

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนากิจกรรมครอบครัว ต่อการปฏิบัติพัฒนากิจกรรมครอบครัวในระยะเริ่มเล็งดูบุตรของครอบครัวมารดาวัยรุ่นผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดการเป็นมารดาวัยรุ่นครั้งแรก
2. แนวคิดการเป็นบิดาครั้งแรก
3. แนวคิดพัฒนากิจกรรมครอบครัวและพัฒนากิจกรรมครอบครัว
4. รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลครอบครัวของเคลการ์ (CFIM)
5. โปรแกรมส่งเสริมพัฒนากิจกรรมครอบครัว
6. แนวทางการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ด็กสูติกรรมของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
7. งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติพัฒนากิจกรรมครอบครัวระยะเริ่มเล็งดูบุตรวัยแรกเกิด

แนวคิดการเป็นมารดาวัยรุ่นครั้งแรก

ความหมายวัยรุ่น

คำว่าวัยรุ่นหรือ Adolescence มีรากศัพท์มาจากคำว่า Adolescere ในภาษาละตินที่หมายถึงความเจริญวัยหรือการเจริญย่างเข้าสู่ความมีวุฒิภาวะ (To Grow to Maturity) นั่นคือ เป็นวัยที่เข้าสู่สู่ความเป็นผู้ใหญ่โดยถือเอาความพร้อมทางด้านร่างกายเป็นเครื่องตัดสินในระยะนี้ร่างกายจะมีการเจริญเติบโตและมีวุฒิภาวะทางเพศโดยสมบูรณ์อวัยวะสืบพันธุ์สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ กล่าวคือ เพศหญิงมีประจำเดือนเป็นครั้งแรกและเพศชายเริ่มผลิตเซลล์สืบพันธุ์ (สุชา จันทรเฒ, 2536, หน้า 42)

เมอร์เรย์และแมคคินนีย์ (Murray & McKinney, 2006, pp. 590-593) ได้แบ่งพัฒนาการในวัยรุ่นไว้เป็น 3 ช่วงคือ วัยแรก (10-13 ปี) วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี) และวัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี) แต่ความจริงพัฒนาการของเด็กวัยรุ่นทั้ง 3 กลุ่มนี้มีความคาบเกี่ยวเหลื่อมล้ำกันและกันอยู่เป็นจำนวนมากแต่ที่จำเป็นต้องแยกออกจากกันเพื่อชี้ให้เห็นลักษณะที่เด่นเป็นพิเศษของวัยรุ่นแต่ละช่วงซึ่งจะมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในด้านความรู้สึกนึกคิดและความสัมพันธ์ต่อบิดามารดา

สรุปได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายอารมณ์และสติปัญญาคือ มีรูปร่างเติบโตแบบผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะทางเพศแต่ระดับความคิดสติปัญญาการตัดสินใจแก้ปัญหายังเป็นแบบเด็ก มักมีปัญหาในการปรับตัว ถ้าวัยรุ่นได้รับความเข้าใจความช่วยเหลือในการปรับตัวก็จะช่วยพัฒนาตนเองเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบได้

ระยะของวัยรุ่น วัยรุ่นเป็นระยะของช่วงชีวิตที่กำลังระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ซึ่งไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนว่าควรกำหนดให้อยู่ในช่วงใด แต่โดยทั่วไปแล้วจะแบ่งระยะของวัยรุ่นได้ 3 ระยะ (Murray & McKinney, 2006, pp. 590-593) ดังนี้

1. วัยรุ่นตอนต้น เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกระบบ เป็นระยะเวลานานประมาณ 2 ปี และมักอยู่ในช่วง 10 - 13 ปี วัยนี้จะมีความคิดหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะส่งผลไปยังจิตใจ ทำให้อารมณ์หงุดหงิดและแปรปรวนง่าย
2. วัยรุ่นตอนกลาง เป็นช่วงที่จะยอมรับสภาพร่างกาย ที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว ซึ่งอยู่ในช่วงประมาณอายุ 14 - 16 ปี มีความคิดลึกซึ้ง จินตนาการใฝ่หาอุดมการณ์และหาเอกลักษณ์เป็นของตนเอง เพื่อความเป็นตัวของตัวเอง และพยายามเอาชนะความรู้สึกแบบเด็ก ๆ ที่อยากพึ่งพาบิดามารดา
3. วัยรุ่นตอนปลาย จะอยู่ในช่วงอายุ 17 - 19 ปี เป็นเวลาของการฝึกฝนอาชีพ ตัดสินใจที่จะเลือกอาชีพที่เหมาะสมและเป็นช่วงเวลาที่มีความผูกพันแน่นแฟ้น (Intimacy) กับเพื่อนต่างเพศ สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเติบโตโดยสมบูรณ์ และบรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

มารดาวัยรุ่น วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระต้องการพึ่งตนเองและแสวงหาความเป็นเอกลักษณ์แห่งตน นับว่าเป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต (Murray & McKinney, 2006, pp. 590-593) ดังนั้นการเป็นมารดาในระยะวัยรุ่นจึงเป็นภาวะวิกฤตที่ซับซ้อนกันระหว่างภาวะวิกฤตจากการเป็นมารดาและภาวะวิกฤตจากการเป็นวัยรุ่นถึงแม้วัยรุ่นจะมีความพร้อมทางร่างกายสามารถให้กำเนิดบุตรได้แล้วแต่วุฒิภาวะทางอารมณ์ของวัยรุ่นยังไม่เหมาะสมที่เป็นมารดาได้ เนื่องจากการเป็นมารดาเป็นงานของผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะเหมาะสมยินดีที่จะเสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อบุตร มีความอดทนต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองสามารถดูแลปกป้องและตอบสนองความต้องการของบุตรได้อย่างเหมาะสมมีทักษะและประสบการณ์ชีวิตเพียงพอ (Hao & Cherlin, 2004, pp. 179-194) แต่มารดาวัยรุ่นยังไม่มีวุฒิภาวะเพียงพอเนื่องจากเป็นวัยที่กำลังค้นหาตัวเองค่านึงถึงแต่ความต้องการของตัวเอง ต้องการอยู่รวมกลุ่มกับเพื่อนยังคงอยู่ในบทบาทของการพึ่งพาไม่มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเต็มที่และขาดประสบการณ์ชีวิต (Whiteman, McHale, & Crouter, 2003, pp. 608 - 621) เพราะความไม่พร้อมทางวุฒิภาวะจึงทำให้วัยรุ่นไม่มีความมั่นใจที่จะเลี้ยงดูทารกมักจะพิจารณา

พฤติกรรมของทารกอย่างผิวเผิน ไม่มีความรู้สึกไวต่ออาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของทารก ไม่มีความรู้และความเข้าใจในพัฒนาการและการเลี้ยงดูทารกจึงไม่สามารถที่จะเลี้ยงดูทารกได้อย่างถูกต้องไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม (Mercer, 1985, pp. 198-204) ส่วนทารกที่เกิดจากการฉีดยารุน มักจะมีปัญหาการคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักตัวน้อยและมีปัญหาปัญญาอ่อนมากกว่าทารกที่เกิดจากการฉีดยารุนผู้ใหญ่ จึงเกิดปัญหาในการเลี้ยงดูสำหรับมารดาฉีดยารุนเพิ่มขึ้นเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นเป็นช่วงระยะเปลี่ยนผ่านที่มีความเสี่ยงสูง (Hao & Cherlin, 2004, pp. 179-194) นอกจากนั้นทารกที่มีปัญหาเหล่านี้จะแสดงปฏิสัมพันธ์ตอบสนองต่อมารดาน้อยกว่าทารกที่ปกติทั่วไปจึงทำให้เกิดผลต่อความรู้สึกและจิตใจของมารดาฉีดยารุนเพิ่มขึ้น วัยรุ่นรู้สึกว่ตนเองไม่มีความสามารถพอในการเลี้ยงดูทารกและมีผลต่อพฤติกรรมในการเป็นมารดาด้วย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังคลอดบุตรได้ (Corona, Lefkowitz, Sigman, & Roma, 2005, pp. 386 - 399) จากการศึกษาของสุธิดา ฉายาลักษณ์ (2533) พบว่ามารดาฉีดยารุนส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมในการมีบุตร จึงทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีความกังวลเกี่ยวกับบุตร มีปัญหาความไม่ต้องการบุตรมีพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรที่ไม่เหมาะสม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอดมารดาฉีดยารุนจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อทำหน้าที่ของการเป็นมารดา ซึ่งเป็นงานที่ยากสำหรับมารดาฉีดยารุนมาก นอกจากการเป็นมารดาแล้ว มารดาฉีดยารุนยังต้องมีบทบาทในการเป็นภรรยา เป็นแม่บ้านในการรับผิดชอบเรื่องต่าง ๆ ภายในบ้าน ตลอดจนปัญหาทางด้านสังคมไทย ซึ่งยังไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์ในขณะที่เรียนหนังสือมารดาฉีดยารุนต้องออกจากโรงเรียนโดยกะทันหันการศึกษาจึงอยู่ในระดับไม่สูงมากนักทำให้ด้อยโอกาสในการเลือกหางานทำ ส่งผลถึงปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว

พัฒนากิจการเป็นมารดาในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร

ตามแนวทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวของดิวาลล์ (Duvall, 1977, pp. 224 - 226) ถือว่าการมีบุตรคนแรกจนกระทั่งบุตรอายุ 30 เดือนเป็นขั้นพัฒนาการครอบครัวที่มารดาจะมีพัฒนากิจ (Developmental Tasks) ดังนี้

1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา
2. หาหนทางจัดการกับความกดดันในบทบาทใหม่ในการเป็นมารดา
3. เรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของบุตรตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตรวมทั้งการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรมารดาจะต้องมีความรู้ความชำนาญอย่างเพียงพอในการให้การดูแลบุตรทั้งโดยลำพังและร่วมกับสามี
4. จัดรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันภายในครอบครัวให้มีความเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

5. สนใจและส่งเสริมให้บุตรมีพัฒนาการที่ดี
6. แบ่งความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรกับสามี
7. คงไว้ซึ่งความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับสามี
8. มีการปรับความสมดุลในการดำรงชีวิตของครอบครัว
9. สร้างความรู้สึกลึกซึ้งในความเป็นบุคคล
10. การส่งเสริมและพัฒนาความรู้สึกรักและห่วงใยในความสุขของครอบครัว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่น

1. อายุ ที่ต่างกันย่อมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ในชีวิตและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีอายุน้อยกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่าซึ่งวุฒิภาวะจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัว และทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต โดยอาศัยสติปัญญาการเรียนรู้ และ ประสบการณ์ในอดีตมาประกอบได้มากขึ้น โดยสมบูรณ์สูงสุดเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของบรูม (Broom, 1984, pp. 19 – 20) ที่กล่าวว่า การมีความแตกต่างในด้านวุฒิภาวะของมารดา มีผลทำให้การอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดามีความแตกต่างกันจากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) ศึกษา เรื่องผลสำเร็จของการแสดงบทบาทมารดาในช่วงปีแรกพบว่า มารดาในกลุ่มอายุ 20 – 29 ปี และอายุ 30 – 42 ปี มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการเป็น มารดาได้ดีกว่ามารดาหลังคลอดในกลุ่มอายุ 15-19 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ จอนส์และคณะ (Jones et al., 1980) พบว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 19 ปี มีพฤติกรรมในการอุ้ม ทารก และการตอบสนองทารกน้อยกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 19 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นอร์และโรเบิร์ต (Norr & Roberts, 1991) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในมารดา 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 อายุ 14-17 ปี กลุ่มที่ 2 อายุ 18-19 ปี และกลุ่มที่ 3 อายุ 20 – 24 ปี ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มอายุ 14-17 ปี และกลุ่มอายุ 18-19 ปี มีพฤติกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับทารกน้อยกว่ามารดาในกลุ่มอายุ 20 -24 ปี

2. ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญาเนื่องจากการศึกษา เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจต่อข้อมูลได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ (2547) พบว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีโอกาสที่ทำให้บุตรมีพัฒนาการด้านสติปัญญาสูงกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และจากการศึกษาของนิตยา สอนสุชล (2536) ที่ศึกษาแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรอายุ 6-24 เดือน พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของสฤณี จันทรหอม (2537) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาใน

ครอบครัวกรรมกรก่อสร้างในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

3. อาชีพการทำงานทำให้มีรายได้และช่วยส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้แก่ครอบครัวเพื่อให้มีอำนาจซื้อสินค้าและบริการต่าง ๆ ที่มีคุณภาพและเพียงพอแก่ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว แต่ขณะเดียวกันการทำงานของมารดาอาจทำให้มารดามีเวลาในการดูแลบุตรน้อยลง ซึ่งลักษณะงานที่แตกต่างกันย่อมทำให้มารดามีเวลาให้บุตรแตกต่างกันไปมารดาที่ทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพอยู่ที่บ้านจะมีเวลาในการอบรมเลี้ยงดูบุตรได้มากกว่ามารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านหรือประกอบอาชีพอยู่ที่บ้าน จะมีเวลาในการอบรมเลี้ยงดูบุตรได้มากกว่ามารดาที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งจากการศึกษาของนิตยา สอนสุชล (2536) ที่พบว่ามารดาที่มีสภาพการทำงานที่แตกต่างกัน มีแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรทางด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของยุภาวดี คำหอมกุล (2544) ที่พบว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลทารกของมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 28.2

4. รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะเห็น ได้จากการศึกษาของฐศรี ตัวสกุล (2539) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิศา ไชยคำพันธ์ (2542) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการให้อาหารบุตรที่ถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ลักษณะครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาในระยะหลังคลอดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2540, หน้า 71) เนื่องจากครอบครัวเป็นสถานที่เบื้องต้นที่ให้การอบรมหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล เป็นสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเจริญเติบโต และพัฒนาตลอดช่วงการดำเนินชีวิต ซึ่งในครอบครัวเดียวเป็นครอบครัวที่มีชีวิตอิสระค่อนข้างมาก มีการพึ่งพาตนเองมากกว่าญาติพี่น้อง แต่เมื่อมีบุตรอาจทำให้มีภาระที่หนักขึ้นและยังต้องตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร โดยไม่มีญาติผู้ใหญ่เป็นที่ปรึกษาหรือคอยดูแลช่วยเหลือ แต่ครอบครัวลักษณะนี้จะช่วยให้มารดาและสามีได้กำหนดแนวทางในการเลี้ยงดูบุตรให้เป็นไปอย่างที่ตนเองอยากให้เป็นส่วนในครอบครัวขยายครอบครัว จะมีความอบอุ่นผูกพันทางจิตใจต่อกัน แต่ขาดความเป็นอิสระทางความคิดเห็นและการแสดงออก เมื่อมีบุตรอาจทำให้มารดาเกิดความขัดแย้งในใจ หรือรำคาญใจเนื่องจากมีผู้ชี้แนะให้ความคิดเห็นมากเกินไปหรือญาติผู้ใหญ่อาจเข้ามาช่วยเลี้ยงตลอดเวลา ทำให้มารดาหลังคลอดไม่มีโอกาสหรือมีโอกาสน้อยในการฝึกทักษะในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งอาจทำให้มารดาเกิดความคับข้องใจเนื่องจากไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรตามแนวทางที่ตนต้องการได้ ซึ่งจากการศึกษาของ อารี ปุณณะตระกูล (2528) ได้ศึกษาพฤติกรรม

สุขภาพของมารดาต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เด็กผู้ไว้นอกโรงพยาบาลเด็ก พบว่า มารดาที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีการปฏิบัติในการดูแลบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมารดาที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีการปฏิบัติมากกว่ามารดาที่มีลักษณะครอบครัวขยาย

6. การวางแผนการตั้งครรภ์ เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการสัมพันธ์ทางระหว่างมารดาและทารกตามแนวคิดของคลัส และเคนเนล (Klaus & Kenell, 1982) โดยมารดาที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน มักมีการเตรียมตัวที่จะรับบทบาทการเป็นมารดาเป็นอย่างดี และมีการฝากครรภ์ตั้งแต่ในระยะแรก ๆ มีความสนใจต่อบุตรในครรภ์และมีความพร้อมที่จะแสดงความรักความอบอุ่นให้แก่บุตรที่เกิดมา ดังนั้นบุตรที่เกิดมาจากการวางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้า จึงมักเป็นบุตรที่พ่อแม่ต้องการและพร้อมที่จะแสดงความรักเอาใจใส่ และผูกพันกับบุตรเป็นอย่างมาก มารดาวัยรุ่นที่มีความตั้งใจในการมีบุตร จะทำให้ให้ยอมรับการมีบุตรได้ดีในทางตรงข้ามหากมารดาวัยรุ่นไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อนย่อมส่งผลให้เกิดความกลัวรู้สึกผิดไม่ใส่ใจตัวบุตร และสับสนต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จึงทำให้ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (พรณพิไล ศรีอาภรณ์, 2537, หน้า 76-77) ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกที่ดีได้

7. สถานภาพสมรสหรือการอยู่ด้วยกันกันสามีนั่น มักได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้างมากกว่า ซึ่งการที่มีสถานภาพสมรสคู่ทำให้มารดามีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งผู้ที่ใกล้ชิดและมีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในระยะหลังคลอดมากที่สุดก็คือ สามีนี่ ถ้าสามีนี่มีความใกล้ชิดผูกพันหรือสัมพันธ์ทางที่ดีก็จะก่อให้เกิดความรักความเข้าใจ และเอื้ออาทรซึ่งกันและกันก่อให้เกิดความอบอุ่นและความมั่นคงของครอบครัวทำให้มารดามีความรู้สึกที่ดี มีความมั่นใจในบทบาทการเป็นมารดา และสามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลี้ยงดูบุตร ส่วนในมารดาที่มีสถานภาพหย่าร้างหรือแยกกันอยู่กับสามีพบว่า ส่วนใหญ่มักขาดความพร้อมในการมีบุตรเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาคนอื่น ๆ ที่มีสามีอยู่ด้วย (ปรีญาณวารี, 2545) โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่นซึ่งพบว่ามีอัตราการทำแท้งค่อนข้างสูง และในกรณีที่ทารกนั้นไม่เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและสามี จะยังทำให้มารดาวัยรุ่นรู้สึกท้อแท้เห็นทารก รู้สึกด้อยค่าในตนเอง ไม่สามารถใกล้ชิดสนิทสนมกับทารกได้ (วัจชัย สุขวนวัฒน์, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรา เกษมสุข (2542) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ทางระหว่างมารดาและทารกในมารดาวัยรุ่นครรภ์เดี่ยวและครรภ์แรกหลังคลอดปกติ

8. ประสบการณ์เลี้ยงดูทารกจะทำให้มารดามีโอกาสได้เรียนรู้และคุ้นเคยต่อการดูแลทารกช่วยให้มารดามีทักษะและความมั่นใจในการดูแลบุตรตอบสนองต่อพฤติกรรมของบุตรตามประสบการณ์ และทัศนคติที่ตนมีเกี่ยวกับการดูแลทารกและมีความกระตือรือร้นในการดูแลบุตรน้อยกว่า

มารดา ที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกก่อน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) จากการศึกษาของสฤณี จันทร์หอม (2537) ที่พบว่าประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษา ของยุภาวดี คำหอมกุล (2544) ที่พบว่า ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการดูแลทารกของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบาย การดูแลทารกของมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 28.2

เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพัฒนกิจรอบครัวของมารดาวัยรุ่น การวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยให้มีความเท่าเทียมกันได้ ทั้งหมด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เจตคติที่มารดามีต่อบุตร หรือเจตคติที่มารดามีต่อ เครือญาติ การปฏิบัติในขนบธรรมเนียมประเพณีในการเลี้ยงดูบุตร บุคลิกลักษณะของทารก รวมทั้ง คุณสมบัติต่าง ๆ ของมารดาวัยรุ่น เช่น อายุ ศาสนา การศึกษา รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกมาก่อน ควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบไคส-แควร์ (Chi-Square Test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Probability Test) เพื่อทดสอบการมีอิทธิพลของตัวแปร ภายนอกของกลุ่มตัวอย่าง

แนวคิดการเป็นบิดาครั้งแรก

การที่บุคคลเกิดการปรับตัวเพื่อให้เกิดการแสดงบทบาทบิดานั้น เป็นผลจากการที่บุคคล ได้รับอิทธิพลจากสังคมแวดล้อมที่จะหล่อหลอมพฤติกรรมตามที่สังคมคาดหวังหรือกำหนดขึ้น เป็นกระบวนการที่ผู้เป็นบิดาได้รับรู้ มองเห็นแบบอย่างบทบาท ผสมผสานกับบุคลิกภาพของตน ในด้านความสามารถ อารมณ์ ทักษะ และความสนใจเมื่อบิดาปรับความคาดหวังของสังคมและ บุคลิกภาพให้มีความสอดคล้องกัน ก็จะเกิดการยอมรับบทบาทผลลัพธ์คือ มีการปรับพฤติกรรม หรือการแสดงออกในการเป็นบิดาที่พัฒนาขึ้น (Friedman, 2003, pp. 104-106) ตามแนวทฤษฎี พัฒนาการครอบครัวของคูวาลล์ (Duvall, 1977, pp. 492 – 503) ถือว่าการมีบุตรคนแรกจนกระทั่ง บุตรอายุ 30 เดือน เป็นขั้นพัฒนาการครอบครัวที่บิดาจะมีพัฒนกิจ (Developmental Tasks) ซึ่งเป็น บทบาทของบิดาดังนี้

1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทการเป็นบิดา
2. หาหนทางจัดการกับความกดดันในบทบาทใหม่ในการเป็นบิดา
3. เรียนรู้เกี่ยวกับความต้องการพื้นฐานของบุตรตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตรวมทั้งการปฏิบัติ เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรบิดาจะต้องมีความรู้ความชำนาญอย่างเพียงพอในการให้การดูแลบุตรทั้งโดย ลำพังและร่วมกับภรรยา

4. จัดรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันภายในครอบครัวใหม่ให้มีความเหมาะสม
5. สนใจและส่งเสริมให้บุตรมีพัฒนาการที่ดี โดยวางแผนร่วมกับภรรยา
6. คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส
7. รับผิดชอบในการหารายได้สำหรับเลี้ยงดูบุตรและครอบครัว
8. ตระหนักถึงความรู้สึกพึงพอใจ และการยอมรับในความเป็นผู้ชายของตนเอง
9. เป็นตัวแทนของครอบครัวกับสังคม
10. เป็นบุคคลที่เป็นของครอบครัวอย่างเต็มภาคภูมิ (Family Man)

จะเห็นได้ว่าบิดาจะต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรเพื่อสนับสนุนให้บุตรมีพัฒนาการที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูบุตรของบิดา

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดามีดังนี้

1. ประสบการณ์เดิมเป็นประสบการณ์ที่บิดาได้รับการเลี้ยงดูและเรียนรู้ตั้งแต่ในวัยเด็ก

(Bunting & McAuley, 2004, pp. 259-303)

2. ลักษณะของสังคมและวัฒนธรรมเป็นการถ่ายทอดสภาพสังคมและวัฒนธรรมโดยผ่านทาง การเลี้ยงดู บทบาทในการเลี้ยงดูบุตรเป็นบทบาทที่สังคมคาดหวังจากบิดา และเป็นสัญลักษณ์ทางสังคมที่มีอยู่ในตัวบุคคลเนื่องจากเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นมีการเรียนรู้และมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น จึงมีการเรียนรู้และลอกเลียนแบบจากสภาพแวดล้อมซึ่งการอบรมเลี้ยงดูจากสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมจะมีการถ่ายทอดสืบเนื่องต่อกันมาทำให้บุคคลมีบุคลิกภาพที่มีความแตกต่างกัน (Bunting & McAuley, 2004, pp. 259-303)

3. อายุที่มากขึ้นทำให้บิดามีเกิดการเรียนรู้มีความมั่นคงทางอารมณ์และมีความรับผิดชอบสามารถเตรียมตัวเผชิญกับสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวปรับตัวได้ดี (Bunting & McAuley, 2004, pp. 259-303)

4. ฐานะฐานะเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้บทบาทและการปรับตัวต่อการเป็นบิดา (Fagot et al., 1998 Cite in Bunting & McAuley, 2004, pp. 259-303) จากรายงานการวิจัยของประภารัตน์ ทวีเกียรติตระกูล (2528, หน้า 75) พบว่าบิดาที่รายได้ต่ำจะมีการรับรู้ต่อบทบาทการเป็นบิดาแตกต่างจากบิดาที่มีรายได้สูงสอดคล้องกับบุชรา บุญกนก (2531) ที่พบว่าบิดาที่มีรายได้ครอบครัว 6,000 บาท ขึ้นไป มีบทบาทในการเลี้ยงดูทารกสูงกว่าบิดาที่มีรายได้ต่ำกว่า

5. การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องบิดาได้รับการเตรียมความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ของภรรยา วิธีเลี้ยงดูบุตรและพัฒนาการของบุตรในวัยต่าง ๆ จะมีการยอมรับบทบาทการเป็นบิดาและปรับตัวได้ดีกว่าบิดาที่ไม่ได้รับการเตรียมความรู้มาก่อน (Bunting & McAuley, 2004, pp. 259-303) ส่วน

นิรมล ศรีธานี (2531) ได้ทดลองให้ความรู้แก่บิดาที่มีบุตรคนแรกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าบิดากลุ่มที่ได้รับความรู้มีบทบาทการเป็นบิดาสูงกว่าบิดากลุ่มควบคุม

6. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองบิดาที่มีบุตรเกิดใหม่มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ต้องการมีส่วนร่วมในตัวบุตร

7. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านอารมณ์การปรับตัวของบิดาขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนของมารดาด้วยก่อน (Bunting & McAuley, 2004, pp. 259-303) สอดคล้องกับวิลาวัดย์ ศรีสุวรรณ (2531) ศึกษาพบว่าสัมพันธภาพของคู่สมรสมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดาที่มีบุตรคนแรก

8. เจตคติที่บิดามีต่อบุตร ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบิดามีต่อบุตรเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการเกิดแรงจูงใจให้บิดาแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุตร บิดาที่มีความต้องการบุตร รู้สึกดีใจ ตื่นเต้นสนใจต่อการเกิดของบุตรจะทำให้บิดามีความต้องการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากความรู้สึกตื่นเต้นสนใจทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้และใช้ความพยายามในเชิงสร้างสรรค์ให้มากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัดย์ ศรีสุวรรณ (2531) พบว่าเจตคติของบิดาที่มีบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรของบิดา สอดคล้องกับ ศรีสมร ภูมณสกุล (2549) พบว่า การส่งเสริมบิดาให้มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรแม้จะทำในระยะเวลาสั้นระหว่างการคลอดก็ทำให้บิดามีทักษะในการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดและสามารถเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นบิดาได้ดีเช่นกัน

เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพัฒนกิจครอบครัวของบิดาการวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยให้มีความเท่าเทียมกันได้ทั้งหมด ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เจตคติที่บิดามีต่อบุตร หรือเจตคติที่บิดามีต่อเครือญาติ การปฏิบัติในขนบธรรมเนียมประเพณีในการเลี้ยงดูบุตร บุคลิกลักษณะของทารก รวมทั้งคุณสมบัติต่าง ๆ ของบิดา เช่น อายุ ศาสนา การศึกษา รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกมาก่อนควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi Square Test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Probability Test) เพื่อทดสอบการมีอิทธิพลของตัวแปรภายนอกของกลุ่มตัวอย่าง

แนวคิดพัฒนาการครอบครัวและพัฒนกิจครอบครัว

ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัวเป็นการผสมผสานแนวคิดเกี่ยวกับโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในเวลาที่ผ่านมา โดยมีแนวคิดที่สำคัญมาจากทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ และแนวคิดทางจิตสังคมที่ดูการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ความเชื่อที่ว่าครอบครัวเป็นแบบระบบกึ่งปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา การปฏิสัมพันธ์นี้จะเปลี่ยนไปตามมิติของเวลา

เป็นวงจรชีวิตที่เคลื่อนจากจุด ๆ หนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งตามระยะเวลาที่เหมาะสมผลที่ตามมาคือ การที่ครอบครัวถูกคาดหวังจากสังคมให้ประกอบภารกิจตามระยะต่าง ๆ ของพัฒนาการครอบครัวซึ่งภารกิจนั้นเรียกว่า “พัฒนกิจ” การที่ครอบครัวจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับว่าสมาชิกในครอบครัวร่วมปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น (รุจา ภูโพนุลย์, 2542)

ดูวาลล์ (Duvall, 1977, pp. 267-269) ระบุพัฒนาการที่สำคัญของครอบครัวจากการศึกษาครอบครัวอเมริกันเป็น 8 ระยะที่เน้นอายุของบุตรคนแรก ได้แก่

ระยะที่ 1 ครอบครัวระยะเริ่มต้นเป็นระยะที่นับจากเริ่มสมรส จนถึงครรภ์บุตรคนแรก ระยะนี้คู่สมรสต้องเรียนรู้นิสัยใจคอซึ่งกันและกัน และเป็นช่วงที่สร้างฐานะวางแผนครอบครัว

ระยะที่ 2 ครอบครัวระยะเลี้ยงดูบุตร ระยะนี้พัฒนกิจของครอบครัวเน้นการปรับตัวของบิดามารดา และการเลี้ยงดูบุตรที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้

ระยะที่ 3 ครอบครัวระยะเลี้ยงดูบุตรวัยก่อนเรียน เป็นช่วงที่ครอบครัวอบรมเลี้ยงดูฝึกนิสัยของสมาชิกใหม่เพื่อเตรียมตัวเด็กสำหรับการเข้าโรงเรียนและเป็นระยะที่อาจจะมีบุตรคนต่อไป

ระยะที่ 4 ครอบครัวระยะมีบุตรวัยเรียนบุตรสามารถช่วยตนเองได้ แต่ครอบครัวมีหน้าที่จัดหาที่เรียนช่วยเหลือส่งเสริมการเรียนรู้ของบุตรและเลี้ยงดูบุตรคลั่งแต่ต้องคอยชี้แนะเกี่ยวกับค่านิยมของสังคมผู้ใหญ่

ระยะที่ 5 ครอบครัวระยะมีบุตรวัยรุ่น บิดามารดา ต้องผ่อนคลายความสัมพันธ์กับบุตร ให้บุตรช่วยตนเองมากขึ้นและช่วยส่งเสริมความรับผิดชอบตนเองสังคมการสื่อสารที่ดีระหว่างบิดามารดาและบุตรวัยรุ่นมีความสำคัญยิ่ง

ระยะที่ 6 ครอบครัวระยะแยกครอบครัวใหม่เมื่อบุตรคนแรกแต่งงานมีครอบครัวของตนเอง บิดามารดาสามารถชี้แนะสนับสนุนให้ครอบครัวใหม่สามารถยืนได้ด้วยตนเอง

ระยะที่ 7 ครอบครัวระยะครอบครัววัยกลางคนเมื่อบุตรส่วนใหญ่หรือทั้งหมดแยกครอบครัวไป บิดามารดาอาจรู้สึกเจ็บเหงา เป็นระยะที่เตรียมตัวเกษียณจากงาน

ระยะที่ 8 ครอบครัวระยะครอบครัววัยชราเมื่อเกษียณแล้วเริ่มสูญเสียคู่สมรสอีกฝ่ายที่เหลือรู้สึกว้าเหว และระยะนี้จบลงด้วยการเสียชีวิตของคู่สมรสที่เหลือ (Duvall, 1977, pp. 267-269)

ระยะวงจรชีวิตครอบครัวแบ่งได้จากการพิจารณาการขยายการหดตัวและการปรับระบบสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีการเข้าออกและพัฒนาได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งคาร์เทอร์และแมคโกลดริค (Carter & McGoldrick, 1980, pp. 121 –146) เสนอแนวทางในการแบ่งพัฒนาการครอบครัวเป็น 6 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเริ่มมีครอบครัว
2. ระยะแต่งงาน

3. ระยะครอบครัวเริ่มมีบุตรวัยเยาว์
4. ระยะปรับเปลี่ยนระบบครอบครัว (มีบุตรวัยรุ่น)
5. ระยะช่วงกลางของชีวิต
6. ระยะบั้นปลายของชีวิต

พัฒนกิจครอบครัว หมายถึง ความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโตตามระยะต่าง ๆ ของครอบครัวถ้าสามารถทำภารกิจเหล่านั้นสำเร็จไปได้ด้วยดีในแต่ละระยะจะทำให้ชีวิตครอบครัวมีความสุขแต่หากครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติให้สำเร็จได้ย่อมส่งผลให้ครอบครัวปราศจากความสุขสังคมจะไม่ยอมรับและมีผลต่อพัฒนาการของครอบครัวในระยะต่อไป กล่าวคือ จะทำให้ครอบครัวไม่ประสบความสำเร็จในการทำภารกิจในระยะต่อไปด้วย (Duvall, 1977, pp. 267-269)

พัฒนกิจครอบครัวที่สำคัญมี 9 ประการของควาลล์ (Duvall, 1977, pp. 267-269) กล่าวคือ

1. การแยกครอบครัวเป็นอิสระ
2. มีรายได้เพียงพอแก่การใช้จ่ายในครอบครัว
3. มีการตกลง แบ่งการทำงานหน้าที่ต่าง ๆ ในครอบครัวอย่างเหมาะสม ชัดเจน
4. มีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอย่างต่อเนื่อง
5. มีความเข้าใจกัน มีการสื่อสารที่ดี
6. มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเครือญาติทั้ง 2 ฝ่าย
7. มีปฏิสัมพันธ์กับองค์กรและกลุ่มกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน
8. มีความสามารถในการเลี้ยงดูสมาชิกผู้เยาว์
9. มีปรัชญาการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม

ตารางที่ 1 แสดงระยะพัฒนาการครอบครัว (Carter & McGoldrick, 1980, pp. 121-146)

ระยะพัฒนาการ	กระบวนการที่เกิดขึ้น	พัฒนกิจ
1. ระยะบุตร เข้าสู่ผู้ใหญ่ เต็มตัว	แยกตัวจากครอบครัว เดิม	- เป็นตัวของตัวเองและเป็นอิสระจากครอบครัวเดิม - สร้างความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับผู้อื่นทำงานสร้างฐานะ
2. ระยะบุตร แต่งงาน	อุทิศตนให้กับ ครอบครัวใหม่	- สร้างความสัมพันธ์แบบสามี-ภรรยาที่เหมาะสม - ปรับความสัมพันธ์ที่มีกับครอบครัวเดิมและเพื่อน ฝูงเพื่อนช่วยให้คู่สมรสอยู่ในครอบครัวใหม่อย่างมี ความสุข

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระยะพัฒนาการ	กระบวนการที่เกิดขึ้น	พัฒนาการ
3. ระยะ ครอบครัวเริ่มมี บุตรวัยเยาว์	ต้อนรับสมาชิกใหม่ (บุตร) เข้าสู่ครอบครัว	- สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส - บทบาทการเป็นบิดามารดา - สัมพันธภาพ กับเครือญาติ
4. ระยะ ครอบครัวมี บุตรวัยรุ่น	ส่งเสริมให้ลูกมีความ เป็นตัวของตัวเอง	- ปรับความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร เพื่อให้วัยรุ่นเป็นอิสระจากครอบครัวมากขึ้น - สนใจในคู่สมรสและอาชีพการงานอีกครั้งหลังจาก ที่ได้ทุ่มเทให้ลูกเป็นเวลานาน - ดูแลบิดามารดาซึ่งเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ
5. ระยะบุตร แยกจากไปหรือ ระยะเพิ่มสมาชิก ใหม่ของ ครอบครัวเดิม	ยอมรับการแยกไปของ สมาชิกเก่า (บุตร) และ การเข้ามาของสมาชิก ใหม่ (เขย - สะใภ้)	- สร้างสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับคู่สมรสของตน - ปรับความสัมพันธ์ที่มีต่อลูกให้เป็นแบบผู้ใหญ่ต่อ ผู้ใหญ่ - ต้อนรับเขย - สะใภ้และหลานเข้าสู่ครอบครัว - ยอมรับความเสื่อมสมรรถภาพที่ค่อย ๆ เกิดขึ้น รวมทั้งการจากไป (เสียชีวิต) ของบิดามารดา
6. ระยะเข้าสู่ ปลายของชีวิต	ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ในบทบาทของตน เนื่องจากย่างเข้าสู่วัยชรา	- แสวงหาบทบาทใหม่ที่เหมาะสมกับวัยชรา - พยายามคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการทำงานและ ความกระตือรือร้นในชีวิต - สนับสนุนคนรุ่นลูกให้มีบทบาทมากขึ้น - จัดการกับความสูญเสีย (การเสียชีวิตของ คู่สมรส ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง) ขณะเดียวกันก็เตรียมตัว เตรียมใจสำหรับวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาระยะพัฒนาการที่ 3 (Stage Three) ซึ่งเป็นการศึกษาพัฒนาการครอบครัวในระยะบุตรวัยเยาว์ (Carter & McGoldrick, 1980, pp. 121 – 146) ซึ่งมีพัฒนาการครอบครัวที่สำคัญทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส พัฒนาการด้านบทบาทบิดามารดา และพัฒนาการด้านสัมพันธภาพกับเครือญาติ

รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลครอบครัวของแคลการี (Calgary Family Intervention Model)

Calgary Family Intervention Model (CFIM) เป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลครอบครัวที่เปลี่ยนจากการเน้นความพร้อมและความผิดปกติของครอบครัว ไปสู่การส่งเสริมศักยภาพ ความเข้มแข็ง (Strengths) และยืดหยุ่น (Resiliency) ของครอบครัว เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความสมดุลของครอบครัว แนวคิดสำคัญในการออกแบบ CFIM คือ การปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดขึ้น จะต้องสอดคล้องกับความเชื่อของการทำหน้าที่ของครอบครัวและบริบทครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมการพัฒนาและคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 3 ด้าน คือ ความรู้ความเชื่อ (Cognition) อารมณ์ความรู้สึก (Affection) และพฤติกรรม (Behavior) ดังแสดงในภาพที่ 2 การออกแบบปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวนั้นพยายามที่จะออกแบบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน แต่บางครั้งอาจเน้นที่การเปลี่ยนแปลงด้านใดด้านหนึ่งเนื่องจากเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงด้านหนึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ เสมอ

การทำหน้าที่ของครอบครัว (Domains of Family Functioning)	การปฏิบัติการพยาบาล (Interventions)	
	ความรู้ความเชื่อ (Cognition)	ความสอดคล้องหรือ
	อารมณ์ความรู้สึก (Affectiv)	ประสิทธิภาพ
	พฤติกรรม (Behavior)	("Fit" or Effectiveness)

ภาพที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัว CFIM: Intersection of Domains of Family Functioning & Interventions (Wright & Leahey, 2005, p. 154)

ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลครอบครัว (Nursing Intervention) ต้องเป็นกิจกรรมที่ชัดเจนอาจเป็นการเสนอข้อเสนอนะหรือช่วยเหลือบางอย่างแก่ครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ เป็นการกระทำที่มีเป้าหมายและตั้งใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ที่บางด้านหรือทั้ง 3 ด้านของการทำหน้าที่ครอบครัว มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดและสามารถสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลได้ การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ครอบครัวเป็นการออกแบบการปฏิบัติการพยาบาล (CFIM) จะต้องอยู่บนฐานความสอดคล้องระหว่างความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาลที่สำคัญต้องมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับบริบทและศักยภาพของครอบครัวนั้น ในกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว พยาบาลมีบทบาทในการเอื้ออำนวยและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่ใช่งำหนด

ตั้งหรือต้องการให้ครอบครัวปฏิบัติตามที่พยาบาลต้องการ นอกจากนี้ความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว หรือการที่ครอบครัวจะยอมรับวิธีการแก้ปัญหา (Intervention) หรือไม่ว่าอย่างไร ยังขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัว (Wright & Leahey, 2005, pp. 153 -179)

รูปแบบการพยาบาลครอบครัวของแคลกรี่ (Calgary Family Intervention Model)

เพื่อการเปลี่ยนความรู้ความเชื่อ (Cognition) อารมณ์ ความรู้สึก (Affection) และพฤติกรรม (Behavior) ของการทำหน้าที่ครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการพยาบาลครอบครัวของแคลกรี่ (Wright & Leahey, 2005, pp. 153 -179)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	การปฏิบัติการพยาบาล
1. ความรู้ความเชื่อ (Cognition)	1.1 การให้ความชื่นชมในความแข็งแกร่ง ความมีศักยภาพของครอบครัวและบุคคล 1.2 การให้ข้อมูลข่าวสารและการเสนอความคิดเห็น
2. อารมณ์ความรู้สึก (Affection)	2.1 การให้ความเชื่อมั่นว่าการตอบสนองทางอารมณ์เป็นเรื่องปกติ ที่สามารถกระทำได้ 2.2 แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนจากครอบครัว 2.3 การกระตุ้นให้ครอบครัวหรือบุคคลได้เข้าถึงความเจ็บป่วย
3. พฤติกรรม (Behavior)	3.1 กระตุ้นสมาชิกครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย 3.2 กระตุ้นให้ครอบครัวได้หยุดพักเป็นครั้งคราว กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนกิจกรรมที่จัดให้แก่สมาชิกครอบครัวอาจเนื่องในโอกาสพิเศษหรือปกติ

1. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อเปลี่ยนด้านความรู้ความเชื่อของการทำหน้าที่ครอบครัว

1.1 การให้ความชื่นชมในความแข็งแกร่งความมีศักยภาพของครอบครัวเนื่องจากเชื่อว่าการพูดในแง่ดีแก่บวักพูดด้วยความรักและจริงใจการชื่นชมจากคนอื่นที่เห็นความสำคัญหรือความสามารถของตน จะทำให้ผู้ที่ได้รับคำชมรู้สึกดีต่อตนเอง ภาคภูมิใจในตนเองและมีพลังที่จะต่อสู้ชีวิตหรือกระทำพฤติกรรมที่ดีต่อไป กิจกรรมนี้เป็นการชื่นชมในความสามารถหรือพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวกระทำการสนับสนุนเพื่อให้กำลังใจเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวที่รู้สึกผิดหวัง

หมดหวัง หรือมีความเครียด (Wright & Leahey, 2005, pp. 153 -179)

ลักษณะการให้คำชื่นชม

- 1) เป็นการสนทนาที่ให้คำยืนยันและให้ความรักความเอื้ออาทรแก่ครอบครัวโดยทีมสุขภาพ
- 2) เป็นการชี้จุดแข็งและความสามารถของบุคคลและครอบครัว
- 3) การชื่นชมจะช่วยเชื่อเชิญและเปิดโอกาสของการหาย เมื่อครอบครัวได้รับคำชื่นชมจะรู้สึกดีต่อตนเองจะเปิดรับความคิดความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์มากขึ้นทั้งเกี่ยวกับตนเองและความเจ็บป่วย
- 4) พยาบาลต้องคอยหาโอกาสที่จะให้คำชื่นชมแก่ครอบครัว เมื่อพบว่าครอบครัวปฏิบัติพฤติกรรมที่สะท้อนให้เห็นถึงความเข้มแข็งของครอบครัว เช่น การที่สามีพาภรรยามาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น
- 5) ต้องชื่นชมเมื่อมีข้อมูลหลักฐานชัดเจนว่าครอบครัวทำได้จริงมีฉะนั้นแล้วครอบครัวอาจรู้สึกว่ามันจริงใจควรใช้ภาษาที่ครอบครัวใช้และผสมผสานกับความเชื่อที่สำคัญของครอบครัวในการให้ความมั่นใจเชื่อมั่นหรือชื่นชมที่ครอบครัวปฏิบัติได้ดี
- 6) ควรให้คำชมภายใน 10 นาทีแรกที่พบครอบครัวเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวและเพิ่มการยอมรับของครอบครัวด้วยและให้คำชื่นชม ครอบครัวเมื่อเสร็จสิ้นการพบกันในแต่ละครั้งก่อนที่จะเสนอความคิดเห็นหรือคำแนะนำ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2549, หน้า 139)

1.2 การให้ข้อมูลข่าวสารและการเสนอความคิดเห็นเป็นการเสนอข้อมูลใหม่แนวคิดใหม่ หรือให้ความรู้ที่จำเป็นและเป็นที่ต้องการของครอบครัว (Wright & Leahey, 2005, pp. 153 - 179)

ลักษณะการให้ข้อมูล

- 1) ใช้ภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 2) ให้เอกสารข้อมูลที่อ่านง่าย ขนาดพอเหมาะพกติดตัวได้
- 3) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานหรือกลุ่มช่วยเหลือในชุมชนรวมถึงเล่าถึงใครเคยใช้บริการมาแล้วบ้างและได้ผลอย่างไร
- 4) กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวสามารถหาข้อมูลที่ต้องการและแหล่งประโยชน์ด้วยตนเองอย่างอิสระไม่ต้องพึ่งพา
- 5) เสนอข้อมูลทั้งจากทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ความคิด และให้สะท้อนต่อสิ่งที่เสนอ

2. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการเปลี่ยนด้านอารมณ์ความรู้สึกในการทำหน้าที่ครอบครัว

2.1 การให้ความเชื่อมั่นว่าการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นเรื่องปกติที่สามารถกระทำ ได้ช่วยลดความรู้สึกผิด โศกเศร้า เหงาหรือ โกรธและช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว ที่เจ็บป่วยและการตอบสนองทางอารมณ์ของเขาเช่น เมื่อครอบครัวทราบว่าสมาชิกในครอบครัว ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะเสียใจผิดหวัง กลัว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ช่วงนี้พยาบาลควรให้ ความมั่นใจเกี่ยวกับการแสดงอารมณ์และให้ความหวังครอบครัวหลังจากนั้นครอบครัวจะเรียนรู้ และหาวิธีเผชิญสถานการณ์ (Wright & Leahey, 2005, pp. 153 -179)

2.2 แสดงให้เห็นการสนับสนุนจากครอบครัวโดยพยาบาลมีบทบาทในการช่วย กระตุ้นให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพด้านการแสดงความรู้สึกได้ ด้วยการกระตุ้นให้ครอบครัวเอื้ออาทร ห่วงใย สนใจความรู้สึกของสมาชิกครอบครัวคนอื่น และ เป็นตัวกลางคอยประสานให้ครอบครัวพูดคุยกันทั้งระหว่างสมาชิกและกับบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ช่วยให้ครอบครัวลดความรู้สึกการเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วย (Wright & Leahey, 2005, pp. 153-179)

2.3 การกระตุ้นให้ครอบครัวหรือบุคคลเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วย รวมถึงการเกิดโรค การรักษา การดูแล จุดอ่อนจุดแข็ง หรือศักยภาพของการดูแล ซึ่งพยาบาลจะต้องสร้างบรรยากาศ ของความเชื่อถือนและไว้วางใจเพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวสามารถแสดงอารมณ์โกรธ กลัว หรือ เศร้าได้ ขณะที่เล่าพยาบาลควรใช้ทักษะการฟัง เป็นพยานและบันทึกเรื่องเล่า การเล่าประสบการณ์ ความเจ็บป่วยของครอบครัว นอกจากจะทำให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกแล้วยังสามารถช่วยให้ พยาบาลเข้าใจอารมณ์และรู้สึกและความสามารถของครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วย (Wright & Leahey, 2005, pp. 153 -179)

3. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการทำหน้าที่ครอบครัว

3.1 กระตุ้นสมาชิกครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยสมาชิก ครอบครัวบางคนกลัวไม่กล้ามีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากไม่มั่นใจในวิธีการดูแลผู้ป่วย พยาบาล ต้องช่วยฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลหลักจนเกิดความมั่นใจ และอาจต้องเตรียมสมาชิกใน ครอบครัวคนอื่น ๆ ด้วย เพื่อช่วยกันแบ่งเบาภาระผู้ดูแลหลักจนเกิดความมั่นใจ และอาจต้องเตรียม ครอบครัวด้วยเนื่องจากถ้ามีผู้ดูแลผู้ป่วยคนเดียวบุคคลนั้นอาจต้องรับบทบาทมากเกินไปจะรู้สึกเป็น ภาระทำให้เกิดความเครียดได้ (Wright & Leahey, 2005, pp. 153 -179)

3.2 กระตุ้นให้ครอบครัวได้หยุดพักเป็นครั้งคราวโดยปกติครอบครัวมักจะไม่ว่าง หยุดพัก เพราะรู้สึกผิดที่จะไม่แสดงบทบาทในฐานะผู้ดูแลตลอดเวลา การหยุดพักชั่วคราวเป็นการให้ เวลาให้กับตัวผู้ดูแลพักผ่อนบ้าง จะมีผลดีต่อการทำหน้าที่ครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่

มีอาการรุนแรง ผู้ดูแลจะเห็นคเห็น้อยจากการดูแลมาก ผู้ดูแลบางคนเกรียคมากจนเกิดภาวะซึมเศร้าจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทุกวันติดต่อกันเป็นเวลายาวนาน พยาบาลต้องพูดคุยให้ครอบครัวเห็นความจำเป็นของการหยุดพักและช่วยหาทางออกให้ผู้ดูแลหยุดพักชั่วคราวโดยที่ผู้ดูแลไม่รู้สึคผิด (Wright & Leahey, 2005, pp. 153 -179)

3.3 กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนกิจกรรมที่จัดให้แก่สมาชิกครอบครัวอาจเนื่องในโอกาสพิเศษหรือปกติ เช่น ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และอาทิตย์ สมาชิกครอบครัวต้องรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน เพราะการที่ครอบครัวได้ทำกิจกรรมร่วมกันจะช่วยเพิ่มความผูกพันระหว่างสมาชิกทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกภาคภูมิใจในความเป็นครอบครัวเข้าใจซึ่งกันและกันรู้สึกใกล้ชิดและรักกันมากขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ครอบครัวดีขึ้น (Wright & Leahey, 2005, p. 179)

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลครอบครัวของเคลการ์รี่มาประยุกต์ในการสร้างรูปแบบโปรแกรมสำหรับส่งเสริมพัฒนกิจครอบครัวระยะเริ่มเลียงดูบุตรวัยแรกเกิด โดยเน้นให้เกิดการเปลี่ยนด้านความรู้ความเชื่อ (Cognition) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) เกี่ยวกับการปฏิบัติพัฒนกิจครอบครัวในครอบครัวมารดาวัยรุ่นนภายหลังคลอดบุตรคนแรกตั้งแต่ระยะแรกเกิดจนกระทั่งบุตรอายุ 4 สัปดาห์หลังคลอด

5. โปรแกรมส่งเสริมพัฒนกิจครอบครัว

เป็นกิจกรรมการพยาบาลครอบครัวที่นำแนวคิดพัฒนกิจครอบครัวของคาร์เทอร์และแมคโกลดรีค (Carter & McGoldrick, 1980, p. 121) ที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทการเป็นบิดามารดาและการส่งเสริมสัมพันธภาพกับเครือญาติ ร่วมกับแนวคิดพัฒนกิจครอบครัวในระยะเริ่มเลียงดูบุตรของดูวาลล์ (Duvall, 1977, pp. 213 -246) ได้นำรูปแบบการพยาบาลครอบครัวของเคลการ์รี่มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติพัฒนกิจครอบครัวในระยะเริ่มเลียงดูบุตรทั้ง 3 ด้าน ด้วยวิธีการส่งเสริมความรู้ความเชื่อ อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้ครอบครัวทำหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของครอบครัวตามการเปลี่ยนแปลงของระยะพัฒนาการครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพนำมาซึ่งสุขภาพะแก่ครอบครัวที่สามารถปฏิบัติพัฒนกิจครอบครัวได้สำเร็จส่งผลให้ครอบครัวสามารถก้าวไปสู่พัฒนาการครอบครัวในระยะต่อไปได้อย่างเหมาะสม ซึ่งระยะเริ่มเลียงดูบุตรเป็นระยะที่มีครอบครัวเริ่มให้กำเนิดบุตรคนแรก ซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ของครอบครัวตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งบุตรอายุ 30 เดือน (Duvall, 1977, pp. 213-246) ในระยะนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะวิกฤตสำคัญของครอบครัว บิดามารดาส่วนมากจะประสบปัญหาในระยะนี้ของชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของรุจา ภูไพบูลย์ (2546) ศึกษาพัฒนกิจของคู่สมรสในครอบครัวระยะเลียงดูบุตรวัยต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คู่สมรส 2,031 ครอบครัว ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีบุตรคนแรก พบ กลุ่มที่มี

คะแนนการปฏิบัติพัฒนกิจของกลุ่มต่ำสุดคือ ครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรวัยทารก ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในขณะนี้ ได้แก่ สามารู้สึกถูกทอดทิ้งไม่ได้รับความสนใจเอาใจใส่จากภรรยา มีการขัดแย้ง ทะเลาะกันระหว่างคู่สามีภรรยาบ่อยขึ้น รู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลียตลอดเวลา เป็นต้น ทำให้ความพึงพอใจด้านเพศสัมพันธ์ ลดลงและนอกจากนี้ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคมลดน้อยลงด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้เห็นได้ชัดว่า ครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรนี้ต้องการการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูล และคำแนะนำ เพื่อให้สามารถผ่านพ้นวิกฤตของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ

1. บิดามารดาต้องปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ เรียนรู้ภารกิจของบิดามารดาที่ต้องกระทำในการเลี้ยงดูบุตรวัยทารก ซึ่งต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมงมีการปรับเวลาการดำเนินกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับความต้องการของบุตรและตอบสนองความต้องการของตนเองด้วย
2. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดาของบุตร เป็นสิ่งที่จำเป็นที่บิดามารดาจะต้องเรียนรู้พฤติกรรมและการแสดงออกของบุตร มีความสุขใจในการเลี้ยงดู อุ้มชู และพูดคุยกับบุตร รวมทั้งยังคงไว้ซึ่งการสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สามีภรรยา
3. การจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถเลี้ยงดูบุตรและสามารถตอบสนองความต้องการตามพัฒนาการของบุตร
4. การวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นตั้งแต่ระยะหลังคลอดแล้ว 6 สัปดาห์ ซึ่งบิดามารดาควรได้มีการปรึกษากันในการเว้นช่วงระยะการมีบุตรคนต่อไป รวมทั้งเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

ซึ่งความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรที่พยาบาลมีบทบาทในการตอบสนอง ได้แก่ การให้สุศึกษาแก่มารดาในช่วงหลังคลอดเกี่ยวกับการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในระยะหลังคลอด การดูแลสุขภาพบุตรซึ่งรวมถึงการดูแลบุตรป่วย การป้องกันอันตราย การรับภูมิคุ้มกันโรค การสังเกตและบันทึกพัฒนาการของบุตร การวางแผนครอบครัว และให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างรูปแบบโปรแกรมสำหรับส่งเสริมพัฒนกิจครอบครัวในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรในครอบครัวมารดาวัยรุ่นภายหลังคลอดบุตรคนแรกจนกระทั่งบุตรอายุ 1 เดือน หรือ 4 สัปดาห์โดยใช้แนวคิดของคาร์เทอร์และแมคโกลด์ริค (Carter & McGoldrick, 1980, p. 121) ร่วมกับดิวอลล์ (Duvall, 1977, pp. 213-246) และรูปแบบการพยาบาลครอบครัวของแคลกรี่เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนกิจครอบครัวในครั้งนี้รูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนกิจครอบครัวในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวมารดาวัยรุ่น

ตารางที่ 3 ส่งเสริมด้านการเปลี่ยนความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติพัฒนกิจครอบครัวในระยะ
เริ่มเลี้ยงบุตรของครอบครัวมารดาวัยรุ่น

การทำหน้าที่ของครอบครัว	การปฏิบัติการพยาบาล
1. ความรู้ความเชื่อ (Cognition)	1.1 การให้ความชื่นชมในความแข็งแกร่ง ความมี ศักยภาพของครอบครัวมารดาวัยรุ่นในภาพรวมและ กล่าวชื่นชมเป็นรายบุคคล - ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ 1.2 การให้ข้อมูลข่าวสารและการเสนอความคิดเห็น ได้แก่ การให้ความรู้โดยผู้วิจัยให้ความรู้แก่ ครอบครัวมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติ พัฒนกิจครอบครัวในด้าน - ด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส - ด้านบทบาทการเป็นบิดามารดา - ด้านสัมพันธภาพกับเครือญาติ

ตารางที่ 4 ส่งเสริมด้านการเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติพัฒนกิจครอบครัวในระยะ
เริ่มเลี้ยงบุตรของครอบครัวมารดาวัยรุ่น

การทำหน้าที่ของครอบครัว	การปฏิบัติการพยาบาล
2. อารมณ์ความรู้สึก (Affection)	2.1 การให้ความเชื่อมั่นว่าการตอบสนองทางอารมณ์เป็น เรื่องปกติ ที่สามารถกระทำได้ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ คู่สมรสมีการแสดงออกถึงความห่วงใยและเอาใจใส่ ต่อกันอย่างเปิดเผย 2.4 แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนจากครอบครัวผู้วิจัย 2.5 การกระตุ้นให้ครอบครัวมารดาวัยรุ่นได้เล่าหรือ ระบายความรู้สึกกับข้อใจต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนให้ คู่สมรสได้รับฟังอย่างเปิดเผย

ตารางที่ 5 ส่งเสริมด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติพัฒนกิจรอบครัวในระยะเริ่ม
เลี้ยงบุตรของครอบครัวมารดาวัยรุ่น

การทำหน้าที่ของครอบครัว	การปฏิบัติการพยาบาล
3. พฤติกรรม (Behavior)	3.1 กระตุ้นสมาชิกครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสมาชิก ในครอบครัวโดยเฉพาะบุตรซึ่งอยู่ในวัยทารก 3.2 กระตุ้นให้ครอบครัวได้หยุดพักเป็นครั้งคราว กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนกิจกรรมที่จัดให้แก่ สมาชิกครอบครัวอาจเนื่องในโอกาสพิเศษหรือปกติ

แนวทางการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด ตึกสูติกรรมของวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล

ตึกสูติกรรมเป็นแผนกที่ให้บริการแก่มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดโดยให้บริการ
ภายใต้กรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลคลินิก (Clinical Nursing Practice Guidelines: CNPG)
ของสภาการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการดูแลมารดาและทารกในระยะหลังคลอด (กฤษฎา
แสงวงศ์ และคณะ, 2541) โดยได้กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน 9 มาตรฐานและ
มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล 7 มาตรฐาน ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะมาตรฐานการปฏิบัติการ
พยาบาลผู้ป่วยในสามารถสรุปได้ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

ข้อความมาตรฐาน 1.1 พยาบาลวิชาชีพประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่
แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ข้อความมาตรฐาน 1.2 พยาบาลวิชาชีพสื่อสารข้อมูลที่ประเมินได้ระหว่างทีมการพยาบาล
และทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อความมาตรฐาน 2 พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ข้อมูลที่ประเมินได้เพื่อตัดสินใจระบุปัญหา/
ความต้องการการพยาบาลหรือข้อกำหนดวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างถูกต้อง

มาตรฐานที่ 3 การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติตามแผน

ข้อความมาตรฐาน 3 พยาบาลวิชาชีพวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลเพื่อ
ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยในระยะเจ็บป่วย

มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการจำหน่ายและการปฏิบัติตามแผน

มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการจำหน่ายและการปฏิบัติตามแผน

ข้อความมาตรฐาน 4 พยาบาลวิชาชีพวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ เพื่อฟื้นฟูสภาพและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย/ ครอบครัวก่อนจำหน่าย

มาตรฐานที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล

ข้อความมาตรฐาน 5 พยาบาลวิชาชีพประเมินความก้าวหน้าของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และปรับปรุงแผนการพยาบาลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 6 การบันทึกทางการพยาบาล

ข้อความมาตรฐาน 6 พยาบาลวิชาชีพจัดการให้บันทึกทางการพยาบาลมีคุณภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและเคารพสิทธิผู้ป่วย

ข้อความมาตรฐาน 7.1 พยาบาลวิชาชีพสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวและยอมรับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อความมาตรฐาน 7.2 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของความเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล

กิจกรรมการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำตึกสูติกรรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม

ในการดูแลและให้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตรซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การทำความสะอาดร่างกาย พยาบาลประจำตึกสูติกรรมจะประเมินสภาพทั่วไปของหญิงหลังคลอดก่อนหากพบว่าผู้คลอดช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เช่น หลังผ่าตัดคลอดบุตรใน 24 ชั่วโมงแรก หรือมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ พยาบาลจะเช็ดให้เวลา 6.00 น., 13.00 น. และเวลา 20.00 น. ส่วนผู้คลอดที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้พยาบาลจะกระตุ้นให้ทำความสะอาดร่างกายตามความสะดวกของผู้คลอด

2. การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดา การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การบริหารร่างกายหลังคลอด การคุมกำเนิด โดยพยาบาลประจำตึกสูติกรรมเป็นผู้อธิบายให้ผู้คลอดฟัง เริ่มตั้งแต่เวลา 9.00 น. ซึ่งคำแนะนำที่ให้แก่มารดาหลังคลอดแบ่งเป็น 3 ช่วงได้แก่

ช่วงที่ 1 คำแนะนำผู้ป่วยแรกรับ เช่น คำประกาศสิทธิผู้ป่วย แนะนำสถานที่ในตึกสูติกรรม กฎระเบียบของโรงพยาบาล การใช้สิทธิการรักษา การซื้อยา ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ การแจ้งเกิด การเตรียมของใช้ของมารดาและทารก การเฝ้าระวังของแพทย์และกิจกรรมการพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และยาที่มารดาได้รับ (เฉพาะกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน) ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ความสำคัญของปัสสาวะขมิ้น

ช่วงที่ 2 คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังคลอดวันที่ 1 -2 (ตามความจำเป็น) การทำความสะอาด

สะอาดร่างกาย แผลฝีเย็บ แผลผ่าตัด การสังเกตลักษณะสี และกลิ่นของน้ำคาวปลา วิธีการล้างมดลูก และลักษณะของมดลูก อาหาร การพักผ่อน การบริหารร่างกายหลังคลอด การวางแผนครอบครัว อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การดูแลทารกทั่วไป เช่น หิว ขับถ่าย การปฏิบัติเมื่อเด็นมดลูก การบีบน้ำนมไหลด้วยมือ การอาบน้ำเด็ก การเช็ดตา และสะดือ (สาธิตย้อนกลับ)

ช่วงที่ 3 การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ขั้นตอนการจำหน่าย และการรับมารดาและทารกกลับบ้าน การรับสูติบัตร กินยาและการรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน การนัดตรวจหลังคลอดและการนัดตรวจอื่น ๆ การขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาหลังคลอด

3. การวัดมดลูก พยาบาลแนะนำให้มารดาหลังคลอดถ่ายปัสสาวะก่อนนัด เพื่อประเมินอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด โดยให้บริการตรวจวัดมดลูกเวลา 10.00 น.

4. การทำความสะอาดและอบแผลฝีเย็บ โดยพยาบาลทำในวันแรกหรือเฉพาะกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยให้บริการวันละ 1 ครั้ง เวลา 17.00 น. ครั้งละ 3-5 นาที

5. การดูแลทารก ได้แก่ การอาบน้ำเด็ก การเช็ดตาและสะดือ การฉีดวัคซีน พยาบาลหอทารกแรกเกิดจะสาธิตการอาบน้ำทารกครั้งแรก 12 ชั่วโมงหลังคลอดใช้เวลาประมาณ 4-5 นาที โดยเน้นมารดาเป็นหลัก ซึ่งบิดาไม่ได้เข้าร่วมฟังและร่วมกิจกรรมด้วย

งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิพัฒนกิจครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรวัยแรกเกิด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่กล่าวถึงการปฏิบัติพัฒนกิจครอบครัวในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวมารดาวัยรุ่นก่อนข้างน้อย ผู้วิจัยนำเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพัฒนกิจครอบครัวระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรทั้ง 3 ด้านดังนี้ ด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จากการศึกษาของโคโรนาและคณะ (Corona et al., 2005, pp. 576 -587) ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระยะของการเปลี่ยนแปลงเป็นบิดามารดาครั้งแรกนี้ เป็นปัจจัยนำที่ส่งเสริมหรือขัดขวางความสำเร็จในการปรับตัวของมารดาวัยรุ่นได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด คู่สมรสที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันในบทบาทหน้าที่ของกันและกัน และได้แสดงบทบาทตามความคาดหวังของอีกฝ่ายจะมีความพึงพอใจในการเป็นบิดามารดาพอใจที่จะเรียนรู้การตอบสนองความต้องการของบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของแซคโคและคณะ (Secco et al., 2006, pp. 423-436) ที่ได้ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของมารดาหลังคลอดปกติครั้งแรก พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสทำให้มารดารับรู้ถึงความช่วยเหลือที่ได้รับจากสามีในระยะแรกภายหลังบุตรเกิดและสามารถปรับตัวภายหลังบุตรเกิดโดยไม่เกิดความยุ่งยากมากนักตลอดทั้ง สัมพันธภาพของคู่สมรสยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของการเป็นมารดา

ได้รับการประเมินทักษะการปฏิบัติบทบาทของมารดาในทางบวกจากสามีมากเท่าใด จะยิ่งทำให้มารดาารู้สึกตนเองมีคุณค่าสูงมีประสิทธิภาพในการดูแลบุตรมากขึ้น ส่วนการปฏิบัติบทบาทการเป็นบิดาและมารดานั้นพบว่านอกจากนี้มีเดวิดและแมคไกแกน (Middlemiss & McGuigan, 2005) ได้ศึกษาการได้รับประโยชน์จากโปรแกรมการให้บริการเยี่ยมบ้านแก่มารดาวัยรุ่นระยะหลังคลอดบุตรคนแรกเป็นเวลา 12 เดือน พบว่าภายหลังใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านดังกล่าวมารดาวัยรุ่น ส่วนใหญ่สามารถพัฒนาด้านการทำหน้าที่ครอบครัวเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 2.97 เป็นร้อยละ 3.18 ส่วนด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 2.95 เป็นร้อยละ 3.35 และด้านทักษะการเป็นบิดามารดาเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกันจากร้อยละ 3.78 เป็นร้อยละ 4.20 ดังนั้นการติดตามเยี่ยมครอบครัววัยรุ่นในระยะหลังคลอดจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญและสามารถช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติพัฒนาการในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงมุ่งเน้นให้ครอบครัวมารดาวัยรุ่นอื่นได้แก่บิดาและมารดาวัยรุ่นได้รับการส่งเสริมพัฒนาการครอบครัวร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพร กองเงิน (2545) ศึกษาผลของการให้ความรู้แก่ครอบครัวโดยใช้กระบวนการ กลุ่มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและการทำหน้าที่บทบาทในการดูแลทารกของบิดามารดา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นครอบครัวของมารดาหลังคลอด ที่แผนกมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 10 ครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 5 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 5 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับความรู้โดยวิธีกระบวนการกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากพยาบาลในแผนกมารดาหลังคลอด ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าครอบครัวที่ได้รับความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารก และมีการทำหน้าที่บทบาทในการดูแลทารกเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับความรู้ เพื่อให้สมาชิกของครอบครัวได้เกิดความรู้ความเข้าใจในบทบาทของตนเองและคู่สมรสภายหลังคลอดบุตรเพื่อให้เกิดการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระหว่างการฝึกปฏิบัติบทบาทการเป็นบิดาและมารดา เพื่อลดปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ (2546) ศึกษาพัฒนาการของคู่สมรสในครอบครัวระยะเลี้ยงดูบุตรวัยต่าง ๆ 4 ระยะ ได้แก่ระยะเลี้ยงดูบุตรวัยทารก วัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย คู่สมรส 2,031 ครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีบุตรคนแรกอายุ ในระยะการเลี้ยงดูที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างแต่ละระยะมีจำนวนประมาณ 500 ราย พบว่าพัฒนาการคู่สมรส 4 ด้านคือ ด้านการเงิน ด้านการแบ่งหน้าที่ ด้านสัมพันธภาพคู่สมรส ด้านสัมพันธภาพกับเครือญาติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 18.27, p < 0.01$) โดยกลุ่มที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ครอบครัวระยะเลี้ยงดูบุตรวัยทารก นอกจากนี้สุหรี หนองอาหลี (2547) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรกกลุ่มตัวอย่างคือมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก จำนวน 40 คน

พบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับชูลีพร วชิรชนกร (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกทันทีหลังคลอดต่อความพึงพอใจในบทบาทมารดา การปฏิบัติบทบาทมารดาและความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอารกออกทางหน้าท้องกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คู่ กลุ่มทดลอง 30 คู่ พบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดาและการปฏิบัติบทบาทมารดาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$; $p < .01$) ตามลำดับแต่คะแนนความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกไม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ศรีสมรภุมณสกุล (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรต่อการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทบิดา โดยพิจารณาตัวชี้วัดการปรับบทบาทบิดา 3 ตัวคือ ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร ความพึงพอใจในบทบาทบิดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและบุตรในระยะหลังคลอดกลุ่มตัวอย่างเป็นสามีและบุตรของมารดาที่ได้รับการนัดมาทำผ่าตัดคลอดด้วยการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ณ โรงพยาบาลรามารับดีจำนวน 60 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คู่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร ความพึงพอใจในบทบาทบิดา และความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดาและบุตรในระยะหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.85$, $p < .05$ และ $t = 4.49$, $p < .001$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมให้บิดามีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรแม้จะทำในระยะเวลาสั้นระหว่างการคลอดก็ทำให้บิดามีทักษะในการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดและสามารถเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นบิดาได้ดีเช่นกัน สำหรับในต่างประเทศนั้นเมอร์เซอร์ (Mercer, 1985) ศึกษาเรื่องผลสำเร็จของการแสดงบทบาทมารดาในช่วงปีแรก โดยทำการศึกษากับมารดาหลังคลอด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 อายุ 15 – 19 ปี กลุ่มที่ 2 อายุ 20 – 29 ปี กลุ่มที่ 3 อายุ 30 – 42 ปี ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มอายุ 20 – 29 ปี และอายุ 30 – 42 ปี มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถในการเป็นมารดาได้ดีกว่ามารดาหลังคลอดในกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี ในเดือนที่ 1, 4, 8 และ 12 หลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนสัมพันธ์ภาพกับเครือญาตินั้นจากการศึกษาของ ศิริภักดิ์ จันทรวัดภักดิ์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติพัฒนาการในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด บุตรคนแรก 4-8 สัปดาห์ จำนวน 84 คน ผลการวิจัยพบว่าแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดมากที่สุด คือ มารดา รองลงมาคือ สามี การสนับสนุนทางสังคมที่มารดาวัยรุ่นได้รับในระยะหลังคลอดได้รับจากมารดาไม่แตกต่างจากสามี และมากกว่าการสนับสนุนทางสังคม

ที่มารดาวัยรุ่นได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพัฒนาการในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .230, p - \text{value} < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเออร์เกอร์ และคูเลย์ (Unger & Cooley, 1992) พบว่ามารดาของหญิงวัยรุ่นหลังคลอดบุตร มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือทารก ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือจากมารดาของหญิงวัยรุ่นหลังคลอดหลังคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดบุตร

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ผู้วิจัยพบที่ยังไม่มีการนำรูปแบบการพยาบาลครอบครัวของแคลกรี่ (CFIM) มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนากิจกรรมครอบครัวในระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวมารดาวัยรุ่นแต่อย่างใด ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนากิจกรรมครอบครัวโดยนำรูปแบบการพยาบาลครอบครัวของแคลกรี่ (Wright & Leahey, 2005, pp. 153 -179)