คน ส่วนงานวิจัยนี้เท่ากับ 2 คน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของงานวิจัยต้นแบบ คือ 2,000 ดอลลาร์ ส่วนงานวิจัยนี้ คือ 24,999 บาท ซึ่งระดับเศรษฐกิจของแม่ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ทำให้แม่สามารถดูแลเอาใจใส่ลูกได้อย่างเต็มที่และเหมาะสม รวมถึงทำให้แม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงดูลูก อีกทั้งสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีและสม่ำเสมอกับบุคคลรอบข้าง ซึ่งส่งผลให้แม่เข้าร่วมในโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูก

สำหรับผลลัพธ์ที่แตกต่างกันมีดังต่อไปนี้

1. งานวิจัยนี้มีเส้นทางอิทธิพลทางตรงจากการสนับสนุนไปความเครียด ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือ แม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงไม่จำเป็นว่าจะทำให้ความเครียดลดลง หรือแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยไม่ได้มีแนวโน้มว่าจะทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่วนงานวิจัยต้นแบบไม่มีเส้นทางอิทธิพลดังกล่าวตามที่เสนอไว้ในกรอบงานวิจัย
2. ผลที่ได้จากเส้นทางอิทธิพลทางตรงจากความเครียดไปสู่การมีส่วนร่วมของแม่ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ แม่ที่มีความเครียดในระดับต่ำมีแนวโน้มว่าจะเข้าร่วมในโปรแกรมของลูกมาก ส่วนแม่ที่มีความเครียดสูงจะไม่ค่อยเข้าร่วมในโปรแกรมของลูก ส่วนงานวิจัยต้นแบบไม่มีเส้นทางอิทธิพลดังกล่าวตามที่เสนอไว้ในกรอบงานวิจัย
3. ในงานวิจัยต้นแบบ ผลที่ได้จากเส้นทางอิทธิพลจากความเครียดไปสู่การมีส่วนร่วมของแม่ โดยมีการเผชิญปัญหาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ได้แก่ แม่ที่มีความเครียดต่ำ มีแนวโน้มจะใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่หลากหลายมากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาทำให้แม่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูกมากกว่า แม่ที่มีความเครียดสูง และใช้วิธีการจัดการกับปัญหาที่หลากหลายน้อยกว่า ส่วนผลที่ได้จากวิจัยนี้

เป็นไปในทางตรงข้าม กล่าวคือ แม่ที่มีความเครียดสูงจะใช้เวลาเผชิญปัญหาหลากหลาย โดยใช้การจัดการกับปัญหาสูง การจัดการกับอารมณ์สูงมาก และการหลีกเลี่ยงปัญหาต่ำ และไม่ว่าแม่จะใช้เวลาเผชิญปัญหารูปแบบใด แม่ก็จะเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูก

4. ในโมเดลต้นแบบมีเส้นทางอิทธิพลทางตรงจากความวุ่นวายในการทำงานไปสู่ความเครียด ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ คือ แม่ที่มีความวุ่นวายในการทำงานน้อยจะทำให้แม่มีความเครียดน้อย แต่ถ้าแม่มีความวุ่นวายในการทำงานมาก แม่ก็จะมีความเครียดมากตามกัน ซึ่งงานวิจัยนี้ไม่มีเส้นทางอิทธิพลดังกล่าว

5. งานวิจัยต้นแบบมีเส้นทางจากการสนับสนุนไปการเผชิญปัญหา โดยมีตัวแปรการทำหน้าที่ในครอบครัวเป็นตัวส่งผ่าน ซึ่งผลที่ได้ ได้แก่ แม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเข้มแข็งจะใช้เวลาเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับปัญหา และแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้แม่ทำหน้าที่ในครอบครัวได้ดี ซึ่งทำให้แม่ใช้เวลาเผชิญปัญหาที่หลากหลาย โดยงานวิจัยนี้ไม่มีเส้นทางอิทธิพลดังกล่าว

6. งานวิจัยต้นแบบมีเส้นทางจากการสนับสนุนไปการเผชิญปัญหา ซึ่งผลที่ได้ คือ แม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเข้มแข็งจะใช้เวลาเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับปัญหา ส่วนงานวิจัยนี้ไม่มีเส้นทางอิทธิพลดังกล่าว

7. ในโมเดลต้นแบบมีเส้นทางจากการสนับสนุนไปการเผชิญปัญหา โดยมีตัวแปรการทำหน้าที่ในครอบครัวและความเครียดเป็นตัวส่งผ่าน โดยแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้แม่ทำหน้าที่ในครอบครัวได้ดี ทำให้แม่เกิดความเครียดในระดับต่ำ และใช้เวลาเผชิญปัญหาที่หลากหลายมากกว่าแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ส่วนงานวิจัยนี้ไม่มีเส้นทางอิทธิพลดังกล่าว

ความแตกต่างของโมเดลที่ได้จากงานวิจัยนี้และงานวิจัยต้นแบบเกิดขึ้นเพราะปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ งานวิจัยนี้ได้สกัดตัวแปรบางตัวจากโมเดลต้นแบบออกไป ซึ่งได้แก่ ตัวแปรความวุ่นวายในการทำงาน และตัวแปรทำหน้าที่ในครอบครัว จึงทำให้ไม่มีเส้นทางของอิทธิพลจากตัวแปรดังกล่าวในงานวิจัยนี้ นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะปัจจัยที่มาจากแม่ในวัฒนธรรมทั้งสองแห่งมีความแตกต่างกัน เช่น บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัยส่วนตัว ความคิด ความเชื่อ การได้รับอบรมเลี้ยงดู สภาพทางสังคม ฯลฯ หรือ อาจเป็นเพราะปัจจัยที่มาจากลูก เช่น เพศ ปัญหาพัฒนาการ พื้นฐานทางอารมณ์ของลูก ฯลฯ จึงส่งผลให้โมเดลทั้งสองโมเดลมีความแตกต่างกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรง (Validation) ของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี ที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และศึกษารูปแบบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

สมมติฐานของการวิจัย

1. โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยมีความตรงกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. แม่ที่มีรายได้และการศึกษาต่ำมีแนวโน้มจะเกิดความเครียดสูง และลดการมีส่วนร่วมของแม่ลงได้ แม่ที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีความเครียดต่ำ และใช้วิธีการจัดการกับปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์ และทำให้เข้าไปมีส่วนร่วมมากกว่าแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ส่วนแม่ที่มีความเครียดสูงจะมีความกระตือรือร้นน้อยกว่า และไม่คอยใช้วิธีการจัดการกับปัญหา ทำให้แม่มีส่วนร่วมกับโปรแกรมของลูกน้อยลง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. เศรษฐฐานะของครอบครัว ได้แก่
 - 1.1 รายได้
 - 1.2 ระดับการศึกษา

2. การสนับสนุนทางสังคม
 - 2.1 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ
 - 2.2 กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ
 - 2.3 สามี
3. ความเครียด
 - 3.1 ทางด้านร่างกาย
 - 3.2 ทางด้านจิตใจ
4. การเผชิญปัญหา
 - 4.1 การจัดการกับปัญหา
 - 4.2 การจัดการกับอารมณ์
 - 4.3 การหลีกเลี่ยงปัญหา

ตัวแปรตาม ได้แก่ การมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการ
ระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ แม่ที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโปรแกรมการให้บริการ
ช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
และเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการ
การสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัดจำนวน 343 คน โดย
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามแนวคิดของ Hair และคณะ (2010) โดยใช้เกณฑ์ในการ
พิจารณา คือ ใช้ผู้ตอบ 10-20 คน ต่อพารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่า 1 ตัว ดังนั้น ในโมเดลการวิจัย
นี้มีพารามิเตอร์ที่ต้องประมาณค่าทั้งสิ้น 34 ตัว โดยในที่นี้ผู้วิจัยใช้อัตราส่วน 1 ต่อ 10

2. แม่เป็นผู้นำลูกเข้ามาใช้บริการในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
3. แม่ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
4. แม่สามารถอ่านหรือฟังภาษาไทยได้และเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วย 6 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบวัดระดับความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) พัฒนาจากแบบวัดของสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิตและคณะ (2544)
3. แบบวัดระดับความเครียด Web. MD พัฒนาจากแบบวัดของสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิตและคณะ (2544)
4. แบบวัดการเผชิญปัญหาของมารดา พัฒนาจากแบบวัด Coping Orientations to Problems Experienced (COPE) ของ Carver, Scheier, และ Weintraub (1989)
5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากแบบวัด Family Support Scale (FSS) ของ Dunst, Jenkins, และ Trivette (1988)
6. แบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่ในเกี่ยวกับการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ พัฒนาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ของ Lowitzer (1989)

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการทำวิจัยจากคณะบดี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด
3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามข้อกำหนดของสถาบันต่าง ๆ ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือศูนย์ให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาให้คะแนน และวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows และโปรแกรม ลิสเรล โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

2. วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ 12 ตัว คือ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ คู่สมรส ความเครียดทางด้านจิตใจ ความเครียดทางด้านร่างกาย การจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ การหลีกเลี่ยงปัญหา การมีความรู้ความเข้าใจของแม่ การให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมของแม่ โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

3. วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของโมเดลการวัดการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เศรษฐฐานะ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด การเผชิญปัญหา และการมีส่วนร่วมของแม่ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรมลิสเรล

4. ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ อายุ 0-6 ปี ตามทฤษฎี กับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยใช้โปรแกรมลิสเรล ประมาณค่าพารามิเตอร์โดยวิธีไลค์ลิฮูดสูงสุด (Maximum likelihood estimation)

โมเดลที่ใช้วิเคราะห์ คือ โมเดลตามกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ คือ ค่าสถิติ chi-square ดัชนี GFI (Goodness of fit index) ดัชนี AGFI (Adjusted goodness of fit index) ทั้งก่อนปรับและหลังปรับโมเดล โมเดลแสดงอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุตามทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับมารดา และข้อมูลเกี่ยวกับบุตร

1.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาจำนวน 343 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 34 ปี 5 เดือน ($SD = 6.99$) และอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31 ปี ถึง 40 ปี มากที่สุด การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา หรือ ปวช. และปริญญาตรี รองลงมาคือระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุด ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูกมากกว่าครอบครัวขยายที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และญาติพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และมีบุตรจำนวน 2 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ได้แก่ 29,819.20 บาท ($SD = 35458.98$) โดยมีรายได้อยู่ในช่วง 10,000 บาท ถึง 24,999 บาท มากที่สุด

1.1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุตรจำนวน 343 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.5 เดือน ($SD = 17.49$) หรือ 3 ปี 11 เดือน ($SD = 1.46$) เด็กเข้ารับบริการในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม เนื่องจากปัญหาทางพัฒนาการ 16 ปัญหา โดยปัญหาทางพัฒนาการ 3 ปัญหาแรกที่พบมากที่สุด ได้แก่ พัฒนาการช้า บกพร่องทางการพูดและภาษา และออทิสติกตามลำดับ สถานที่ที่เด็กเข้ารับบริการโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มมีทั้งหมด 62 แห่ง

1.2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด การเผชิญปัญหา การมีส่วนร่วมของแม่ จากค่าเฉลี่ยของตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 12 ตัว พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ 11.44 ($SD = 4.28$) รองลงมาคือ สามี การจัดการกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ รายได้ (หมื่นบาท) การหลีกเลี่ยงปัญหา การมีความรู้ความเข้าใจ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ การให้ความช่วยเหลือ และมีส่วนร่วม ทางด้านร่างกาย และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 3.59, 3.51, 2.98, 2.85, 2.68, 2.62, 2.54, 2.20, และ 1.88 ตามลำดับ และพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ทางด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.31 ($SD = 0.56$)

1.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ พบว่าตัวแปรสังเกตได้ 12 ตัว มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทั้งหมด 24 ค่า มีขนาดต่ำถึงสูง มีทิศทางความสัมพันธ์กันสรุปได้ดังนี้

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมดพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำกว่า .80 แสดงว่าตัวแปรไม่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะร่วมเส้นพหุ

(Multicollinearity)

1.4 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงในการวิจัย พบว่าตัวแปรสังเกตได้หรือตัวแปรบ่งชี้ของตัวแปรแฝงทั้งหมดในงานวิจัยนี้ มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

1.4.1 ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($X^2 = 6.92$, $df = 3$, $p = 0.074$, $RMSEA = .167$, $GFI = .909$, $AGFI = .818$, $RMR = .352$) ตัวบ่งชี้ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ คู่สมรส (สามี) รองลงมา คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ ตามลำดับ

1.4.2 ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงความเครียดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($X^2 = 3.40$, $df = 1$, $p = .650$, $RMSEA = .226$, $GFI = .932$, $AGFI = .795$, $RMR = .080$) ตัวบ่งชี้ของความเครียดที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ ความเครียดทางด้านร่างกาย รองลงมา คือ ความเครียดทางด้านจิตใจ

1.4.3 ความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรแฝงการเผชิญปัญหาที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($X^2 = 7.17$, $df = 3$, $p = .667$, $RMSEA = .172$, $GFI = .895$, $AGFI = .842$, $RMR = .066$) ตัวบ่งชี้ของการเผชิญปัญหาที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ การจัดการกับปัญหา รองลงมา คือ การจัดการกับอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงปัญหา ตามลำดับ

1.4.4 ความตรงเชิงโครงสร้างของการมีส่วนร่วมของแม่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($X^2 = .07$, $df = 1$, $p = .798$, $RMSEA = .000$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 1.00$, $RMR = .013$) ตัวบ่งชี้ของการมีส่วนร่วมของแม่ที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ การมีความรู้และความเข้าใจ รองลงมา คือ การให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วม

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเป็นโมเดลที่มีอิทธิพลของเศรษฐกิจฐานะไปการมีส่วนร่วมของแม่โดยมีความเครียดเป็นตัวแปรส่งผ่าน อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมไปการมีส่วนร่วมของแม่ และอิทธิพลของความเครียดไปการมีส่วนร่วมของแม่ โดยมีการเผชิญปัญหาเป็นตัวส่งผ่านตามที่เสนอไว้ในกรอบงานวิจัย พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เมื่อพิจารณาค่าสถิติที่ใช้ทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi-square) มีค่าเท่ากับ

29.21, $df = 20$, $p = .084$ ค่า RMSEA เท่ากับ .037 ค่า RMR เท่ากับ .058 ค่า GFI เท่ากับ .986 และค่า AGFI เท่ากับ .945 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรการมีส่วนร่วมของแม่ได้ร้อยละ 30

เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อตัวแปรการมีส่วนร่วมของแม่พบว่าการมีส่วนร่วมของแม่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และการเผชิญปัญหา โดยอิทธิพลของเศรษฐกิจไปการมีส่วนร่วมของแม่มีขนาดต่ำ ทิศทางบวก มีอิทธิพลรวมเท่ากับ .186 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมไปการมีส่วนร่วมของแม่มีขนาดต่ำ ทิศทางบวก มีอิทธิพลรวมเท่ากับ .189 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อิทธิพลของความเครียดไปการมีส่วนร่วมของแม่มีขนาดต่ำ ทิศทางลบ มีอิทธิพลรวมเท่ากับ -.128 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และอิทธิพลของการเผชิญปัญหาไปการมีส่วนร่วมของแม่มีขนาดปานกลาง ทิศทางบวก มีอิทธิพลรวมเท่ากับ .461 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ตัวแปรการมีส่วนร่วมของแม่ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด โดยอิทธิพลของเศรษฐกิจไปการมีส่วนร่วมของแม่ผ่านความเครียดและการเผชิญปัญหา อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมไปการมีส่วนร่วมของแม่ผ่านความเครียดและการเผชิญปัญหา อิทธิพลของความเครียดไปการมีส่วนร่วมของแม่ผ่านการเผชิญปัญหา นอกจากนี้เศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ขนาดอิทธิพลต่ำ ทิศทางลบ มีอิทธิพลรวมเท่ากับ -.146 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความเครียด ขนาดอิทธิพลต่ำ ทิศทางบวก มีอิทธิพลรวมเท่ากับ .170 และความเครียดมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ขนาดอิทธิพลต่ำ ทิศทางบวก มีอิทธิพลรวมเท่ากับ .208

ตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมสูงสุดต่อการมีส่วนร่วมของแม่ คือ ความเครียด โดยความเครียดทางด้านร่างกายมีน้ำหนักความสำคัญของความเครียดมากที่สุด รองลงมา คือ ความเครียดทางด้านจิตใจ ส่วนการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และเศรษฐกิจเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของแม่มากในลำดับต่อมา

ผลจากการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้ แม่ที่มีรายได้และการศึกษาดำเนินแนวโน้มจะเกิดความเครียดสูง และลดการมีส่วนร่วมของแม่ลงได้ แม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนจากสามี จะทำให้แม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูกมาก อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อความเครียดและการเผชิญปัญหา และแม่ที่รายงานว่ามีความเครียดสูงจะใช้การเผชิญปัญหาสูง โดยจะใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 รูปแบบ กล่าวคือ ใช้การจัดการกับปัญหาสูง การจัดการกับอารมณ์สูงมาก และ

การหลีกเลี่ยงปัญหาต่ำ ซึ่งความเครียดทางด้านร่างกายส่งผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของแม่มากกว่าความเครียดทางด้านจิตใจ และไม่ว่าแม่จะใช้การเผชิญปัญหาแบบใด แม่ก็จะเข้าไปมีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูก โดยการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมมีผลต่อการเข้าร่วมในโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของแม่มากกว่าการมีความรู้ความเข้าใจ

ข้อเสนอแนะ

การนำเสนอข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยขอแนะนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการนำเสนอเกี่ยวกับข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และส่วนที่สองเป็นการนำเสนอในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อจะเกิดประโยชน์กับผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพของเด็กที่มีความต้องการพิเศษต่อไป

1. ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แม่ที่มีรายได้และการศึกษาดำเนินแนวโน้มที่จะไม่เข้าร่วมในโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือในด้านสวัสดิการและทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะเป็นประโยชน์แก่ครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเงิน การรักษา ยา การบริการด้านสุขภาพ หรือการจัดหาโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มให้กับทั้งพ่อแม่และเด็ก เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนและช่วยแบ่งเบาภาระให้กับครอบครัว และควรจัดการอบรมและส่งเสริมอาชีพให้กับครอบครัวที่มีรายได้และการศึกษาดำ เพื่อให้พวกเขาสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประกอบอาชีพและนำรายได้มาใช้ในชีวิตประจำวัน

2. นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นอีกว่า แม่ที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มว่าจะไม่เข้าร่วมในโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของลูก และแม่ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยเฉพาะการไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี จะทำให้แม่มีส่วนร่วมในโปรแกรมของลูกน้อย และแม่ที่รายงานว่ามีความเครียดสูงจะใช้การเผชิญปัญหาสูง เนื่องจากแม่ที่มีลูกเป็นเด็กที่เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษต้องรับภาระอย่างมากในการเลี้ยงดูลูก ยิ่งไปกว่านั้น แม่บางคนต้องเลี้ยงดูลูกตามลำพัง ไม่มีคนช่วยแบ่งเบาภาระ อีกทั้งต้องทำงานทุกวัน ทำให้เกิดความเครียดมาก

หรือแม่บางคนไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการ โปรแกรม หรือสิทธิขั้นพื้นฐานของลูก เพียงพอ ทำให้เกิดความคับข้องใจ ซึ่งส่งผลไปสู่การไม่นำเด็กเข้ารับบริการหรือฝึกพัฒนาการเด็กที่บ้าน ดังนั้น บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรที่จะตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นอันยิ่งใหญ่นี้ ด้วยการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษ การจัดการอบรมในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษให้แก่ครอบครัว การให้บริการให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเด็ก สามารถจัดการกับความเครียดโดยใช้การเผชิญปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนให้คู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เพื่อให้ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยเหลือแม่ในการดูแลลูก นอกจากนี้ อาจมอบเงินสนับสนุน จัดหาบุคคล หรือส่งเสริมให้มีอาสาสมัครช่วยเหลือดูแลเด็กชั่วคราว เพื่อให้แม่ได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผ่อนคลายความเครียดของตนเอง หรือจัดตั้งชุมชนหรือชมรมขึ้นเพื่อให้ผู้เลี้ยงดูได้พบปะแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ทำให้ผู้เลี้ยงดูสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้กับปัญหาของตน และรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ประสบปัญหาเช่นนี้โดยลำพัง ยังมีบุคคลอื่น ๆ รอบข้างที่คอยให้กำลังใจ คำแนะนำ และคำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ทำให้ครอบครัวมีความสุขมากขึ้น ความเครียดลดต่ำลง

3. การได้ไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองทำให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงสถานที่บางสถานที่ที่มีความแออัดคับแคบเกินไปเมื่อเทียบกับจำนวนเด็กที่ต้องมาเข้ารับบริการ ซึ่งส่งผลให้ศูนย์ฯ ฝึกบางแห่งไม่สามารถฝึกเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือรัฐบาลควรตระหนักถึงปัญหานี้ให้มากขึ้น โดยการให้งบประมาณกับศูนย์ฯ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและขยายขอบเขตของสถานที่ให้มีความสะดวกและเอื้อต่อการฝึกพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในต่างจังหวัดที่ยังขาดแคลนศูนย์ฯ ฝึกเหล่านี้อยู่อีกมาก

4. ศูนย์ฯ ฝึกบางแห่งมีเพียงครูซึ่งต้องทำหน้าที่ทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษา ฝึกพูด หรือเลี้ยงดูเด็กขณะที่รอพ่อแม่มารับลูก ทำให้ครูมีภาระหนักเกินไป หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรที่จะแบ่งเบาภาระของครู ด้วยการประสานงานการรับการรักษาของเด็ก อาจจะมีการประสานงานระหว่างศูนย์ฯ กับโรงพยาบาลหรือสถานที่ที่รับให้บริการคำปรึกษาต่าง ๆ และการประสานงานกับบุคคล เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักแก้ไขการพูด นักการศึกษา หรือพี่เลี้ยงเด็ก ให้มาฝึกพัฒนาการเด็กหรือดูแลเด็กที่ศูนย์ฯ เพื่อที่ว่าครูประจำศูนย์ฯ จะได้สามารถฝึกเด็กคนอื่น ๆ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ หน่วยงานหรือภาครัฐบาลควรมีการจัดอบรมสัมมนา และพัฒนาบุคลากรทางด้านการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม เพื่อให้บุคคลเกิดความรู้อย่างเข้าใจในวิชาชีพมากขึ้น สามารถให้ความรู้และคำแนะนำแก่พ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูก

เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้อย่างถูกต้อง และส่งเสริมให้บุคคลหันมาประกอบวิชาชีพ ทางด้านนี้ให้มากขึ้น เนื่องจากบุคลากรยังมีอย่างจำกัด ไม่เพียงพอต่อความต้องการของพ่อแม่ ผู้ปกครองที่เข้ารับบริการ

5. บุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเด็กที่มีความ ต้องการพิเศษออกสู่สังคมมากขึ้น เพื่อให้บุคคลทั่วไปได้ตระหนักถึงสถานการณ์การดูแลเด็กที่มี ความต้องการพิเศษ และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการ พิเศษ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของพ่อในโปรแกรมการให้บริการ ช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และนำมาเปรียบเทียบกับโมเดลเชิงสาเหตุ ของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการ พิเศษ

2. ควรมีการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ศูนย์ฯ หรือโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงต่างจังหวัดที่ให้บริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความ ต้องการพิเศษ

3. ควรมีการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพ่อแม่ผู้ปกครองเพิ่มเติม เช่น ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง กับชีวิตสมรสของผู้ปกครอง ตัวแปรบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษา ตัวแปรที่เกี่ยวข้องของกับสามี เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลและสำคัญอย่างยิ่งต่อการเข้าไปมีส่วน ร่วมในโปรแกรมสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของแม่ หรือศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เช่น ตัวแปรเพศ ตัวแปรปัญหาพัฒนาการของเด็ก หรือตัวแปรพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและนำเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนิษฐา ถนัดกิจ. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยก่อนวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กังสดาล เขาวังวัฒนกุล. (2547). *การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาป ในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัญญา ธัญมณฑา. (2534). *เด็กออทิสติกกับผลกระทบต่อพ่อแม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกียรติภูมิ วงศ์จิต และ พิทักษ์ผล บุญยามาลิก. (2550). *การพัฒนาและศึกษาความเที่ยงตรงของเครื่องมือประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นจากความขัดแย้งในความคิดเห็นทางการเมือง: รายงานการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต.
- แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ และ นิตยา คชภักดี. (2551). *การฝึกกระตุ้นพัฒนาการ*. ใน นิชรา เรืองดารกานนท์, ชาศรียา อีเรนตร, รวิวรรณ รุ่งไพรวลัย, ทิพวรรณ หรรษาคุณาชัย และ นิตยา คชภักดี (บ.ก.). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก* (หน้า 359-394). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- จารุวรรณ หาดเหมินทร์. (2552). *ปัจจัยทางด้านความเครียดที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชนในกรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จันทร์ชนก โยธินชัชวาล. (2540). *ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิราวรรณ พุ่มศรีอินทร์. (2545). *การศึกษาระดับความเครียดและพฤติกรรมการปรับความเครียดของมารดาที่มีบุตรออทิสติก*. ภาคนิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรัชยา จิรธรรมกุล. (2544). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการนำเด็กเข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการของผู้เลี้ยงดู*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เจริญศรี วิสุทธิเนตรสกุล. (2553). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของพนักงานอำนวยการสินเชื่อสังกัดสำนักงานธุรกิจขนาดกลางนครหลวง บมจ. ธนาคารกรุงไทย*. สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กแห่งประเทศไทย. (2552). *เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก*. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. คัดมาเมื่อ 30 ธันวาคม 2552, จาก <http://thai-dbp.org/networks.html>
- ชาลินี สุริยนเปล่งแสง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและลักษณะการเป็นพ่อแม่ของพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวที่มีบุตรปฐมวัยในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาศาสตร์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาฏยพรรณ ภิญโญ. (2545). *ความรู้สึกรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการบำบัดรักษาในเด็กผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิติชญาณ์ สมดุลยาวาทย์. (2551). *แหล่งความเครียดของมารดาของเด็กที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ*. โครงการวิจัยปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล ขวัญศรี. (2541). *การศึกษานิสัยของผู้ปกครองในการให้ความช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่มแก่เด็กออทิสติกระดับปฐมวัยในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาศาสตร์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นารีลักษณ์ มงคลศิริกุล. (2546). *การสนับสนุนทางสังคมในผู้ปกครองเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวีทรัพย์ แปลงศรี. (2541). *การศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาศาสตร์ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา. (2552). *เด็กพิเศษ*. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. ค้นคว้าเมื่อ 1 มกราคม 2553, จาก <http://www.happyhomeclinic.com/sp01-specialchild.htm>
- บุษกร อินทรวิชัย. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตรการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข. (2550). *พฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประภาศรี ทุ่งมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรธิดา ศรีสะอาด. (2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาความเป็นจริงต่อการเผชิญความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณระพี สุทธิวรรณ. (2552ก). *เอกสารประกอบการเรียนวิชากระตุ้นพัฒนาการในระยะแรกเริ่ม*. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณระพี สุทธิวรรณ. (2552ข). *เอกสารประกอบการเรียนวิชาปัญหาพัฒนาการและวัยรุ่น*. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์พรรณ วรชุตินทร. (2542). *จิตวิทยาเด็กพิเศษ*. โครงการตำราวิชาการราชภัฏเฉลิมพระเกียรติเนื่องในวโรกาสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมพรรษา 6 รอบ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชภัฏธนบุรี.
- เพ็ญประภา ปริญญาพล. (2552). *ความเครียดและแนวทางเยียวยาความเครียดของประชาชนในพื้นที่ก่อกองความไม่สงบ*. วารสารคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, (20)2, 152-161.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. (2550). *พัฒนาการมนุษย์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพรส.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2539). *การศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: จำไทย เพรส.

- ภัทรสุดา ฮามคำไพ. (2539). ผลของการศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อ กลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาล.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชา จิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพา สัมฤทธิ์มีผล. (2535). ผลกระทบของวัยรุ่นปัญญาอ่อนต่อพ่อแม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รสลิน เตียมยิ่งพานิช. (2539). ภาวะในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตร ปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็กบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี อร่ามศิลป์ และ วรณี เดียววิเศษ. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแนวโน้มการเป็นบิดา มารดาที่กระทำทารุณกรรมต่อบุตรวัยเรียน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา, 2, 14-23
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พริ้นติ้ง จำกัด.
- รุ่งฤดี วงศ์ชุม. (2539). ภาวะเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่นำบุตรเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะสังคม สงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ ยืนยงแสน. (2545). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบ อิสระปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารี ธิระจิตร. (2545). การศึกษาสำหรับเด็กพิเศษ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีณา มิ่งเมือง. (2540). ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็น จริง ต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ต่ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

- สถาบันราชภัฏนครราชสีมา. (2552). *ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ*. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. ค้นคว้าเมื่อ 1 มกราคม 2553, จาก http://www.nrru.ac.th/web/Special_Edu/2-2.html
- สภาสถาบันราชภัฏ. สำนักงาน. (2544). *รายวิชาการศึกษาระบบเรียนรวม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ.
- สมปวารณา ทราษสมุทธร. (2545). *ผลของการเตรียมผู้ช่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เขียมสุภาสิต, ไพบุญย์ เทวรักษ์, ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, พรรณระพี สุทธิวรรณ, กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์ และเรวดี วัฒนทกโกศล. (2544). *การศึกษาเรื่องความเครียดและการจัดการกับความเครียดของนิสิตนักศึกษา มหาวิทยาลัย*. รายงานการประชุมทางวิชาการเรื่อง *การผสมผสานแนวความคิดทางจิตวิทยาตะวันออก-ตะวันตก* (หน้า 41-52). คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรินยา ไชยนันท์. (2551). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2544). *สังคมวิทยาครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข. กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2541). *คู่มือคลายเครียด*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์คอน.
- สาธารณสุข. กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2546). *ความเครียดของคนไทย: การศึกษาระดับชาติปี 2546*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- สาธารณสุข. กระทรวง. กรมอนามัย. (2543). *คู่มือพ่อ-แม่สำหรับอบรมเลี้ยงดูเด็ก 3 ปี ถึง 5 ปี*. กรุงเทพมหานคร.
- สุขศรี เลิศอารมย์. (2544). *ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพรรณ โคตรจรัส และ ชุมพร ยงกิตติกุล. (2544). *การวัดการเผชิญปัญหา*. กรุงเทพมหานคร: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุวดี ศรีเลณวัติ. (2530). *จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: พิสิกส์เซ็นเตอร์ การพิมพ์.
- สุโปรมา ลีลามณี. (2543). *ศึกษาการเผชิญปัญหา ภาวะวิกฤต และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *ตัวชี้วัดที่สำคัญ:ผลสำมะโนสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2551*. [ฉบับอิเล็กทรอนิกส์]. ค้นมาเมื่อ 15 มกราคม 2553, จาก service.nso.go.th/nso/nsopublish/indicator/indSur51.pdf
- แสงดาว การณยวณิช. (2544). *การกระตุ้นพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กกำพร้า สถานสงเคราะห์เด็กอ่อนพญาไท : กรณีศึกษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรินธร วิทยะสิรินันท์. (2535). *การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบเรียนร่วมสำหรับเด็กพิการก่อนวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาหลักสูตรการเรียนการสอน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรียา นิยมธรรม. (2548). *การเรียนร่วมสำหรับเด็กปฐมวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: จำไทย เพรส.
- ศรีเวื่อน แก้วกั้งวาล. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิธร แก้วนพรัตน์. (2541). *การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกของศูนย์สุขภาพจิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริรงค์ ทับสายทอง. (2551). *เอกสารประกอบการเรียนวิชาพัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ*. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรงค์ ทับสายทอง. (2552). *เอกสารประกอบการเรียนวิชาจิตวิทยาผู้ใหญ่*. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริฉวี มหามาตย์. (2546). *พฤติกรรมและการเผชิญความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญา เวชยชัย. (2544). *การมีส่วนร่วมของแม่ ผู้ปกครองในการพัฒนาการศึกษา: รายงานการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

- อรรถัย ทองเพ็ชร. (2545). *ภาวะการดูแลของมารดาออกทิสติก*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัจฉริยา วสุนิรชร. (2545). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการเรียนรู้ร่วมของเด็กพิการ: ศึกษา
เฉพาะกรณีโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร (สป.กทม.)*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อัมพร โอตระกูล. (2540). *สุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: วิทย์พัฒนา.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2545). *ช่วยลูกออทิสติก: คู่มือสำหรับพ่อแม่ผู้ไม่ยอมแพ้*. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์สำหรับ.
- อุไรพร พงศ์พัฒนานุฒิ. (2532). *ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Allen, K. (1990). *The Exceptional Child: Mainstreaming in Early Childhood Education* (2nd ed.). Albany, New York: Delmar Learning.
- Azar, M., & Badr, L. K. (2010). Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: Comparison between Lebanese mothers and fathers. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(1), 46-56.
- Bailey, D. B., & Wolery, M. (1992). *Teaching Infants and Preschoolers with Disabilities* (2nd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Beare, P. G., & Myers, J. L. (1994). *Adult Health Nursing*. St. Louis: Mosby-Year.
- Behr, S. K., & Murphy, D. L. (1993). Research progress and promise: The role of perceptions in cognitive adaptation to disability. In A. Turnbull, & J. M. Patterson (Eds.), *Cognitive Coping, Families, and Disability* (pp. 151–163). Baltimore: Brookes.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky J. (2005). Social-contextual determinants of parenting. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development [Electronic version]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 1-6. [Electronic Version]. Retrieved February 18, 2010, from <http://www.child-encyclopedia.com/documents/BelskyANGxp-Parenting.pdf>
- Benson, P. R. (2006). The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: The mediating role of stress proliferation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 685-695.
- Benson, P. R., & Karlof, K. L. (2009). Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(2), 350-362.
- Benson, P. R., Karlof, K. L., & Siperstein, G. N. (2008). Maternal involvement in the education of young children with autism spectrum disorders. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 12(1), 47-63.

- Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, N. T., Mudford, O. C., & Reeves, D. (2002). Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in Developmental Disabilities, 23*(1), 81–104.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). PRQ: A social support measure. *Nursing Research, 30*, 277-280.
- Britner, P. A., Morog, M. C., Pianta, R. C., & Marvin, R. S. (2003). Stress and coping: A comparison of self-report measures of functioning in families of young children with cerebral palsy or no medical diagnosis. *Journal of Child and Family Studies, 12*(3), 335-348.
- Brown, J. D., & Rodger, S. (2009). Children with disabilities: Problems faced by foster parents. *Children and Youth Services Review, 31*(1), 40-46.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 267-283.
- Chao, Ming-Ling & Chiang V. C. (2003). Impact on and coping behaviours of a Chinese mother with a child suffering from developmental dysplasia of the hip. *Journal of Orthopaedic Nursing, 7*, 176-183.
- Christopher, S. E., Bauman, K. E., & Veness-Meehan, K. (2000). Perceived stress, social support, and affectionate behaviors of adolescent mothers with infants in Neonatal Intensive Care. *Journal of Pediatric Health Care, 14*, 288-296.
- Cobb S. (1976). Social support as a moderator for life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300–312.
- Cohen P., Brown J., & Smaile E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology, 13*(4), 981-999.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2) : 310-357.
- Coyne, I. T. (1996). Parent participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 23*(4), 733–740.

- Davies, D. (2004). *Child's Development: A Practitioner's Guide* (2nd ed.). New York: the Guilford Press.
- Dewey, R. (2007). *Stress Reduction*. [Electronic Version]. Retrieved April 28, 2011, from http://www.psywww.com/intropsych/ch14_frontiers/stress_reduction.html
- Dunlap, L. L. (2009). *An Introduction to Early Childhood Special Education: Birth to Age Five*. Upper Saddle River, N.J: Merrill/Pearson.
- Dunn, M. E., Burbine, T., Bowers, C. A., & Tantleff-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37(1), 39-52.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and Empowering Families: Principles and Guidelines for Practice*. Cambridge, MA: Brookline.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking early intervention". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20, 95-104.
- Feeley, N., Gottlieb, L., & Zelkowitz, P. (2005). Infant, mother, and contextual predictors of mother-very low birth weight infant interaction at 9 months of age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 26(1), 24-33.
- Friedman, M. M. (1986). *Family Nursing: Theory and Assessment* (2nd ed.). East Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Gavidia-Payne, S., & Stoneman, Z. (1997). Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. *Child Development*, 68(4), 701-717.
- Geoffrey Sampson: *Empiricism vs. Nativism*. (n.d.). [Electronic Version]. Retrieved December 8, 2009, from <http://www.grsampson.net/REmpNat.html>
- Glidden, L. M., & Schoolcraft, S. A. (2007). Family assessment and social support. *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*, 391-422.
- Gordon, R. A., Chase-Lansdale, P. L., & Brooks-Gunn, J. (2004). Extended households and the life course of young mothers: Understanding the associations using a sample of mothers with premature, low birth weight babies. *Child Development*, 75(4), 1013-1038.

- Grolnick, W. S., Benjet, C., Kurowski, C. O., & Apostoleris, N. H. (1997). Predictors of parent involvement in children's schooling. *Journal of Educational Psychology*, 89(3), 538-548.
- Guralnick, M. J., Hammond, M. A., Neville, B., & Connor, R. T. (2008). The relationship between sources and functions of social support and dimensions of child- and parent-related stress. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1138-1154.
- Hair, J. F., Babin, B. J., Anderson, R.E., Black, W. C. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed.). Upper Saddle River, N.J: Merrill/Pearson.
- Hanson, M. J. (1996). *Atypical infant development* (2nd ed.). Austin, Texas: Pro-ed.
- Hanson, M. J., & Lynch, E. W. (1989). *Early Intervention: Implementing Child and Family Services for Infants and Toddlers Who Are at Risk or Disabled*. Austin, Texas: Pro-ed.
- Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(3), 327-336.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N. J., Espinosa, F. D., & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Autism*, 9(4), 377-391.
- Holaday, B. (1984). Challenges of rearing a chronically ill child: Caring and coping. *Nursing Clinics of North America*, 19, 361-369.
- Holditch-Davis, D., Tesh, E. M., Miles, M. S., & Burchinal, M. (1999). Early interactions between mothers and their medically fragile infants. *Applied Developmental Science*, 3(3), 155.
- Holditch-Davis, D., Lee, T., & Miles, M. S. (2007). The influence of maternal and child characteristics and paternal support on interactions of mothers and their medically fragile infants. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 17-30.
- Ingram, K. M., & Pottie, C. G. (2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of children with Autism: A multilevel modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 855-864.

- Kim, J. M., & Mahoney, G. (2005). The effects of relationship focused intervention on Korean parents and their young children with disabilities. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 26(2), 117-130.
- Kaplan, B. H., Cassel, L. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical care*, 15, 47-58.
- Kotchick, B. A., & Forehand, R. (2002). Putting parenting in perspective: A discussion of the contextual factors that shape parenting practices. *Journal of Child and Family Studies*, 11(3), 255-269.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, G. (2009). Parents of children with high functioning autism: How well do they cope and adjust? *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21(2), 93-114.
- Lerner, J. W., Lowenthal, B., & Egan, R. W. (2003). *Preschool children with special needs: Children at Risk, Children with Disabilities* (2nd ed.). Upper Saddle River, N.J: Merrill/Pearson.
- Lewis, M. (2000). Toward a development of psychopathology: Models, definitions, and prediction. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd ed., pp.3–22). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Lowitzer, A. C. (1989). *Family Demographics, Family Functioning, and Parent Involvement*. Paper presented at the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO. (ERIC Document Reproduction Service No.ED 311669)
- Matsuishi, T., Ishibashi, S., Kamiya, Y., Shoji, J., Yamashita, Y., Fukuda, S. (1998). Early intervention for very-low-birth-weight infants. *Brain and Development*, 20(1), 18–21.
- Megawangi, R., Kramer, E. M., Colletta, N. D., Babatunde, E. D., Garman, D., & Zeitlin, M. F. (1995). *Strengthening the Family: Implications for International Development*. Shibuya-ku, Tokyo: United Nations University Press.

- Mercer, C. D., & Pullen, P.C. (2005). *Students with Learning Disabilities* (6th ed.). Upper Saddle River, N.J: Merrill/Pearson.
- Miedel, W. T., & Reynolds, A. J. (2000). Parent involvement in early intervention for disadvantaged children: Does it matter? *Journal of School Psychology, 37*(4), 379-402.
- Miller, L. H., Smith, A. D., & Larry, R. (1993). *The Stress Solution: An Action Plan to Manage the Stress in Your Life*. New York: Simon & Schuster.
- Nature versus nurture*. (n.d.). [Electronic Version]. Retrieved December 8, 2009, from http://en.wikipedia.org/wiki/Nature_versus_nurture
- Neely-Barnes, S. L., & Dia, D. A. (2008). Families of children with disabilities: A review of literature and recommendations for interventions. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 5*(3), 93-107.
- Neill, S. J. (1996). Parent participation 1: Literature review and methodology. *British Journal of Nursing, 5*(1), 34-40.
- Nelson, D.L. & Quick, J.C. (1997). *Organizational Behavior: Foundations, Realities, and Challenges*. MN: West Publishing Company.
- Neufeld, R.J., (1980). *Advance in the investigation of psychological stress*. New York: Springer.
- Noojin, A. B., & Wallander, J. L. (1997). Perceived problem-solving ability, stress, and coping in mothers of children with physical disabilities: potential cognitive influences on adjustment. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 415-432.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research, 30*, 264-269.
- Nores, M., & Barnett, W. S. (2009). Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young. *Economics of Education Review, 29*(2), 217-282.
- Olsen, S. F., Marshall, E. S., Mandleco, B. L., Allred, K. W., Dyches, T. T., & Sansom, N. (1999). Support, communication, and hardiness in families with children with disabilities. *Journal of Family Nursing, 5*(3), 275.

- Paulussen-Hoogeboom M.C., Stams G.J., Hermanns J.M., Peetsma T.T., & van den Wittenboer G.L. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *The Journal of Genetic Psychology, 169*(3), 209-226.
- Pearson, V., & Tim, W. L. Chan. (1993). The Relationship between parenting stress and social support in mothers of children with learning disabilities: A Chinese Experience. *Social Science & Medicine, 37*(2), 267–274.
- Pinel, J. P. (2008). *Biopsychology* (7th ed.). Boston, MA: Pearson Higher Education.
- Raver, C. C. (2003). Does work pay psychologically as well as economically? The role of employment in predicting depressive symptoms and parenting among low-income families. *Child Development, 74*(6), 1720-1736.
- Rivers, J. W., & Stoneman, Z. (2003). Sibling relationships when a child has autism: Marital stress and support coping. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 33*(4), 383-394.
- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of School Psychology, 47*(3), 167–185.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2nd ed., pp.135–159). New York: Cambridge University Press.
- Sank, J. R., Berk, N. W., Cooper, M. E., & Marazita, M. L. (2003). Perceived social support of mothers of children with clefts. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal: Official Publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association, 40*(2), 165-171.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 381–406.
- Schwartz C., & Tsumi A. (2003). Parental involvement in the residential care of persons with intellectual disability: The impact of parents and residents characteristics and

- the process of relocation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 285-293.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. London: Butterworth.
- Shapiro, J. (1983). Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: A review. *Social Science & Medicine*, 17(14), 913–931.
- Shapiro, J. (1989). Stress, depression, and support group participation in mothers of developmentally delayed children. *Family Relations*, 38(2), 169-73.
- Slavin, L. A., Reiner, K. L., McCreary, M. L., & Gowda, K. K. (1991). Toward a multicultural model of the stress process. *Journal of Counseling and Development*, 70, 156-163.
- Snyder, C. R., & Dinoff, B. L. (1999). Coping: Where have you been? In C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The Psychology of What Works* (pp. 3-19). New York: Oxford.
- Smith, T. B., Oliver, M. N., & Innocenti, M. S. (2001). Parenting stress in families of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 257–261.
- Solish, A., & Perry, A. (2008). Parents' involvement in their children's behavioral intervention programs: Parent and therapist perspectives. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(4), 728-738.
- Stoneman, Z. (2007). Examining the down syndrome advantage: Mothers and fathers of young children with disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 51(Pt 12), 1006-1017.
- Stress -An Overview. (2003). [Electronic Version]. Retrieved May 1, 2011, from <http://www.eapcism.com/Startrainingstress.asp>
- Taanila, A., Syrjala, L., Kokkonen, J., & Jarvelin, M. (2002). Coping of parents with physically and/or intellectually disabled children. *Child: Care, Health and Development*, 28(1), 73-86.
- The United Nations Programme on Disabilities. (2009). *Factsheet on Persons with Disabilities*. [Electronic Version]. Retrieved November 26, 2009, from <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=18>
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.

Weiss, R. (1974). The provision of social relationship. In R. Zick (Ed.), *Doing unto others* (pp.17-26). Englewood Cliffs: N.J. Prentice Hall.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ศีรางค์ ทับสายทอง
อาจารย์สาขาวิชาจิตวิทยา พัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์
อาจารย์สาขาวิชาจิตวิทยา พัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ
อาจารย์สาขาวิชาจิตวิทยา พัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. คุณประภาศรี นันทน์ฤมิต
นักสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม หน่วยพัฒนาการและการเจริญเติบโต
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ **โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ** โดยประกอบไปด้วย 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมและความรู้สึก
- ส่วนที่ 3 แบบวัดอาการทางกาย
- ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหา
- ส่วนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 6 แบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพัฒนาการของบุตร

ขอให้ท่านกรุณาตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพื่อผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และเพื่อเป็นประโยชน์แก่หน่วยงานในการให้บริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มแก่เด็ก และผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แบบสอบถามนี้ไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำไปใช้เพื่อการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากท่านมีข้อสงสัยประการใด กรุณาสอบถามได้ที่ **นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล โทร. 088-495-5867**

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

เพิ่มพูน สานิชวรรณกุล

นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

ข้อมูลเกี่ยวกับมารดา

1. ปัจจุบันท่านอายุ ปี
2. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา หรือ ปวศ.
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท <input type="checkbox"/> ปริญญาเอก
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส และอยู่ด้วยกัน
<input type="checkbox"/> สมรส แต่แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> หย่าร้าง	
<input type="checkbox"/> คู่สมรสเสียชีวิต	
4. ลักษณะครอบครัวของท่าน

<input type="checkbox"/> ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก
<input type="checkbox"/> ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก และญาติพี่น้อง
5. อาชีพหลักของท่าน

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน	<input type="checkbox"/> รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> กิจการส่วนตัว	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. ท่านมีบุตร คน
8. รายได้ทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือน บาท

ข้อมูลเกี่ยวกับบุตร: เฉพาะคนที่เข้ารับบริการในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม

9. บุตรของท่านเป็นเพศ ชาย หญิง
10. บุตรของท่านอายุ ปีเดือน
11. บุตรของท่านเข้ารับบริการใน โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม เนื่องจากปัญหาใด
.....
12. โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม ที่ท่านพานบุตรไปมีแห่ง คือ
1.ใช้เวลา ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ ชั่วโมง
 2.ใช้เวลา ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ ชั่วโมง
 3.ใช้เวลา ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ ชั่วโมง
 4.ใช้เวลา ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ ชั่วโมง
13. ตั้งแต่ท่านเริ่มพานบุตรเข้ารับบริการใน โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม จนถึง
ปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลาประมาณ ปีเดือน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมและความรู้สึกของมารดา

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมดังเช่นข้อความข้างล่างนี้หรือไม่ กรุณาตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	ตรงมากที่สุด 3	ตรงมาก 2	ไม่ค่อยตรง 1	ไม่ตรงเลย 0
1. เวลามีอาการงุนงง ท่านรู้สึกว่าเป็นการยากที่จะค่อย ๆ สงบจิตใจของตนเองลง				
2. ท่านมักจะแสดงออก หรือมีการตอบโต้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในลักษณะที่เกินกว่าเหตุ				
3. ท่านมักจะวนเวียนอยู่กับเรื่องนั้นเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา				
4. ท่านหงุดหงิดง่าย				
5. ท่านพบว่าเป็นการยากที่จะทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย				
6. ท่านไม่สามารถอดทนอดกลั้นได้ หากมีสิ่งใดมาขัดขวางการกระทำของท่าน				
7. ท่านมีอาการอ่อนไหวง่าย				

ส่วนที่ 3 แบบวัดอาการทางกาย

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหรือพฤติกรรมเหล่านี้บ้างหรือไม่
กรุณาตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	บ่อยมาก 5	ค่อนข้าง บ่อย 4	บางครั้ง 3	น้อยครั้ง 2	แทบจะไม่ เกิดขึ้นเลย 1
1. รู้สึกเหนื่อยอ่อนหรือขาดพลัง					
2. ไม่สามารถนั่งอยู่กับที่ หรือไม่สามารถมีสมาธิต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้					
3. นอนไม่หลับ					
4. รู้สึกเจ็บที่หน้าอก หรือหายใจถี่					
5. ท้องผูกหรือท้องร่วง โดยไม่มีสาเหตุ					
6. รู้สึกวิตกกังวล สั่น หรือเหงื่อออกมาก					
7. ปวดท้องหรือปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะที่กล้ามเนื้อหลัง คอ หรือไหล่					
8. ปวดศีรษะ					
9. สูบบุหรืหรือดื่มเหล้า					
10. น้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือลดลง มากกว่า 5 กิโลกรัม ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา					

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญปัญหา

เมื่อมีปัญหาดังต่อไปนี้เกิดขึ้น ท่านรู้สึกอย่างไร หรือทำอะไรบ้าง
 กรุณาตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

เมื่อมีปัญหาดังต่อไปนี้เกิดขึ้น	ทำ บ่อยมาก 5	ทำ ค่อนข้าง บ่อย 4	บางครั้ง ก็ทำ บางครั้งก็ ไม่ได้ทำ 3	ไม่ค่อย ได้ทำ 2	แทบจะ ไม่เคย ทำเลย 1
1. ท่านหาเรื่องอื่นทำ จะได้ไม่ต้องนึกถึง ปัญหาที่เกิดขึ้น					
2. ท่านหาหนทางอื่นที่เป็นไปได้เพื่อลงมือ แก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น					
3. ท่านคุยให้ผู้อื่นฟัง ว่าท่านรู้สึกอย่างไร เกี่ยวกับปัญหาที่เจอ					
4. ท่านทุ่มเทความพยายามในการลงมือ แก้ไขปัญหา					
5. ท่านพยายามทำตัวเป็นปกติ เหมือนไม่มี อะไรเกิดขึ้น					
6. เมื่อรู้สึกหงุดหงิดกับปัญหาที่เกิด ท่านมัก ระบายอารมณ์ออกมา ไม่เก็บไว้					
7. ท่านพยายามมองหาสิ่งดี ๆ ที่ท่านได้รับ จากปัญหาที่เกิดขึ้น					
8. ท่านคิดหาวิธีที่ดี เพื่อจัดการกับปัญหา					
9. ท่านไม่พยายามที่จะแก้ปัญหาลงสำเร็จ					
10. ท่านพยายามมองในแง่ดี เพื่อช่วยให้ท่าน รู้สึกดีกับปัญหาที่เกิดขึ้น					

เมื่อมีปัญหาด่าง ๆ เกิดขึ้น	ทำ บ่อยมาก 5	ทำ ค่อนข้าง บ่อย 4	บางครั้ง ก็ทำ บางครั้งก็ ไม่ได้ทำ 3	ไม่ค่อย ได้ทำ 2	แทบจะ ไม่เคย ทำเลย 1
11. ท่านทำบุญ สวดมนต์ หรือขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อคลบวันดาลให้ท่านแก้ปัญหาได้สำเร็จ					
12. ท่านดูหนัง ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯลฯ จะได้ไม่ต้องคิดถึงปัญหา					
13. ท่านยอมรับได้กับปัญหาที่เกิดขึ้น					
14. เมื่อมีปัญหา ท่านระบายความรู้สึกออกมาไม่เก็บไว้					
15. ท่านเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านนับถือ จะช่วยให้ท่านสามารถแก้ปัญหาได้					
16. ท่านมีการวางแผน เพื่อแก้ไขปัญหา					
17. ท่านหยุดเรื่องอื่นไว้ก่อน เพื่อมุ่งแก้ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้น					
18. ท่านบังคับตนเองให้ใจเย็น ไม่ผลีผลาม แต่รอให้ถึงเวลาที่เหมาะสมจึงจะแก้ไขปัญหา					
19. เมื่อเกิดปัญหาที่ทำให้ท่านรู้สึกหงุดหงิดมาก ท่านจะแสดงความรู้สึกหงุดหงิดออกมาอย่างชัดเจน					
20. ท่านพยายามคิดถึงเรื่องอื่น ที่ไม่ใช่เรื่องที่ กำลังเป็นปัญหาอยู่					
21. ท่านคิดใคร่ครวญถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา ก่อนลงมือทำจริง					
22. ท่านมุ่งมั่นจะแก้ไขปัญหที่กำลังเกิดขึ้น โดยละความสนใจจากเรื่องอื่นไปก่อน					

<p style="text-align: center;">เมื่อมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้น</p>	<p style="text-align: center;">ทำ บ่อยมาก 5</p>	<p style="text-align: center;">ทำ ค่อนข้าง บ่อย 4</p>	<p style="text-align: center;">บางครั้ง ก็ทำ บางครั้งก็ ไม่ได้ทำ 3</p>	<p style="text-align: center;">ไม่ค่อย ได้ทำ 2</p>	<p style="text-align: center;">แทบจะ ไม่เคย ทำเลย 1</p>
23. ท่านปรึกษาปัญหากับคนที่เข้าใจและเห็นอกเห็นใจท่าน					
24. ท่านแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและทำทีละขั้น					
25. ท่านจะลงมือแก้ปัญหา ก็ต่อเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่สามารถทำได้					
26. ท่านทำเหมือนว่า ไม่มีปัญหาเกิดขึ้น					
27. ท่านบอกตนเองว่า “ทำอะไรไม่ได้” และหยุดแก้ปัญหา					
28. ท่านทำใจได้ ว่าท่านกำลังเจอปัญหาอยู่					
29. ท่านปรึกษาผู้อื่น ว่าท่านควรจะแก้ปัญหาอย่างไร					
30. ท่านมุ่งมั่นจะแก้ไขปัญหาที่กำลังเกิดขึ้น โดยไม่ปล่อยให้เรื่องอื่นมารบกวนความคิด					
31. ท่านรู้สึกว่ ปัญหาที่เกิดช่วยให้ท่านเติบโตและเข้าใจชีวิต ได้มากขึ้น					
32. ท่านพยายามบอกตนเองว่า “ไม่เห็นมีปัญหอะไรเลย”					
33. ท่านคุยกับผู้อื่น เพื่อให้รู้ข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ มากขึ้น					
34. ท่านสวดมนต์บ่อยขึ้น					
35. ท่านเล่าความไม่สบายใจเกี่ยวกับปัญหาของท่าน ให้ผู้อื่นฟัง					

เมื่อมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้น	ทำ บ่อย มาก 5	ทำ ค่อนข้าง บ่อย 4	บางครั้ง ก็ทำ บางครั้งก็ ไม่ได้ทำ 3	ไม่ ค่อยได้ ทำ 2	แทบ จะไม่ เคยทำ เลย 1
36. ยิ่งเวลาผ่านไป ความพยายามในการ แก้ปัญหาของท่านก็จะลดลงเรื่อย ๆ					
37. ท่านยอมรับความจริงได้ ว่ากำลังมีปัญหา เกิดขึ้น					
38. ท่านปรึกษาปัญหากับคนที่จะช่วย แก้ปัญหาให้ท่านได้					
39. ท่านคอยคุมตนเอง ไม่ให้ลงมือแก้ไข ปัญหาด้วยความหุนหันพลันแล่น					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ มีใครบ้างที่ช่วยท่าน
ดูแลบุตร หรือช่วยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแก่ท่านในการดูแลบุตรของท่านที่เป็นเด็กพิเศษ
กรุณาตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือท่าน	ท่านไม่เคย ขอความ ช่วยเหลือ จากคน เหล่านี้	ช่วย เหลือ มาก ที่สุด 5	ช่วย เหลือ มาก 4	ช่วย เหลือ ปาน กลาง 3	ช่วย เหลือ น้อย 2	ช่วย เหลือ น้อย ที่สุด 1
1. พ่อแม่ของท่าน						
2. พ่อแม่ของสามี						
3. ญาติของท่าน						
4. ญาติของสามี						
5. สามี						
6. เพื่อนของท่าน						
7. เพื่อนของสามี						
8. ลูกของท่าน						
9. พ่อแม่ของเด็กอื่นที่ท่านพบที่ศูนย์ฯ						
10. เพื่อนร่วมงานของท่าน						
11. บุคคลจากชมรม/กลุ่มสังคม/กลุ่ม อาสาสมัครต่าง ๆ/กลุ่มพ่อแม่เด็กที่มี ความต้องการพิเศษ (ระบุ 1. 2. 3.)						

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือท่าน	ท่านไม่เคย ขอความ ช่วยเหลือ จากคน เหล่านี้	ช่วย เหลือ มาก ที่สุด 5	ช่วย เหลือ มาก 4	ช่วย เหลือ ปาน กลาง 3	ช่วย เหลือ น้อย 2	ช่วย เหลือ น้อย ที่สุด 1
12. เจ้าหน้าที่จากศูนย์/หน่วยงานสร้าง เสริมพัฒนาการฯ ของบุตร (ระบุ 1. 2. 3.)						
13. เจ้าหน้าที่จากโรงเรียน/ศูนย์เลี้ยงเด็ก (ระบุ 1. 2. 3.)						
14. เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล/ หน่วยงานสาธารณสุข (ระบุ 1. 2. 3.)						

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 แบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพัฒนาการของบุตร

6.1 เมื่อท่านพานบุตรไปรับบริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม ท่านมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงไร

กรุณาตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ความรู้ความเข้าใจของท่าน	รู้/เข้าใจมากที่สุด 4	รู้/เข้าใจมาก 3	รู้/เข้าใจปานกลาง 2	รู้/เข้าใจน้อย 1	ไม่รู้/ไม่เข้าใจเลย 0
1. ท่านเข้าใจวัตถุประสงค์ของการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม					
2. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตร					
3. ท่านเข้าใจกิจกรรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของบุตร					
4. ท่านเข้าใจว่า กิจกรรมที่บุตรกำลังฝึกอยู่ สอดคล้องกับพัฒนาการของบุตร					
5. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือความผิดปกติของบุตร					
6. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตัวท่านในการช่วยเหลือ/เสริมสร้างพัฒนาการให้กับบุตร					
7. ท่านเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของบุตรในการนำบุตรไปรับบริการจากโรงพยาบาล/หน่วยงานสาธารณสุข					
8. ท่านเข้าใจในสิทธิประโยชน์และสวัสดิการของการทำสมุดประจำตัวคนพิการ (The Disabled Book) ให้กับบุตร					

ความรู้ความเข้าใจของท่าน	รู้/เข้าใจ มากที่สุด 4	รู้/เข้าใจ มาก 3	รู้/เข้าใจ ปานกลาง 2	รู้/เข้าใจ น้อย 1	ไม่รู้/ไม่ เข้าใจเลย 0
9. ท่านรู้ว่า จะค้นหาข้อมูล/ความรู้ เพิ่มเติมเกี่ยวกับการช่วยเหลือ/ สร้างเสริม พัฒนาการบุตรได้จากที่อื่น ๆ					
10. ท่านรู้ว่า ท่านสามารถหาความรู้ เกี่ยวกับโรคและพัฒนาการของบุตรเพิ่มเติม จากการพูดคุยกับพ่อแม่ของเด็กคนอื่นใน กลุ่ม					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6.2 เมื่อท่านพบครูไปรับบริการการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่ม ท่านทำสิ่ง เหล่านี้มากน้อยเพียงไร

กรุณาตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

การกระทำของท่าน	ทำ บ่อยมาก 4	ทำ ค่อนข้างบ่อย 3	บางครั้ง ก็ทำ บางครั้ง ก็ไม่ได้ ทำ 2	ไม่ค่อย ได้ทำ 1	ไม่เคย ทำเลย 0
1. ท่านทำกิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการ ๆ ให้บุตรที่บ้าน ตามคำแนะนำของครู/ นักจิตวิทยา					
2. ท่านมีส่วนร่วมกับครู/นักจิตวิทยา ใน การวางแผนกิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการๆ ให้กับบุตร					
3. ท่านเสนอแนะครู/นักจิตวิทยา เกี่ยวกับพัฒนาการของบุตร					
4. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กับพ่อ แม่ของเด็กคนอื่นในกลุ่ม					
5. ท่านพูดคุยกับครู/นักจิตวิทยา เพื่อให้ ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตร					
6. ท่านพูดคุยกับครู/นักจิตวิทยา เพื่อ ขอให้ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบุตร					
7. ท่านเข้ารับฟังสัมมนาเกี่ยวกับโรค หรือพัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับบุตร เมื่อ ได้รับ เชิญ					

การกระทำของท่าน	ทำ บ่อยมาก 4	ทำ ค่อนข้างบ่อย 3	บางครั้ง ก็ทำ บางครั้ง ก็ไม่ได้ ทำ 2	ไม่ค่อย ได้ทำ 1	ไม่เคย ทำเลย 0
8. ท่านปรับประยุกต์กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวท่านเอง เพื่อสร้างเสริมพัฒนาการฯ ให้กับบุตรที่บ้าน					
9. ท่านมีส่วนร่วมกับครู/นักจิตวิทยา ในการตั้งเป้าหมายการสร้างเสริมพัฒนาการฯ ของบุตร					
10. ท่านพยายามทำตามเป้าหมายการสร้างเสริมพัฒนาการฯ ของบุตร ตามแผนที่กำหนดไว้					

ภาคผนวก ค

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ ค1

ผลการวิเคราะห์แบบวัดความเครียด Depression Anxiety Stress Scales (DASS) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ
1. เวลาที่มีอารมณ์ขุ่นมัว ท่านรู้สึกว่าเป็นการยากที่จะค่อย ๆ สงบจิตใจของตนเองลง	.564*
2. ท่านมักจะแสดงออก หรือมีการตอบโต้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ในลักษณะที่เกินกว่าเหตุ	.613*
3. ท่านมักจะวุ่นวายอยู่กับเรื่องนั้นเรื่องนี้อยู่ตลอดเวลา	.530*
4. ท่านหงุดหงิดง่าย	.658*
5. ท่านพบว่าเป็นการยากที่จะทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย	.790*
6. ท่านไม่สามารถอดทนอดกลั้นได้ หากมีสิ่งใดมาขัดขวางการกระทำของท่าน	.590*
7. ท่านมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย	.570*
α	.851*

หมายเหตุ * $p < .05$

ตารางที่ ค2

ผลการวิเคราะห์แบบวัดความเครียด Web. MD โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ
1. รู้สึกเหนื่อยอ่อนหรือขาดพลัง	.538*
2. ไม่สามารถนั่งอยู่กับที่ หรือไม่สามารถมีสมาธิต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้	.656*
3. นอนไม่หลับ	.732*
4. รู้สึกเจ็บที่หน้าอก หรือหายใจถี่	.774*
5. ท้องผูกหรือท้องร่วง โดยไม่มีสาเหตุ	.539*
6. รู้สึกวิตกกังวล สั่น หรือเหงื่อออกมาก	.524*
7. ปวดท้องหรือปวดกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะที่กล้ามเนื้อหลัง คอ หรือไหล่	.660*
8. ปวดศีรษะ	.664*
9. สูบบุหรี่ยาหรือดื่มเหล้า	.116
10. น้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือ ลดลง มากกว่า 5 กิโลกรัม ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา	.436*
α	.862*

หมายเหตุ * $p < .05$

ตารางที่ ค3

ผลการวิเคราะห์แบบวัดการจัดการกับปัญหา โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง
ข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation :
CITC) (N = 48)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างข้อ กระทงแต่ละข้อกับ คะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1. การลงมือดำเนินการแก้ปัญหา		
1. ท่านแก้ไขปัญหอย่างเป็นขั้นเป็นตอน และทำทีละขั้น	.510*	.456*
2. ท่านทุ่มเทความพยายามในการลงมือแก้ไขปัญหา	.446*	.459*
3. ท่านหาหนทางอื่นที่เป็นไปได้เพื่อลงมือแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น	.345*	.341*
4. ท่านลงมือจัดการกับสิ่งที่ปัญหาโดยตรง	.309*	-
2. การวางแผน		
1. ท่านคิดหาวิธีที่ดี เพื่อจัดการกับปัญหา	.855*	.809*
2. ท่านมีการวางแผน เพื่อแก้ไขปัญหา	.740*	.759*
3. ท่านคิดหาวิธีที่ดีที่สุด ที่จะจัดการกับปัญหา	.725*	-
4. ท่านคิดใคร่ครวญถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา ก่อนลงมือทำจริง	.672*	.639*
3. การระงับกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา		
1. ท่านมุ่งมั่นจะแก้ไขปัญหากำลังเกิดขึ้น โดยละความสนใจจากเรื่องอื่นไปก่อน	.626*	.657*
2. ท่านหยุดเรื่องอื่นไว้ก่อน เพื่อมุ่งแก้ปัญหากำลังเกิดขึ้น	.596*	.507*
3. ท่านมุ่งมั่นจะแก้ไขปัญหากำลังเกิดขึ้น โดยไม่ปล่อยให้เรื่องอื่นมารบกวนความคิด	.569*	.585*
4. ท่านพยายามไม่ให้เรื่องอื่นมารบกวนความตั้งใจของท่านในการแก้ปัญหา	.519*	-

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อ กระทงแต่ละข้อกับ คะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
4. การชะลอการแก้ปัญหา		
1. ท่านบังคับตนเองให้ใจเย็นไม่ผลีผลาม แต่รอให้ถึงเวลาที่ เหมาะสมจึงจะแก้ไขปัญหา	.338*	.389*
2. ท่านคอยคุมตนเอง ไม่ให้ลงมือแก้ไขปัญหาด้วยความ หุนหันพลันแล่น	.280*	.343*
3. ท่านจะลงมือแก้ปัญหา ก็ต่อเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ สามารถทำได้	.268*	.202
4. ท่านควบคุมสถานการณ์ได้ดี ไม่เร่งรีบแก้ไขปัญหาจนทำให้ ทุกอย่างแย่ลง	.153	-
5. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ		
1. ท่านปรึกษาผู้อื่น ว่าท่านควรจะทำอย่างไร	.682*	.665*
2. ท่านปรึกษาปัญหากับคนที่จะช่วยแก้ปัญหาให้ท่านได้	.623*	.682*
3. ท่านคุยกับผู้อื่น เพื่อให้รู้ข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับ ปัญหานั้น ๆ มากขึ้น	.611*	.510*
4. ท่านถามคนที่เคยเจอปัญหาแบบเดียวกับท่าน ว่าเขา แก้ปัญหาอย่างไร	.601*	-
	α	
	.887*	.874*

หมายเหตุ * $p < .05$

ตารางที่ ค4

ผลการวิเคราะห์แบบวัดการจัดการกับอารมณ์ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง
ข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation :
CITC) (N = 48)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างข้อ กระทงแต่ละข้อกับ คะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1. การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อได้รับกำลังใจในการแก้ปัญหา		
1. ท่านเล่าความไม่สบายใจเกี่ยวกับปัญหาของท่าน ให้ผู้อื่นฟัง	.680*	.651*
2. ท่านคุยให้ผู้อื่นฟัง ว่าท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับปัญหาที่เจอ	.517*	.492*
3. ท่านปรึกษาปัญหากับคนที่เข้าใจและเห็นอกเห็นใจท่าน	.512*	.519*
4. ท่านขอกำลังใจในการแก้ปัญหา จากเพื่อนหรือญาติสนิท	.488*	-
2. การตีความหมายใหม่ในเชิงบวกและการเรียนรู้จากปัญหา		
1. ท่านพยายามมองหาสิ่งดี ๆ ที่ท่านได้รับจากปัญหาที่เกิดขึ้น	.610*	.591*
2. ท่านรู้สึกว่ ปัญหาที่เกิดช่วยให้ท่านเติบโตและเข้าใจชีวิตได้ มากขึ้น	.570*	.547*
3. ท่านพยายามมองในแง่ดี เพื่อช่วยให้ท่านรู้สึกดีกับปัญหาที่ เกิดขึ้น	.525*	.571*
4. ท่านรู้สึกว่ ปัญหาที่เกิดช่วยให้ท่านได้เรียนรู้เกี่ยวกับชีวิตได้ ดีขึ้น	.413*	-
3. การยอมรับปัญหา		
1. ท่านยอมรับได้กับปัญหาที่เกิดขึ้น	.652*	.636*
2. ท่านทำใจได้ ว่าท่านกำลังเจอปัญหาอยู่	.497*	.534*
3. ท่านยอมรับความจริงได้ ว่ากำลังมีปัญหากเกิดขึ้น	.413*	.575*
4. ท่านเข้าใจและยอมรับว่าปัญหาได้เกิดขึ้นแล้ว จะย้อนกลับไป เปลี่ยนแปลงอะไรไม่ได้	.150	-

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อ	
	กระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
4. การพึ่งศาสนา		
1. ท่านเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านนับถือ จะช่วยให้ท่านสามารถแก้ปัญหาได้	.835*	.787*
2. ท่านทำบุญ สวดมนต์ หรือขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อลดบันดาลให้ท่านแก้ปัญหาได้สำเร็จ	.799*	.815*
3. ท่านสวดมนต์บ่อยขึ้น	.726*	.734*
4. ท่านใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจในการแก้ปัญหา	.705*	-
5. การระบายอารมณ์		
1. เมื่อเกิดปัญหาที่ทำให้ท่านรู้สึกหงุดหงิดมาก ท่านจะแสดงความหงุดหงิดออกมาอย่างชัดเจน	.627*	.577*
2. เมื่อมีปัญหา ท่านระบายความรู้สึกออกมา ไม่เก็บไว้	.494*	.533*
3. เมื่อรู้สึกหงุดหงิดกับปัญหาที่เกิดขึ้น ท่านมักระบายอารมณ์ออกมา ไม่เก็บไว้	.420*	.496*
4. เมื่อเกิดปัญหาที่ทำให้ท่านรู้สึกหงุดหงิด ท่านจะรู้ตัวดีว่าท่านหงุดหงิดด้วยเรื่องปัญหานั้น ไม่ใช่เรื่องอื่น	.150	-
α	.778*	.704*

หมายเหตุ * $p < .05$

ตารางที่ ค5

ผลการวิเคราะห์แบบวัดการหลีกเลี่ยงปัญหา โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อ
 กระทบแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation :
 CITC) (N = 48)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างข้อ กระทบแต่ละข้อกับ คะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1. การปฏิเสธปัญหา		
1. ท่านทำเหมือนว่า ไม่มีปัญหาเกิดขึ้น	.530*	.578*
2. ท่านพยายามบอกตนเองว่า “ไม่เห็นมีปัญหาอะไรเลย”	.455*	.504*
3. ท่านพยายามทำตัวเป็นปกติ เหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น	.385*	.391*
4. ท่านไม่ยอมรับว่ามีปัญหาเกิดขึ้น	.203	-
2. การไม่ลงมือแก้ปัญหา		
1. ยิ่งเวลาผ่านไป ความพยายามในการแก้ปัญหาของท่านก็จะ ลดลงเรื่อย ๆ	.395*	.410*
2. ท่านไม่พยายามที่จะแก้ปัญหาให้สำเร็จ	.384*	.453*
3. ท่านบอกตนเองว่า “ทำอะไรไม่ได้” และหยุดแก้ปัญหา	.369*	.231
4. ท่านยอมแพ้ และไม่ยอมลุกขึ้นมาแก้ปัญหา	.325*	-
3. การไม่คิดที่จะแก้ปัญหา		
1. ท่านดูหนัง ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ฯลฯ จะได้ไม่ต้องคิดถึงปัญหา	.396*	.342*
2. ท่านพยายามคิดถึงเรื่องอื่น ที่ไม่ใช่เรื่องที่กำลังเป็นปัญหาอยู่	.213	.275
3. ท่านหาเรื่องอื่นทำ จะได้ไม่ต้องนึกถึงปัญหาที่เกิดขึ้น	.175	.193
4. ท่านเอาแต่นอน จะได้ไม่ต้องคิดถึงเรื่องที่เป็นปัญหา	.107	-
α	.747*	.654*

หมายเหตุ * $p < .05$

ตารางที่ ค6

ผลการวิเคราะห์แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ
1. เพื่อนของสามี	.608*
2. ญาติของสามี	.543*
3. พ่อแม่ของท่าน	.525*
4. เพื่อนของท่าน	.506*
5. พ่อแม่ของสามี	.482*
6. บุคคลจากชมรม/กลุ่มสังคม/กลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ/ กลุ่มพ่อแม่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ	.450*
7. เพื่อนร่วมงานของท่าน	.411*
8. ญาติของท่าน	.377*
9. พ่อแม่ของเด็กอื่นที่ท่านพบที่ศูนย์ฯ	.363*
10. ลูกของท่าน	.288*
α	.775*

หมายเหตุ * $p < .05$

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ ค7

ผลการวิเคราะห์แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อกระทงแต่ละ ข้อกับคะแนนรวมของข้อ อื่น ๆ
1. เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล/หน่วยงานสาธารณสุข	.437*
2. เจ้าหน้าที่จากศูนย์/หน่วยงานสร้างเสริมพัฒนาการฯ ของบุตร	.395*
3. เจ้าหน้าที่จากโรงเรียน/ศูนย์เลี้ยงเด็ก	.331*
α	.577*

หมายเหตุ * $p < .05$

ตารางที่ ค8

ผลการวิเคราะห์แบบวัดการมีความรู้และความเข้าใจในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มของเด็ก โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1. ท่านเข้าใจวัตถุประสงค์ของการสร้างเสริม พัฒนาการระยะแรกเริ่ม	.791*	.776*
2. ท่านเข้าใจกิจกรรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะ แรกเริ่มของบุตร	.756*	.764*
3. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือความผิดปกติของบุตร	.738*	.728*

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
4. ท่านเข้าใจประโยชน์ของการสร้างเสริมพัฒนาการ ระยะแรกเริ่ม	.737*	-
5. ท่านเข้าใจความหมายของการสร้างเสริม พัฒนาการระยะแรกเริ่ม	.736*	-
6. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของตัวท่านในการ ช่วยเหลือ/เสริมสร้างพัฒนาการให้กับบุตร	.721*	.704*
7. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตร	.714*	.726*
8. ท่านรู้ว่า ท่านสามารถหาความรู้เกี่ยวกับโรคและ พัฒนาการของบุตรเพิ่มเติม จากการพูดคุยกับพ่อ แม่ของเด็กคนอื่นในกลุ่ม	.691*	.639*
9. ท่านเข้าใจในสิทธิประโยชน์ของบุตรในการนำบุตร ไปรับบริการจากโรงพยาบาล/หน่วยงาน สาธารณสุข	.688*	.698*
10. ท่านเข้าใจว่า กิจกรรมที่บุตรกำลังฝึกอยู่ สอดคล้อง กับพัฒนาการของบุตร	.673*	.692*
11. ท่านเข้าใจในสิทธิประโยชน์และสวัสดิการของการ ทำสมุดประจำตัวคนพิการ (The Disabled Book) ให้กับบุตร	.650*	.640*
12. ท่านรู้ว่า จะค้นหาข้อมูล/ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ การช่วยเหลือ/ สร้างเสริมพัฒนาการบุตรได้จากที่ อื่น ๆ	.610*	.541*
13. ท่านรู้ว่า ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ โรคและพัฒนาการของบุตรให้กับหมอ ครู นักจิตวิทยา หรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้	.603*	-

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
14. ท่านรู้ว่า จะค้นหาข้อมูล/ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ โรค/อาการของบุตรได้จากที่อื่น ๆ	.565*	-
α	.932*	.910*

หมายเหตุ * $p < .05$

ตารางที่ ค9

ผลการวิเคราะห์แบบวัดการให้ความช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการ
ระยะแรกเริ่มของเด็ก โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับ
คะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด (Corrected Item Total Correlation : CITC) (N = 48)

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1. ท่านมีส่วนร่วมกับครู/นักจิตวิทยา ในการตั้ง เป้าหมายการสร้างเสริมพัฒนาการฯ ของบุตร	.654*	.691*
2. ท่านเข้ารับฟังสัมมนาเกี่ยวกับโรคหรือพัฒนาการ ที่เกี่ยวข้องกับบุตร เมื่อได้รับเชิญ	.649*	.647*
3. ท่านพูดคุยกับครู/นักจิตวิทยา เพื่อให้ข้อมูล เพิ่มเติมเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตร	.647*	.648*
4. ท่านพยายามทำตามเป้าหมายการสร้างเสริม พัฒนาการฯ ของบุตร ตามแผนที่กำหนดไว้	.636*	.647*
5. ท่านเสนอแนะครู/นักจิตวิทยา เกี่ยวกับพัฒนาการ ของบุตร	.626*	.691*
6. ท่านมีส่วนร่วมกับครู/นักจิตวิทยา ในการวางแผน กิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการฯ ให้กับบุตร	.600*	.659*

ข้อความ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ	
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
7. ท่านทำกิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการฯ ให้บุตรที่บ้าน ตามคำแนะนำของครู/นักจิตวิทยา	.583*	.492*
8. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กับพ่อแม่ของเด็กคนอื่นในกลุ่ม	.563*	.522*
9. ท่านปรับประยุกต์กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตัวท่านเอง เพื่อสร้างเสริมพัฒนาการฯ ให้กับบุตรที่บ้าน	.537*	.473*
10. ท่านพูดคุยกับครู/นักจิตวิทยา เพื่อขอให้ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบุตร	.505*	.582*
11. ท่านเข้าประชุม เมื่อครู/นักจิตวิทยา เชิญประชุม เพื่อรายงานผลความก้าวหน้าทางพัฒนาการของบุตร	.476*	-
12. เมื่อพบุตรเข้ารับบริการ ท่านทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการสร้างเสริมพัฒนาการฯ ร่วมกับบุตร	.336*	-
13. ท่านพบุตรไปทำกิจกรรมสร้างเสริมพัฒนาการฯ กับครู/นักจิตวิทยา	.327*	-
14. เมื่อพบุตรเข้ารับบริการ ท่านให้ญาติ หรือพี่เลี้ยง อยู่ทำกิจกรรมร่วมกับบุตรหากท่านไม่อยู่ด้วย	.252	-
15. เมื่อพบุตรเข้ารับบริการ ท่านไปรับ-ส่งบุตร และให้บุตรอยู่ทำกิจกรรมกับครู/นักจิตวิทยาโดยลำพัง โดยท่านไม่ได้อยู่ด้วย (-)	-.229	-
α	.826*	.877*

หมายเหตุ * $p < .05$

ภาคผนวก ง

จดหมายขออนุมัติเก็บข้อมูล



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศธ. 0512.7 / 1430

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ กันยายน 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **“โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ”** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2553 ถึง 31 ตุลาคม 2553 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนงค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 1๗31

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ กันยายน 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร

ด้วย นางสาวเพ็ญพูน สานิชวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **“โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ”** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในครั้งนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2553 ถึง 31 ตุลาคม 2553 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คัคนางค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 14 33

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ กันยายน 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิขวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2553 ถึง 31 ตุลาคม 2553 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่สถาบันราชานุกูลอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนางค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 143๙

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ กันยายน 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้จัดการศูนย์เพื่อเด็กพิเศษแสงเหนือ

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิซวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณระพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2553 ถึง 31 ตุลาคม 2553 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ศูนย์เพื่อเด็กพิเศษแสงเหนืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนงค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 1๗3๖

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ กันยายน 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน หัวหน้าศูนย์การศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิซวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณระพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2553 ถึง 31 ตุลาคม 2553 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ ศูนย์การศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิตอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนางค์ มณเตรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 212๗

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 16 ถนนพญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๑ ตุลาคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน พ.ญ.วชิราภรณ์ พรหมจิตติพงศ์

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิซววรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณทิ สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2553 ถึง 31 มกราคม 2554 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านแพ้วอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนาค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 2466

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ด้วย นางสาวเต็มพูน สานิชวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **“โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ”** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณระพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวภายในโรงพยาบาลในเครือสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง คือ **โรงพยาบาลตากสิน และ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์** ในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2553 ถึง 31 มกราคม 2554 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการอนุญาตจากท่านแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คัคนางค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 2526

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 1

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิขวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนระพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวภายในศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 1 ในระหว่างเดือนธันวาคม 2553 ถึง กุมภาพันธ์ 2554 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 1 อีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการอนุญาตจากท่านแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนงค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 252๕

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสมุทรสาคร

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณทิ สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวภายในศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสมุทรสาคร ในระหว่างเดือนธันวาคม 2553 ถึง กุมภาพันธ์ 2554 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสมุทรสาคร อีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการอนุญาตจากท่านแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คังนงค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / ๒๕๕๓

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิขวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **“โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ”** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณระพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวภายในศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี ในระหว่างเดือนธันวาคม 2553 ถึง กุมภาพันธ์ 2554 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปทุมธานี อีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการอนุญาตจากท่านแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนงค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 2565

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙๙ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสมุทรสงคราม

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิขวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **“โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ”** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณระพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวภายในศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสมุทรสงคราม ในระหว่างเดือนธันวาคม 2553 ถึง กุมภาพันธ์ 2554 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสมุทรสงคราม อีกครั้งหนึ่ง หลังจากได้รับการอนุญาตจากท่านแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คัคนางค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

โทรศัพท์ 02-218-9912

โทรสาร 02-218-9923



ที่ ศธ. 0512.7 / 2564

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 16 ถ. พญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๑ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี

ด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิซวรรณกุล นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขประจำตัว 517 82895 38 อยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง **"โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ"** โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนระพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนิสิตต้องเก็บข้อมูลจากแม่ที่มีลูกอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งเข้ารับบริการโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (EI) ในกรณีนี้ คณะจิตวิทยาใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นิสิตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวภายในศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี ในระหว่างเดือนธันวาคม 2553 ถึง กุมภาพันธ์ 2554 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานวันและเวลาในการเข้าเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี อีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการอนุญาตจากท่านแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตได้เข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย โดยระหว่างนี้ ท่านสามารถติดต่อนิสิตเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ได้ที่ 088-495-5867 ในวันและเวลาที่ท่านสะดวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันนาค์ มณีศรี)

คณบดีคณะจิตวิทยา

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
โทรศัพท์ 02-218-9912
โทรสาร 02-218-9923

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ปกครอง

เนื่องด้วยนางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยา พัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริม พัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการให้บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (Early Intervention Program) ในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาและการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม 6 ชุด ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (13 ข้อ) แบบวัดพฤติกรรมและความรู้สึก (7 ข้อ) แบบวัดอาการทางกาย (10 ข้อ) แบบวัดการเผชิญปัญหา (39 ข้อ) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (15 ข้อ) และแบบวัดการมีส่วนร่วมของแม่ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพัฒนาการของบุตร (20 ข้อ) โดยจะใช้เวลารวมประมาณ 20 นาที หากท่านไม่สามารถอ่านหรือกรอกข้อมูลได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยยินดีจะอ่านให้ฟังและกรอกข้อมูลให้ โดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากท่าน จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำไปใช้เพื่อการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การตอบแบบสอบถามให้เป็นไปโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามเมื่อไรก็ได้ โดยมีข้อชี้แจงเหตุผล และการไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการตามปกติของ..... หากท่านมีข้อสงสัยประการใด กรุณาสอบถามได้ที่ นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล โทร. 088-495-5867 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล)

เอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาและการช่วยเหลือครอบครัวที่มีเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และจะนำไปใช้เพื่อการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

จดหมายรับรองสถานภาพนิสิต



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศธ.0512.7/ 37

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 16 ถนนพญาไท
วังใหม่ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๗ มกราคม 2554

เรื่อง การรับรองสถานภาพนิสิต

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร

เนื่องด้วย นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสประจำตัว 517 82895 38 ได้ลงทะเบียนเรียนวิชา 3800811 วิทยานิพนธ์ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณระพี สุทธิวรรณ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้นิสิตได้ผ่านการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง “โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ” ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2553 และขณะนี้นิสิตกำลังอยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคาดว่าจะเสร็จสิ้นและจบการศึกษาได้ในภาคการศึกษานี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันทนาค์ มณีศรี)
คณบดีคณะจิตวิทยา

ภาคผนวก ฉ

จดหมายรับรองจริยธรรมการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



61 ถ. สุขุมวิท
อ. เมือง
จ. สมุทรปราการ
10270

Tel. 02 - 3843381 - 3 ต่อ 1309
Fax. 02 - 3941845

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
เอกสารรับรองโครงการ

หมายเลขผู้ขอทำวิจัย
...004./53...
(ที่เข้าการประชุม)

ชื่อโครงการ ภาษาไทย โมเดลเชิงสาเหตุของอารมณ์มีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ
ระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานสังกัด นางสาวเพ็ญพูน สานิชวรรณกุล คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย.....โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....

เอกสารที่รับรอง

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. แบบสอบถาม

วันหมดอายุ : 24 พฤศจิกายน 2554

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of
Helsinki, The Belmont, CIOMS Guidelines และ The International Conferences on Harmonization in good
Clinical Practice (ICH - GCP)

ลงนาม.....
(นางรินสุข งามงามสกลมณี)

(24 พฤศจิกายน 2553)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่

ลงนาม.....
(นายแพทย์คุดิต ลิขณะพิจิติกุล)

(24 พฤศจิกายน 2553)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันราชานุกูล

ชื่อโครงการวิจัย โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

ผู้วิจัย นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล
 นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
 คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันราชานุกูล

ลายเซ็นประธานกรรมการ

(ดร.ศศิสัย คุ้มทรัพย์อนันต์)

ลายเซ็นผู้มีอำนาจของสถาบัน

(นางพรรณวิภา ใจใสกร)

ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

วันที่รับรอง ๑๒ / ๓.๑ / ๕๕



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองวิชาการ (ฝ่ายพัฒนาบุคคล โทร. 0 2224 9710 โทรสาร 0 2221 6029)

ที่ กท 0602.4/วค.009

วันที่ 24 มกราคม 2554

เรื่อง อนุมัติโครงการวิจัย ของ นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์



เลขที่	600
วันที่	27 ส.ค. 2554
เวลา	10.04

ตามบันทึก กท.0602.4/7448 ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2553 เรื่อง ขอแก้ไขโครงร่างการวิจัย ซึ่งขอให้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร พิจารณาโครงการวิจัย ของ นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล เรื่อง "โมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ในโปรแกรมการสร้างเสริม พัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ" นั้น

บัดนี้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณา โครงการวิจัยที่นำเสนอแล้ว ในการประชุมครั้งที่ 24/2553 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2553 มีความเห็นว่า โครงการ ได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่าย ของโครงการที่นำเสนอได้ ให้ผู้วิจัยรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ฯ ทุก 6 เดือน และเมื่อโครงการ วิจัยดำเนินการแล้วเสร็จ ให้ผู้วิจัยส่งข้อมูลงานวิจัยทั้งฉบับที่ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์พร้อมบทคัดย่อ ลงในแผ่น CD ให้กรุงเทพมหานคร ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

เปรมฤดี คุนเดช
(นางสาวเปรมฤดี คุนเดช)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน
ของกรุงเทพมหานคร

จ. 27.2

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการ

(นางสุกัญญา อรรถบวรพิศาล)
เลขานุการสำนักงานการแพทย์

กท 0602.4/วค.009

เขียน.....รพท.....รพช

เพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

(นางสมพร คุ้มแคว้น)
หัวหน้าฝ่ายพัฒนาระบบงาน
กองวิชาการ

๒๘ มกราคม ๒๕๕๔

(Handwritten signature)

27.2.54

No. ว. 14

**Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration**

Title of Project : A Causal Model of Maternal Involvement
in Early Intervention Programs for Children
with Special Needs

Registered Number : 160.53

Principal Investigator : Miss Permpoon Sanichwannakul

Name of Institution : Chulalongkorn University

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

P. Saicheua
..... Chairman
(Mr. Pirapong Saicheua)
Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 24 JAN 2011

ภาคผนวก ช

รายงานผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลเชิงสาเหตุของการมีส่วนร่วมของแม่ใน
โปรแกรมการสร้างเสริมพัฒนาการระยะแรกเริ่มในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ



ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DATE: 3/26/2011

TIME: 12:56

L I S R E L 8.72

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2005
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.
Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\Documents and
Settings\Administrator\Desktop\THESIS\PATH.LPJ:

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL
DA NI=12 NO=343 MA=CM
RA FI='C:\Documents and Settings\Administrator\Desktop\THESIS\MOTHER.psf'
SE
6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 /
MO NX=5 NY=7 NK=2 NE=3 BE=FU GA=FI PS=SY TE=SY TD=SY
LE
STRESS COPING INVOLVE
LK
SES SUPPORT
FR LY(1,1) LY(2,1) LY(3,2) LY(4,2) LY(5,2) LY(6,3) LY(7,3)
FR LX(1,1) LX(2,1) LX(3,2) LX(4,2) LX(5,2)
FR BE(2,1) BE(3,1) BE(3,2)
FR GA(1,1) GA(1,2) GA(3,1) GA(3,2)
FI TE(4,4)
VA 0.021 TE(4,4)
FR TE(7,3) TE(5,2) TE(5,1) TE(6,3) TE(7,5) TE(6,2) TE(2,1) TE(4,1) TD(5,4)
FR TD(3,1) TD(4,1) TH(1,7) TH(3,5) TH(1,1) TH(2,3) TH(2,5) TH(1,3) TH(3,3)
FR TE(5,4) TE(6,1) TE(6,5) TH(3,1) TH(4,3) TH(5,2) TH(5,3) TH(5,7) TD(4,2)
FR TH(4,4) TH(4,5)
FI TE(1,1) TE(2,2)
VA 0.150 TE(1,1)
VA 0.126 TE(2,2)
VA -0.020 TE(3,1)
VA -0.029 TE(3,2)
VA 1.023 TD(5,2)
VA 0.699 TD(5,1)
VA 0.267 TH(2,1)
PD
OU AD=OFF SS SC SE TV EF MI RS FS ND=3

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Number of Input Variables 12

Number of Y - Variables 7
 Number of X - Variables 5
 Number of ETA - Variables 3
 Number of KSI - Variables 2
 Number of Observations 343

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Covariance Matrix

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
MIND	0.308					
BODY	0.225	0.444				
PRO	-0.004	0.002	0.347			
EMO	0.035	0.055	0.209	0.252		
AVOID	0.105	0.161	0.056	0.104	0.315	
INKNOW	-0.050	-0.072	0.120	0.104	0.000	0.449
INDO	-0.045	-0.042	0.188	0.110	-0.020	0.251
EDU	0.049	-0.323	0.389	0.071	-0.196	0.305
INCOME	0.082	-0.258	0.253	-0.062	-0.299	0.152
INSUP	-0.029	0.010	0.105	0.069	0.061	0.046
FORSUP	0.025	0.115	-0.003	0.013	0.016	0.059
SPOUSE	-0.018	-0.016	0.172	0.101	-0.055	0.082

Covariance Matrix

	INDO	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE
INDO	0.465					
EDU	0.205	18.329				
INCOME	0.286	7.166	12.573			
INSUP	0.097	0.404	0.123	0.714		
FORSUP	0.119	0.658	-0.215	0.206	2.350	
SPOUSE	0.250	0.841	1.232	0.299	0.011	2.549

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Parameter Specifications

LAMBDA-Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	0	0	0
BODY	1	0	0
PRO	0	0	0
EMO	0	2	0
AVOID	0	3	0
INKNOW	0	0	0
INDO	0	0	4

LAMBDA-X

	SES	SUPPORT
EDU	5	0
INCOME	6	0

INSUP	0	7
FORSUP	0	8
SPOUSE	0	9

BETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	0	0	0
COPING	10	0	0
INVOLVE	11	12	0

GAMMA

	SES	SUPPORT
STRESS	13	14
COPING	0	0
INVOLVE	15	16

PHI

	SES	SUPPORT
SES	0	
SUPPORT	17	0

PSI

	STRESS	COPING	INVOLVE
	18	19	20

THETA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
MIND	0					
BODY	21	0				
PRO	0	0	22			
EMO	23	0	0	0		
AVOID	24	25	0	26	27	
INKNOW	28	29	30	0	31	32
INDO	0	0	33	0	34	0

THETA-EPS

INDO

INDO	35
------	----

THETA-DELTA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
EDU	36	0	37	0	0	0
INCOME	0	0	40	0	41	0
INSUP	43	0	44	0	45	0
FORSUP	0	0	48	49	50	0

SPOUSE 0 54 55 0 0 0

THETA-DELTA-EPS

INDO

 EDU 38
 INCOME 0
 INSUP 0
 FORSUP 0
 SPOUSE 56

THETA-DELTA

	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE
EDU	39				
INCOME	0	42			
INSUP	46	0	47		
FORSUP	51	52	0	53	
SPOUSE	0	0	0	57	58

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Number of Iterations = 56

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

LAMBDA-Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	0.395	--	--
BODY	0.559 (0.041) 13.799	--	--
PRO	--	0.427	--
EMO	--	0.482 (0.026) 18.728	--
AVOID	--	0.145 (0.038) 3.868	--
INKNOW	--	--	0.456
INDO	--	--	0.534 (0.085) 6.299

LAMBDA-X

	SES	SUPPORT
EDU	2.932 (0.663) 4.422	--
INCOME	2.431 (0.539) 4.508	--
INSUP	--	0.350 (0.110) 3.191
FORSUP	--	0.669 (0.234) 2.858
SPOUSE	--	0.787 (0.256) 3.081

BETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	--	--
COPING	0.208 (0.065) 3.216	--	--
INVOLVE	-0.224 (0.086) -2.622	0.461 (0.081) 5.664	--

GAMMA

	SES	SUPPORT
STRESS	-0.146 (0.072) -2.015	0.170 (0.095) 1.781
COPING	--	--
INVOLVE	0.167 (0.081) 2.067	0.211 (0.100) 2.105

Covariance Matrix of ETA and KSI

	STRESS	COPING	INVOLVE	SES	SUPPORT
STRESS	1.000				
COPING	0.208	1.000			

INVOLVE	-0.117	0.417	1.000		
SES	-0.127	-0.026	0.206	1.000	
SUPPORT	0.154	0.032	0.210	0.109	1.000

PHI

	SES	SUPPORT
SES	1.000	

SUPPORT	0.109	1.000
	(0.117)	
	0.934	

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	STRESS	COPING	INVOLVE
	0.955	0.957	0.703
	(0.148)	(0.125)	(0.144)
	6.469	7.679	4.891

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

	STRESS	COPING	INVOLVE
	0.045	0.043	0.297

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

	STRESS	COPING	INVOLVE
	0.045	0.002	0.078

Reduced Form

	SES	SUPPORT
STRESS	-0.146	0.170
	(0.072)	(0.095)
	-2.015	1.781
COPING	-0.030	0.035
	(0.018)	(0.023)
	-1.715	1.570
INVOLVE	0.186	0.189
	(0.079)	(0.096)
	2.342	1.964

THETA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
MIND	0.150					

BODY	0.001	0.126				
	(0.011)					
	0.073					
PRO	-0.020	-0.029	0.156			
		(0.013)				
		11.961				
EMO	0.002	--	--	0.021		
	(0.008)					
	0.228					
AVOID	0.095	0.143	--	0.030	0.291	
	(0.017)	(0.020)		(0.012)	(0.023)	
	5.694	7.148		2.503	12.677	
INKNOW	-0.018	-0.040	0.025	--	-0.028	0.234
	(0.018)	(0.022)	(0.014)		(0.018)	(0.036)
	-0.970	-1.812	1.783		-1.530	6.539
INDO	--	--	0.083	--	-0.047	--
			(0.015)		(0.017)	
			5.577		-2.796	

THETA-EPS

INDO

INDO	0.169
	(0.044)
	3.813

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
-----	-----	-----	-----	-----	-----
0.509	0.713	0.540	0.917	0.068	0.470

Squared Multiple Correlations for Y - Variables

INDO

0.627

THETA-DELTA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
	-----	-----	-----	-----	-----	-----
EDU	0.293	--	0.307	--	--	--
	(0.091)		(0.096)			
	3.217		3.190			
INCOME	0.267	--	0.284	--	-0.164	--
		(0.078)		(0.084)		
		3.622		-1.965		

INSUP	-0.033	--	0.039	--	0.061	--
	(0.020)		(0.018)		(0.022)	
	-1.675		2.119		2.748	
FORSUP	--	--	-0.043	-0.030	0.004	--
			(0.045)	(0.039)	(0.043)	
			-0.952	-0.788	0.086	
SPOUSE	--	-0.027	0.080	--	--	--
		(0.047)	(0.035)			
		-0.583	2.250			

THETA-DELTA-EPS

	INDO

EDU	-0.233
	(0.134)
	-1.742
INCOME	--
INSUP	--
FORSUP	--
SPOUSE	0.106
	(0.052)
	2.063

THETA-DELTA

	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE
	-----	-----	-----	-----	-----
EDU	9.899				
	(3.735)				
	2.651				
INCOME	--	6.570			
		(2.536)			
		2.590			
INSUP	0.344	--	0.594		
	(0.179)		(0.084)		
	1.925		7.091		
FORSUP	0.582	-0.330	--	1.909	
	(0.413)	(0.329)		(0.329)	
	1.408	-1.002		5.801	
SPOUSE	0.699	1.023	--	-0.502	1.922
			(0.310)	(0.403)	
			-1.618	4.769	

Squared Multiple Correlations for X - Variables

EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE
0.465	0.474	0.171	0.190	0.244

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 20
 Minimum Fit Function Chi-Square = 29.947 (P = 0.0707)
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 29.211 (P = 0.0837)
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 9.211
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (0.0 ; 27.749)

Minimum Fit Function Value = 0.0876
 Population Discrepancy Function Value (FO) = 0.0269
 90 Percent Confidence Interval for FO = (0.0 ; 0.0811)
 Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.0367
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0 ; 0.0637)
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.766

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.425
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.398 ; 0.479)
 ECVI for Saturated Model = 0.456
 ECVI for Independence Model = 3.111

Chi-Square for Independence Model with 66 Degrees of Freedom = 1039.846
 Independence AIC = 1063.846
 Model AIC = 145.211
 Saturated AIC = 156.000
 Independence CAIC = 1121.899
 Model CAIC = 425.799
 Saturated CAIC = 533.343

Normed Fit Index (NFI) = 0.971
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.966
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.294
 Comparative Fit Index (CFI) = 0.990
 Incremental Fit Index (IFI) = 0.990
 Relative Fit Index (RFI) = 0.905

Critical N (CN) = 430.020

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.0576
 Standardized RMR = 0.0421
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.986
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.945
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.253

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Fitted Covariance Matrix

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
MIND	0.306					
BODY	0.221	0.438				
PRO	0.015	0.021	0.338			
EMO	0.041	0.056	0.206	0.253		

AVOID	0.107	0.160	0.062	0.100	0.312	
INKNOW	-0.039	-0.070	0.106	0.092	0.000	0.443
INDO	-0.025	-0.035	0.178	0.107	-0.015	0.244
EDU	0.146	-0.208	0.274	-0.037	-0.011	0.276
INCOME	0.145	-0.173	0.256	-0.031	-0.174	0.229
INSUP	-0.012	0.030	0.043	0.005	0.062	0.034
FORSUP	0.041	0.058	-0.034	-0.020	0.007	0.064
SPOUSE	0.048	0.041	0.090	0.012	0.004	0.075

Fitted Covariance Matrix

	INDO	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE
INDO	0.454					
EDU	0.090	18.497				
INCOME	0.268	7.129	12.481			
INSUP	0.039	0.456	0.093	0.717		
FORSUP	0.075	0.796	-0.152	0.234	2.356	
SPOUSE	0.194	0.951	1.232	0.276	0.025	2.542

Fitted Residuals

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
MIND	0.002					
BODY	0.003	0.006				
PRO	-0.019	-0.019	0.009			
EMO	-0.007	-0.001	0.003	0.000		
AVOID	-0.002	0.002	-0.006	0.005	0.003	
INKNOW	-0.011	-0.002	0.014	0.013	0.000	0.006
INDO	-0.020	-0.007	0.010	0.003	-0.005	0.007
EDU	-0.097	-0.115	0.116	0.108	-0.184	0.029
INCOME	-0.063	-0.086	-0.003	-0.031	-0.126	-0.077
INSUP	-0.017	-0.021	0.061	0.064	-0.001	0.012
FORSUP	-0.016	0.057	0.031	0.033	0.010	-0.005
SPOUSE	-0.065	-0.056	0.082	0.089	-0.058	0.007

Fitted Residuals

	INDO	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE
INDO	0.011					
EDU	0.115	-0.168				
INCOME	0.018	0.037	0.092			
INSUP	0.058	-0.053	0.030	-0.003		
FORSUP	0.044	-0.138	-0.063	-0.029	-0.006	
SPOUSE	0.056	-0.110	0.000	0.023	-0.014	0.007

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.184

Median Fitted Residual = 0.000

Largest Fitted Residual = 0.116

Stemleaf Plot

- 1|87
- 1|43110
- 0|98766665

- 0|33222221111110000000000000000000
 0|111111111111122333344
 0|66666899
 1|122

Standardized Residuals

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
MIND	0.454					
BODY	0.946	1.079				
PRO	-1.442	-1.364	1.876			
EMO	-1.052	-0.215	1.076	-1.302		
AVOID	-0.774	0.355	-1.088	2.169	1.100	
INKNOW	-1.606	-0.433	2.776	2.400	0.049	2.743
INDO	-1.576	-0.725	1.968	0.561	-1.003	2.028
EDU	-1.522	-1.257	1.208	0.947	-1.423	0.337
INCOME	-0.812	-1.154	-0.039	-0.335	-1.943	-0.900
INSUP	-1.641	-0.957	3.205	2.824	-0.076	0.533
FORSUP	-0.424	1.392	1.881	2.448	0.640	-0.108
SPOUSE	-1.760	-1.749	2.330	2.094	-1.215	0.157

Standardized Residuals

	INDO	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE
INDO	2.434					
EDU	1.682	-0.896				
INCOME	0.259	0.178	0.329			
INSUP	2.848	-0.742	0.253	-0.924		
FORSUP	1.084	-1.982	-0.892	-1.225	-1.169	
SPOUSE	1.960	-0.476	-0.001	0.868	-0.576	0.224

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -1.982
 Median Standardized Residual = 0.024
 Largest Standardized Residual = 3.205

Stemleaf Plot

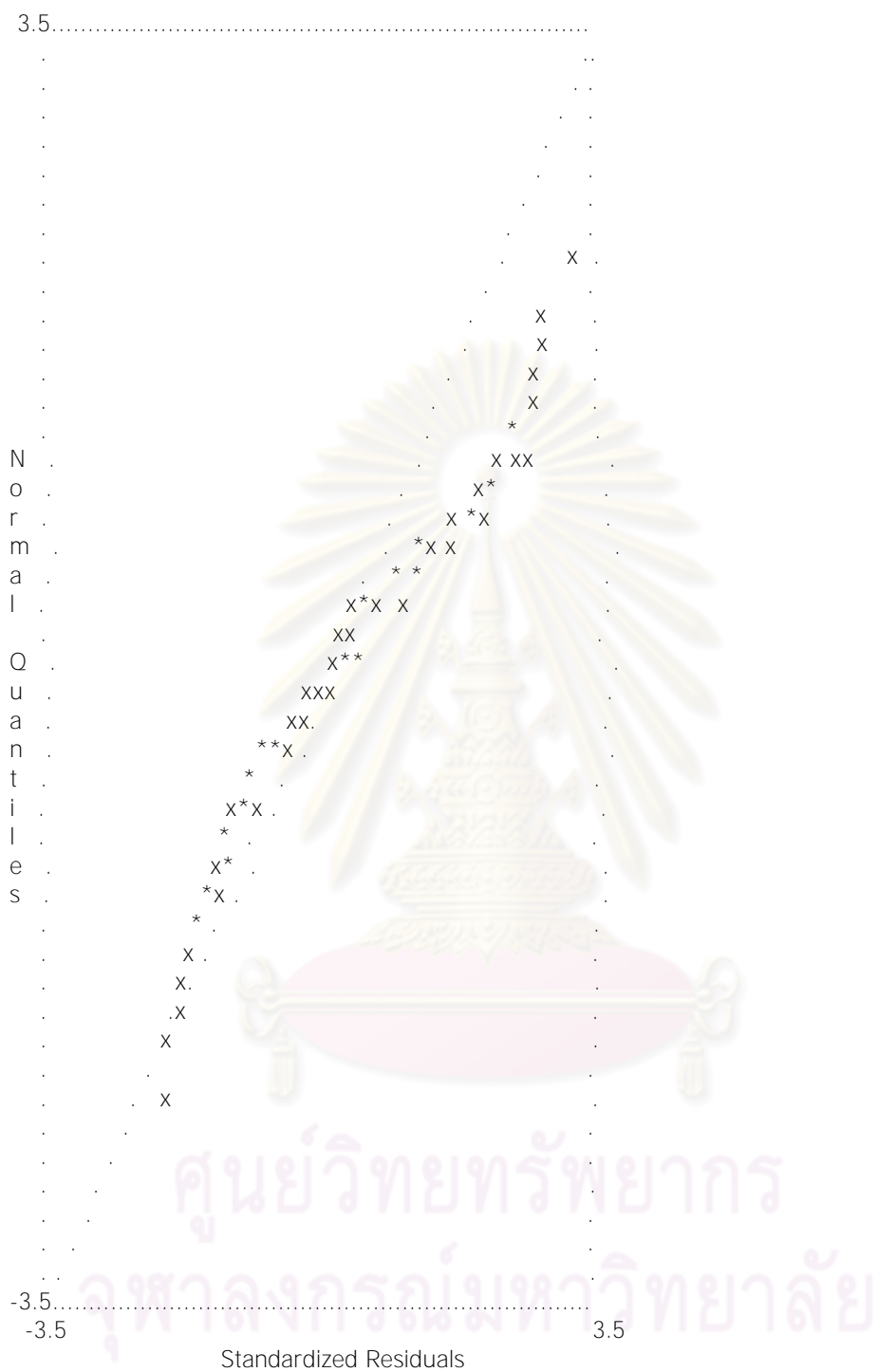
- 2|0
 - 1|98766654443322221100
 - 0|9999887765443211000
 0|222333345566999
 1|111124799
 2|0001234447888
 3|2

Largest Positive Standardized Residuals

Residual for INKNOW and PRO 2.776
 Residual for INKNOW and INKNOW 2.743
 Residual for INSUP and PRO 3.205
 Residual for INSUP and EMO 2.824
 Residual for INSUP and INDO 2.848

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Qplot of Standardized Residuals



TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Modification Indices and Expected Change

Modification Indices for LAMBDA-Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	--	0.400	1.020
BODY	--	0.016	0.439
PRO	1.082	--	1.082

EMO	1.068	--	1.679
AVOID	0.011	--	4.871
INKNOW	0.121	2.739	--
INDO	0.121	2.739	--

Expected Change for LAMBDA-Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	--	-0.022	-0.032
BODY	--	0.006	0.029
PRO	-0.028	--	0.130
EMO	0.031	--	0.125
AVOID	0.024	--	-0.366
INKNOW	0.070	0.131	--
INDO	-0.082	-0.153	--

Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	--	-0.022	-0.032
BODY	--	0.006	0.029
PRO	-0.028	--	0.130
EMO	0.031	--	0.125
AVOID	0.024	--	-0.366
INKNOW	0.070	0.131	--
INDO	-0.082	-0.153	--

Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	--	-0.039	-0.057
BODY	--	0.009	0.044
PRO	-0.048	--	0.224
EMO	0.062	--	0.248
AVOID	0.044	--	-0.655
INKNOW	0.105	0.197	--
INDO	-0.121	-0.228	--

Modification Indices for LAMBDA-X

	SES	SUPPORT
EDU	--	0.015
INCOME	--	0.015
INSUP	0.215	--
FORSUP	0.048	--
SPOUSE	0.157	--

Expected Change for LAMBDA-X

	SES	SUPPORT
EDU	--	-0.057
INCOME	--	0.048
INSUP	0.036	--
FORSUP	-0.113	--

SPOUSE -0.068 --

Standardized Expected Change for LAMBDA-X

	SES	SUPPORT
EDU	--	-0.057
INCOME	--	0.048
INSUP	0.036	--
FORSUP	-0.113	--
SPOUSE	-0.068	--

Completely Standardized Expected Change for LAMBDA-X

	SES	SUPPORT
EDU	--	-0.013
INCOME	--	0.013
INSUP	0.043	--
FORSUP	-0.074	--
SPOUSE	-0.043	--

Modification Indices for BETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	4.642	4.642
COPING	--	--	5.759
INVOLVE	--	--	--

Expected Change for BETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	-0.812	-1.763
COPING	--	--	0.712
INVOLVE	--	--	--

Standardized Expected Change for BETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	-0.812	-1.763
COPING	--	--	0.712
INVOLVE	--	--	--

Modification Indices for GAMMA

	SES	SUPPORT
STRESS	--	--
COPING	0.039	11.905
INVOLVE	--	--

Expected Change for GAMMA

	SES	SUPPORT
STRESS	--	--

COPING	0.014	0.330
INVOLVE	--	--

Standardized Expected Change for GAMMA

	SES	SUPPORT
STRESS	--	--
COPING	0.014	0.330
INVOLVE	--	--

No Non-Zero Modification Indices for PHI

Modification Indices for PSI

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	--	--
COPING	4.642	--	--
INVOLVE	--	--	--

Expected Change for PSI

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	--	--
COPING	-0.777	--	--
INVOLVE	--	--	--

Standardized Expected Change for PSI

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	--	--
COPING	-0.777	--	--
INVOLVE	--	--	--

Modification Indices for THETA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
MIND	0.312	--	--	--	--	--
BODY	--	0.000	--	--	--	--
PRO	0.089	0.473	--	--	--	--
EMO	--	0.456	1.093	1.082	--	--
AVOID	--	--	0.011	--	--	--
INKNOW	--	--	--	2.933	--	--
INDO	0.299	0.299	--	2.933	--	--

Modification Indices for THETA-EPS

INDO	
INDO	--

Expected Change for THETA-EPS

MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
------	------	-----	-----	-------	--------

MIND	0.040					
BODY	--	0.001				
PRO	-0.004	-0.008	--			
EMO	--	0.011	0.062	-0.069		
AVOID	--	--	-0.048	--	--	
INKNOW	--	--	--	0.066	--	--
INDO	-0.008	0.011	--	-0.077	--	--

Expected Change for THETA-EPS

INDO

INDO --

Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
MIND	0.130					
BODY	--	0.003				
PRO	-0.012	-0.022	--			
EMO	--	0.032	0.211	-0.274		
AVOID	--	--	-0.148	--	--	
INKNOW	--	--	--	0.197	--	--
INDO	-0.022	0.026	--	-0.227	--	--

Completely Standardized Expected Change for THETA-EPS

INDO

INDO --

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
EDU	--	0.000	--	1.338	2.205	0.117
INCOME	0.016	0.004	--	0.865	--	0.666
INSUP	--	2.006	--	4.751	--	1.134
FORSUP	1.561	3.140	--	--	--	0.148
SPOUSE	1.377	--	--	5.694	2.227	0.716

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

INDO

EDU --
 INCOME 0.437
 INSUP 1.547
 FORSUP 0.551
 SPOUSE --

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
EDU	--	-0.002	--	0.112	-0.176	0.070
INCOME	0.011	-0.006	--	-0.075	--	-0.087
INSUP	--	-0.058	--	0.047	--	-0.028

FORSUP	-0.046	0.082	--	--	--	-0.018
SPOUSE	-0.066	--	--	0.090	-0.064	-0.059

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

INDO	

EDU	--
INCOME	0.091
INSUP	0.036
FORSUP	0.038
SPOUSE	--

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW

EDU	--	-0.001	--	0.052	-0.073	0.025
INCOME	0.006	-0.003	--	-0.042	--	-0.037
INSUP	--	-0.104	--	0.109	--	-0.050
FORSUP	-0.055	0.080	--	--	--	-0.018
SPOUSE	-0.075	--	--	0.113	-0.072	-0.056

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA-EPS

INDO	

EDU	--
INCOME	0.038
INSUP	0.063
FORSUP	0.037
SPOUSE	--

Modification Indices for THETA-DELTA

	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE

EDU	--				
INCOME	--	--			
INSUP	--	0.087	--		
FORSUP	--	--	1.362	--	
SPOUSE	0.066	0.001	1.362	--	--

Expected Change for THETA-DELTA

	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE

EDU	--				
INCOME	--	--			
INSUP	--	0.054	--		
FORSUP	--	--	-0.225	--	
SPOUSE	-0.096	0.010	0.265	--	--

Completely Standardized Expected Change for THETA-DELTA

	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE

EDU	--				
INCOME	--	--			

INSUP	--	0.018	--		
FORSUP	--	--	-0.173	--	
SPOUSE	-0.014	0.002	0.196	--	--

Maximum Modification Index is 11.90 for Element (2, 2) of GAMMA

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Factor Scores Regressions

ETA

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
STRESS	0.744	1.182	0.362	0.142	-0.934	0.202
COPING	0.031	0.085	0.233	1.775	-0.208	0.048
INVOLVE	-0.130	-0.052	-0.593	0.635	0.233	0.444

ETA

	INDO	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE
STRESS	-0.322	-0.012	-0.030	0.102	0.008	0.030
COPING	-0.044	-0.003	-0.005	-0.002	0.026	-0.003
INVOLVE	1.009	0.026	0.016	0.027	0.005	-0.025

KSI

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
SES	-0.423	0.109	-0.609	0.319	0.207	-0.057
SUPPORT	0.120	0.128	-0.179	0.163	-0.180	0.142

KSI

	INDO	EDU	INCOME	INSUP	FORSUP	SPOUSE
SES	0.353	0.119	0.151	-0.020	-0.008	-0.081
SUPPORT	0.029	-0.015	0.002	0.328	0.243	0.271

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Standardized Solution

LAMBDA-Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	0.395	--	--
BODY	0.559	--	--
PRO	--	0.427	--
EMO	--	0.482	--
AVOID	--	0.145	--
INKNOW	--	--	0.456
INDO	--	--	0.534

LAMBDA-X

SES	SUPPORT
-----	---------

EDU	2.932	--
INCOME	2.431	--
INSUP	--	0.350
FORSUP	--	0.669
SPOUSE	--	0.787

BETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	--	--
COPING	0.208	--	--
INVOLVE	-0.224	0.461	--

GAMMA

	SES	SUPPORT
STRESS	-0.146	0.170
COPING	--	--
INVOLVE	0.167	0.211

Correlation Matrix of ETA and KSI

	STRESS	COPING	INVOLVE	SES	SUPPORT
STRESS	1.000				
COPING	0.208	1.000			
INVOLVE	-0.117	0.417	1.000		
SES	-0.127	-0.026	0.206	1.000	
SUPPORT	0.154	0.032	0.210	0.109	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	STRESS	COPING	INVOLVE
	0.955	0.957	0.703

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

	SES	SUPPORT
STRESS	-0.146	0.170
COPING	-0.030	0.035
INVOLVE	0.186	0.189

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Completely Standardized Solution

LAMBDA-Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	0.714	--	--
BODY	0.844	--	--
PRO	--	0.735	--

EMO	--	0.958	--
AVOID	--	0.260	--
INKNOW	--	--	0.686
INDO	--	--	0.792

LAMBDA-X

	SES	SUPPORT
EDU	0.682	--
INCOME	0.688	--
INSUP	--	0.414
FORSUP	--	0.436
SPOUSE	--	0.494

BETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	--	--
COPING	0.208	--	--
INVOLVE	-0.224	0.461	--

GAMMA

	SES	SUPPORT
STRESS	-0.146	0.170
COPING	--	--
INVOLVE	0.167	0.211

Correlation Matrix of ETA and KSI

	STRESS	COPING	INVOLVE	SES	SUPPORT
STRESS	1.000				
COPING	0.208	1.000			
INVOLVE	-0.117	0.417	1.000		
SES	-0.127	-0.026	0.206	1.000	
SUPPORT	0.154	0.032	0.210	0.109	1.000

PSI

Note: This matrix is diagonal.

	STRESS	COPING	INVOLVE
	0.955	0.957	0.703

THETA-EPS

	MIND	BODY	PRO	EMO	AVOID	INKNOW
MIND	0.491					
BODY	0.002	0.287				
PRO	-0.062	-0.075	0.460			
EMO	0.007	--	--	0.083		
AVOID	0.309	0.386	--	0.106	0.932	
INKNOW	-0.048	-0.091	0.064	--	-0.075	0.530
INDO	--	--	0.211	--	-0.125	--

THETA-EPS

INDO

INDO 0.373

THETA-DELTA-EPS

MIND BODY PRO EMO AVOID INKNOW

EDU	0.123	--	0.123	--	--	--
INCOME	0.137	--	0.138	--	-0.083	--
INSUP	-0.071	--	0.078	--	0.128	--
FORSUP	--	--	-0.048	-0.039	0.004	--
SPOUSE	--	-0.026	0.086	--	--	--

THETA-DELTA-EPS

INDO

EDU	-0.080
INCOME	--
INSUP	--
FORSUP	--
SPOUSE	0.099

THETA-DELTA

EDU INCOME INSUP FORSUP SPOUSE

EDU	0.535				
INCOME	--	0.526			
INSUP	0.094	--	0.829		
FORSUP	0.088	-0.061	--	0.810	
SPOUSE	0.102	0.182	--	-0.205	0.756

Regression Matrix ETA on KSI (Standardized)

SES SUPPORT

STRESS	-0.146	0.170
COPING	-0.030	0.035
INVOLVE	0.186	0.189

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Total and Indirect Effects

Total Effects of KSI on ETA

SES SUPPORT

STRESS	-0.146	0.170
	(0.072)	(0.095)
	-2.015	1.781
COPING	-0.030	0.035
	(0.018)	(0.023)

	-1.715	1.570
INVOLVE	0.186	0.189
	(0.079)	(0.096)
	2.342	1.964

Indirect Effects of KSI on ETA

	SES	SUPPORT
	-----	-----
STRESS	--	--
COPING	-0.030	0.035
	(0.018)	(0.023)
	-1.715	1.570
INVOLVE	0.019	-0.022
	(0.015)	(0.020)
	1.287	-1.087

Total Effects of ETA on ETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
	-----	-----	-----
STRESS	--	--	--
COPING	0.208	--	--
	(0.065)		
	3.216		
INVOLVE	-0.128	0.461	--
	(0.084)	(0.081)	
	-1.522	5.664	

Largest Eigenvalue of B*B' (Stability Index) is 0.272

Indirect Effects of ETA on ETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
	-----	-----	-----
STRESS	--	--	--
COPING	--	--	--
INVOLVE	0.096	--	--
	(0.034)		
	2.840		

Total Effects of ETA on Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
	-----	-----	-----
MIND	0.395	--	--
BODY	0.559	--	--

	(0.041)			
	13.799			
PRO	0.089	0.427	--	
	(0.028)			
	3.216			
EMO	0.100	0.482	--	
	(0.031)	(0.026)		
	3.194	18.728		
AVOID	0.030	0.145	--	
	(0.014)	(0.038)		
	2.168	3.868		
INKNOW	-0.059	0.210	0.456	
	(0.038)	(0.037)		
	-1.522	5.664		
INDO	-0.069	0.246	0.534	
	(0.043)	(0.034)	(0.085)	
	-1.604	7.224	6.299	

Indirect Effects of ETA on Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
	-----	-----	-----
MIND	--	--	--
BODY	--	--	--
PRO	0.089	--	--
	(0.028)		
	3.216		
EMO	0.100	--	--
	(0.031)		
	3.194		
AVOID	0.030	--	--
	(0.014)		
	2.168		
INKNOW	-0.059	0.210	--
	(0.038)	(0.037)	
	-1.522	5.664	
INDO	-0.069	0.246	--
	(0.043)	(0.034)	
	-1.604	7.224	

Total Effects of KSI on Y

	SES	SUPPORT
	-----	-----
MIND	-0.057	0.067
	(0.029)	(0.038)

	-2.015	1.781
BODY	-0.081 (0.041)	0.095 (0.053)
	-1.982	1.776
PRO	-0.013 (0.008)	0.015 (0.010)
	-1.715	1.570
EMO	-0.015 (0.009)	0.017 (0.011)
	-1.706	1.570
AVOID	-0.004 (0.003)	0.005 (0.004)
	-1.459	1.386
INKNOW	0.085 (0.036)	0.086 (0.044)
	2.342	1.964
INDO	0.099 (0.042)	0.101 (0.051)
	2.363	1.976

TI MOTHER INVOLVEMENT MODEL

Standardized Total and Indirect Effects

Standardized Total Effects of KSI on ETA

	SES	SUPPORT
STRESS	-0.146	0.170
COPING	-0.030	0.035
INVOLVE	0.186	0.189

Standardized Indirect Effects of KSI on ETA

	SES	SUPPORT
STRESS	--	--
COPING	-0.030	0.035
INVOLVE	0.019	-0.022

Standardized Total Effects of ETA on ETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
STRESS	--	--	--
COPING	0.208	--	--
INVOLVE	-0.128	0.461	--

Standardized Indirect Effects of ETA on ETA

	STRESS	COPING	INVOLVE
	-----	-----	-----

STRESS	--	--	--
COPING	--	--	--
INVOLVE	0.096	--	--

Standardized Total Effects of ETA on Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	0.395	--	--
BODY	0.559	--	--
PRO	0.089	0.427	--
EMO	0.100	0.482	--
AVOID	0.030	0.145	--
INKNOW	-0.059	0.210	0.456
INDO	-0.069	0.246	0.534

Completely Standardized Total Effects of ETA on Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	0.714	--	--
BODY	0.844	--	--
PRO	0.153	0.735	--
EMO	0.199	0.958	--
AVOID	0.054	0.260	--
INKNOW	-0.088	0.316	0.686
INDO	-0.102	0.365	0.792

Standardized Indirect Effects of ETA on Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	--	--	--
BODY	--	--	--
PRO	0.089	--	--
EMO	0.100	--	--
AVOID	0.030	--	--
INKNOW	-0.059	0.210	--
INDO	-0.069	0.246	--

Completely Standardized Indirect Effects of ETA on Y

	STRESS	COPING	INVOLVE
MIND	--	--	--
BODY	--	--	--
PRO	0.153	--	--
EMO	0.199	--	--
AVOID	0.054	--	--
INKNOW	-0.088	0.316	--
INDO	-0.102	0.365	--

Standardized Total Effects of KSI on Y

	SES	SUPPORT
MIND	-0.057	0.067
BODY	-0.081	0.095
PRO	-0.013	0.015

EMO	-0.015	0.017
AVOID	-0.004	0.005
INKNOW	0.085	0.086
INDO	0.099	0.101

Completely Standardized Total Effects of KSI on Y

	SES	SUPPORT
MIND	-0.104	0.121
BODY	-0.123	0.143
PRO	-0.022	0.026
EMO	-0.029	0.034
AVOID	-0.008	0.009
INKNOW	0.127	0.130
INDO	0.147	0.150

Time used: 0.109 Seconds



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ภาควิชาภาษาและวรรณคดีอังกฤษ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2548 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย