

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการ ของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร

ณัฐธิดา ปัญญานาค¹ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

แสงทอง ธีระทองคำ² Ph.D.(Nursing), อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

สมนึก สกุลหงส์โสภณ³ ปรี.ด. (การพยาบาล), อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ : การศึกษาเชิงสหสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล ตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลเด็กสมองพิการในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 75 คน ใช้กรอบแนวคิดของแบนดูรา เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยใช้ 7 แบบสอบถาม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กสมองพิการและของญาติผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน แบบสเปียร์แมน และไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 124.12$, $SD = 10.55$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .371$, $p < .05$) ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลวิชาชีพควรส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญและแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เด็กสมองพิการได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพ และก่อให้เกิดความผาสุกกับเด็กสมองพิการและครอบครัว

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2562; 6(1): 05-18

คำสำคัญ: ปัจจัย พฤติกรรมการดูแล ญาติผู้ดูแล เด็กสมองพิการ

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; Email: Panyatanakun.fon@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; ผู้เขียนหลัก; Email: sangthong.ter@mahidol.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Associated with Caregiving Behavior of Family Caregivers of Children with Cerebral Palsy in Bangkok

Nattida Panyatanakun¹ MNS. (Community Nurse Practitioner)

Sangthong Terathongkum² Ph.D. (Nursing), Dip. ACNP

Somnuk Sakulhongsohon³ Ph.D. (Nursing), Dip. ACNP

Abstract: This correlational research study aimed at examining the factors related to caregiving behavior of family caregivers of children with cerebral palsy. Seventy five participants were family caregivers of children with cerebral palsy in Bangkok. Data were collected by seven structured interview questionnaires based on Bandura's conceptual framework, including personal factors of children with cerebral palsy and their family caregivers, knowledge of cerebral palsy and care, beliefs of rehabilitation, perceived self-efficacy in care, social support, and caregiving behavior for children with cerebral palsy. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson Product Moment Correlation, Spearman's Rank-Order Correlation, and Chi-square test. Results revealed that mean score of caregiving behaviors of family caregivers of children with cerebral palsy were at a high level ($\bar{X}$ = 124.12, SD = 10.55). Only perceived self-efficacy was positively significant correlated with caregiving behaviors of family caregivers of children with cerebral palsy (r = .371, p < .05). The results suggest that registered nurses should promote perceived self-efficacy for family caregivers of children with cerebral palsy in order to enhance their confidence to confront and to solve problems resulting in better care and well-being of children with cerebral palsy and their families.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2019; 6(1): 05-18

Keywords: factors, caregiving behavior, family caregivers, children with cerebral palsy

¹Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Email: panyatanakun.fon@gmail.com

²Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; Corresponding author; Email: sangthong.ter@mahidol.ac.th

³Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญ

สมองพิการ (cerebral palsy) เป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ไม่สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ การรับรู้ ความรู้สึก ความคิด การสื่อสาร และพฤติกรรม¹ ทั่วโลกพบอัตราความชุกของเด็กสมองพิการ 1.5 ถึง 4 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน²⁻³ ส่วนประเทศไทยพบอัตราความชุกเด็กสมองพิการ 0.61 ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน⁴ ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้อัตราการตายลดลงจาก 0.94 เป็น 0.42 ต่อเด็กเกิดรอด 10,000 คน⁵ และอายุขัยเฉลี่ยของเด็กเพิ่มขึ้น 10 – 20 ปี แต่เด็กที่รอดชีวิตช่วยเหลือตนเองได้น้อย⁵ จึงส่งผลกระทบต่อเด็กสมองพิการและครอบครัว ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเด็กสมองพิการมักพบปัญหาการกลืนอาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ชัก บกพร่องทางสติปัญญา รวมถึงความบกพร่องด้านการสื่อสาร มีพัฒนาการล่าช้า ความสามารถในการเข้าสังคมลดลง⁶ จึงเป็นภาระของญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กสมองพิการที่มีปัญหาซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การป้อนอาหาร การจัดท่าทาง ไม่ว่าจะเป็นการพยุงตัวให้นั่ง นอน ยืนหรือเดิน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อคอ ไหล่ และหลัง นอกจากนี้ต้องพาเด็กสมองพิการเข้ารับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น บางรายต้องปรับเปลี่ยนบทบาทโดยออกจากงานเพื่อดูแลเด็กสมองพิการ จึงขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า⁷

ญาติผู้ดูแลเป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน พัฒนาการ ฟื้นฟูสภาพและแสวงหาแหล่งประโยชน์ให้กับเด็กสมองพิการจากการทบทวน

วรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล ขึ้นกับอายุและระดับความรุนแรงของโรคสมองพิการ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 เดินได้โดยไม่มีข้อจำกัด ระดับที่ 2 เดินได้โดยต้องยึดเกาะสิ่งต่างๆ ระดับที่ 3 เดินได้โดยใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนที่ที่ใช้มือจับ ระดับที่ 4 เคลื่อนที่โดยต้องมีคนช่วยพยุง หรือมีอุปกรณ์เคลื่อนที่ที่ใช้ไฟฟ้า และระดับที่ 5 ไม่สามารถนั่งหรือควบคุมตนเองได้ เคลื่อนที่โดยผู้อื่น⁸ โดยเด็กที่อายุน้อยกว่า 6 ปี และมีระดับความรุนแรงมาก มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ต้องมีผู้อื่นหรืออุปกรณ์ช่วย จะได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ในด้านสุขอนามัย การป้องกันโรคและอุบัติเหตุมากกว่าเด็กที่มีอายุมากและมีระดับความรุนแรงน้อย⁹ เช่นเดียวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเพื่อฟื้นฟูสภาพและด้านสังคม¹⁰ นอกจากนี้การแสวงหาแหล่งประโยชน์จากเครือข่ายทางสังคมจัดเป็นสิ่งสำคัญ ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแล การเผชิญปัญหาและแก้ไข รวมถึงการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน¹¹ อย่างไรก็ตามเด็กสมองพิการควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลต่อความเหนื่อยล้าและความผาสุก และอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีในระดับต่ำ¹²⁻¹³ ถึงระดับสูง¹⁴ อาจเกิดจากญาติผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลบางประการ เมื่อพบสถานการณ์ในชีวิตจริงจึงไม่สามารถแก้ไขได้¹² ดังนั้นจึงควรศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการในบริบทของชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการร้อยละ 16¹⁴ ทั้งนี้งานวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและศึกษาความสัมพันธ์จำนวนหนึ่งรายงานว่า อายุของ

เด็กสมองพิการ^{9,11} ระดับความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{9, 15} เช่นเดียวกับอายุญาติผู้ดูแล¹⁶ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว¹⁷ และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{12,17} แต่บางรายงานไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล¹⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เรื่องโรคและการดูแลเด็กสมองพิการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² อีกทั้งยังเชื่อว่าการเคารพสิ่งศักดิ์สิทธิ์และปาฏิหาริย์จะช่วยให้เด็กสามารถเดินได้และหายเป็นปกติ¹⁹ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลที่ผ่านมา ยังมีความขัดแย้งกัน ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค อายุของญาติผู้ดูแล ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน^{12,14,16-18} นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพกับพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล¹⁹ อีกทั้งยังศึกษาในคลินิกหรือโรงพยาบาล^{9,14} แต่การศึกษาในชุมชนยังมีจำกัดโดยเฉพาะในประเทศไทย¹⁴ ดังนั้นจึงควรขยายการศึกษาให้ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการในบริบทชุมชนอย่างครอบคลุมและรอบด้าน

เด็กสมองพิการในกรุงเทพมหานครส่วนหนึ่งอาศัยตามชุมชนที่มีการจัดตั้งในรูปแบบของชมรมผู้ปกครอง ศูนย์เรียนรู้หรือมูลนิธิทั่วประเทศ เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เสริมสร้างกำลังใจ ความเข้มแข็งของครอบครัวในการเลี้ยงดูฟื้นฟูสมรรถภาพ และ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมองพิการ การดูแลเด็กสมองพิการให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ภายใต้ข้อจำกัดในการฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลอย่างเดียวไม่เพียงพอ เด็กสมองพิการควรได้รับการฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อย่างไรก็ตามพบว่า เด็กสมองพิการกลุ่มนี้ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพในระดับหนึ่งตามบริบทของชุมชนที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกหรือทรัพยากรที่จำกัด และยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลในบริบทของชุมชนที่จัดตั้ง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลเด็กสมองพิการในชุมชน จึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลเด็กสมองพิการและครอบครัวในบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

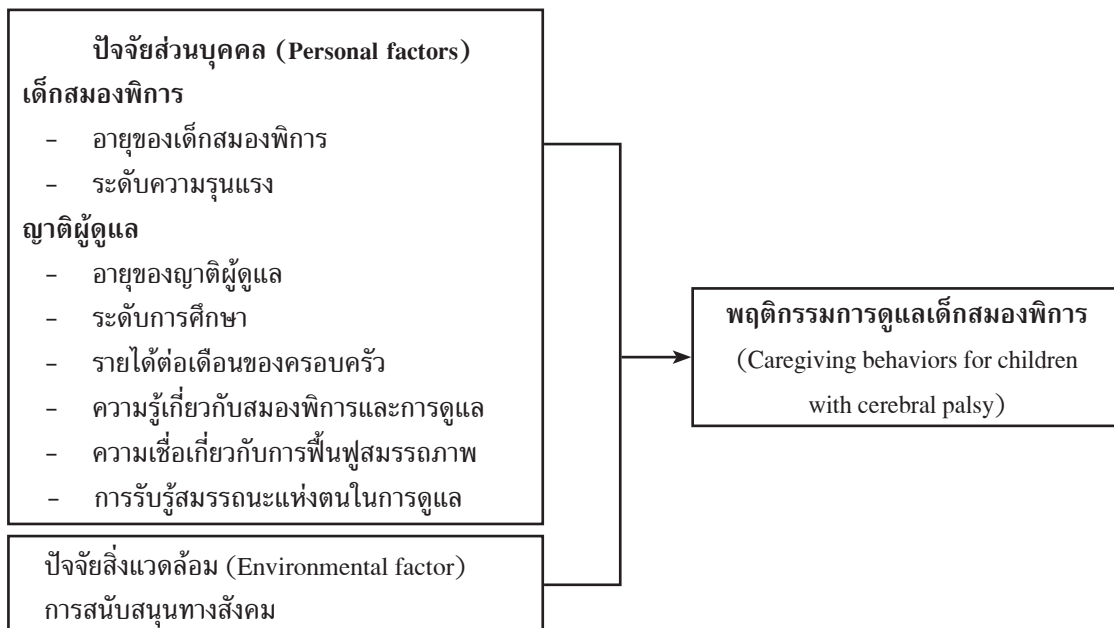
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กสมองพิการ (อายุ ระดับความรุนแรง) ปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล (อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว) ความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (การสนับสนุนทางสังคม) กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา²⁰ เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมี

ปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วยในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) โดยบางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน อาจต้องอาศัยเวลาเพื่อให้ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง มีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น เช่น เมื่อบุคคลมีความเชื่อ ความรู้สึก หรือรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย่อมแสดงพฤติกรรมตามที่ตนมีความเชื่อ หรือรับรู้ว่าจะสามารถกระทำได้ โดยความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก สามารถถูกเปลี่ยนไปตามปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่เป็นต้นแบบ หรือการชักจูงของผู้อื่นและสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางกลับกันพฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ในทำนองเดียวกันพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแล อาจเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กสมองพิการ (อายุ ระดับความรุนแรง) ปัจจัย

ส่วนบุคคลของผู้ดูแล (อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว) ความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยอายุ ระดับความรุนแรงของโรค ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ช่วยสนับสนุนการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลเด็กสมองพิการ เช่นเดียวกับความรู้เรื่องสมองพิการและการดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแล รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมคือ การสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจ อาจส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแล (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลเด็กสมองพิการอายุแรกเกิดถึงอายุ 18 ปี ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว จำนวน 8 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเกิดจากการรวมตัวกันของผู้ปกครองเด็กพิการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ได้รับการขึ้นทะเบียนกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล เสริมสร้างทักษะและทัศนคติในการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่เด็กพิการ ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้ปกครอง ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล ธนาคาร เป็นต้น ตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กสมองพิการอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ญาติผู้ดูแลที่อายุเกิน 60 ปี มีคะแนนภาวะการรู้คิด (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) $\geq$ 8 คะแนน 5) สัมผัสใจเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามยินยอม ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้หลักการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ของ Cohen ในปี ค.ศ. 1988 ผ่านโปรแกรม G * Power for Sample Size²¹ กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test: $1 - \beta$) = ร้อยละ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่คล้ายคลึง^{14,16,17} เท่ากับ 0.35 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 25

ในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 77 เท่ากับจำนวนตัวอย่างที่เป็นไปได้ แต่ตัวอย่างได้ปฏิเสธเข้าร่วมในงานวิจัย 2 คน จึงมีตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 75 คน

เครื่องมือการวิจัยคือประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ศาสนา ความสามารถในการอ่านหนังสือของญาติผู้ดูแล รวมทั้งเครือข่ายที่เข้ามาช่วยเหลือญาติผู้ดูแล และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมองพิการ ได้แก่ เพศ อายุ ความสามารถในการสื่อสาร ลักษณะ และยาที่ใช้

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของเด็กสมองพิการ ใช้แบบจำแนกระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวที่รายงานโดยครอบครัว (Gross Motor Function Classification System: GMFCS) ของ Can Child Center แปลเป็นภาษาไทยโดย วัฒนา ศิริธรรวิตร และ โทมัส จำนวน 1 ข้อ มาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) อยู่ในช่วง 1-5 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงภายในผู้ประเมิน (intra-rater reliability) เท่ากับ .89

3. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดัดแปลงจากแบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างโดย อุ่นเรือน ศรอากาศ และคณะ²² มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วย-เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน

คะแนนที่เป็นไปได้ 10–50 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมาก แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .79 และในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าเท่ากับ .77

4. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล ใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ของ จารูวรรณ ประดา และคณะ²³ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ตั้งแต่มั่นใจน้อยที่สุดถึงมากที่สุด คะแนน 1–5 คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 17–85 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความมั่นใจในการดูแลเด็กสมองพิการระดับสูง มีค่า CVI ค่าเท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ .88

5. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล ดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลหลักต่อการดูแลเด็กสมองพิการสร้างขึ้นโดย รัมภ์รดา อินทโหม และคณะ²⁴ จำนวน 20 ข้อ มี 3 คำตอบ คือ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือ ไม่แน่ใจ 0 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้ 0–20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองพิการและการดูแลในระดับดี มีค่า CVI เท่ากับ .95 และค่าความเที่ยง (Kuder-Richardson 20: KR-20) = .55 ผู้วิจัยนำมาแก้ไขให้ชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง ได้ค่า เท่ากับ .74

6. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

สร้างขึ้นโดย Schaefer และคณะ ในปี ค.ศ. 1981 แปลเป็นไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล²⁵ เดิมมีจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามกลุ่มเครือข่ายทางสังคม จึงมีจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบ Likert scale ให้เลือกตั้งแต่ ไม่ได้เลย ถึง ได้รับมากที่สุด คะแนนอยู่ในช่วง 1–4 คะแนนที่เป็นไปได้ 20 – 80 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ได้รับช่วยเหลือในการดูแลมาก มีค่า CVI เท่ากับ .95 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 และในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ .85

7. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ของ จารูวรรณ ประดาและคณะ²³ จำนวน 28 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติจนถึงปฏิบัติมากที่สุด คะแนนอยู่ในช่วง 1–5 คะแนนที่เป็นไปได้ 28– 140 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการระดับดี มีค่า CVI ได้ค่าเท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ .82

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวและหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ร่วมประสานกับผู้ดูแลศูนย์การเรียนรู้และมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ จำนวน 8 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อนัดหมายญาติผู้ดูแลในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการ โดยครอบครัวและมูลนิธิเพื่อเด็กพิการ โดยเริ่มจาก

การสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า พร้อมขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจ จึงให้เซ็นใบยินยอม และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยใช้แบบสอบถามเรียงลำดับดังนี้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินระดับความรุนแรงของเด็กสมองพิการใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อคน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (ID MURA2018/469) ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ตลอดจนสิทธิของกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลเมื่อยินยอมจึงให้ลงนามในหนังสือยินยอม (Informed consent form) และสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการกับศูนย์การเรียนรู้หรือมูลนิธิ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับแสดงผลการศึกษาในภาพรวมของการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ใช้สถิติ Chi-square สำหรับตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นมาตรวัดอันดับ (ordinal scale) ได้แก่ ระดับความรุนแรง และระดับการศึกษา ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นมาตรวัดอันดับ (interval scale) และมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality distribution) ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation ได้แก่ อายุของเด็กสมองพิการ อายุของญาติผู้ดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล ส่วนตัวแปรที่แจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Spearman's Rank-Order Correlation ได้แก่ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88 อายุเฉลี่ย 43.11 ปี ($SD = 10.8$) อาชีพเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 57.3 สถานภาพสมรสคู่และสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.3 และ 36 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 16,666.67 บาทต่อเดือน ($SD = 11,487.16$) ส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 49.3 นับถือศาสนาพุทธ สามารถอ่านหนังสือได้ คิดเป็นร้อยละ 82.7 และ 92 ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมและสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 และ 88 ตามลำดับ ส่วนเด็กสมองพิการมากกว่าครึ่งเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 52 มีอายุเฉลี่ย 11 ปี ($SD = 4.2$) ส่วนใหญ่สื่อสารอ้อแอ้ คิดเป็นร้อยละ 42.7 พิกัดทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายและพิกัดทางสติปัญญา คิดเป็นร้อยละ

28 และระดับความรุนแรงของโรคมกกว่าครึ่งอยู่ในระดับที่ 4 และระดับที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 32 และ 28 ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแลอยู่ในระดับดี และความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 16.56$, $SD = 2.44$; $\bar{X} = 42.35$, $SD = 10.55$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 75.72$, $SD = 7.55$) และพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 124.12$, $SD = 10.55$) เมื่อพิจารณารายด้าน

พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการดูแลด้านพัฒนาการ และพฤติกรรมการแสวงหาแหล่งประโยชน์ อยู่ระดับดี ($\bar{X} = 51.30$, $SD = 3.11$; $\bar{X} = 56.65$, $SD = 6.72$ และ $\bar{X} = 16.16$, $SD = 3.36$ ตามลำดับ) ทั้งนี้ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .371$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยอื่นไม่พบความสัมพันธ์ (ตารางที่ 1-3)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล (N = 75)

ตัวแปร	Range		$\bar{X}$ SD	ระดับ
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด		
ความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล	0-20	10-20	16.56 (2.44)	ดี
ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	10-50	33-50	42.35(10.55)	มาก
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล	17-85	56-85	75.72(7.55)	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	20-80	36-80	56.65(9.91)	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการ	28-140	96-140	124.12(10.55)	ดี
- ด้านกิจวัตรประจำวัน	11-55	43-55	51.30 (3.11)	ดี
- ด้านพัฒนาการ	13-65	40-65	56.65 (6.72)	ดี
- การแสวงหาแหล่งประโยชน์	4-20	9-20	16.16 (3.36)	ดี

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กสมองพิการ (อายุ) และญาติผู้ดูแล (อายุ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว) ความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล (N = 75)

ตัวแปร	Y_p	Y_s	p-value
อายุเด็กสมองพิการ	.032		.327
อายุญาติผู้ดูแล	-.115		.786
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว		-.098	.932
ความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล		.010	.175
ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	.082		.483
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล	.371		.011*
การสนับสนุนทางสังคม	-.002		.984

*p < .05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับการศึกษา ระดับความรุนแรง กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล (N = 75)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการ		X^2	p-value
	ต่ำ	สูง		
ระดับการศึกษา				
ไม่ศึกษา/ประถมศึกษา	4	21	1.31	.251
มัธยมศึกษาขึ้นไป	14	36		
ระดับความรุนแรง				
ระดับที่ 1-3	6	24	.439	.508
ระดับที่ 4-5	12	33		

p < .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .371, p < .05$) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแบนดูราที่ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล²⁰ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสามารถพัฒนาได้จากการได้รับความรู้ การเห็นต้นแบบ หรือการได้รับประสบการณ์ตรง รวมทั้งความเชื่อหรือความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ต้องการ เช่นเดียวกับการศึกษานี้ ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการดูแล พื้นฟูสภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจากศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการจึงทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กสมองพิการ กอปรกับมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับมาก จึงปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลที่ดีโดยมุ่งหวังให้เด็กสมองพิการพ้นหายจากโรคความพิการ หรือสามารถช่วยตนเองได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 16¹⁴ กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลมาก จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลเด็กสมองพิการที่ดี

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาไม่พบปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กสมองพิการ (อายุ ระดับความรุนแรง) ปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล (อายุ ระดับการ

ศึกษา รายได้ต่อเดือนของครอบครัว) ความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล และยังแตกต่างกับแนวคิดทฤษฎีแบนดูรา²⁰ ที่ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคลสามารถกำหนดการเกิดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เด็กสมองพิการส่วนใหญ่พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย และ/หรือพิการทางสติปัญญา มีความรุนแรงของโรคในระดับที่ 4 หรือ 5 และสามารถสื่อสารอ้อแอ้ แต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมศูนย์เรียนรู้ฟื้นฟูเด็กพิการในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งด้านกล้ามเนื้อ การสื่อสาร และการช่วยเหลือตนเอง ตั้งแต่แรกเกิดจนขณะนี้มีอายุ 3-18 ปี เฉลี่ย 11 ปี จึงทำให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพระดับหนึ่ง จนอาจสามารถช่วยตนเองได้บ้าง หรือสื่อสารความต้องการกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ย 43.11 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.7 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 16,666.67 บาทต่อเดือน ช่วยเหลือในการดูแลเด็กสมองพิการมากกว่า 10 ปี อีกทั้งยังได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ร้อยละ 88 จนมีความสามารถที่จะเผชิญปัญหาอุปสรรคและแก้ไขปัญหาต่างๆ รับมือกับการดูแลเด็กสมองพิการได้อยู่เสมอ จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาจำนวนหนึ่งที่ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล^{12,14,17} แต่แตกต่างจากการศึกษาจำนวนหนึ่งที่พบว่า อายุ และระดับความรุนแรงของโรค^{9,10} อายุของญาติผู้ดูแล¹⁷ ระดับการศึกษา^{12,17} รายได้ต่อเดือนของครอบครัว¹⁷ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจ

เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาศึกษาในโรงพยาบาลหรือคลินิก ซึ่งต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่เป็นการศึกษาในบริบทของชุมชน

ในทำนองเดียวกัน แม้กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแลในระดับที่ดี ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับมาก แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล อาจเกิดจากการดูแลเด็กสมองพิการมากกว่า 10 ปีจนเกิดความเคยชินต่อการปฏิบัติดูแลในรูปแบบเดิม จึงไม่อาจทำให้ความรู้เกี่ยวกับสมองพิการ และความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพช่วยกำหนดพฤติกรรมดูแลที่ดีเพิ่มขึ้น แตกต่างจากการศึกษาจำนวนหนึ่งที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสมองพิการและการดูแล¹² ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹⁹ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล แตกต่างกับแนวคิดทฤษฎีแบนดูรา²⁰ ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมคือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ช่วยกำหนดพฤติกรรม อาจเกิดเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในศูนย์การฟื้นฟูเด็กพิการโดยครอบครัว ซึ่งมีการจัดกิจกรรมแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ที่มีปัญหาเดียวกันอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จนเหมือนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของเด็กสมองพิการและญาติผู้ดูแล แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลเด็กสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ โดยเฉพาะด้าน สิ่งของ ข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนกำลังใจ และ สัมพันธภาพของครอบครัว¹⁵ รวมถึงการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และเครือข่ายทางสังคม¹¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเผชิญและแก้ไขปัญหา ตลอดจนแนะนำแหล่งประโยชน์ และจัดทีมดูแลสุขภาพที่บ้าน ส่งผลให้เด็กสมองพิการได้รับการดูแลที่ดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ด้านการวิจัย ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลของญาติผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ในบริบทที่บ้านเด็กสมองพิการและญาติผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Al Salloum AA, El Mouzan MI, Al Omar AA, Al Herbish AS, Qurashi MM. The prevalence of neurological disorders in Saudi children: A community-based study. *J Child Neurol* 2011; 26(1): 21-4.
2. Braun KVN, Christensen D, Doernberg N, Schieve L, Rice C, Wiggins L, et al. Trends in the prevalence of autism spectrum disorder, cerebral palsy, hearing loss, intellectual disability, and vision impairment, metropolitan Atlanta, 1991-2010. *PLoS One* 2015; 10(4): e0124120.

3. Kakooza-Mwesige A, Andrews C, Peterson S, Wabwire Mangen F, Eliasson AC, & Forssberg H. Prevalence of cerebral palsy in Uganda: A population-based study. **Lancet Glob Health** 2017; 5(12): 1275 – 82.
4. Lang TC, Fuentes-Afflick E, Gilbert WM, Newman TB, Xing G, Wu YW. Cerebral palsy among Asian ethnic subgroups. **Ped J** 2012; 129(4): 992–8.
5. Ruiz Ruiz E, Ramalle-Gomara E, Quiñones C, Andrés JM, Posada M. Trends in cerebral palsy infant mortality from 1981 to 2011 in Spain. **J Neurol Disord Stroke** 2014; 2(1): 1–4.
6. Yilmaz H, Erkin G, Nalbant L. Depression and anxiety levels in mothers of children with cerebral palsy: A controlled study. **Eur J Phys Rehabil Med** 2013; 49(6): 823–7.
7. Parkes J, Caravale B, Marcelli M, Franco F, Colver A. Parenting stress and children with cerebral palsy: A European cross-sectional survey. **Dev Med Child Neurol** 2011; 53(9): 815–21.
8. Siritaratiwat W, Thomas I. Gross motor function classification system expanded and revised (Thai version). 2007 [28 January 2018]. [1–5]. Available from: https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/081/original/GMFCS-ER_Translation-Thai.pdf. (In Thai)
9. Chiarello LA, Palisano RJ, Maggs JM, Orlin MN, Almasri N, Kang LJ, et al. Family priorities for activity and participation of children and youth with cerebral palsy. **Phys Ther** 2010; 90(9): 1254–64.
10. Orlin MN, Palisano RJ, Chiarello LA, Kang LJ, Polansky M, Almasri N, et al. Participation in home, extracurricular, and community activities among children and young people with cerebral palsy. **Dev Med Child Neurol** 2010; 52(2): 160–6.
11. Hayles E, Harvey D, Plummer D, Jones A. Parents' experiences of health care for their children with cerebral palsy. **Qual Health Res** 2015; 25(8): 1139–54.
12. Ahmed S, El-Dein SB, Shenuda M, Mohamed A. Home care offered by family caregivers to preschool children, suffering from hemiplegic cerebral palsy. **J Biol** 2015; 5(4): 65–72.
13. Malheiros SR, Monteiro CB, da Silva TD, Torriani-Pasin C, de Andrade M, Valenti VE, et al. Functional capacity and assistance from the caregiver during daily activities in Brazilian children with cerebral palsy. **Int Arch Med** 2013; 6(1): 1.
14. Tungpaibool P. Factors predicting maternal behaviors in caring for children with cerebral palsy [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2008.
15. Ribeiro MF, Vandenbergh L, Prudente CO, Vila VD, Porto CC. Cerebral palsy: how the child's age and severity of impairment affect the mother's stress and coping strategies. **Cien Saude Colet** 2016; 21(10): 3203–12.
16. Molinaro A, Fedrizzi E, Calza S, Pagliano E, Jessica G, Fazzi E, Group GS. Family-centred care for children and young people with cerebral palsy: Results from an Italian multicenter observational study. **Child Care Health Dev** 2017; 43(4): 588–97.
17. Sardana R, Singh U, Sumalatha KB. Family life of caregivers: A descriptive study of disruption of family activities, leisures and interaction of caregivers of children with cerebral palsy. **Al Ameen J. Med. Sci** 2016; 9(3): 154–61.
18. Eyong KI, Ekanem EE, Asindi AA. Challenges of caregivers of children with cerebral palsy in a developing country. **Int J Contemp Pediatr** 2017; 4(4): 1128–31.

19. Steadman J. (2015). The experience of caring for a child with cerebral palsy in rural communities of the Western Cape [Dissertation]. South Africa: Stellenbosch Univ;2015.
20. Bandura A. Social cognitive theory. 6th ed. Greenwich: JAI Press; 1989.
21. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behav Res Methods** 2007;39(2):175-91.
22. Sornarkas A, Deoisres W, Wacharasin C. Factors influencing family caregivers' rehabilitation behavior for stroke patients. **JHSR** 2015;9(2):29-4. (In Thai)
23. Pada J, Kunrawong N, Promwang P, Puchan B . Effect of family program on the parent perceived self-efficacy, family caring behaviors and development of intellectual and developmental disabilities persons. Bangkok; Rajanukul Institute;2015. (In Thai)
24. Inthachom R, Angsupaisal M, Lekphan P. Attitude and knowledge of cerebral palsy main caregivers. **Buddhachinaraj Med J** 2014; 28(3): 239-24. (In Thai)
25. Hanucharurnkul S. Social support, self-care and quality of life in cancer patient receiving radiotherapy in Thailand [Dissertation]. United States: Wayne State University; 1988.