

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ*
 Factors Related to Family Management in Families of
 Children with Recurrent Seizures*

ธัญญา	เนรตาท้อง **	Tananya	Nentakong **
ศรีมณา	นิยมคำ ***	Srimana	Niyomkar ***
สุธิศา	ล้ำช้าง ****	Suthisa	Lamchang ****

บทคัดย่อ

การจัดการครอบครัวมีความสำคัญกับเด็กที่มีอาการชักซ้ำเนื่องจากช่วยให้เด็กได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมอาการชักได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษา การจัดการครอบครัว ในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำและหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัวและ การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัว โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวของเกรย์ คณาเฟิล และ แมคคอกเคิล (Grey, Knaf, & McCorkle, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีอาการชักซ้ำที่มีอายุตั้งแต่ 1 ถึง 5 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมาร เวชกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและเด็ก แบบสอบถามการจัดการครอบครัว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กได้รับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนและสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 132.96 (S.D.=16.89) และการจัดการครอบครัวรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ด้านชีวิตประจำวัน ด้านความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการกับความเจ็บป่วย ด้านความ ยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองต่อผลกระทบของโรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.41 (S.D.=2.84), 43.38 (S.D.=5.61), 14.50 (S.D.=3.10), 35.05 (S.D.=7.57) และ 29.18 (S.D.=5.23) ตามลำดับ
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($r=.50, p<.01$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 * Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 ** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 e-mail: 029tananya.spr@gmail.com
 ** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: 029tananya.spr@gmail.com
 *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 *** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 **** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 **** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
 วันที่รับบทความ 24 กันยายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 16 ตุลาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 8 พฤศจิกายน 2561

ผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ และอาจใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวการจัดการครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว เด็ก อาการชักซ้ำ

Abstract

Family management is important for children with recurrent seizures because it helps children to get proper care and to control the seizures. The objectives of this descriptive correlational research aimed to investigate family management in families of children with recurrent seizures, and explore the relationships between the education level of primary caregivers, the family income, and the social support with family management. The framework of the study is from Grey, Knafl, & McCorkle (2006) with a literature review. Purposive sampling was used to select 85 primary caregivers who took care of children aged 1 to 5 years old with recurrent seizures and had brought them to attend the out-patient departments at three tertiary hospitals from October 2017 to February 2018. The research instruments included the Primary Caregiver and Children's Personal Information Questionnaire, the Family Management Measure, and The Social Support and Sources of Social Support for Caregiver Questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics including the Spearman rank correlation coefficient and Pearson's correlation coefficient.

The results of the study revealed that:

1. The overall scores for family management were at a moderate level with an average score of 132.96 (S.D. = 16.89). All dimensions of family management were at a moderate level including the child's daily life, the condition management ability, the condition management effort, the family life difficulty, and the view of condition impact, with average scores of 12.41 (S.D. = 2.84), 43.38 (S.D. = 5.61), 14.50 (S.D. = 3.10), 35.05 (S.D. = 7.57), and 29.18 (S.D. = 5.23), respectively.
2. Social support had a statistically significant positive correlation with family management at a high level ($r = .50, p < 0.01$).

The results of this study provided basic information about family management of children with recurrent seizures. It may be used as a guideline to provide more effective family management.

Keywords: Family management, Children, Recurrent seizures

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการชักเป็นอาการเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้ในผู้ป่วยทุกวัย จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยที่มีอาการชักทั่วโลกประมาณ 50 ล้านราย (World Health Organization [WHO], 2016)

และพบอุบัติการณ์เด็กที่มีอาการชักในต่างประเทศจำนวน 41-187 รายต่อประชากรเด็ก 100,000 ราย (Camfield & Camfield, 2015) ส่วนอาการชักซ้ำเป็นการชักครั้งที่ 2 หรือมากกว่า โดยจะเกิดหลังจาก 24 ชั่วโมงแรกของการชักครั้งแรก อาจมีหรือไม่มีสิ่งชักนำให้

เกิดอาการชัก (Hauser, 2016) ส่วนใหญ่พบในโรคลมชัก อาการชักจากไข้สูง โรคสมองพิการ เนื่ององในสมองภาวะสมองขาดออกซิเจน การเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้สมองได้รับการกระทบกระเทือน (Nordli, Pellock, Sankar, & Wheless, 2012) โดยสถิติในประเทศจีนตอนใต้พบเด็กที่มีอาการชักซ้ำเป็น 1 ใน 5 ของเด็กที่มีอาการชักทั้งหมด (Chung, Wat, & Wong, 2006) จากการศึกษาของจิตอาภา โตสวัสดิ์ (Tosawat, 2012) ทำการศึกษาในเด็กชักจากไข้สูง พบว่าอาการชักซ้ำในเด็กที่ชักจากไข้สูงมีร้อยละ 11.9 และพบว่าเด็กที่มีอาการชักซ้ำพบมากในช่วงอายุ 1-5 ปีร้อยละ 33 รองมาคือเด็กในช่วงอายุ 6-10 ปีร้อยละ 31 และพบน้อยในเด็กช่วงอายุต่ำกว่า 1 ปี และอายุ 11-15 ปีร้อยละ 18 ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาเด็กกลุ่มอายุ 1-5 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่พบอาการชักซ้ำได้บ่อย และเมื่อเกิดอาการชักซ้ำขึ้นเด็กมักมีปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการทางสติปัญญาโดยเฉพาะพัฒนาการด้านการใช้ภาษาหรือการเข้าใจภาษาล่าช้ากว่าปกติ เด็กจะเริ่มกลายเป็นเด็กสติปัญญาช้า และในอนาคตอาจทำให้เด็กเรียนหนังสือไม่ได้ อาจเป็นภาระการเลี้ยงดูให้แก่ผู้ดูแลหลัก

อาการชักซ้ำเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล เนื่องจากเด็กอายุ 1-5 ปี เป็นช่วงที่อยากช่วยดูแลตนเอง แต่ยังไม่สามารถระมัดระวังและดูแลตนเองให้ปลอดภัยได้ (Reangrong, 2012) และครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดที่เด็กไว้วางใจมากที่สุด (Thamnae, Kongsaktrakul, & Patoomwan, 2011) ดังนั้นครอบครัวจึงมีหน้าที่ในการจัดการกับอาการชักซ้ำของเด็ก โดยในครอบครัวจะมีผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กให้ได้รับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่อง ดูแลพาเด็กไปพบแพทย์ตามนัด เพื่อติดตามอาการและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กเกิดอาการชักเช่น ภาวะไข้ แสงกะพริบ และเสียงดังเกินไป เพื่อให้เด็กสามารถควบคุมอาการชักได้ ซึ่งการดูแลเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลหลักต้องปฏิบัตินอกเหนือจากกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำ (Maia, Moreira, Lopes, & Martins, [2017)

ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาดูแลตนเองลดลง เช่น ทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา อีกทั้งอาการชักซ้ำยังทำให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวมีความเครียดมากขึ้น เนื่องจากเด็กมีโอกาสเกิดการชักได้ตลอดเวลา โดยที่ครอบครัวไม่สามารถคาดการณ์ได้ จึงทำให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน มีความวิตกกังวลและความเครียด (Tatiyatrirong, Punthmatharith, & Wiroonpanich, 2016) ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงต้องมีการจัดการที่เหมาะสม ที่จะสามารถผลานการดูแลอาการเจ็บป่วยของเด็กเข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของครอบครัว

การจัดการครอบครัวตามแนวคิดของเกรย์ คณาเฟิลและแมคคอกเคิล (Grey, Knafel, & McCorkle, 2006) หมายถึง การกระทำในชีวิตประจำวันของครอบครัวเพื่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว การจัดการของครอบครัว และผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการครอบครัว โดยพิจารณาความยากง่ายในการจัดการครอบครัวจากองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาเพียงด้านที่ 1 ถึงด้านที่ 5 เท่านั้น เนื่องจากบริบทในภาคเหนือ ผู้ที่พาเด็กมารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีเพียงบิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลัก บุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการศึกษาในด้านที่ 6 เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ดังนั้นในการศึกษานี้ศึกษาองค์ประกอบ 5 ด้านได้แก่ 1)ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก พบว่าการปฏิบัติป้องกันอาการชักของผู้ดูแล ประกอบด้วย การจัดการกับภาวะไข้ การรับประทานยากันชักและการติดตามการรักษา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการชัก และการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป ซึ่งการดูแลเหล่านี้อาจเพิ่มกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลหลัก ทำให้ชีวิตประจำวันของเด็กเปลี่ยนแปลงไป 2)ด้านความสามารถของครอบครัวในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยอาการชักสามารถเกิดขึ้นได้หลายครั้ง ผู้ดูแลหลักในครอบครัวต้องมีความสามารถในการดูแลเด็ก เพื่อป้องกันการเกิด

อาการชักซ้ำ และมีทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เมื่อเด็กมีอาการชัก 3) ด้านความพยายามของครอบครัว ในการจัดการกับความเจ็บป่วยโดยเป้าหมายของการรักษาอาการชักคือ อาการชักของเด็กสามารถควบคุมได้ ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะให้การรักษาด้วยยากันชัก และนัดมาพบเพื่อติดตามการรักษาและติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลหลักต้องพยายามจัดการกับเวลาในการทำงาน เพื่อให้มีเวลาพาเด็กมาพบแพทย์ 4) ด้านความลำบากในชีวิตครอบครัวของเด็กที่มีอาการชักซ้ำ เมื่อในครอบครัวมีเด็กที่มีอาการชักซ้ำ พบว่าคุณภาพชีวิตของครอบครัวลดลง ผู้ดูแลหลักมีโอกาในการทำงานลดลงเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กโรคลมชัก (Wu et al., 2014) และ 5) ด้านมุมมองต่อผลกระทบของโรค โดยเด็กที่มีอาการชัก หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะทำให้มีอาการชักอย่างต่อเนื่อง เด็กส่วนหนึ่งอาจเสียชีวิตจากการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือมีภาวะสมองพิการ มีสติปัญญาช้า เป็นภาวะแก่บิดามารดา หรือผู้ดูแลหลัก ซึ่งการจัดการครอบครัวจะยากหรือง่ายนั้นอาจเกี่ยวกับปัจจัยระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว เด็กที่มีอาการชักซ้ำได้แก่ อายุ เพศ ลักษณะทางจิตสังคม ความหลากหลาย ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ โครงสร้างครอบครัว บทบาทหน้าที่ เครือข่ายทางสังคม ชุมชน และระบบสุขภาพ โดยการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาปัจจัยระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม โดยระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักแสดงให้ทราบถึงการพัฒนาระบบการทางสติปัญญา ประสบการณ์ และการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา (Grey, Knafel, & McCorkle, 2006) จากการศึกษาของแรพพาร์นีและอเล็กแซนเดอร์ (Rabbani, & Alexander, 2009) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีความสำคัญต่อความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยผู้ดูแลหลักที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการจัดการดีกว่าผู้ดูแลหลักที่มีระดับการศึกษาต่ำ

อีกทั้งผู้ดูแลหลักที่มีระดับการศึกษาสูงยังมีความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อดูแลเด็กอีกด้วย ส่วนรายได้ของครอบครัวจะบ่งบอกถึงโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับครอบครัว (Knafel, Deatrick, & Havill, 2012) ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำจะมีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์น้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง (Barrera et al., 2002) และส่งผลถึงความยากลำบากในการจัดการครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้จัดการครอบครัวเป็นไปได้ง่าย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลที่ได้รับสามารถประเมินสถานการณ์และมีความมั่นใจในการจัดการหรือให้การดูแลมากขึ้น (Miller & DiMatteo, 2013) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินผล และด้านทรัพยากร ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .615, p < .001$) ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จึงอาจเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวของเกรย์ คณาเฟิล และแมคคอกเคิล (Grey, Knafel, & McCorkle, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการ

ศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ

คำถามการวิจัย

1. การจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำเป็นอย่างไร
2. ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

อาการชักซ้ำเป็นอาการเรื้อรังที่เด็กต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลหลัก และครอบครัว เพื่อให้เด็กสามารถควบคุมอาการชักได้ การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวของเกรย์ คณาเฟิล และแมคคอกเคิล (Grey, Knafel, & McCorkle, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว การจัดการของครอบครัว และผลลัพธ์จากการจัดการ โดยอธิบายจากการประเมินการจัดการครอบครัว 5 ด้านคือ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการกับความเจ็บป่วย ด้านความลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองต่อผลกระทบของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลหลักที่จะสามารถจัดการครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำได้ง่าย มักเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง และมีรายได้ครอบครัวสูง ทำให้มีโอกาสหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแล การจัดการกับเด็กที่มีอาการชักซ้ำ และครอบครัวสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการจัดการครอบครัว ร่วมกับการที่ครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านการเงิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมิน และด้าน

ทรัพยากร จะส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถจัดการกับเด็กที่มีอาการชักซ้ำได้ง่ายขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ และหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposeful sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับเด็กอายุ 1-5 ปีที่มีอาการชักตั้งแต่ครั้งที่ 2 โดยอาการชักของเด็กไม่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในสมอง และเด็กไม่มีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย 3) เป็นผู้ดูแลและช่วยเหลือเด็กที่มีอาการชักซ้ำเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 4) เป็นผู้ที่สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) (Polit, 2010) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วน (proportional sampling) จากจำนวนประชากรทั้งหมดของแต่ละโรงพยาบาลครั้งนี้ โรงพยาบาลแห่งที่ 1

มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 36 ราย โรงพยาบาลแห่งที่ 2 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย และโรงพยาบาลแห่งที่ 3 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 23 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้มี 3 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและเด็ก ชุดที่ 2 แบบสอบถามการจัดการครอบครัวที่ผู้วิจัยปรับจากชูศรี เดียววิเศษ และริเปอร์ (Chusri, Deoisres, & Riper, 2016) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ .97 และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .74 โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 29 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 13 ข้อ มีการแปลผลคะแนนออกเป็นการจัดการง่ายและการจัดการที่ยาก และชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลหลักได้รับ ที่ผู้วิจัยปรับจากชนิษฐา ทยิมะแซ ภาสุรี แสงศุภวานิช, และอุทัย ปริณญาสุทธินันท์ (Anukunwathaka, Sangsupawanitch, & Parinyasutinun, 2017) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ .99 และได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .76 โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 28 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 13 ข้อ มีการแปลผลคะแนนออกเป็นระดับน้อย ปานกลาง มาก ส่วนแบบสอบถามแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กได้รับ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ประกอบด้วย บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม บุคลากรสหวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ โดยแปลผลเป็นจำนวนและร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 142/2017

ลงวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2560 และโรงพยาบาลแห่งที่ 1 เอกสารรับรองเลขที่ 366/60 COA-NUR 142/60 ลงวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลแห่งที่ 2 เอกสารรับรองเลขที่ 65/60 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2560 และโรงพยาบาลแห่งที่ 3 เอกสารรับรองเลขที่ 36/2560 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความยินยอมและขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย รวมถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษาใด ๆ กับเด็กที่มีอาการชักซ้ำ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อเด็กที่มีอาการชักซ้ำอายุ 1-5 ปี และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลที่ไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักและเด็ก และข้อมูลการจัดการครอบครัว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัวต่อการจัดการครอบครัว โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักเด็กที่มีอาการชักซ้ำจำนวน 85 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 42.40 (\bar{X} =34.69, S.D. 8.812) เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.50 จบระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปลาย/ปวช. ร้อยละ 31.76 ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักอาศัยอยู่ร่วมกับเด็กที่มีอาการชักซ้ำในลักษณะครอบครัวขยาย ประกอบด้วยบิดา มารดา บุตร และเครือญาติร้อยละ 60.00 โดยมีรายได้ต่อเดือนประมาณ 5,001 บาทถึง 15,000 บาท ร้อยละ 63.53 โดยมาจากการทำงานของบุคคลในครอบครัวร้อยละ 80.00 นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็กร้อยละ 78.82 และผู้ดูแลหลักทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีอาการชักซ้ำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีอาการชักซ้ำ

เด็กที่มีอาการชักซ้ำมีอายุ 1 ปี ร้อยละ 25.88 เป็นเพศชายร้อยละ 62.40 เพศหญิงร้อยละ 37.60 ใน

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 90.59 โดยเด็กที่มีอาการชักซ้ำมากที่สุดมีจำนวน 60 ราย ร้อยละ 70.59 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคลมชัก และเด็กที่มีอาการชักซ้ำน้อยที่สุดจำนวน 4 ราย ร้อยละ 4.70 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกในสมอง ในปัจจุบันยังมีเด็กจำนวน 3 ราย ร้อยละ 3.53 ที่มีอาการชักอยู่ทุกเดือน และยังคงรับประทานยากันชัก 3-6 ชนิด ร้อยละ 15.29

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ

ผู้ดูแลหลักมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมการจัดการครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง 132.96 (S.D.=16.89) พิจารณารายด้านพบว่า ด้านชีวิตประจำวันของเด็กมีคะแนนเฉลี่ย 12.41 (S.D.=2.84), ด้านความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 43.38 (S.D.= 5.61), ด้านความพยายามในการจัดการกับความเจ็บป่วยเฉลี่ย 14.50 (S.D.= 3.10), ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวเฉลี่ย 35.05 (S.D.= 7.57) และด้านมุมมองต่อผลกระทบของโรคเฉลี่ย 29.18 (S.D.= 5.23) ซึ่งการจัดการในแต่ละด้านมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.40, 63.50, 67.10, 65.90 และ 70.60 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำโดยรวมและรายด้าน (n=85)

การจัดการครอบครัว	ระดับ			ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
	ต่ำ ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	สูง ร้อยละ (จำนวน)		
การจัดการครอบครัวโดยรวม	0.00 (0)	85.90 (73)	14.10 (12)	132.96	16.89
จำแนกการจัดการครอบครัวรายด้าน					
ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก	14.10 (12)	62.40 (53)	23.50 (20)	12.41	2.84
ด้านความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย	25.90 (22)	63.50 (54)	10.60 (9)	43.38	5.61

การจัดการครอบครัว	ระดับ			ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
	ต่ำ ร้อยละ (จำนวน)	ปานกลาง ร้อยละ (จำนวน)	สูง ร้อยละ (จำนวน)		
ด้านความพยายามในการจัดการกับ ความเจ็บป่วย	10.60 (9)	67.10 (57)	22.40 (19)	14.50	3.10
ด้านความยากลำบากในชีวิต ครอบครัว	21.20 (18)	65.90 (56)	12.90 (11)	35.05	7.57
ด้านมุมมองต่อผลกระทบของโรค	14.10 (12)	70.60 (60)	15.30 (13)	29.18	5.23

นอกจากนี้การแปลผลคะแนนความยากง่ายในการจัดการครอบครัว คะแนนด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และคะแนนด้านความสามารถในการจัดการกับ

ความเจ็บป่วย รวมกันทั้ง 2 ด้าน มีคะแนนอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 82.40 แสดงให้เห็นถึงครอบครัวมีการจัดการง่าย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความยากง่ายของการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ (n=85)

การจัดการครอบครัว	ระดับ		ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
	ต่ำ ร้อยละ (จำนวน)	สูง ร้อยละ (จำนวน)			
ด้านชีวิตประจำวันของเด็กและด้าน ความสามารถในการจัดการกับ ความเจ็บป่วย	17.60 (15)	82.40 (70)	55.69	6.82	การจัดการ ง่าย
ด้านความสามารถในการจัดการกับ ความเจ็บป่วยด้านความยากลำบาก ในชีวิตครอบครัวและด้านมุมมอง ต่อผลกระทบของโรค	51.80 (44)	48.2 (41)	77.29	13.56	การจัดการ ง่าย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนที่ผู้ดูแลหลักได้รับ

ผู้ดูแลหลักมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก 3.80 โดยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากบิดา มารดา คู่สมรส ร้อยละ 54.21 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรวิชาชีพร้อยละ 81.18 ได้รับการ

สนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่าจากบิดา มารดา คู่สมรสร้อยละ 44.71 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรจากบิดา มารดา คู่สมรสร้อยละ 55.29

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ

ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์

กับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p > .05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .50, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวของครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การจัดการครอบครัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก	.13	.24 ^{ns}
รายได้ของครอบครัว	.01	.95 ^{ns}
การสนับสนุนทางสังคม	.50	.00*

หมายเหตุ. * $p < .01$, ns $p > .05$

*สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

^{ns} สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ พบว่าการจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 132.96 (S.D.=16.89) หากพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็กอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 12.41 (S.D. = 2.84) (ตารางที่ 1) อธิบายได้คือผู้ดูแลหลักรับรู้的孩子สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ค่อนข้างเหมือนกับเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน อาจเนื่องมาจากในการศึกษาพบว่าเด็กมีอาการทางคลินิกไม่รุนแรง จึงทำให้ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมาก ด้านความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 43.38 (S.D. = 5.61) (ตารางที่ 1) อธิบายได้คือ ในขณะที่เด็กมีอาการชัก ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลเด็กให้ปลอดภัยได้พอควร อาจเนื่องมาจากเด็กเคยมีอาการชักมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้แก่เด็กเมื่อมีอาการชัก แต่ยังมีเด็กร้อยละ 61.18 ที่ไม่มีอาการชักมานานกว่า 1 ปี ทำให้เมื่อเด็กเกิดอาการชักผู้ดูแลหลักอาจขาดความมั่นใจในการดูแลได้ ด้านความ

พยายามในการจัดการกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 14.50 (S.D. = 3.10) (ตารางที่ 1) อธิบายได้คือผู้ดูแลหลักมีความพยายามในการจัดการพอควร อาจเนื่องมาจากเด็กที่มีอาการชักซ้ำบางส่วน (ร้อยละ 38.8) ยังมีอาการชักอยู่ ทำให้เด็กอาจต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ดูแลหลักของเด็กเหล่านี้จึงต้องพยายามสละเวลาเพื่อพาเด็กไปพบแพทย์อยู่บ่อยครั้ง ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 35.05 (S.D.=7.57) (ตารางที่ 1) อธิบายคือผู้ดูแลหลักมีการรับรู้ว่าการชักซ้ำของเด็กค่อนข้างส่งผลให้เกิดปัญหาในครอบครัว อาจเนื่องมาจากมีเด็กร้อยละ 4.70 ที่มีอาการชักซ้ำจากการมีเนื้องอกในสมอง ซึ่งมีขั้นตอนในการรักษาหลายขั้นตอน และอาจต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา อีกทั้งเด็กอาจมีแทรกซ้อนจากการรักษา จึงทำให้การดูแลเด็กที่มีอาการชักซ้ำจากเนื้องอกในสมองเป็นปัญหาในครอบครัวได้ และด้านมุมมองต่อผลกระทบของโรค อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 29.18 (S.D.=5.23) (ตารางที่1) อธิบายได้ว่าผู้ดูแลหลักรับรู้ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กที่มีอาการชักซ้ำได้พอควร อาจเนื่องมา

จากเด็กร้อยละ 3.53 ยังมีอาการชักทุกเดือนและเด็ก ร้อยละ 15.29 ยังคงได้รับยากันชัก 3-6 ชนิด อาจส่งผลกระทบต่อ ในอนาคตให้เด็กมีสติปัญญาล่าช้า มีการพัฒนา ทางสังคม และการสื่อสารน้อย (Sarhan, Ayouty, Elsharkawy, & Elmagid, 2015) ผู้ดูแลหลักอาจมองว่า สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อครอบครัว จึงทำให้การจัดการ ด้านมุมมองต่อผลกระทบของโรคอยู่ในระดับปานกลาง หากรวมคะแนนการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวัน ของเด็กกับด้านความสามารถในการจัดการกับความเจ็บ ป่วย พบว่ามีคะแนนสูงร้อยละ 82.40 และคะแนนรวม ของด้านความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมอง ต่อผลกระทบของโรค พบว่ามีคะแนนต่ำร้อยละ 51.80 (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวเด็กที่มีอาการชัก ชั่ว มีการจัดการครอบครัวค่อนข้างง่าย อาจเนื่องมา จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักพบว่าส่วนใหญ่ผู้ ดูแลหลักเป็นเพศหญิงและเป็นมารดาของเด็ก ซึ่งเพศ หญิงเป็นเพศที่เหมาะสมสำหรับการดูแลเด็กเนื่องจาก สามารถยอมรับบทบาทและจัดการภาระหน้าที่ในการ ดูแลสุขภาพได้มากกว่าเพศชาย (Kodchana, 2009) และผู้ดูแลหลักจะมีอายุอยู่ระหว่าง 20 ปี-40 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความกระตือรือร้น และมีความสามารถ ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเช่น การหาข้อมูลทาง อินเทอร์เน็ตได้มากกว่าในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และตอน ปลาย ทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถผสมผสานการดูแลความเจ็บ ป่วยให้เข้ากับชีวิตประจำวันได้

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ของผู้ดูแลกับการจัดการครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับการ จัดการครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแล หลักไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัว เด็กที่มีอาการชักซ้ำ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลหลักร้อยละ 90.58 มีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดาของเด็ก ซึ่ง จะมีความรักและความเอื้ออาทรให้กับบุตรอย่างไม่มี เงื่อนไข (Soithongdee, 2009) และไม่ต้องการให้เด็กมี

ชีวิตประจำวันแตกต่างจากเด็กอื่น ๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกัน ร่วมกับมีผู้ดูแลหลักร้อยละ 81.18 ได้รับการสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล เช่น การป้องกันการเกิดอาการชักซ้ำ การปฐมพยาบาล เบื้องต้นเมื่อเด็กมีอาการชัก เพื่อนำไปปรับใช้ในการ จัดการกับอาการชักซ้ำของเด็ก จากการศึกษาของ แพกนาโน ฮอลเทอร์แมน คอนส์และโซน (Fagnano, Halterman, Conn, & Shone, 2012) ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ด้านสุขภาพและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับผู้ ดูแลเด็กโรคหอบหืด พบว่าครอบครัวร้อยละ 30 ได้ รับข้อมูลจากจากอินเทอร์เน็ตซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการ ดูแลเด็กเช่นเดียวกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์และ พยาบาล ทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ในการดูแลเด็ก

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของ ครอบครัวกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มี อาการชักซ้ำ ผลการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวอย่างไม่มีนัย สำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ตารางที่3) แสดงให้เห็นว่ารายได้ของครอบครัวไม่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวใน ครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแล หลักร้อยละ 20 มีรายได้จากการช่วยเหลือจากบุคคล อื่นเช่น ญาติ พี่น้อง และผู้ดูแลหลักร้อยละ 55.29 ยัง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรจากบุคคล ที่มีความใกล้ชิดเช่น บิดา มารดา และคู่สมรส จึงทำให้ ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้สูงสามารถจัดการ ครอบครัวได้ง่ายสอดคล้องกับการศึกษาของ พิรณูช พันธุ์ภักดี (Soithongdee, 2009) ที่ศึกษาพฤติกรรม ของบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่ กำเนิด พบว่ารายได้ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ในการดูแลบุตร

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน ทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มี อาการชักซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวใน เช่น บิดา มารดา หรือคู่สมรสจะให้การสนับสนุนทางสังคม

ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร ร้อยละ 54.21, 44.71 และ 55.29 ตามลำดับ ทำให้ผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจในการจัดการครอบครัว ส่วนบุคลากรสหวิชาชีพเช่นแพทย์ พยาบาล จะให้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารร้อยละ 81.18 ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ผู้ดูแลหลักจึงมีการจัดการครอบครัวได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลจากผลงานการวิจัยนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพทราบถึง

ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว แล้วนำไปหาแนวทางการส่งเสริม และจัดให้มีการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ดูแลหลักรับรู้ และสามารถปฏิบัติการดูแลเด็กที่มีอาการชักซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในครอบครัวเด็กที่มีอาการชักซ้ำ เช่น ปัจจัยด้านสุขภาพได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความซับซ้อนของการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- Anukunwathaka, N., Sangsupawanitch, P., & Parinyasutinun, U. (2017). Factors predicting seizure prevention practices in children among caregivers. *Nursing Journal*, 44(4), 1-12. (in Thai)
- Barrera, M., Glasgow, R. E., McKay, H. G., Boles, S. M., & Feil, E. G. (2002). Do internet-based support interventions change perceptions of social support?: An experimental trial of approaches for supporting diabetes self-management. *American Journal of Community Psychology*, 30(5), 637-654. doi: 10.1023/A:1016369114780.
- Camfield, P., & Camfield, C. (2015). Incidence, prevalence and aetiology of seizures and epilepsy in children. *Epileptic Disorders*, 17(2), 117-123.
- Chung, B., Wat, L. C., & Wong, V. (2006). Febrile seizures in southern Chinese children: Incidence and recurrence. *Pediatric Neurology*, 34(2), 121-126.
- Chusri, O., Deoisres, W., & Riper, M. V. (2016). The style of management in families having a child with thalassemia. *SDU Research Journal Sciences and Technology*, 9(3), 111-125.
- Fagnano, M., Halterman, J. S., Conn, K. M., & Shone, L. P. (2012). Health literacy and sources of health information for caregivers of urban children with asthma. *Clinical pediatrics*, 51(3), 267-273.
- Grey, M., Knafl, K. A., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. *Nursing outlook*, 54(5), 278-286.
- Hauser, W. A. (2016). Epidemiology of epilepsy in children. In D. R. Nordli, J. M. Pellock, R. Sankar, & J. W. Wheless (Eds.), *Pellock's pediatric epilepsy: Diagnosis and therapy* (pp.177-206). New York: Springer Publishing
- Knafl, K. A., Deatrck, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 11-34. doi: 10.1177/1074840711427294.

- Kodchana, J. (2009). *Effect of social support groups on the parenting potential of preschool children and stress of grandmother in Phu Wiang District, Loei Province* (Master's thesis). Graduate School, Khon Kaen University, Thailand. (in Thai)
- Maia, C., Moreira, A. R., Lopes, T., & Martins, C. (2017). Risk of recurrence after a first unprovoked seizure in children. *Journal de Pediatria*, 93(3), 281-286. doi: 10.1016/j.jped.2016.07.001.
- Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421.
- Nordli, D. R., Pellock, J. M., Sankar, R., & Wheless, J. W. (Eds.). (2012). *Pellock's pediatric epilepsy: Diagnosis and therapy*. New York: Springer Publishing.
- Polit, D.F. & Beck. C., T. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Rabbani, A., & Alexander, G. C. (2009). The association between family structure, reports of illness and health care demand for children: Evidence from rural Bangladesh. *Journal of Biosocial Science*, 41(5), 645-656.
- Reangrong, B. (2012). *Social development: Preschool age*. (in Thai) Retrieved From <http://taamkru.com/th>.
- Sarhan, A. A., Ayouty, M. M., Elsharkawy, A. A., & Elmagid, D. S. A. (2015). Neurodevelopmental and neurobehavioral aspects of childhood epilepsy. *Benha Medical Journal*, 32(1), 13.
- Soithongdee, S. (2009). *Presentation of motherhood Ideology in advertising discourse*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Thamnae, P., Kongsaktrakul, C., & Patoomwan, A. (2011). Predictive factors for adaptation among caregivers of children with epilepsy. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(2), 218-231.
- Tatiyatrirong, T., Punthmatharith, B., & Wiroonpanich, W. (2016). The influence of selected factors on quality of life of children with epilepsy perceived by caregivers. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36(3), 94-110. (in Thai)
- Tosawat, J. (2012). Incidence and factors related to develop repeated febrile convulsion in children in Inburi hospital. *Journal of the Third National Defense of Thailand*, 2(1), 49-60. (in Thai)
- World Health Organization[WHO]. (2016). *Epilepsy: Key fact*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/>.
- Wu, Y. P., Follansbee Junger, K., Rausch, J., & Modi, A. (2014). Parent and family stress factors predict health related quality in pediatric patients with new onset epilepsy. *Epilepsia*, 55(6), 866-877.