

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา และการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้ คือ

1. ภาวะสมองพิการ
2. พฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา
3. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวของมารดาบุตรสมองพิการ

ภาวะสมองพิการ

Cerebral หมายถึง สมอง และ Palsy หมายถึง เสื่อมสภาพ หรือ อัมพาต คำว่า Cerebral Palsy จึงหมายถึง สมองเสื่อมสภาพ หรือสมองอัมพาตมิใช่เป็นชื่อโรคเฉพาะ แต่เป็นกลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นกับสมองส่วนใดแล้วก็จะส่งผลต่อร่างกายทำให้เกิดความพิการชนิดต่าง ๆ กันออกไป และผลของโรคจะปรากฏชัดเจนในระยะเวลาที่เป็นเด็กและคงอยู่เรื่อยไปตลอดชีวิต (สร้อยสุดา วิทยากร, 2532) พยาธิสภาพสมองเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ตั้งแต่ตอนอยู่ในครรภ์ ตอนคลอด และ หลังคลอด แต่โรคหรือสภาวะที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพของสมองนั้นได้หายไปแล้ว คงมีแต่ความพิการเหลืออยู่ (พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิ์, 2536) และเนื่องจากสมองได้รับความเสียหายแบบไม่ลุกลาม (Non-Progressive) ในขณะที่สมองยังเติบโตไม่เต็มที่ สมองส่วนที่เสียหายอาจส่งผลกระทบไปยังสมองส่วนอื่น ๆ เช่น ทำให้ขาดการประสานสัมพันธ์กันระหว่างท่าทาง การทรงตัวและการเคลื่อนไหว การผิดปกติของข้อต่าง ๆ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่วมกับมีความผิดปกติทางด้าน การมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร การเรียนรู้ มีความบกพร่องทางความจำ ความเข้าใจ เป็นต้น (สาชนทิ ซินาเรื่อน, 2542) อุบัติการณ์ของโรคมักจะเริ่มในขณะที่ยังน้อย คือ ในช่วง 3 ถึง 5 ปีแรก นอกจากนี้เด็กสมองพิการยังมีความผิดปกติทางด้านประสาทสัมผัส การสื่อความหมาย และความสามารถในการรับรู้ ร่วมด้วย (อารยา จารูวณิช, 2541)

สมองพิการใช้เรียกผู้ป่วยเด็กพิการที่มีลักษณะ โดยเฉพาะ 4 ประการ ได้แก่ (วิลโด คูปต์นิตติศกุล และอรณัฏร โดษยานนท์, 2539)

1. มีความพิการ หรือมีความผิดปกติเกี่ยวข้องกับระบบการควบคุมการเคลื่อนไหว
2. สาเหตุเนื่องจากความผิดปกติ หรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับสมองที่ควบคุมการเคลื่อนไหว

3. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้น จะต้องเกิดในระยะของการเจริญเติบโตของสมอง ตั้งแต่ระยะอยู่ในครรภ์จนถึงระยะที่สมองเจริญเต็มที่ ประมาณเท่ากับเด็กอายุ 7 – 8 ปี ถ้าเกิดขึ้นกับสมองของเด็กโตกว่านี้ หรือผู้ใหญ่ ไม่เรียกว่าสมองพิการ

4. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ไม่มีพยาธิสภาพของโรคเดิมที่ทำให้เกิดสมองพิการหลงเหลืออยู่ และไม่มีการดำเนินของโรคมารูขึ้น (Non-Progressive)

สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (2541) ได้กล่าวไว้ว่า เด็กสมองพิการ คือเด็กที่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว หรือการทรงตัวที่เกิดความผิดปกติทางสมองเฉพาะส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจเป็นทั้งตัว ทำให้เด็กไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน – ขา และร่างกายได้ อาจมีอาการเกร็ง หรืออ่อนตัวไม่มีแรง บางคนเป็นเพียงเล็กน้อย หรือบางส่วน เช่น เฉพาะแขน หรือขาข้างเดียว หรือสองข้าง เด็กสมองพิการอาจมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วย ซึ่งจัดเป็นความบกพร่องซ้ำซ้อน เช่น บกพร่องทางสติปัญญา บกพร่องทางการมองเห็น บกพร่องทางการได้ยิน เป็นต้น

ในปัจจุบันความหมายของสมองพิการที่นิยมใช้ หมายถึง ภาวะที่ผิดปกติของท่าทาง และการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสมองที่ยังเติบโตไม่สมบูรณ์ (Immature Brain) รวมถึงกลุ่มอาการทางระบบประสาทพัฒนาการ (Neurodevelopmental Syndrome) ด้านการเคลื่อนไหว (Palmer & Hoon, 1995)

สาเหตุของการเกิดสมองพิการ

การเกิดสมองพิการอาจเกิดจากหลายสาเหตุ และประมาณ 1 ใน 4 ของเด็กสมองพิการ ไม่สามารถหาสาเหตุได้ชัดเจน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา สามารถแบ่งปัจจัยการเกิดสมองพิการได้ 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยการคลอด (Prenatal Factors) พบว่ามีความผิดปกติในมารดาอันมีผลกระทบต่อการให้อาหาร ออกซิเจนแก่ทารกในครรภ์ ซึ่งถ้าเกิดในระยะที่ทารกกำลังมีการเจริญเติบโตของสมองก็สามารถทำให้สมองพิการได้ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อไวรัส พบการติดเชื้อไวรัสขณะตั้งครรภ์ ประมาณร้อยละ 10

2. ปัจจัยระหว่างคลอด (Perinatal Factors) ปัจจัยสำคัญของระยะนี้ คือ การคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม พบประมาณร้อยละ 25 (Pillitteri, 1999) การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด พบประมาณร้อยละ 3 และอันตรายจากการคลอด พบประมาณร้อยละ 8 – 12 เช่น คลอดยาก การใช้เครื่องมือช่วยคลอด (Palmer & Hoon, 1995)

3. ปัจจัยหลังการคลอด (Postnatal Factors) พบประมาณร้อยละ 10 มีสาเหตุจากการติดเชื้อ ได้รับอันตรายต่อศีรษะและสมอง (Palmer & Hoon, 1995) ภาวะมีเม็ดเลือดสีเหลืองในเลือดสูง การขาดออกซิเจนจากการจมน้ำ การชัก อุบัติเหตุทางรถยนต์ ตกจากที่สูงการถูกทำร้าย

จากการศึกษาทางคลินิกของเด็กสมองพิการ ในงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลราชานุกูล โดยทำการศึกษาแบบย้อนหลัง จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยเด็กสมองพิการระหว่างปี 2537 – 2541 จำนวน 548 ราย พบปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ การขาดออกซิเจน ภาวะชัก ตัวเหลือง สมองเล็ก และการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 51.1, 15.3, 13.1, 9.3 และ 6.6 ตามลำดับ และอยู่ในระยะระหว่างคลอด ร้อยละ 71.1 (ชุตานาศ เชื้อสีห์แก้ว, 2543)

การจำแนกชนิดของเด็กสมองพิการ

การจำแนกชนิดของเด็กสมองพิการตามอาการแสดงทางคลินิก โดยจำแนกตามความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และลักษณะอาการ แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ (Robinson & Lee, 1991; Palmer & Hoon, 1995)

1. Spastic Cerebral Palsy เด็กสมองพิการชนิดแข็งเกร็ง พบประมาณร้อยละ 65 – 70 มีพยาธิสภาพที่ สมองส่วนที่เป็นการควบคุมการเคลื่อนไหว (Motor Cortex) จึงทำให้มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อแขน ขา สูงกว่าปกติ เรียกว่า Clasp-Knife Type มีการตอบสนองรีเฟล็กซ์ไวกว่าปกติ (Hyperreflexia) กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีแนวโน้มที่จะเกิดการติดของข้อ เด็กสมองพิการชนิดแข็งเกร็งสามารถแบ่งย่อยออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1.1 Spastic Hemiplegia พบประมาณร้อยละ 30 มีอาการเกร็งเฉพาะซีกแขนขาข้างใดข้างหนึ่ง (ข้างขวามากกว่าข้างซ้าย) มีความรุนแรงที่แขนมากกว่าขา โดยจะมีลักษณะงอและคว่ำของปลายแขน พร้อมกับการงอของข้อมือ เวลาเดินจะมีการกระเผลกของขา รวมทั้งอาจมีสติปัญญาช้ากว่า หรือเทียบเท่าเด็กปกติ ยกเว้นรายที่มีอาการชักรุนแรง

1.2 Spastic Quadriplegia (Tetraplegia) พบประมาณร้อยละ 5 เป็นชนิดที่มีความรุนแรงมากที่สุด มีอาการเกร็งของแขนและขาทั้งสองข้าง แต่มีความรุนแรงที่แขนมากกว่าขา การทรงตัวของคอ และลำตัวอ่อนผิดปกติ ศีรษะมักมีขนาดเล็ก มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน และสติปัญญาผิดปกติร่วมด้วย

1.3 Spastic Diplegia พบประมาณร้อยละ 30 มีอาการเกร็งของแขนและขาทั้งสองข้าง แต่มีความรุนแรงที่ขามากกว่าแขน ขาทั้งสองข้างมักจะเหยียดและไขว้กัน มักมีปลายเท้าเขย่ง เด็กที่โตขึ้นอาจมีบริเวณสะโพกและเข่าอู ขาทั้งสองข้างบิดเข้ามาตรงกลาง ส่วนที่แขนและมืออาจมีความผิดปกติเช่น หยิบจับของไม่คล่อง มีความลำบากในการวาดรูปและเขียนหนังสือ เด็กมักไม่มีปัญหาอ่อนอย่างชัดเจนหรืออาการชัก มักมีตาเขร่วมด้วย

1.4 Spastic Paraplegia พบได้น้อยมีอาการเกร็งเฉพาะขาทั้งสองข้าง และส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของไขสันหลัง

1.5 Spastic Monoplegia พบได้น้อยมาก มีอาการเกร็งเฉพาะแขนหรือขาส่วนใดส่วนหนึ่ง ถ้าตรวจให้ละเอียดมักเป็น Asymmetric Diplegia หรือ Hemiplegia

2. Dyskinetic Cerebral Palsy เด็กสมองพิการแบบสั่นกระตุก พบประมาณร้อยละ 19 มีความตึงของกล้ามเนื้อต่ำ (Hypotonia) มีการเคลื่อนไหวที่สามารถควบคุมได้ (Involuntary Movement) เช่น มีอาการคอเอียงและปากเบี้ยวไปมา ต่อมาจะมีลักษณะบิดมากทั้งตัว (Dystonia) ความตึงของกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในขณะที่มีการเคลื่อนไหวอย่างตั้งใจทำให้ไม่มีทิศทางที่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความวิตกกังวลหรือการพยายามพูด จะทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลง และไม่มีการประสานสัมพันธ์กัน ทำให้มีปัญหาด้านการพูด การควบคุมการหายใจ การกลืนและการควบคุมน้ำลาย แต่เด็กกลุ่มนี้มีสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. Mixed Cerebral Palsy เด็กสมองพิการแบบผสมผสาน พบประมาณร้อยละ 10 จะมีอาการร่วมกันระหว่างแข็งเกร็งและสั่นกระตุก และพบมีภาวะปัญญาอ่อนค่อนข้างสูง สามารถแบ่งย่อยออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

3.1 Ataxic Type เด็กสมองพิการชนิดเปะปะ พบได้ประมาณร้อยละ 5 เด็กจะมีอาการเปะปะของแขนขา ลำตัว ไม่สามารถควบคุมความเร็ว ความแรง ทิศทาง และช่วงของการเคลื่อนไหวได้ มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่ำ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการทรงตัวอ่อนปวกเปียก ขาดสมดุลในการทรงตัว เด็กอาจเรียนรู้ที่จะเดินเมื่ออายุประมาณ 3 ปี แต่อยู่ในท่าที่มีฐานรองรับกว้าง และใช้แขนยันพื้นหรือกางแขนออกเพื่อช่วยในการทรงตัว มีอาการสั่นของแขนและมือในขณะที่หยิบจับวัตถุ โดยไม่สามารถควบคุมได้ (Intention Tremor) มีความผิดปกติของสติปัญญา การใช้ภาษา และมีชักบ่อย

3.2 Atonia Diplegia พบน้อย เด็กจะมีความตึงของกล้ามเนื้อต่ำแล้วพัฒนาไปสู่อาการแข็งเกร็งหรือสั่นกระตุก เด็กจะมีอาการอ่อนเปลี้ย ไม่มีเรี่ยวแรง มีสติปัญญากพร่องอย่างรุนแรง มีรีเฟล็กซ์ไวกว่าปกติหรือปกติ มีอาการชักร่วมด้วย

ความรุนแรงของภาวะสมองพิการ

ภาวะสมองพิการแบ่งตามความรุนแรงของโรคได้ 3 ระดับ คือ (Campbell, 1999)

1. ระดับน้อย (Mild) เด็กมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง และใช้เวลามากขึ้น ซึ่งเหมาะสมกับระดับอายุ เช่น การดูแลตนเองง่าย ๆ การแปรงฟัน หวีผม ล้างหน้า แต่งตัว การรับประทานอาหาร การเจริญเติบโตสมอายุ หรือช้ากว่าเล็กน้อย ยืน เดินได้ ไม่ต้องการความช่วยเหลือ หรือ ใช้เครื่องมือพิเศษ

2. ระดับปานกลาง (Moderate) เด็กมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ มักมีข้อจำกัดด้านร่างกายในการทำกิจกรรม เช่น การเดิน การนั่ง การเปลี่ยนแปลงท่าทาง

การใช้มือ การพูด เด็กต้องการความช่วยเหลือหรืออุปกรณ์พิเศษ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจะทำให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วยตนเองได้

3. ระดับมาก (Severe) เด็กไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการเด่นชัด การรักษา มักไม่ค่อยจะได้ผลดี มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตปกติ และมีความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก เช่น ในการเล่น หรือทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เนื่องจากปัญหาด้านการสื่อสาร การขาดความสมดุล ไม่สามารถใช้มือและแขนในการเคลื่อนไหว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการและครอบครัว

ภาวะสมองพิการแบ่งความรุนแรงตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็ก รวมถึงความสามารถ 4 ด้าน คือ (วิลเลียม กุปตันริตติชัยกุล และอรจักร โตษยานนท์, 2539)

1. ความสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ในการทำกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ (Self – Care Activities) ตั้งแต่ตื่นนอนทำความสะอาดร่างกาย เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร
2. ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Ambulatory Activity) ได้แก่ การคลาน การนั่ง การยืน และการเคลื่อนย้ายตนเอง การเดิน
3. ความสามารถในการใช้มือให้ได้ประโยชน์มากที่สุด เพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตต่อไป นอกเหนือจากการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดังกล่าว ได้แก่ ความสามารถในการเรียนรู้ การเขียนหนังสือ และการทำงานต่าง ๆ
4. ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ได้แก่ การใช้ภาษาพูด และการทำความเข้าใจกับผู้อื่นโดยการแสดงอาการ และท่าทางต่าง ๆ ได้

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจประจำวันของเด็กพิการ (Werner, 1987) ได้แก่

1. การรับประทานอาหาร ได้แก่ การกิน การดื่มนม
2. การแต่งตัว และการทำความสะอาดร่างกาย ได้แก่ การล้างหน้า การอาบน้ำ การแต่งตัว และใส่เครื่องช่วยต่าง ๆ
3. การควบคุมการขับถ่าย และการทำความสะอาด ได้แก่ การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายอุจจาระ การปัสสาวะ
4. การเคลื่อนย้าย ได้แก่ การเคลื่อนย้ายขึ้นลงบันได การใช้รถเข็น การใช้ไม้ค้ำยัน การเกาะเดิน และการคลาน
5. การติดต่อสื่อสาร และกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การช่วยงานบ้าน การเล่นกับเด็กอื่น การพูด การใช้ท่าทางในการติดต่อสื่อสาร

Grand and MaGrath (1990) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของความพิการ หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และสังคมของเด็กสมองพิการ ประกอบด้วยความสามารถ 4 ด้าน คือ

1. ความสามารถด้านการเคลื่อนไหว หมายถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนย้าย
2. ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร หมายถึง การมองเห็น และการสื่อสาร
3. ความสามารถในการกระทำกิจกรรมส่วนตัว หมายถึง การรับประทานอาหาร การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ และการถอดเสื้อผ้า
4. ความสามารถทางด้านสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและการแสดงออกทางพฤติกรรมอารมณ์

ปัญหาที่พบในเด็กสมองพิการ

ปัญหาที่พบในเด็กสมองพิการมีดังนี้ (สายนที ชีนาเรื่อน, 2542)

1. ขาดกลไกในการควบคุมการทรงท่า (Postural Mechanism)
 - 1.1 ปฏิกริยาในการทรงท่า (Postural Reactions) เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว ถ้าขาดปฏิกริยาในการทรงท่า เด็กจะมีทักษะทางการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น ไม่สามารถควบคุมสมดุลของการทรงท่า ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือมีการเคลื่อนไหวแบบงุ่มง่าม หรือไม่ประสานสัมพันธ์กันเป็นต้น
 - 1.2 อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะ ลำตัว หัวไหล่ อุ้งเชิงกราน ซึ่งถูกควบคุมโดยกลไกการควบคุมการทรงท่า เช่น Tonic Labyrinthine Reflexes (TLR), Asymmetrical Tonic Neck Reflex (ATNR) หากกลไกเหล่านี้หายไป กลุ่มกล้ามเนื้อดังกล่าวจะไม่ถูกกระตุ้น และจะส่งผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง
2. รีเฟล็กซ์ดั้งเดิมยังคงอยู่ รีเฟล็กซ์ดั้งเดิมในวัยทารก (Primitive Reflexes) เช่น Tonic Neck Righting Reflex, Moro Reflex, Neonatal Positive Support, Palmar and Plantar Grasp Reflexes, Automatic Stepping ซึ่งจะพบในเด็กแรกเกิดและหายไปเมื่อเด็กเจริญเติบโตขึ้น แต่ในเด็กสมองพิการรีเฟล็กซ์เหล่านี้จะยังปรากฏอยู่
3. การเคลื่อนไหวล่าช้า (Motor Delay) เด็กสมองพิการจะพบความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว และมีพัฒนาการทางการเคลื่อนไหวล่าช้า ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความทุพพลภาพ โดยอาจมีสาเหตุอันเนื่องมาจาก
 - 3.1 การควบคุมอารมณ์ได้น้อยกว่าปกติ (Mental Subnormality) ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ความผิดปกติทางโครโมโซม ความผิดปกติของเม็ดเลือด

ชาว ศีรษะเล็กผิดปกติ ความผิดปกติของกะโหลกศีรษะและสมอง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ สมองได้รับการบาดเจ็บ เป็นต้น

3.2 การขาดการกระตุ้นทางสังคม อารมณ์ เศรษฐกิจที่เหมาะสม

3.3 มีภาวะทพโภชนาการและการเจริญเติบโต เนื่องจากมีปัญหาทางด้านการเคี้ยว การกลืน เด็กไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อลิ้น ปาก ลำคอ และจากการที่ทารกทานอาหารได้ลำบาก มีการเคลื่อนไหวน้อย และกล้ามเนื้อไม่มีการพัฒนานี้เอง อาจทำให้เด็กเหล่านี้ ผอม ตัวเล็กกว่า เด็กปกติ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ

3.4 ความพิการด้านอื่น ๆ เช่น ความบกพร่องแต่กำเนิดที่กระดูกสันหลังปิดไม่สนิท (Spina Bifida) โรคของกล้ามเนื้อบกพร่อง (Myopathies) ไขสันหลังผิดปกติ (Myelopathies) โรคทางระบบประสาท ความพิการแต่กำเนิด เป็นต้น

4. การเดิน การเดินต้องอาศัยการควบคุมการทรงตัว และการประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อ และแขนขา ซึ่งเด็กสมองพิการจะไม่สามารถควบคุมความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ให้มีความต่อเนื่อง ในการเดินได้ อาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน เช่น Posterior Walker หรือการผ่าตัด ดังนั้นเด็กจะมีการเดินหลายรูปแบบ ดังนี้

4.1 Scissoring เป็นความผิดปกติของการเดินที่พบมากที่สุด เนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณสะโพกมีความตึงตัวสูงกว่าปกติ

4.2 Toe Walking เป็นความผิดปกติในการเดินที่เกิดจากการบิดของเท้าเข้าด้านใน และมีกล้ามเนื้อที่ช่วยในการงอขาสูงกว่าปกติ

5. ปัญหาทางด้านพฤติกรรม โรคสมองพิการจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพของเด็ก เนื่องจากเด็กมีการเคลื่อนไหวและการติดต่อสื่อสารลำบาก เช่น พูดไม่ชัด ความสนใจและสมาธิสั้น หงุดหงิด โมโหง่าย จนกระทั่งทำร้ายตนเอง ดังนั้นสิ่งที่สำคัญก็คือ ครอบครัว และผู้ทำการรักษาต้องให้กำลังใจ และพยายามเข้าใจเด็ก

6. ความบกพร่องทางด้านการพูดและการออกเสียง ประมาณร้อยละ 50 ของเด็กสมองพิการทั้งหมด เนื่องจากการพูดขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อ ลิ้น ปาก และลำคอ หากอวัยวะเหล่านี้ขาดการควบคุมจะทำให้เด็กพูดช้าและพูดไม่ชัด ซึ่งเด็กสมองพิการชนิด Extrapramidal จะมีปัญหาในการพูดมากที่สุด เช่น พูดติดอ่าง พูดตะกุกตะกัก ในขณะที่เด็ก Choreoathetosis จะมีปัญหาทางการเคลื่อนไหวลิ้น และสายเสียง

7. ระดับสติปัญญาต่ำ พบว่าเด็กสมองพิการ 2 ใน 3 เรียนรู้ได้ช้า มีภาวะปัญญาอ่อน ส่วนที่เหลือมีระดับสติปัญญาปกติ แต่อาจมีความผิดปกติทางด้านการเรียนรู้ หรือการรับรู้ เด็ก Hemiplegia เป็นเด็กสมองพิการที่พบได้มากที่สุด จะมีระดับสติปัญญาดีที่สุด ถัดลงมาเป็น

เด็กสมองพิการชนิด Spastic Diplegia ในขณะที่ร้อยละ 30 ของเด็กสมองพิการชนิด Spastic Quadriplegia, Extraparadmal และ Mixed Type จะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ และมีประมาณร้อยละ 50 ของเด็กในกลุ่มนี้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนอย่างรุนแรง

8. การมองเห็น พบว่าเด็กสมองพิการประมาณร้อยละ 40 มีตาเขหรือตาเหล่ ตาจะเหล่มากขึ้นเรื่อย ๆ แล้วจะหยุดเมื่อเด็กอายุประมาณ 6 เดือน หากอายุมากกว่านี้แล้วตายังเหล่ ควรส่งปรึกษาจักษุแพทย์ นอกจากนี้เด็กที่คลอดก่อนกำหนดมักตาบอด เนื่องจากการพัฒนาเรตินายังไม่สมบูรณ์ ส่วนเด็ก Ataxia จะมีการเคลื่อนไหวของลูกตาอย่างรวดเร็วโดยไม่ได้ตั้งใจ (Nystagmus) และเด็ก Hemiplegia มักจะมีการสูญเสียมุมของการมองเห็นครึ่งหนึ่งของลูกตา (Homonymous Hemianopia)

9. การได้ยิน เด็ก Athetoid ประมาณร้อยละ 10 จะมีปัญหาด้านการฟังเสียง เรียนรู้ที่จะพูดได้ลำบาก และเด็กที่มีอาการติดเชื้อจากไวรัส หรือหัดเยอรมันมักจะสูญเสียการได้ยิน

10. การชัก อาการชักพบได้ในเด็กสมองพิการประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กสมองพิการชนิด Spastic รองลงมาคือ Quadriplegia และ Rigidity ตามลำดับ อาการชักที่ไม่สามารถควบคุมได้ จะทำลายสมองและลดความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก ดังนั้นเมื่อเด็กมีอาการชักควรปรึกษาแพทย์ทันที

11. การรับรู้ (Perception) เช่น ไม่สามารถจำวัตถุสิ่งของที่เคยเห็นได้ทั้ง ๆ ที่การรับรู้ปกติ (Agnosia) ไม่สามารถเคลื่อนไหวดังตั้งใจได้โดยไม่มี ความผิดปกติทางด้านร่างกาย (Loss Motor Planning)

12. การรับประทานอาหาร เด็กสมองพิการมีปัญหาทางด้านการรับประทานอาหาร เนื่องจากมีความตึงตัวของกล้ามเนื้อต่ำ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการดูดกลืนอ่อนแรง การประสานสัมพันธ์ของกลไกในการกลืนไม่ดี รีเฟล็กซ์ในการกัด (Tonic Bite Reflex) และรีเฟล็กซ์ของการอาเจียน (Hyperactive Gag Reflex) มีความไวมากกว่าปกติ ลิ้นดันยื่นออกมา (Exaggerated Tongue Thrust) ทำให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการและต้องให้อาหารทางสายยาง

หลักการรักษาเด็กสมองพิการ

เด็กสมองพิการจะต้องได้รับการรักษาเพื่อให้มีพัฒนาการทางกาย ทางใจ และทางสังคมอย่างดีที่สุด (พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิพันธ์, 2536) การให้การรักษาดังแต่ขึ้นต้น (Early Intervention) เป็นสิ่งสำคัญที่สุดของการรักษาเด็กสมองพิการแต่ละคนให้สามารถทำทักษะด้านการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง และการสื่อสาร ได้มากที่สุดตามศักยภาพ (Hays, 1999) เมื่อตรวจพบว่ามี ความผิดปกติเกิดขึ้น สิ่งต่าง ๆ ที่ควรพิจารณาช่วยเหลือ คือ

1. ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการฝึกกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัดของกล้ามเนื้อแขน ขา ลำตัว ทุกส่วนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบ อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ การติดแข็งของข้อ เพราะจะทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปได้ลำบากในภายหลัง

2. การกระตุ้นพัฒนาการ (Early Stimulation) เด็กที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว จะมีผลต่อการพัฒนาของสมองมากจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้น เพื่อให้สมองส่วนต่าง ๆ ได้พัฒนาให้ได้มากที่สุด โดยการกระตุ้นการมองเห็น การได้ยิน การพูด การสัมผัส ความอบอุ่นจากการเล็งดูด้วยการอุ้ม และเล่นด้วยอย่างสม่ำเสมอ

3. การแก้ไขภาวะผิดปกติของการรับรู้ที่สำคัญโดยด่วน เด็กสมองพิการมีปัญหาด้านการมองเห็น และตรวจพบตาเขบ๋อย จำเป็นต้องบริหารกล้ามเนื้อตา หรือตัดกล้ามเนื้อตาให้มีความสมดุล การใส่แว่นตาตั้งแต่อายุน้อย ๆ ที่เด็กสามารถรับได้ ภาวะหูหนวก หูตึง พบได้บ่อย ช่วยเหลือด้วยการใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing Aid) การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อในการพูด การได้ยินไม่ดี สมองส่วนที่ควบคุมการพูดเสียไป ทำให้เด็กพูดไม่ชัด หรือยังไม่พูดเมื่ออายุ 2 ขวบแล้ว จำเป็นต้องได้รับการฝึกพูด โดยนักวจิบำบัดอย่างสม่ำเสมอ

4. การแก้ไขความผิดปกติของระบบประสาทส่วนอื่นโดยเร็ว เช่น อาการชัก และพฤติกรรมที่ผิดปกติ ต้องได้รับการควบคุมให้ใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันมิให้สมองมีความพิการมากขึ้น

5. ผู้ปกครองต้องได้รับคำแนะนำอย่างถูกต้องถึงปัญหาของเด็ก เพื่อให้การดูแลเป็นไปด้วยดีตามสภาพ และฐานะของครอบครัว การให้พยาบาลสาธารณสุข ช่วยดูแลและเยี่ยมบ้านก็มีส่วนช่วยเป็นอย่างมาก

6. การให้การศึกษาที่เหมาะสมโดยจะต้องเตรียมตัวตั้งแต่เด็ก การส่งเสริมให้เรียนปกติ แต่ถ้ามีปัญหาอ่อนร่วมด้วยควรเลือกชั้นเรียนที่จัดพิเศษให้เหมาะสมตามสติปัญญา เพื่อป้องกันความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม

แนวทางการช่วยเหลือเด็กสมองพิการ

เด็กสมองพิการเป็นความผิดปกติทางระบบการเคลื่อนไหวของร่างกาย และมักพบอาการร่วมถึงแม้ว่าการดำเนินของโรคไม่มากขึ้น แต่สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้มาก เช่น การติดของข้อต่อต่าง ๆ และการไร้สมรรถภาพของร่างกาย (Steele, 1985) เด็กจึงต้องได้รับการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลายาวนาน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาการด้านต่าง ๆ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมา ครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของเด็ก ฉะนั้นผู้ดูแลในครอบครัว จะต้องมีความรู้ และทักษะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลเด็ก การที่จะเกิดความรู้และ

ทักษะได้นั้นพยาบาลจะเป็นแหล่งในการให้ข้อมูล คำแนะนำและชี้แนะถึงแนวทางการปฏิบัติต่อ ผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหว และท่าทางที่ผิดปกติกระตุ้นประสาทสัมผัส ส่งเสริม พัฒนาการและช่วยให้เด็กสามารถทำกิจกรรมช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิต (Steele, 1985) เด็กสมอง พิการต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตเช่นเดียวกับเด็กปกติ เช่น การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความเมตตา การเลี้ยงดูอย่างเด็กปกติซึ่งจะทำให้เด็กเหล่านี้ไม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ และจิตใจ ภายหลังได้ การยอมรับ และความเข้าใจในสภาพความบกพร่องของร่างกายเด็กสมองพิการของ พ่อแม่ ผู้ใกล้ชิด จะเป็นผลดีต่อการช่วยเหลือเด็กสมองพิการมาก การเรียนรู้เกี่ยวกับความผิดปกติ หรือ ความบกพร่องของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องจะเข้าใจ และยอมรับ สภาพของเด็ก รวมถึงหาทางช่วยเหลือเด็กได้ถูกต้อง โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ทำการบำบัดรักษา (สร้อยสุดา วิทยากร, 2532) อีกทั้งสนับสนุนให้เด็กสมองพิการมีความสามารถในการทำหน้าที่ ต่าง ๆ ด้วยตนเอง ได้แก่ การช่วยเหลือตนเอง การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การเคลื่อนย้ายตนเอง การได้รับการศึกษา การคำนึงถึงความปลอดภัย การมีภาวะโภชนาการที่ดี และแรงสนับสนุนจาก ผู้ปกครองจะทำให้เด็กสมองพิการมีความเชื่อมั่น ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ (Pilliteri, 1999)

ผลกระทบของบุตรป่วยสมองพิการต่อมารดา

เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิด ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสมาชิกใน ครอบครัวด้วย โดยเฉพาะมารดา (Wong & Perry, 1997) มารดาเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการ ตอบสนองความต้องการของเด็ก ทั้งทางด้านอารมณ์ และสังคมเพราะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด ให้การ ดูแลเอาใจใส่ให้ความรักแก่บุตร และการที่มีบุตรเจ็บป่วยเกิดขึ้นอาจมีผลกระทบในด้านบทบาท ด้านชีวิตประจำวัน ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งปัญหาเหล่านี้ ล้วนก่อให้เกิดผลกระทบต่อมารดา ดังนี้

1. **ด้านบทบาท** ในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยภาวะสมองพิการนั้น เป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นของมารดา เนื่องจากบทบาทผู้ดูแลบุตรสมองพิการ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลา ยาวนาน มารดาต้องทุ่มเทเวลาในการดูแลบุตรเจ็บป่วย ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถทำบทบาทอื่นใน ครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ เช่น การที่มารดาต้องดูแลบุตรเจ็บป่วยมากกว่าปกติ ทำให้มารดามีเวลา ในการดูแลบุตรคนอื่นน้อยลง ทำให้บุตรคนอื่นเกิดความเข้าใจผิดว่า มารดรักตนน้อยกว่า นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อบทบาทของภรรยาที่มีต่อสามี มีเวลาให้กันน้อย ทำให้มีความขัดแย้ง กันเกิดขึ้น และก่อให้เกิดความเครียดในกลุ่มสมรสได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) รวมทั้งบทบาท การดูแลงานบ้าน เนื่องจากมารดาต้องใช้เวลาในการดูแลเอาใจใส่บุตรป่วย และเมื่อบุตรต้องเข้ารับ

การรักษาที่โรงพยาบาล มารดาต้องมาอยู่ดูแลตลอดเวลาทำให้มารดาทำบทบาทของตนเองในการดูแลบ้านไม่เต็มที่นัก บางครั้งมารดาอาจรู้สึกว่าการดูแลบุตรปว้นนั้นยังไม่ดีพอ ทำให้มารดาเกิดการขัดแย้งในบทบาท

2. **ด้านชีวิตประจำวัน** เนื่องจากเด็กสมองพิการยังจำเป็นต้องอยู่ในความดูแลของบิดามารดา โดยเฉพาะมารดาต้องใช้เวลาในการให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของเด็กตามวัยของบุตร นอกจากนี้แล้วยังต้องดูแลเกี่ยวกับการรักษาโรค เช่น การให้ยา การมาตรวจตามนัด การปรุงอาหารให้เหมาะสมกับโรคและวัยของบุตร เนื่องจากอาการทางคลินิกของภาวะสมองพิการทำให้มารดาต้องคอยดูแลบุตรอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้ว่าบุตรจะไม่ได้อยู่ในระยะที่มีอาการรุนแรงก็ตาม ซึ่งเป็นภาระที่หนักอาจทำให้มารดาไม่มีเวลาเป็นของตนเองเท่าที่ควร อาจต้องลดบทบาทและมารดาอาจต้องลดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของตนเองลง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บป่วยได้ (Lubkin, 1990; Mabon, 1992) เพื่อหันมาทุ่มเทเวลาให้กับบุตรป่วยได้อย่างเต็มที่

3. **ด้านเศรษฐกิจ** เนื่องจากภาวะสมองพิการเป็นภาวะที่ต้องรักษาเป็นเวลายาวนานตลอดชีวิต มีวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูก และการรักษาที่ระดับยีนสามารถทำให้โรคหายขาดได้ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างแพง และทำได้ยาก (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2539; วรวรรณ ดันไพจิตร, 2543) ส่วนมากจึงเป็นการเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการถ่ายภาพบำบัด ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ ภาวะสมองพิการเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมารดาต้องพามารดาโรงพยาบาลเพื่อตรวจตามนัด ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่หรือบางรายต้องลดชั่วโมงในการทำงานลง บางรายต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลบุตรทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง (Wong, 1993) ซึ่งรายได้จะมาจากบิดาเพียงผู้เดียว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจเช่นนี้ยังจะเพิ่มความเครียด และความวิตกกังวลของบิดา มารดามากขึ้น

4. **ด้านสังคม** มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองพิการมักแยกตัวออกจากสังคมหยุดกิจกรรมที่เคยทำมาก่อน เนื่องจากคิดว่าไม่เหมาะสมที่ตนจะทำตัวสนุกสนานในขณะที่บุตรเจ็บป่วยเพราะไม่ต้องการตอบคำถามเพื่อน ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรได้อย่างเปิดเผย ดังนั้นมารดาจึงพยายามหาเพื่อนที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก โรคเดียวกันกับบุตรของตน ที่พบในโรงพยาบาลหรือในคลินิกตรวจเฉพาะโรคตามนัด (ปริศนา สุนทรไชย, 2534)

5. **ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว** จากการที่มารดาต้องมารับภาระในการดูแลบุตรปว้นที่เป็นเวลานาน ไม่ได้รับการพักผ่อนหย่อนใจตามที่สมควรจะมีผลทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวกระทบกระเทือนไปด้วยโดยเฉพาะชีวิตสมรส แม้ว่าคู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่เป็น

แหล่งสนับสนุนและคอยให้กำลังใจที่สำคัญที่สุด แต่เมื่อต้องดูแลบุตรเกือบจะตลอดเวลา จะทำให้การประทับประคองจากคู่สมรส และสัมพันธ์ภาพในชีวิตลดลง

พฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา

พฤติกรรม (Behavior) เมื่อกล่าวโดยทั่ว ๆ ไปจะมีความหมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตได้ และไม่อาจสังเกตได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ นักจิตวิทยา เชื่อว่าสามารถวินิจฉัยได้ว่ามี หรือไม่มี โดยวิธีการหรือเครื่องมือทางจิตวิทยา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536)

ในภาวะปกติผู้ป่วยมักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารกและเด็ก หรือผู้ที่มีความพิการยังต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา จึงต้องทำหน้าที่ดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กมีสุขภาพอนามัยที่ดี ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลไว้หลายลักษณะ ดังนี้

Blattner (1981) อธิบายว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับ ช่วยกันสร้างความเจริญ ความพึงพอใจในชีวิต ช่วยกันยกระดับความมีสุขภาพดี ซึ่งเป้าหมายอยู่ที่การตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างสมบูรณ์

Leininger (1978) อธิบายว่า การดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ การสนับสนุน ส่งเสริม และการอำนวยความสะดวกที่ให้กับบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต การส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ

จากความหมายข้างต้น บ่งชี้ถึงจุดเน้นของการดูแลว่า เป็นการปฏิบัติเพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล

เด็กสมองพิการ นอกจากมีข้อจำกัดทางอายุ และระดับพัฒนาการแล้วยังมีปัญหาทางสุขภาพ คืออยู่ในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีขีดจำกัดด้านความสามารถทางร่างกาย ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องพึ่งความสามารถของบุคคลอื่นในการดูแลตนเองแทน

พฤติกรรมการดูแลบุตรสมองพิการของมารดา ในที่นี้จึงหมายถึง การปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรสมองพิการ เพื่อการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของบุตรประกอบด้วยการดูแลด้านต่าง ๆ ดังนี้ (สร้อยสุดา วิทยาการ, 2532; Wong, 1993)

1. การดูแลสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป การรักษาความสะอาดของร่างกาย ปาก และฟัน เด็กสมองพิการจะมีภูมิต้านทานโรคต่ำ ร่างกายอ่อนแอ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย บางราย

อาจอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การรักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟันอยู่เสมอจะทำให้ไม่เกิดการหมักหมมของเชื้อโรค ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ควรบ้วนปากเมื่อรับประทานอาหารเสร็จทุกครั้ง เล็บมือเล็บเท้าควรตัดให้สั้นอยู่เสมอ

2. การป้องกันโรค เด็กสมองพิการมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย การติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ควรหลีกเลี่ยงจากโรคติดต่อต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคทางเดินหายใจ เช่น หวัด ปอดอักเสบ ควรล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังการรับประทานอาหาร

3. การดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วนทั้งชนิดและปริมาณอย่างถูกต้อง เหมาะสมและเพียงพอ โดยรับประทานอาหารที่คุณค่า และพลังงานสูงกว่าเด็กปกติ ได้แก่ อาหารพวกโปรตีน เกลือแร่ และวิตามิน เพื่อให้เกิดพลังงาน และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และทดแทนพลังงานที่เกิดจากการเคลื่อนไหวที่มากขึ้น ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีไขมัน แป้ง และหวานจัด เพราะจะทำให้อ้วนเกินไปในเด็กที่มีการเคลื่อนไหวน้อย เด็กมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการดูด การกลืน และการเคี้ยว เนื่องจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อรอบปาก และช่องปาก จะมีการดูดกลืนลำบาก สำลักง่าย ขณะให้อาหารต้องให้อาหารทีละน้อย ๆ ค่อย ๆ ให้ช้า ๆ และอยู่ในท่าที่เหมาะสมจะช่วยกลไกการรับประทานอาหารทำหน้าที่ได้สะดวก และลดปัญหาแบบแผนที่ผิดปกติในการรับประทานอาหาร ในระยะแรก ๆ ถ้าไม่สามารถรับประทานอาหารได้ต้องให้ทางสายยาง

4. การดูแลให้มีการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ป้องกันภาวะท้องผูก โดยการรับประทานอาหารที่มีกากมาก เช่น ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมาก ๆ ดูแลให้มีการฝึกการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะอย่างเหมาะสม และเป็นไปตามวัย

5. ดูแลให้มีการระบายอากาศให้เป็นไปตามปกติ เด็กจะมีน้ำลายไหลมาก มีเสมหะออกมามากในปากและลำคอ ทำให้สำลักน้ำมูกน้ำลายได้ มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจได้เกิด ปอดอักเสบจากการสำลัก และเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ควรจัดท่านอนและเปลี่ยนท่านอนบ่อย ๆ (Marlow, 1977)

6. การดูแลให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม การพักผ่อน คือการที่ร่างกาย และจิตใจได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ โดยเฉพาะการพักผ่อนที่ดีที่สุดของเด็ก คือ การนอนหลับและการเล่น เด็กพวกนี้จะมีความลำบากในการพักผ่อน เนื่องจากความผิดปกติของความตึงตัวและการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้มีอาการตึงเครียดมาก จำเป็นต้องได้รับยาระงับประสาท (Transquillizer) เพื่อลดความตึงเครียดและเพื่อการผ่อนคลาย (Marlow, 1977) สภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัว จะต้องสงบเงียบ และไม่มีสิ่งกระตุ้นหรือทำให้ตื่นเต้นตกใจกลัว ก่อนนอน การจัดสิ่งแวดล้อม โดยถือหลักพยายามให้สิ่งเร้าต่าง ๆ เข้าทางตรงข้ามกับความพิการของเด็ก เพื่อกระตุ้นให้เด็กมีการเคลื่อนไหวของร่างกายมาในทิศทางอื่น ๆ บ้าง การจัดท่านอนควร

จัดหลาย ๆ ท่า โดยให้เด็กเรียนรู้ถึงท่าอนต่าง ๆ เพื่อป้องกันความพิการมากขึ้น ที่นอนต้องไม่นิ่มมากเกินไป ควรแน่นและเรียบ เพื่อช่วยให้เด็กง่ายต่อการพลิกตะแคงตัว และจัดทำด้วยตนเอง ผ้าห่มควรใช้ผ้าที่เบา ไม่หนักเกินไป เพื่อให้แขนขาสามารถเคลื่อนไหวได้บ้าง (สร้อยสุดา วิทยากร, 2532)

กิจกรรมที่เหมาะสมในเด็กสมองพิการ คือการเล่นที่เหมาะสมไม่มีเด็กคนใดมีชีวิตที่ปกติได้ ถ้าไม่มีการเล่น การเล่นของเด็กต้องนุ่มนวล ไม่ตึงต้าน กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทรับความรู้สึกอย่างช้า ๆ การเลือกของเล่นต้องปลอดภัยเหมาะสมกับวัยและในการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ได้แก่ส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย ทั้งกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross Motor) และกล้ามเนื้อเล็ก (Fine Motor) ส่งเสริมพัฒนาการประสาทสัมผัส และสติปัญญา ส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคม และด้านอารมณ์ และการจัดทำเล่น ในขณะเล่นให้ถูกต้องเหมาะสมไม่ควรอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานกว่า 20 นาที การเล่นในแต่ละวันควรเปลี่ยนท่าหลาย ๆ แบบ เป็นการเลือกวิธีที่ดีที่สุดสำหรับเด็กแต่ละคน เพื่อป้องกันความพิการของร่างกาย และการติดของข้อต่อต่าง ๆ (Marlow, 1977)

7. ดูแลให้มีการสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เด็กสมองพิการต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ต้องการเพื่อน รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และทำให้รู้สึกว่าคุณค่าสามารถร่วมกิจกรรมได้เช่นเด็กคนอื่น ๆ ฉะนั้นเด็กควรได้รับการส่งเสริมให้มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดี (Wong & Whaley, 1981) สร้างความมั่นใจในตนเอง แต่งกายที่สะอาด อยู่เสมอ

8. ดูแลให้มีการเผชิญความเครียดจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาได้เหมาะสม เพื่อป้องกันผลกระทบต่อการพัฒนาการของชีวิต โดยให้เด็กมีการพักผ่อนหย่อนใจ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล สมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ

9. รับรู้และสนใจสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิต และความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยา การป้องกันความพิการจากข้อติด การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการชัก การผูกยึดเมื่ออยู่ในเก้าอี้ รถเข็น การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการเดินเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่าของเด็ก เป็นต้น (Wong & Whaley, 1981)

10. ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยการรับประทานยาอย่างถูกต้องทั้งขนาดและเวลา ไม่หยุดยาหรือเพิ่มขนาดของยาเองและมาตรวจตามนัด

11. การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และการกระตุ้นพัฒนาการ การทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการชักนำต่าง ๆ ที่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นเช่น ตื่นเต้น ตกใจ กลัว ชัก ขาดออกซิเจน และขาดสารอาหาร เป็นต้น

มารดาในฐานะที่เป็นผู้ดูแลบุตรสมองพิการ มารดาจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติการดูแลบุตรได้ จะเห็นได้ว่าเด็กป่วยสมองพิการจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา ซึ่งพฤติกรรมการดูแลบุตรในเรื่องต่าง ๆ เป็นการกระทำของมารดาเพื่อช่วยให้บุตรป่วยสมองพิการมีสุขภาพดี สามารถควบคุมอาการของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวของมารดาบุตรสมองพิการ

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเกี่ยวข้องกับไปถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าจะถูกมองเห็นโดยสมาชิกในครอบครัวว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และสามารถเข้าถึงครอบครัวได้โดยง่าย การสนับสนุนทางสังคมอาจจะถูกใช้หรือไม่ก็ได้ แต่สมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะเข้าใจว่าบุคคลที่ให้การสนับสนุนพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและเป็นผู้ช่วยเหลือเมื่อมีความจำเป็น การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวก็จะเป็นการสนับสนุนทางสังคมภายในของแต่ละครอบครัว เช่น การสนับสนุนของกลุ่มสมรส หรือการสนับสนุนของพี่-น้อง หรือการสนับสนุนทางสังคมภายนอกของครอบครัว ก็จะเป็นการสนับสนุนทางสังคมภายนอกต่อครอบครัวเดี่ยว ภายในเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว เครือข่ายทางสังคมเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ชัดเจนของครอบครัวเดี่ยว ถึงแม้ว่าจะมีการอธิบายไว้มากมาย และการอธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม มีบทความเพียงเล็กน้อยที่อภิปรายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว (Friedman, 1992; Kane, 1988) Kane อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเป็นกระบวนการของความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและสังคมสิ่งแวดล้อม 3 สิ่งที่มีปฏิสัมพันธ์ที่สำคัญต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวคือการแลกเปลี่ยน (ธรรมชาติและความถี่ของการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์) คำแนะนำ/การให้ข้อมูลย้อนกลับ (คุณภาพ และปริมาณของการสื่อสาร) และเกี่ยวข้องทางความรู้สึก (ขอบเขตของความสนิทสนมและความไว้วางใจ) ในความสัมพันธ์ทางสังคมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต ลักษณะและชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจะมีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละช่วงระยะพัฒนาการของครอบครัว ตัวอย่างเช่นในชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมของระยะเริ่มแต่งงาน (ก่อนที่คู่สมรสจะมีบุตร) มีความแตกต่างกันอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวในระยะบั้นปลายชีวิต อย่างไรก็ตามในทุกระยะของครอบครัวการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจะมีประโยชน์อย่างมาก เช่นในเรื่องของการแนะนำการปรับตัวของครอบครัวและในด้านสุขภาพ (Friedman, 1992)

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ได้มีการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้มีผู้เสนอความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังจะกล่าวในรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับการดูแลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงการมองว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม (Cobb, 1976)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ ยอมรับพฤติกรรม และการช่วยเหลือทางด้านวัตถุซึ่งกันและกัน (Kahn, 1979)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง (House, 1981)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และความรู้สึกมีความผูกพันใกล้ชิด (Weiss, 1974)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นระดับของความต้องการพื้นฐานที่จะได้รับการตอบสนอง โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ความต้องการพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ ความต้องการความรัก การยอมรับ ยกย่อง การเห็นคุณค่า การเป็นเจ้าของ ความมีชื่อเสียง และความปลอดภัย ความต้องการพื้นฐานทางสังคมดังกล่าวจะได้รับการตอบสนอง เมื่อได้รับการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม วัสดุ สิ่งของ เงินทอง และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและความเครียดได้ในเวลาอันรวดเร็ว (Thoist, n.d. อ้างถึงใน บุญกรอินทรวิชัย, 2539)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมมนุษย์ โดยพึ่งพาอาศัยซึ่งกัน และกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง เป็นที่รัก เป็นที่ต้องการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติ หรือ มีความเครียดเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นมีอยู่ จะช่วยบรรเทาความรุนแรง หรือ เป็นการป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

หลักการของการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

1.1 กระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ทำหน้าที่เป็น “ผู้ให้” และ ผู้ทำหน้าที่เป็น “ผู้รับ” การสนับสนุน

1.2 กระบวนการติดต่อสื่อสารโดยทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ายังมีคนที่เอาใจใส่ มีคนรัก และ มีความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และ เป็นที่ยอมรับในสังคม ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ สามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

1.3 ปัจจัยนำเข้าในกระบวนการสนับสนุน ซึ่งอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือ แรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ

1.4 การช่วยให้ “ผู้รับ” ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ เช่น ในด้านการสาธารณสุข คือการมีสุขภาพที่ดีในด้าน สวัสดิการสังคมอื่น ๆ ก็คือ การมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ไม่ประสบปัญหาความเดือดร้อนทางสังคม หรือ สามารถแก้ปัญหา หรือ เผชิญปัญหาความเดือดร้อนได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม คือการได้รับการช่วยเหลือโดยมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับ อาจเป็นการให้สิ่งของ วัสดุ แรงงาน ข้อมูล คำแนะนำ การตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก ปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การแบ่งชนิดและประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดและประเภทการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งการสนับสนุนทางสังคม มีนักวิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกแบ่งแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมในลักษณะของผู้ให้ฝ่ายเดียว

Schaefer et al. (1981 cited in Bomar, 1996) เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบที่เป็นอิสระจากกัน ทำให้มีการสนับสนุนมี 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคล รู้สึกว่าตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคล รู้สึกว่าตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการ ให้สิ่งของเงินทองและบริการ

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลหรือ คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของ บุคคล

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ลักษณะตามระดับความสัมพันธ์ คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือที่ทำให้ บุคคลเชื่อ และรับรู้ว่าจะได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่ ความสนิท สนม และความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งมักจะ ได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพัน ลึกซึ้งต่อกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าและความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการแสดงที่บอก ให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น รวมทั้งการได้รับการยอมรับในสังคม

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network) เป็นการ แสดงออกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทาง สังคมที่มี ให้ความช่วยเหลือและมีความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน

แต่ยังมีนักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ในลักษณะของ การปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน คือเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

Kahn (1979) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) หมายถึง การแสดงออกถึง ภาวะอารมณ์ในด้านบวกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในรูปแบบของความรัก ความผูกพัน การเคารพ และการยอมรับ

2. ความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล (Affirmation) หมายถึง การแสดงออก ถึงการเห็นพ้องยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ได้แก่ ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือแรงงานต่าง ๆ

House (1981 cited in Tilden, 1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติทำให้บุคคลสามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาก็เผชิญอยู่

3. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) หมายถึง การได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ได้แก่ การเห็นพ้อง การยอมรับและการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

4. การสนับสนุนทางด้านการทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยเน้นด้านสิ่งของ แรงงานและการบริการต่าง ๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน

Weiss (1974) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ลักษณะตามความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง Dimond and Jones (1983) ได้อธิบายผลของการขาดการสนับสนุนทางสังคมแต่ละลักษณะดังนี้

1. ความรักใคร่ผูกพัน และใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment/ Intimacy) เป็นสัมพันธ์ภาพแห่งความใกล้ชิดทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก ความผูกพัน ความสนิทสนมใกล้ชิด และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์เช่นนี้มักจะพบในคู่สมรส บิดา- มารดา ญาติ พี่น้อง ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์เหล่านี้จะรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักมากมาจะได้รับเอาใจใส่ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย แต่ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้ จะรู้สึกว่าเหว่เดียวดาย ขาดความรัก มองโลกในแง่ร้าย

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทร การสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้เกิดจากการที่บุคคลได้มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้จะทำให้รู้สึกตัดขาดออกจากสังคม และมีชีวิตที่น่าเบื่อหน่าย เพราะขาดเพื่อน

3. การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (Opportunity for Nurturant Behavior) หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่พึง

ที่ต้องการของผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะนี้จะรู้สึกกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า

4. ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน (Reassurance of Worth) หมายถึง การเคารพ นับถือ ยกย่อง เห็นคุณค่า ชื่นชมความสามารถตามบทบาททางสังคม การเป็นที่ยอมรับของบุคคล ในครอบครัวและสังคม รวมถึงการให้อภัย การให้โอกาสในการปรับปรุงตัวเอง ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้จะทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หรือรู้สึกตนเองไร้ค่า ไร้ประโยชน์

5. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (The Availability of Information, Emotional, and Material Help) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านการเงิน หรือด้านวัสดุสิ่งของ ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมลักษณะนี้บุคคลจะเกิดความรู้สึก สิ้นหวัง

Thoits (1982) ได้อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kaplan (1977) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือ ด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือ หน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Aid) หมายถึงการได้รับ ข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งการได้รับคำแนะนำและการป้อนกลับ

3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Group Belonging)

Brandt and Weinert (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. การได้รับความรักใคร่ ผูกพัน และใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธ์ภาพ แห่งความใกล้ชิดทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่น และปลอดภัย

2. การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Spelling Check) เกิดจากการที่บุคคล มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันแลกเปลี่ยนในด้านความคิด คำสั่งใจ และ คำปลอบ บุคคลตามโอกาสอันควร เกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน ถ้าขาดความสัมพันธ์กันนี้ จะทำให้ บุคคลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อนขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษาและเป็นผลทำให้เกิด ความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ขาดกำลังใจและสิ้นหวัง

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดู หรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurture) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า ซึ่งบุคคลมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโต หรือความสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้

4. การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) เป็นการได้รับการยอมรับเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถและเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขามีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ

5. ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (Assistance) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา และเผชิญภาวะเครียดของชีวิต

การสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดเอาใจใส่ ยอมรับนับถือ มีความหวัง ความหวังโย ความเอื้ออาทร มีกำลังใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่ามั่นใจในตนเอง ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนความช่วยเหลือด้านการเงิน อุปกรณ์สิ่งของ การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญ และเป็นเสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเอื้อให้บุคคลเผชิญกับ ปัญหา หรือ ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ได้การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและบุคคลในสังคม ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง การได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น และการได้รับการช่วยเหลือแนะนำต่าง ๆ การศึกษาของนิตยา ชันเพ็ชร (2546) ที่ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกน้ำหนักน้อยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กทารกน้ำหนักน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร เจริญผล (2548) ที่ศึกษา ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีพฤติกรรมการดูแลบุตรอยู่ในระดับดี การสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน ส่งผลให้บิดามารดาที่มีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับพฤติกรรมของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมียพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย และการศึกษาของอังกริยา ปทุมวัน (2534) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิด

ลิมโฟบลาส ผลการศึกษา พบว่า อายุ ระยะเวลาในการรักษา ระยะเวลาในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร

3. แหล่งสนับสนุนทางสังคมของของมารดาบุตรสมองพิการ

บุคคลจะได้รับการช่วยเหลือ หรือ สนับสนุนจากระบบการสนับสนุนทางสังคมของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่ตนเองติดต่อ และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมนั้นจะเกี่ยวข้องกับหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ขนาดของกลุ่ม ลักษณะความผูกพัน ระยะเวลา และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ (Pender, 1991) โดยแต่ละองค์ประกอบอาจมีความสัมพันธ์และส่งผลเสริมซึ่งกันและกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ศิริณา นันทพงษ์, 2542)

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2531) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน หรือเรียกว่ากลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ
2. กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ หรือเรียกว่า กลุ่มช่วยเหลือในวิชาชีพ

Pender (1996) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม

1. กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน หรือเรียกว่ากลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ
2. กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
3. กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระ ผู้นำศาสนา หรือบุคคลในองค์กรศาสนา โดยยึดหลักคำสอนเป็นเป้าหมายในการให้การสนับสนุน
4. กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพของตนเองและผู้ใกล้ชิด

5. กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Thoits (1982) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มสังคมในระบบครอบครัว ได้แก่ บิดา - มารดา ญาติพี่ - น้อง คู่สมรส และบุตร

หลาน

2. กลุ่มสังคมในระดับชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน บุคลากรในวิชาชีพ อาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือ ชมรมต่าง ๆ ซึ่งตั้งอยู่ในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

Gottlibe (1985 อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) แบ่งการได้รับการช่วยเหลือออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือจากการที่มีส่วนร่วมในชุมชน หรือสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ และการดำเนินชีวิตในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือที่พิจารณาโครงสร้างและหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม การวัดอย่างเฉพาะเจาะจงถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ซึ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

3. ระดับใกล้ชิดหรือระดับเล็ก (Micro Level) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือจากความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด เช่น คู่สมรส บุตร และสมาชิกในครอบครัว

4. การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

Cohen and Wills (1985, pp. 310-313) ได้เสนอรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ (The Main Effect Model) ทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคง มีความสามารถในการคาดการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นกับชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในทางลบได้ เช่น ปัญหาด้านการเงิน ด้านกฎหมาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อภูมิคุ้มกันและฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้สุขภาพของบุคคลดีขึ้น

2. มีผลต่อการควบคุม หรือ บรรเทาผลกระทบจากความเครียด (Buffering Effect) เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าถูกคุกคาม แต่ไม่สามารถจะเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงประเมินว่าเป็นความเครียด รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า การสนับสนุนทางสังคมมีกลไกช่วยบรรเทาความเครียดและทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพได้ใน 2 ลักษณะ โดย 1) ช่วยให้ผู้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง หรือลดความรุนแรงลงเพราะการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลคิดว่ามีคนคอยช่วยเหลือ 2) ช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียดหรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมจะให้ข้อมูลที่ช่วยในการแก้ปัญหา ช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ต่อความเครียดลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีขึ้น

Elliott and Eisdorfer (1982, p. 13) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งอำนวยความสะดวกในการเผชิญปัญหาโดยจะไปช่วยให้บุคคลที่มีความทุกข์อยู่ภายในขอบเขตที่สามารถทนได้ สามารถเผชิญปัญหา และเตรียมพบกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้

Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริม และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี โดยการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนสามารถบรรเทาผลกระทบจากความเครียดได้ ทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และยังเป็นแหล่งข้อมูลย้อนกลับจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยประเมินผลกระทบของตนเอง ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ และมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป

Selve (1970; Weiner, 1977; Eisdorfer, & Wilrie, 1977; Bovard, 1961; Monjan & Collector, 1977; Friedman, Roxx & Carroll, 1985) ได้ศึกษากลไกทางชีววิทยาของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพว่า การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ต่อมได้สมองไฮโปธาลามัส ด้านหน้าและด้านข้างทำงาน โดยจะทำให้ระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาททำงาน ซึ่งมีผลให้ความดันโลหิตลดลง ทำให้รู้สึกเฟลิดเฟลิน มีความสุข ผ่อนคลาย สุขใจ พึงพอใจ ลดความเครียดลง และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งทำงานตรงกันข้ามกับกลไกของความเครียด

Berkman and Syme (1979, p. 202) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า

1. บุคคลที่แยกตัวออกจากสังคม จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยไม่ถูกต้อง
2. การแยกตัวออกจากสังคมมีผลด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า ทำให้คนเปลี่ยนกลไกการต่อสู้เป็นหนทางไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค
3. การแยกตัวออกจากสังคม จะทำให้คนเรามีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกายซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีโอกาที่จะเป็นโรคได้ง่ายขึ้น

Wortun (1984, p. 2,554) กล่าวถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ อาจส่งเสริมบุคคลในการเผชิญความเครียด โดยกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จะทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญภาวะเครียด
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้นจากการได้รับข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น

4. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้มาก่อน

การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการเพิ่มความรู้สึกมั่นคงของผู้ดูแล เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทำให้เกิดทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อสถานการณ์ในการดูแล ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล