

ปัจจัยทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง*

Predictors of Empowerment of Family Caregivers with Chronically Ill Children

จินตนา วัชรสินธุ์**

Chintana Wacharasin

มนิรัตน์ ปากออุป**

Maneerat Paktoop

บทคัดย่อ: การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเด็กป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแล ที่อาศัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มละ 319 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล ความต้องการของญาติผู้ดูแล และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายการผันแปรพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังได้ร้อยละ 44.7 ผลการศึกษานี้เสนอว่าการจัดโปรแกรมการส่งเสริมพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลควรเน้นที่การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ: พลังอำนาจ ญาติผู้ดูแล เด็กป่วยเรื้อรัง

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสภาวิจัยแห่งชาติ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Abstract

The primary purpose of this study was to examine the predicted relationships among social support, family relationship, family caregiver-child relationship, caregiving burden, caregiver health status, caregiver self-esteem, caregiver needs, and empowerment of family caregivers with chronically ill children. The sample of the study consisted of 319 chronically ill children and primary family caregivers living in Eastern region of Thailand. Interviewing questionnaires were used to measure the study variables. Descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, and standard multiple regression analysis were performed for data analysis.

The result showed that factors including family relationship, family caregiver-child relationship, self-esteem, caregiver health status, and caregiver needs did significantly predict empowerment of family caregivers with chronically ill children ($p < .05$), explaining 44.7% of the variance. The findings suggest that intervention programs emphasize promoting family relationship, family caregiver-child relationship, caregiver self-esteem, caregiver health status, and caregiver needs may improve empowerment of family caregivers.

Keywords : Empowerment, family caregiver, chronically ill children

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กมีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมากเนื่องจากธรรมชาติการเจ็บป่วยเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่มีความคงที่และไม่แน่นอน จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ต้องเข้าโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ประกอบกับเด็กเป็นวัยที่ต้องการการ

พึ่งพา ครอบครัวซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลเด็ก จึงต้องมีภาระรับผิดชอบในการดูแลเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติ ต้องปรับตัวต่อชีวิตครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป และต้องบริหารจัดการให้เกิดความสมดุลในครอบครัว (Knall, 1992; cited in Hulme, 1999) การดูแลเด็กป่วยเรื้อรังเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เป็นงานที่ไม่มีค่าตอบแทนหรือสวัสดิการใดๆ ระยะเวลายาวนานทุกวันทุกคืน ไม่กำหนดช่วงเวลาชัดเจน ต้องใช้ความอดทนและอดกลั้นสูงเพราะต้องเลิกกระทำในสิ่งที่สร้างความพอใจให้กับชีวิตตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ

ตนเองรู้สึกไม่สบายหรือเจ็บป่วยก็ไม่มีใครจะมาให้การสนับสนุน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) อาจทำให้ครอบครัวเกิดความเหนื่อยล้า ความซึมเศร้าจากการต้องเผชิญกับความรู้สึกขัดแย้งที่เกิดจากการต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กป่วยกับการทำงานอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวและการดูแลสุขภาพตนเอง บางครอบครัวก็มีความเข้มแข็งสามารถปรับตัวปรับสมดุลได้ดีก็จะไม่มีปัญหา หากมีครอบครัวจำนวนมากมีความยุ่งยากเกี่ยวกับการจัดการในครอบครัว การทำบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นไปได้อย่างทำให้เกิดความไม่สมดุลในครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือผู้ที่รับผิดชอบดูแลเด็กป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา มารดาต้องใช้พลังอย่างมากทั้งจากภายในตนเองและจากครอบครัว ช่วยในการปรับคุณภาพของชีวิตเพื่อให้การดูแลเด็กป่วยเรื้อรังอย่างมีคุณภาพ (Scharlach et al, 2001 ; Stewart, 2003) ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะเครียด ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตครอบครัวได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยยยื่นให้ ทำให้รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจและคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งส่วนใหญ่ครอบครัวที่มีเด็กป่วยเรื้อรังมักรู้สึกมีพลังอำนาจน้อยในการให้ได้มาซึ่งความพึงพอใจต่อความต้องการการดูแลเด็กและการคงไว้ซึ่งความผาสุกในชีวิตครอบครัว (Huime, 1999)

ครอบครัวที่มีพลังอำนาจน้อยอาจไม่สามารถควบคุมตัวเองในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง อาจบกพร่องในสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ทำให้รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ขาดที่พึ่งพา แสวงหาความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ น้อย ทำให้ขาดข้อมูลการรักษา ขาดการตัดสินใจที่ถูกต้อง ใช้วิธีแก้ปัญหาไม่เหมาะสม อาจหลีกเลี่ยงสังคม หรือแยกตัว ในทางตรงกันข้ามถ้าครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลมีพลังอำนาจก็จะมีศักยภาพในการรับรู้ การตอบสนองด้านอารมณ์และพฤติกรรม การแสวงหาข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การช่วยเหลือเด็กป่วยเรื้อรังเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิตได้ (Gibson, 1995 ; จงรัช อุตรรราชต์กิจ, 2540)

การวิจัยเกี่ยวกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลที่ผ่านมา เป็นการศึกษาปัจจัยบางตัวที่มีความสัมพันธ์กับพลังอำนาจ เช่น ความรู้สึกเป็นภาระ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรัง ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล และความต้องการของญาติผู้ดูแล แต่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้พร้อมๆ กัน ซึ่งการศึกษาปัจจัยหลายตัวพร้อมกันเป็นการศึกษาปัจจัยที่ครอบคลุมและสมบูรณ์มากขึ้นทำให้สามารถเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลชัดเจนและเป็นองค์รวมมากขึ้น จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาลักษณะนี้ในพื้นที่เขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังที่อาศัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเด็กป่วยเรื้อรัง

และส่งเสริมศักยภาพและความฉลาดของญาติผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบอิทธิพลและการร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังด้วยปัจจัยด้านอายุของญาติผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็ก การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและเด็กป่วยเรื้อรัง ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล และความต้องการของญาติผู้ดูแล

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

พลังอำนาจเป็นความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ช่วยให้บุคคลรับผิดชอบในสุขภาพของตนและสังคม กิบสัน (Gibson, 1995) อธิบายว่ากระบวนการสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังประกอบด้วยระยะต่างๆ คือ สภาวะก่อนที่จะมีพลังอำนาจซึ่งมีปัจจัยส่งเสริม เช่น ค่านิยมสัญญาความรัก ความผูกพันระหว่างผู้ดูแลกับเด็กป่วย และระยะการสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 1) การค้นหาความจริงของปัญหา 2) การพิจารณาไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 3) ความสามารถดำเนินการดูแลหรือการแก้ปัญหา และ 4) เกิดความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ ส่วนผลลัพธ์ของการมีพลังอำนาจ ได้แก่ การมีเป้าหมายและความหมายของชีวิต การพัฒนาตนเอง ความพึงพอใจ และการควบคุมสถานการณ์ ซึ่งในกระบวนการสร้างพลังอำนาจนั้นมารดาอาจเกิดความคับข้องใจเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกการเป็นภาระ และความสัมพันธ์

ในครอบครัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลเป้าหมายของการดูแลหรือความตั้งใจที่จะให้เด็กป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ประสบการณ์การดูแล ความรู้ ความสามารถ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพลังอำนาจผู้ดูแลดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของอะคินและอาหมัด (Aikin & Ahmad, 2000) พบว่าครอบครัวที่มีเด็กป่วยโรคฮาลัสซีเมียที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลากรสุขภาพด้านข้อมูลข่าวสาร การเงิน ความรักและกำลังใจทำให้ความเครียดลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถที่จะควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อสนองความต้องการของเด็กป่วยได้ ซึ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้ดูแลเผชิญปัญหาอุปสรรคได้ ทำให้มารดามีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลบุตรป่วยเรื้อรัง (จินตนา รุยทราชมภ์, 2537 ; จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย และดุษฎี มุขสมบัติ, 2539)

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผ่านการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกเพื่อให้เกิดความรักความเข้าใจและความรู้สึกผูกพัน (Crandall, 1980 ; Olson, 1993) สัมพันธภาพในครอบครัวมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ของทั้งเด็กป่วยและผู้ดูแล จากการศึกษาของคินนิงแฮมและคณะ (Cunningham, Henggeler, Brondino, & Pickrel, 1999) พบว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเพิ่มพลังอำนาจครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย

เป็นความสัมพันธ์ที่ปรับเปลี่ยนตลอดเวลาตามสถานการณ์การเจ็บป่วย พัฒนาการของเด็ก และความต้องการการดูแลของเด็ก (Midence, 1994 ; Le Blanc, Goldsmith, & Patel, 2003) ขณะที่เด็กป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ผู้ดูแลต้องจัดการชีวิตประจำวันของตนเองและครอบครัว อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Sisk, 2000 ; Melnyk, Feinstein, Moldenhouer, & Small, 2001) องค์ประกอบสำคัญในการดูแลคือความรักความผูกพันระหว่างผู้ดูแลและเด็กป่วย ซึ่งเป็นพลังให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมการดูแลที่เฉพาะเจาะจงกับโรคและภาวะการเจ็บป่วยของเด็ก สามารถต่อรองเกี่ยวกับการรักษา และการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกยอมรับนับถือในตนเองและแน่ใจว่าสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีค่าโดยพิจารณาตัดสินจากพฤติกรรมกระทำของตนเอง (Rosenberg, 1965) ถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสูง บุคคลก็จะมีความยินดีในชีวิต ยอมรับความผิดพลาดของตนเองได้ กระตือรือร้นในการรับประสบการณ์และโอกาสใหม่ๆ ของชีวิต มีความยืดหยุ่นในการตอบสนองสิ่งต่างๆ มีพลังอำนาจในการกระทำกิจกรรมหรือการควบคุมสถานการณ์มากขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองต่ำ ขาดแรงจูงใจในการกระทำและการปฏิบัติต่อตนเอง ทำให้มีพลังอำนาจในการกระทำกิจกรรมหรือการควบคุมสถานการณ์ลดลง

ความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลเด็กป่วย เนื่องจากการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานและจำนวนชั่วโมงการดูแลมากทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระ

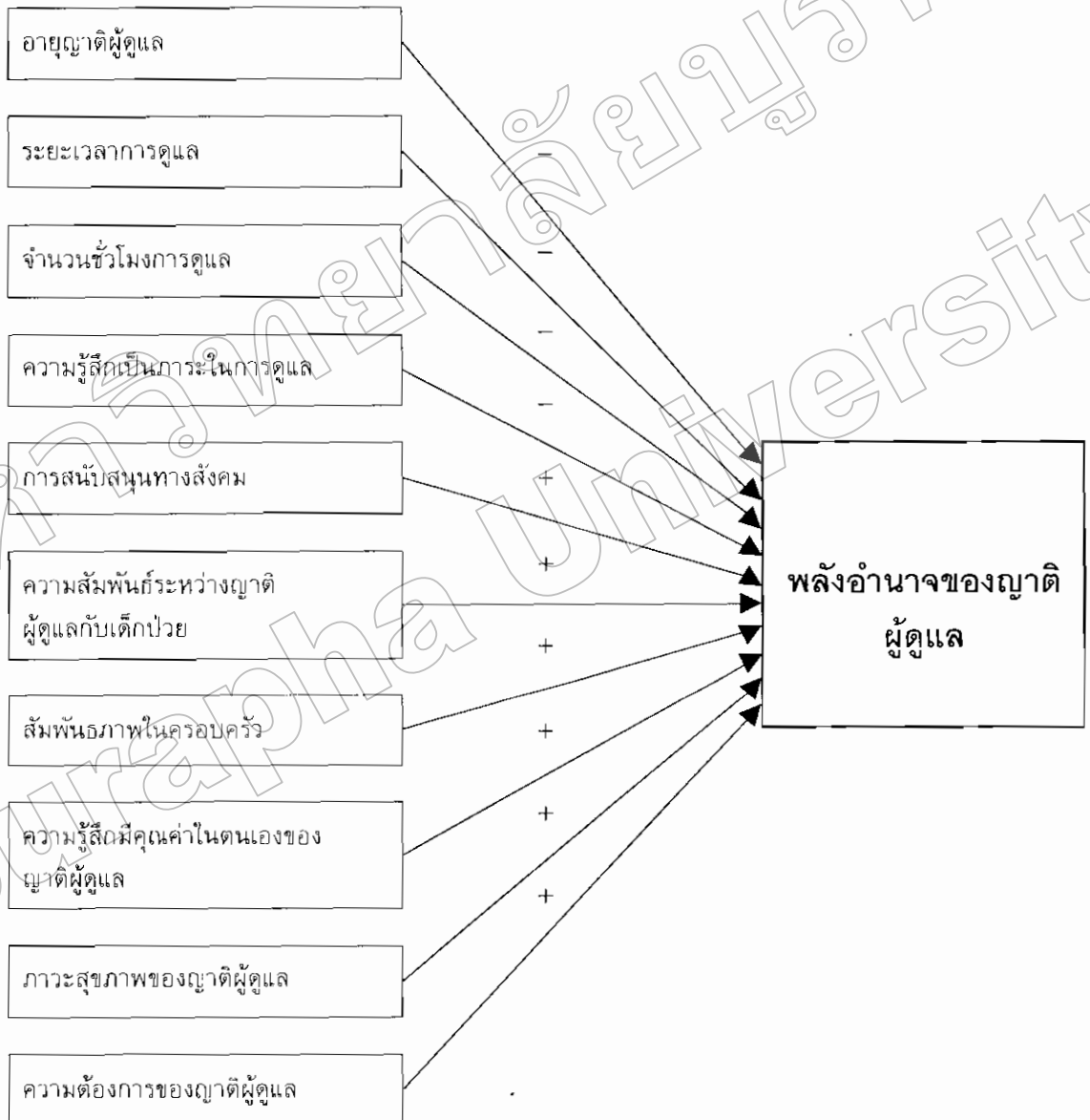
เช่น การดูแลเด็กที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เด็กป่วยหอบหืด เด็กป่วยออทิสติก เด็กที่มีพัฒนาการทางสมอง การพูดผิดปกติหรือล่าช้า มีปัญหาพฤติกรรมการเคลื่อนไหว บิดามารดาหรือผู้ดูแลจะรู้สึกทุกข์ทรมานต่อการเจ็บป่วยของบุตร หรือจากแผนการรักษาหรืออาการเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอนทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นความสามารถในการดูแลเด็กป่วยลดลง ทำให้การควบคุมสถานการณ์ในชีวิตครอบครัวลดลงจากการศึกษาของดิกสันและคณะ (Dixon et al, 2004) พบว่าโปรแกรมการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีผลให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลงและพลังอำนาจเพิ่มขึ้น

เนื่องจากการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังเห็นงานที่เครียดและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด (Atkin & Ahmad, 2000) ผู้ดูแลมีความต้องการด้านความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลรักษาที่สอดคล้องกับอาการของเด็กป่วย การประสานงานหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เมื่อความต้องการเหล่านี้ได้รับการตอบสนองจะทำให้ผู้ดูแลมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น (Dixon et al, 2004) สามารถไว้ซึ่งความสมดุลในตัวตนและสภาพปกติของครอบครัว (Sullivan-Bolyal, Sadler, Knafli, Gilliss, & Ahmann, 2003 ; Sullivan-Bolyal, Knafli, Sadler, & Gilliss, 2004) นอกจากนี้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถของบุคคลทั้งในด้านการตัดสินใจและความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดีหรือผู้ดูแลที่มีอายุมากก็น่าจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังที่ต่อเนื่องยาวนาน ทำให้บิดามารดาเครียดและท้อแท้ สุขภาพของผู้ดูแลอาจทรุดโทรมลง (Navarat, 2002 ; Natechang, 2002)

อาจมีผลให้พลังอำนาจลดลงคือมีความสามารถในการแก้ปัญหาและการควบคุมสถานการณ์น้อยลง

จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้คณะผู้วิจัยจึงศึกษาให้แน่ชัดถึงปัจจัยอายุของญาติผู้ดูแล จำนวนชั่วโมง การดูแล ระยะเวลาในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์

ระหว่างญาติผู้ดูแลและเด็กป่วย ความรู้สึกเป็นภาระภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความต้องการของญาติผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ดังกรอบแนวคิดของการวิจัยในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

อายุของญาติผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงการดูแล ระยะเวลาในการดูแล ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล และความต้องการของญาติผู้ดูแล สามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลหลักและเด็กอายุ 1-14 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นเวลานานไม่น้อยกว่า 3 เดือน ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) โดยขั้นแรกสุ่มจังหวัดจาก 7 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 จังหวัด ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างง่าย จังหวัดละ 2 อำเภอ โดยประกอบด้วยอำเภอในเขตเมือง 1 อำเภอ และเขตชนบท 1 อำเภอ รวมอำเภอละ 30 คน แต่เนื่องจากอำเภอที่สุ่มได้มีเด็กป่วยเรื้อรังน้อย จึงต้องสุ่มอย่างง่ายจากสถานพยาบาลในเขตอำเภอนั้นๆ รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น เป็นญาติผู้ดูแล หลักจำนวน 319 คน และเด็กป่วยเรื้อรัง 319 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยเรื้อรังได้แก่ เพศ อายุ โรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย ข้อมูลญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล

2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัย

ดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านเงินทอง การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม เป็นข้อคำถาม 28 ข้อ แบบประมาณค่า (1-5 คะแนน) จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ความเที่ยงเท่ากับ .92

3. แบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย ซึ่งผู้วิจัยร่างจากแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ ซัลลิแวน (Sullivan, 1993) เป็นข้อคำถาม 20 ข้อ แบบประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) จากไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ ความเที่ยงเท่ากับ .88

4. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนามาจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวแบบปฐมภูมิ ของแกรนด์อลล์ (Grandall, 1980 : pp. 410-411) ประกอบด้วย 4 ด้านคือ การแสดงบทบาทของสมาชิก การสื่อสารของสมาชิก การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิก การถ่ายทอดความรู้สึกของสมาชิก เป็นข้อคำถาม 16 ข้อ แบบประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) ไม่เคยเลย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และตลอดเวลา ความเที่ยงเท่ากับ .93

5. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล ใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบบประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) จากน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด ความเที่ยงเท่ากับ .84

6. แบบวัดภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดภาวะสุขภาพที่สุชาติ ทวีสิทธิ์ และจินตนา วัชรสินธุ์ (2546) ที่พัฒนามาจาก

แบบวัด Health State Description ขององค์การอนามัยโลกปี 2001 ประกอบด้วย 8 มิติ ได้แก่ การมองเห็น อารมณ์ความรู้สึก ความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบาย การเคลื่อนไหว สถิติปัญญา การนอนหลับ และพลัง การดูแลตนเอง และกิจกรรมระหว่างบุคคล เป็นแบบประมาณค่าตั้งแต่ 1-5 (ไม่มีความยากลำบาก มีเล็กน้อย มีปานกลาง มีรุนแรงมาก และมีรุนแรงมากที่สุด) ความเที่ยงเท่ากับ .94

7. แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล ของซาริท (Zarit & Todd, 1985) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ภาระการดูแลด้านร่างกาย ยารมณ์จิตใจ และเศรษฐกิจ เป็นแบบประมาณค่าตั้งแต่ 0-4 (ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้งบ่อยครั้ง ประจำ) ความเที่ยงเท่ากับ .94

8. แบบวัดความต้องการของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากโดยยึดแนวคิดของอนิต้า (Anita, 1989) ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การจัดการภายในบ้าน การดูแลสุขภาพร่างกาย การประคับประคองจิตใจ การเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ เงินและวัสดุสิ่งของ การดูแลผู้ป่วยระยะสั้น ประกอบด้วย 19 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด ความเที่ยงเท่ากับ .91

9. แบบวัดพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม ข้อคำถาม 24 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จากน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด ความเที่ยงเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรม วิจัยมหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ทำหนังสือถึงสาธารณสุข

จังหวัด เพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่แต่ละจังหวัด ประสานกับสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ที่สุ่มได้และนัดหมายวันเวลากับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย เพื่อไปเก็บข้อมูล โดยเริ่มจากการสุ่มเด็กป่วยเรื้อรังจากทะเบียนเด็กป่วยเรื้อรังของสถานีนอนามัย และมีอาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำนักวิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลที่ผ่านการอบรมแล้วไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล เด็กป่วยและของเด็กป่วยเรื้อรังด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาปัจจัยทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Standard Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

เด็กป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 55 อายุ 7-4 ปี ร้อยละ 57 ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 5 เดือน ถึง 14 ปี ได้รับการรักษาต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 74 ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 87 และใช้บัตรประกันสุขภาพในการรักษา ร้อยละ 56

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83 อายุอยู่ในช่วง 30 -44 ปี ร้อยละ 55 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99 ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 79 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 89 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63 และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังมาก่อน ร้อยละ 92 ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 5.7 ปี ($SD = 4.9$ ปี) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลเฉลี่ย 14.69 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 8.26$ ชั่วโมงต่อวัน) ส่วนใหญ่

ญาติผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ร้อยละ 60 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 76 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 74 ญาติผู้ดูแลมีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 50 ความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 43 และระดับไม่เป็นภาระร้อยละ 38 ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49 และระดับสูงร้อยละ 46 และมีพลังอำนาจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58 และระดับปานกลาง ร้อยละ 41

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ระยะเวลานในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ผู้ดูแล ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว/ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความต้องการของผู้ดูแล และพลังอำนาจของผู้ดูแล

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	X_{10}	X_{11}
1. อายุ (X_1)	1.00										
2. ระยะเวลารักษา (X_2)	.197*	1.00									
3. ชั่วโมงการดูแล (X_3)	.037	-.240*	1.00								
4. การสนับสนุนทางสังคม (X_4)	-.212**	-.059	.050	1.00							
5. สัมพันธภาพในครอบครัว (X_5)	-.173**	-.062	.082	.646***	1.00						
6. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (X_6)	.089	.022	.118*	.362***	.359***	1.00					
7. ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย (X_7)	-.225**	.026	-.002	.331***	.300***	.243***	1.00				
8. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (X_8)	-.136*	.054	.006	.232*	.251	.416***	.102	1.00			
9. ความต้องการของผู้ดูแล (X_9)	.137*	.107	-.059	.020	.113	.073	.244***	-.058	1.00		
10. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (X_{10})	.055	-.055	.083	.278***	-.292***	-.592***	-.118*	-.523***	-.033	1.00	
11. พลังอำนาจของผู้ดูแล (X_{11})	-.082	-.023	.096	.436***	.514***	.536***	.419***	.379***	.187**	-.392***	1.00

* $P < .05$ ** $P < .01$ *** $P < .001$

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล และความต้องการของญาติผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .44, .51, .54, .42, .38,$ และ $.19$ ตามลำดับ) แต่ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.39$) และพบว่าตัวแปรทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) (ตารางที่ 1)

ส่วนการทดสอบปัจจัยทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$) คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ($\beta = .26, .22, .21,$ และ $.18$ ตามลำดับ) และตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายการผันแปรของพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 44.7 (Adjusted $R^2 = .447, P < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลในรูปของคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ($n = 319$)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	T	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.080	.064	.066	1.250	.212
สัมพันธภาพในครอบครัว	.403	.082	.258	4.888	.000
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.586	.143	.221	4.107	.000
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย	.230	.053	.205	4.345	.000
ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	.212	.061	.176	3.501	.001
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล	-.057	.048	-.064	-1.175	.241
ความต้องการของญาติผู้ดูแล	.092	.048	.083	1.897	.059

$R = 0.66$ Adjusted $R^2 = .447$ $P < .001$ ค่าคงที่ = -0.22

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลสามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังได้ ร้อยละ 44.7 ซึ่งอาจอธิบายได้ดังนี้

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง และสามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังได้ อาจเนื่องจากว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความรักและผูกพันต่อกัน ทำให้สามารถสื่อสารระหว่างสมาชิกได้อย่างเปิดเผย สามารถแสดงออกทางอารมณ์และความคิดให้สมาชิกรับรู้ได้ สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความมั่นคงทางอารมณ์ของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติ สามารถเผชิญความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุตร ช่วยลดความตึงเครียดในการดูแล สามารถจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังได้ ทำให้ผู้ดูแลมีพลัง มีความรับผิดชอบต่อการดูแล และมีความตั้งใจจริงใจในการดูแลมากขึ้น สามารถพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย และหาวิธีที่เหมาะสมในการดูแลรักษาเด็กป่วยเรื้อรังได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดพลังอำนาจ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนด้วยแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่อธิบายว่าความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล และสอดคล้องกับจากการศึกษาของคันทิงแฮมและคณะที่พบว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเพิ่มพลังอำนาจครอบครัว (Cunningham,

Henggeler, Brondino, & Pickrel, 1999)

ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง และสามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยได้ อาจเป็นเพราะว่าความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลและเด็กป่วยมาจากพื้นฐานความรักความผูกพัน ในครอบครัวที่สมาชิกมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกมีความเข้าใจความต้องการของกันและกันดี มีการสนับสนุนเกื้อกูลกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถค้นหาและเข้าใจความจริงของปัญหา พัฒนาความสามารถในการต่อกรเกี่ยวกับการรักษาและการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย กระทำกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมกับโรคและภาวะการเจ็บป่วยของเด็ก และสามารถป้องกันความผิดพลาดในการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาได้ (Wen & Gustafson, 2004) เมื่อผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลเด็กป่วยทุกวันอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติความเจ็บป่วยเรื้อรัง การรักษา การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถประสานงานหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยโรคเรื้อรังได้ (Raina et al., 2004) ทำให้มีพลังอำนาจมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนด้วยแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง และสามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยได้ อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวสูง มีความรักความผูกพัน ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างสมาชิกครอบครัว มีการยอมรับความสามารถของญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับนับถือตนเอง มีความแน่ใจว่าสามารถมีชีวิต

อยู่อย่างมีค่า และความมั่นใจในความสามารถในการดูแลเด็กป่วย สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับคนอื่น มีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา และสามารถทนต่อแรงกดดันต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Braden, 1981) ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถพิจารณาไตร่ตรองปัญหาและความต้องการของเด็กป่วย และพัฒนาศักยภาพในการดูแลเด็กป่วย จนเกิดความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็ก ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง และสามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยได้ อาจเนื่องจากว่า ภาวะสุขภาพมีผลต่อความสามารถของบุคคลทั้งในด้าน การตัดสินใจและความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ถ้าผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพดี มีความสุขในชีวิต ไม่ต้องกังวลกับปัญหาสุขภาพของตนเอง จึงมีเวลาและมีพลังในการดูแลเด็กป่วยเต็มที่ มีความมั่นใจในการดูแล และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น (Rohrer, & Young, 2004) สามารถคิดพิจารณาตัดสินใจ การต่อรอง การเลือกแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมมากขึ้น จึงส่งผลให้มีผู้ดูแลพลังอำนาจสูงมากขึ้น

ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ความต้องการของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล แต่ไม่สามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังได้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก จึงไม่มีผลต่อการพัฒนาพลังอำนาจ ซึ่งไม่เป็นไปตามกระบวนการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ส่วนความ

ต้องการของญาติผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลเด็กอยู่แล้ว จึงมีความต้องการด้านการดูแลไม่สูง ทำให้ไม่มีผลต่อพลังอำนาจ สำหรับปัจจัยความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยและมีพลังอำนาจมาก ดังนั้นพลังอำนาจในกลุ่มตัวอย่างนี้ไม่ค่อยมีความแตกต่าง ทำให้ไม่สามารถร่วมทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของดิกสันและคณะ (Dixon et al, 2004) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความรู้สึกเป็นภาระน้อยมีพลังอำนาจมาก

นอกจากนี้ปัจจัยอายุญาติผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง อาจเนื่องจากอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-44 ปี เป็นวัยที่มีความพร้อมในการดูแลบุตร ส่วนระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยส่วนใหญ่น้อยกว่า 6 ปี และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลเด็กป่วยส่วนใหญ่ น้อยกว่า 12 ชั่วโมง อาจเป็นช่วงเวลาที่พอเหมาะในการดูแล ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการได้ จึงไม่มีความแตกต่างในด้านพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล อย่างไรก็ตามเพื่อความเข้าใจทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแล ต้องการการศึกษาติดตามระยะยาวให้เกิดความกระจ่างชัดเจนขึ้น

ดังนั้นสรุปได้ว่าการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย และการที่ญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพดี จะช่วยสามารถเพิ่มพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลได้คือญาติผู้ดูแล จะมีความสามารถในการแก้ปัญหา การตัดสินใจ การต่อรอง การหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก การหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนที่เหมาะสม ตลอดจน

การควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ และสามารถปรับสมดุลในครอบครัวได้ ซึ่งผลการวิจัยให้ความรู้พื้นฐานช่วยให้เข้าใจและให้แนวทางในการส่งเสริมพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังควรตระหนักถึงความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมดังนี้

1. การประเมินพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยและปัจจัยทำนายประกอบด้วยสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย และภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ซึ่งอาจประเมินด้วยการพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับญาติผู้ดูแล และการถามคำถามที่กระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิด เพื่อความเข้าใจความคิด ความเชื่อ และการพฤติกรรมในการดูแล ตลอดจนบริบทของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง

2. การจัดโปรแกรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังแต่ละครอบครัว กิจกรรมการพยาบาลควรให้ความสำคัญของครอบครัวต่อการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ส่งเสริมให้เกิดบริบทแห่งความรักความผูกพันในครอบครัว เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับเด็กป่วย และสัมพันธภาพในครอบครัว เน้นกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่า มีความหมาย มีความสำคัญต่อการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง มีศักยภาพในการดูแลและพยาบาลควรคำนึงถึงภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลซึ่งมีผลต่อคุณภาพการดูแลและการดูแลที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลด้วย ดังนั้นกิจกรรมที่จัด

ควรต้องไม่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ แต่เป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

3. กิจกรรมการพยาบาลควรช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมตามความต้องการของญาติผู้ดูแล ควรกระตุ้นและส่งเสริมศักยภาพของญาติผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมที่เน้นความเข้าใจถึงความรับผิดชอบเป้าหมาย และคุณค่าในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาจส่งผลต่อการลดความรู้สึกเป็นการละเลยในการดูแล

4. กิจกรรมที่จัดขึ้นควรจัดสำหรับทั้งรายบุคคลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมเพื่อการจัดการดูแลเด็กป่วย และกิจกรรมกลุ่ม เช่น กลุ่มสนับสนุน (Group support) กิจกรรมการศึกษา (Educational program) หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เป็นต้น เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และการเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างพลังอำนาจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังจากการศึกษานี้ไม่สูงมากนัก ดังนั้นการศึกษาต่อไปควรศึกษาปัจจัยด้านโครงสร้างทางกายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณของมารดา และเด็กป่วยเรื้อรัง (Bio-psycho-social spiritual structure) ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เพื่อหาปัจจัยทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังได้สมบูรณ์และชัดเจนมากขึ้น

2. ควรศึกษาติดตามกลุ่มตัวอย่างนี้ต่อไปเป็นการศึกษาระยะยาว (Longitudinal study) และควรศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงและแบบแผนการพัฒนาพลังอำนาจ

และเพื่อศึกษาความคงที่ของสมการการทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง

3. ควรศึกษาในเด็กป่วยเรื้อรังโรคอื่นๆ ในกลุ่มตัวอย่างที่มากพอที่จะเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังแต่ละโรค และศึกษาทั้งในเชิงกว้างและลึกตั้งแต่ในกลุ่มที่มีพลังอำนาจต่ำจนถึงสูง เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง

4. ควรศึกษาด้วยวิธีการเชิงสาเหตุ (Causal model) เพื่อเพิ่มความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัย

เสี่ยง (risk factors) ปัจจัยเอื้อ (protective factors) ปัจจัยกระตุ้น (mediator factors) และปัจจัยเสริม (moderator factors) ของพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง

5. การศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลของกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ (Intervention research) ที่จะช่วยเพิ่มศักยภาพของครอบครัวในการจัดการดูแล การลดความทุกข์ทรมานของครอบครัว การปรับสมดุลของครอบครัวให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติและมีคุณภาพชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา ตั้งวรวงศ์ชัย, ดุษฎี มุขสมบัติ. (2539). *ประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของมารดา ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา รุขทราษฎ์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากสมาชิกในพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จงรักษ์ อุตวรารัตน์กิจ. (2540). *กระบวนการสร้างอำนาจในมารดาที่ต้องดูแลบุตรป่วยเรื้อรัง : กรณีศึกษา*. *รวมอิทธิพลพยาบาลสาร*, 3(3), 320-328.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล*. กรุงเทพฯ : ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุชาติ ทวีสิทธิ์ และ จินตนา วัชรสินธุ์. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่องการทดสอบแบบสำรวจสถานะสุขภาพชนิดผู้ตอบประเมินตนเองในประเทศไทย*. อุบลราชธานี : คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- Anita, L.W., & Nancy, R.L. (1989). A descriptive of the need of non-institutionalized cancer patient and their primary caregiver. *Cancer Nursing*, 12(4), 216-225.
- Atkin, K., & Ahmad, W.I.U. (2000). Family care-giving and chronic illness: how parents cope with a child with a sickle cell disorder or thalassemia. *Health & Social Care in the Community*, 8(1), 57.
- Braden, N. (1981). *The psychological of self-esteem* (15th ed.). New York: Bantam Books.
- Crandall, R.C. (1980). *Gerontology : A behavioral science approach*. Massachusetts : Addison-Wesley Company.
- Cunningham, P.B., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., Pickrel, S.G. (1999). Testing Underlying Assumptions of the Family Empowerment Perspective. *Journal of Child and Family Studies*, 8(4), 437-449.
- Dixon, A. L. et al. (2004). Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(3), 207.
- Gibson, G.H., (1995). The process of empower in Mother of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Hamlett, K.W. (1992). Childhood chronic illness as a family stressor. *Journal of pediatric psychology*, 33-47.
- House, J.S. (1981). The Nature of social support. In MA. Reading Ed. *Work stress and social support*. London: Addison-Wesley Publishing Company.
- Hulme, P.A. (1999). Family empowerment : a nursing intervention with suggested outcomes for families of children with a chronic health condition. *Journal of Family Nursing*, 5(1), 33-50.
- Le Blanc, L.A., Goldsmith, T. & Patel, D.R. (2003). Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. *Pediatric Clinic North America*, 50(4) : 859-78.

Melnyk, B.M., Feinstein, N.F., Moldenhouer, Z. & Small, L. (2001). Coping in parents of children who are chronically ill : strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*. 27(6) : 548-58.

Midence, K. (1994). The effects of chronic illness on children and their families : an overview. *Genetic Social General Psychology Monograph* , 120(3) : 311-26.

Natechang, S. (2002). *Influencing of caregiver role strain, worry from caring, and caregivers' factors on health status of caregivers of stroke patients*. Retrieved May 30, 2004, from Mahidol University, Faculty of Graduate studies Web site : <http://www.grad.mahidol.ac.th>.

Navarat, W. (2002). *A study of influences of lack of resources, strain from direct care and caregivers' factors on health status of family caregivers of patients with cerebrovascular disease*. Retrieved May 30, 2004, from Mahidol University, Faculty of Graduate studies Web site : <http://www.grad.mahidol.ac.th>.

Olson, D. (1993). Circumplex model of marital and family system: assessing family functioning. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes* (pp.104-137). New York : Guilford Press.

Raina, P., et al. (2004). Caregiving process and caregiver burden : Conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatric*, 4(1), Retrieve from <http://www.Biomedcentral.Com/1471-2431/4/1>.

Rohrer, J.E., & Young, R. (2004). Self-esteem and self-rated health in family planning clinic patients. *BMC family Practice*, 5:11.

Rosenburg, M. (1965). *Rosenburg self esteem scale (RSES)*. Florence Slade : Princeton University Press.

Scharlach, A., et al. (2001). *Family Caregiver in California: Needs, International and Model Progress*. USA: Center for the Advanced Study of Aging Services University of California at Berkely.

Sisk, R.J. (2000). Caregiver Burden and Health Promotion. *International Journal of Nursing Study*, 37(1) : 37-43.

Stewart, J.L. (2003). Children living with chronic illness, and examination of their stressors, coping responses, and health outcomes. *Annual Review Nursing Research*, 21 : 203-43.

Sullivan, G.C. (1993). Towards clarification of conergent concepts : Sense of coherence will to meaning locus of control, learned helplessness and hardiness. *Advanced in Nursing Science*, 18, 1772-1778.

Sullivan-Bolyal, S., Sadler L., Knafel, K.A., Gilliss, C.L. & Ahmann, E. (2003). Great expectations : A position description for parents as caregivers : part I. *Pediatric Nursing*, 29(6) : 457-461.

Wen, K.Y., & Gustafson, D.H. (2004). Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*,

2 :11.

Zarit, S., Todd, P., & Zarit, J. (1985). Subjective burden of husbands and wives as care giver : A longitudinal study. *Gerontologist*, 26, 260-266.

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University