

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กต่อความสามารถและ
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการ

Effects of the Child Caregiver's Empowerment Promoting Program
on Ability and Burden to Care for Children with Cerebral Palsy

สิริมา ชุ่มศรี, พย.ม.*

นุจรี ไชยมงคล, Ph.D.**

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, Dr.P.H.***

Sirima Chumsri, M.N.S.*

Nujjaree Chaimongkol, Ph.D.**

Siriyupa Sananreugsak, Dr.P.H.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กสมองพิการโดยเปรียบเทียบความสามารถและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่นำเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 20 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาตามแนวคิดของ Gibson (1995) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็ก แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความสามารถ และแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .98 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการสูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคะแนนโดยภาพรวม ($Z = -3.83, p < .001$) และคะแนนรายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลทั่วไป ($Z = -3.78, p < .001$) ด้านการดูแลตามระดับพัฒนาการ ($Z = -3.83, p < .001$) และด้านการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย ($Z = -3.97, p < .001$) และพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเด็กสมองพิการในกลุ่มทดลองต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคะแนนในภาพรวม ($Z = -3.78, p < .001$) และคะแนนรายด้าน ได้แก่ ด้านการใช้เวลา ($Z = -3.79, p < .001$) และด้านความยากลำบาก ($Z = -3.65, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพที่มีหน้าที่ดูแลเด็กป่วยและครอบครัว สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กมีความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการเพิ่มมากขึ้น และมี

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

** รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ความรู้สึกเป็นภาระลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลทางบวกต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการด้วย

คำสำคัญ : พลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็ก ความสามารถ ความรู้สึกเป็นภาระ เด็กสมองพิการ

Abstract

This quasi-experimental research, pretest-posttest design aimed to examine effects of the child caregiver's promoting program by comparing ability and burden of caring for children with cerebral palsy between the experimental and the control groups. Sample included 20 caregivers of cerebral palsy children who brought the children to receive medical treatment at Chonburi hospital, Chon Buri province. They were randomly assigned into the experimental and the control groups for 10 equally for each group. The experimental group received the empowerment promoting program, which was developed following Gibson's empowerment concept (1995), whereas the control group received usual nursing care of the hospital. Data were collected from October, 2011 to June, 2012. Research instruments consisted of the demographic questionnaire, the ability to care for cerebral palsy children questionnaire, and the child caregiver's burden questionnaire. Their Cronbach's alpha were .98 and .93, respectively. Data analysis included frequency, percent, mean, standard deviation, range and Mann-Whitney U test.

Results revealed that after receiving the empowerment promoting program, child

caregivers in the experimental group had their ability to care for children with cerebral palsy higher than those in the control group, for both total score of the ability ($Z = -3.83, p < .001$), and each subscales' score of the general care ($Z = -3.78, p < .001$), the developmental care ($Z = -3.83, p < .001$) and the care for sickness ($Z = -3.97, p < .001$). Child caregivers in the experimental group also had their burden to care for children with cerebral palsy lower than those in the control group, for both total score of the burden ($Z = -3.78, p < .001$), and each subscales' score of the time consuming ($Z = -3.79, p < .001$) and the difficulties ($Z = -3.65, p < .001$).

These findings suggest that nurses and health care personnel who responsible of caring for ill children and their families should apply the empowerment promoting program to use in nursing practice. Its consequence would be increase ability and decrease burden of child caregivers. Additionally, it will result in positive not only mental health on the caregiver but also quality of life of the children with cerebral palsy.

Key words: Empowerment, child caregiver, ability, caregiver burden, cerebral palsy children

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สมองพิการ หมายถึง ภาวะของสมองที่ควบคุมกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งมีความบกพร่อง หรือ สูญเสียหน้าที่ ทำให้เกิดปัญหาในการเคลื่อนไหว การทรงตัว สาเหตุ จากภาวะของเนื้อสมองขาดออกซิเจน อุบัติ

การณ้เกิดในประเทศไทย พ.ศ. 2551 จำนวน 1.5 ราย (วรวิดิ เจริญศิริ, 2551) และประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 2.3-3.6 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย (Nehring, 2004; World Health Organization [WHO], 2002) จะเห็นได้ว่า เด็กสมองพิการยังเป็นปัญหาค่อนข้างสูง และเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้เวลาในการบำบัดรักษาเป็นเวลานาน จึงเกิดผลกระทบต่อตัวเด็กทางด้านร่างกายที่พบบ่อย เช่น การหายใจ การรับประทานอาหาร ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เป็นต้น ยังมีความบกพร่องอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การสื่อสาร การมองเห็น การได้ยิน สติปัญญา เป็นต้น ซึ่งในเด็กสมองพิการแต่ละคนมีอาการมากหรือน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ส่งผลทำให้เด็กไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องมีผู้ดูแลเด็กคอยให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำอยู่ตลอดเวลาได้แก่ การอาบน้ำและแต่งตัว การแปรงฟัน การขับถ่าย การรับประทานอาหาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องใช้เวลามากกว่าวันละ 15 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีอาการเหนื่อยล้า และพักผ่อนนอนหลับไม่เต็มที่ (วานิด ด้วงเดช, 2550)

การดูแลเด็กสมองพิการส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของครอบครัว อาการที่พบทางด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นหวัด และอาการปวดเมื่อยร่างกาย เป็นต้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, นิตยา ทิพย์สำเหนียก และ นิลุบล รุจิประเสริฐ, 2546; Dewis & Niskala, 1992) ทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ เครียด หงุดหงิด โกรธ ก้าวร้าว รู้สึกผิด (Bull, 1990) ยังมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ หรือสัมพันธภาพในครอบครัวลดลง บางคนจำเป็นต้องเปลี่ยนงานใหม่หรือลาออกจากงานประจำ ทำให้รายได้ลดลงเป็นผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้ดูแลเด็กยังสูญเสียชีวิตความเป็นส่วนตัว และเครือข่ายในการเข้าสังคมลดลง (Brinchmann, 1999 ; Snowdon, Cameron & Dunham,

1994) ซึ่งจัดว่าเป็นภาระที่หนัก จากผลกระทบของผู้ดูแลเด็กดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลเด็กรู้สึกสูญเสียหรือหมดพลังอำนาจ ส่งผลให้ความสามารถลดลง และรู้สึกเป็นภาระ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่สูญเสียพลังอำนาจเกิดจากความคับข้องใจ ขาดข้อมูล หรือความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง การรักษาและการดูแลเด็ก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เป็นปัญหาทางร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์อย่างเรื้อรัง จนกระทั่งผู้ดูแลเด็กเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจไปเรื่อยๆ จนเข้าสู่ภาวะสิ้นหวัง (powerlessness) และทอดทิ้งเด็กสมองพิการ (ภัศราพร เจริญศักดิ์ขจร, 2550) จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเด็กขาดความเชื่อมั่น และส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กลดลง ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กที่สูญเสียพลังอำนาจในการดูแลเด็กสมองพิการและยังเป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กสามารถเผชิญเหตุการณ์ และเลือกแนวทางปฏิบัติ แก้ไขปัญหา การตัดสินใจอย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลกลุ่มเด็กสมองพิการ แต่มีการศึกษาในเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า (รังสิณี ผลาภิรมย์, 2552) การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก (รุ่งนพนันท์ เขียวประเสริฐ, 2555) และการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง : กรณีศึกษาธาลัสซีเมีย (จินตนา วัชรสินธุ์, มณีรัตน์ ภาครูป และศิริพา สนั่นเรืองศักดิ์, 2549) การศึกษานี้จะสามารถใช้เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีพลังอำนาจในตนเอง มั่นใจ สามารถดูแลเด็กสมองพิการ

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความรู้สึกเป็นภาระ

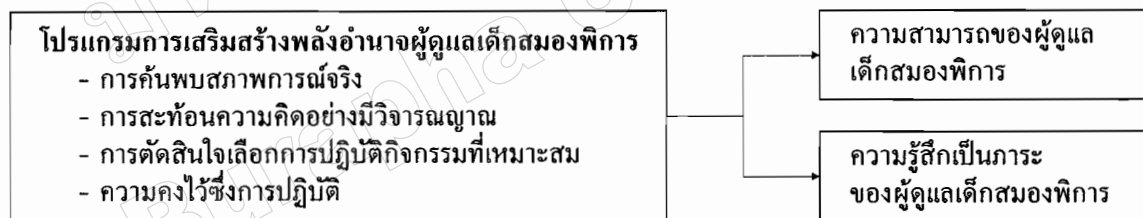
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กสมองพิการโดยเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กสมองพิการโดยเปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กต่อความสามารถและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการ ใช้กรอบแนวคิดของ Gibson (1995) โดยใช้กลวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เกิดความไว้วางใจ ร่วมมือกันค้นหาปัญหา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย แบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (two-group pretest-posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกระบบประสาท และเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 (พิเศษเด็ก) อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โรงพยาบาลชลบุรี

สะท้อนความคิดความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม มีแรงจูงใจ เกิดการเรียนรู้ทักษะ และตัดสินใจด้วยตนเอง จนกระทั่งเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกเป็นภาระ มีความรัก ผูกพัน โดยพยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ความรู้ และคำปรึกษา รวมทั้งเป็นผู้แนะนำจัดหาแหล่งประโยชน์ ส่งเสริมพิทักษ์สิทธิ์ และอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเด็กร่วมกันค้นหาปัญหาการดูแลต่างๆ โดยการสะท้อนคิดความรู้สึก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ การสาธิต การคิดวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกัน รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา การประเมินผล ซึ่งใช้กลุ่มช่วยกันแก้ไขปัญหา การส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้อง สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดสรุปได้ดังภาพที่ 1

ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 มิถุนายน 2556 แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กสมองพิการ โดยมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต พักอาศัยที่เดียวกัน และให้การดูแลเด็กสมองพิการต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าจ้าง และเด็กสมองพิการมีอายุตั้งแต่ 15 ปี บริบูรณ์ลงมา ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคสมองพิการ และมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางขึ้นไป คือ เด็กสมองพิการไม่สามารถดูแลตนเองได้

และต้องการความช่วยเหลือ (Msall & Tremont, 1999)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสถิติเด็กสมองพิการของโรงพยาบาลชลบุรีย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2554 มีจำนวน 140, 148, 150 รายต่อปี และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย มีจำนวน 12-20 รายต่อปี (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลชลบุรี, 2554) ดังนั้น ผู้วิจัยใช้การประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการตามข้อ เสนอแนะของ Polit and Hungler (1999) ที่กล่าว เมื่อนักวิจัย มีเหตุผลที่สามารถทำให้เชื่อเพียงพอในการตอบวัตถุประสงค์ และร่วมกับลักษณะการวิจัย ทางพยาบาลที่สูญเสียกลุ่มตัวอย่างง่ายขณะดำเนินการวิจัย ซึ่งสามารถกำหนดกลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อย กลุ่มละ 10 ราย (Polit & Hungler, 1999, p. 290-292) ในการวิจัยนี้จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 ราย คือ กลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองเป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กต่อความสามารถและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการโดยการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองก่อน 10 ราย จนครบตามจำนวนที่ต้องการ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงเข้ากลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการ ทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) โดยดำเนินการอย่างเป็นแบบแผน เพื่อส่งเสริมความสามารถ และมีพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพ การณ์จริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ

3) การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4) ความคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมา แก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสมตามข้อ เสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.2 แผ่นวีดิทัศน์ (VCD) เรื่อง “การดูแลเด็กสมองพิการ” และแผ่นพับ เรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลและฝึกพัฒนาเด็กสมองพิการผลิตโดยศูนย์สิทธิธรรม เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ในงานวิจัยนี้ได้ มอบให้ผู้ดูแลเด็กนำกลับไปอ่าน ทบทวนที่บ้าน หลังจากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้ทำตามแผนในข้อ 1.1 มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองพิการในเด็ก ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา การส่งเสริมพัฒนาการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและมัดใหญ่ การเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ และมีรูปภาพประกอบ เพื่อช่วยเพิ่มความรู้ให้กับผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ดูแลและเด็กสมองพิการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็กสมองพิการ จำนวนชั่วโมง โดยเฉลี่ยที่ใช้ในการดูแลเด็กสมองพิการต่อ 1 วัน การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลเด็กสมองพิการ และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมองพิการ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย นับตั้งแต่วันที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และสิทธิการรักษาของเด็ก

2.2 แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด ของศิริวรรณ หุ่นท่าไม้ (2552) ในการศึกษา นี้ มีค่าความ

ตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .91 ค่าความเที่ยงวิเคราะห์จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($n = 20$) ได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .98 มีจำนวน 37 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลที่จำเป็น โดยทั่วไป จำนวน 17 ข้อ 2) ด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ จำนวน 10 ข้อ และ 3) ด้านการดูแลตามภาวะของโรคสมองพิการ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีความสามารถมาก

2.3 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ นำมาจากแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลของอรัทัย ทองเพชร (2545) โดยไม่มีการปรับปรุงเนื้อหาในการศึกษานี้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($n = 20$) ด้านปริมาณความต้องการการดูแลมีค่าแอลฟาครอนบาคของเท่ากับ .91 และด้านความยากลำบากของการดูแลมีค่าแอลฟาครอนบาคของเท่ากับ .93 ทั้งหมดมีจำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ด้านปริมาณความต้องการการดูแล และด้านความยากลำบากของการดูแล ลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระน้อยในการดูแลเด็กสมองพิการ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายราย

ละเอียดการวิจัย และชี้แจงว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยแต่อย่างใด ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุลจริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ดูแลเด็กสมองพิการยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ซึ่งจะนำมาทำลายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2556 และกลุ่มควบคุมตั้งแต่เดือนมีนาคม 2556 ถึงเดือนมิถุนายน 2556 โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง รายใหม่ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกระบบประสาทเด็กทุกวันพุธสัปดาห์ที่ 1 และ 3 เวลา 13.00-16.00 น. และทุกวันพฤหัสบดี เวลา 08.00-12.00 น. และในหอผู้ป่วยทุกวัน เมื่อผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้จำนวน 2-3 ราย ซึ่งผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โดยผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองเป็นรายกลุ่ม 2-3 ราย และมีผู้ช่วยดูแลเด็กสมองพิการหรือบางรายมีญาติมาด้วย

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ที่โรงพยาบาลเป็นรายกลุ่มละ 2-3 ราย ให้ทำแบบสอบถาม (pretest) ทำกิจกรรม ขั้นตอนที่ 1-4 ประมาณ 1 ชั่วโมง 20 นาที ดังนี้ (ค้นหาปัญหา/สะท้อนคิด/ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม) มอแบ่นวิตทัศน์ (VCD) เรื่อง "การดูแลเด็กสมองพิการ และแผ่นพับเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลและฝึกพัฒนาเด็กสมองพิการให้กับผู้ดูแลเด็กแต่ละราย สำหรับทบทวนเมื่อกลับบ้าน พร้อมกับ

ขอและให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ และนัดหมายครั้งต่อไป สัปดาห์ที่ 2, 3, 5 และ 6 (ครั้งที่ 2, 3, 5 และ 6) (ที่บ้าน ทางโทรศัพท์ รายบุคคล) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที เพื่อซักถาม ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบ กล่าวชมเชย ให้กำลังใจเมื่อ ทำถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กสามารถโทรศัพท์ มาปรึกษา เมื่อมีข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ในระหว่างทำ การทดลอง นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 และ 7 (ครั้งที่ 4 และ 7) (ติดตาม เยี่ยมที่บ้าน รายบุคคล) ใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที ใช้กิจกรรมขั้นตอนที่ 4 ความคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ติดตาม ผู้ดูแลเด็กโดยการเยี่ยมค้นหาปัญหาเพิ่มเติม สังเกต พฤติกรรมการดูแล สัมพันธภาพและสิ่งแวดล้อม ภายในบ้านเปิด โอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถาม ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบ แนะนำ สอน และสาธิตวิธี การปฏิบัติสิ่งที่ไม่ถูกต้องในการดูแลของแต่ละบุคคล ให้กำลังใจเสริมแรงบวกเมื่อทำถูกต้อง สรุปบทวน นัดหมายครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 8) ที่หอผู้ป่วย หรือ แผนก ผู้ป่วยนอก คลินิกระบบประสาทเด็ก (รายบุคคล) เป็นวันที่ผู้ดูแลเด็กพาเด็กสมองพิการ มาตรวจตามที่ แพทย์นัดที่โรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ให้ ทำแบบสอบถาม (posttest) เปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย ให้กำลังใจ ชมเชยเสริมแรงทางบวก กล่าว ขอบคุณ และสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการฯ

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) ที่หอผู้ป่วย หรือ แผนก ผู้ป่วยนอก คลินิกระบบประสาทเด็ก ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ทำแบบสอบถาม (pretest) โดยสัปดาห์ ที่ 1-7 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กสมองพิการได้รับการ พยาบาลตามปกติ จากพยาบาล พร้อมกับขอและให้ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ และนัดหมายครั้งต่อไป (สัปดาห์ ที่ 8)

สัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 2) ที่หอผู้ป่วย หรือ แผนก

ผู้ป่วยนอก คลินิกระบบประสาทเด็ก ผู้วิจัยเข้าพบ กลุ่ม ตัวอย่าง ซึ่งเป็นวันที่นัดมาตรวจที่โรงพยาบาล ผู้ วิจัยให้ทำแบบสอบถาม (posttest) เปิดโอกาส ให้ ผู้ดูแลเด็กซักถามข้อสงสัย ปัญหาอุปสรรคต่างๆ พร้อม กับให้คำแนะนำ และมอบแผ่นวีดิทัศน์ (VCD) เรื่อง การดูแลเด็กสมองพิการ และแผ่นพับเรื่องต่างๆ เกี่ยว กับ การดูแลและฝึกพัฒนาเด็กสมองพิการ เพื่อ นำ กลับไปอ่าน ทบทวนที่บ้าน ไว้ประกอบการตัดสินใจ ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ กล่าวขอบคุณ และสิ้นสุด การ เข้าร่วมโครงการฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลนำมา วิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป กำหนดค่า ความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย
2. ความสามารถและความรู้สึกเป็นภาระ ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ความสามารถและคะแนนความรู้สึกเป็นภาระของผู้ ดูแลเด็กสมองพิการ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุมในระยะหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบความ แตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Mann-Whitney U Test)

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ราย อายุเฉลี่ย 36.30 ปี ($S.D. = 13.20$) เป็นมารดา 5 ราย และญาติ 5 ราย และใช้เวลาดูแลเด็กเฉลี่ย 19.10 ชั่วโมง/วัน ($S.D. = 4.31$) เด็กสมองพิการอายุเฉลี่ย 40.20 เดือน ($S.D. = 37.85$) 8 รายเป็นเด็กชาย และ ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุม จำนวน 10 ราย อายุเฉลี่ย

39.90 ปี (*S.D.* = 11.11) เป็นมารดา 7 ราย และญาติ 3 ราย และใช้เวลาดูแลเด็กเฉลี่ย 17.90 ชั่วโมง (*S.D.* = 5.41) เด็กสมองพิการอายุเฉลี่ย 57.20 เดือน (*S.D.* = 39.88) และ 9 รายเป็นเด็กชาย

2. ในระยะก่อนการทดลอง พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคะแนนในภาพรวม ($Z = -3.33$, $p < .001$) และคะแนนรายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลทั่วไป ($Z = -3.18$, $p < .01$) ด้านการดูแลตามระดับพัฒนา

การ ($Z = -3.18$, $p < .01$) และด้านการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย ($Z = -3.33$, $p < .001$) ในการวิเคราะห์ขั้นต่อไป จึงวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมของแต่ละกลุ่ม (d) เพื่อเปรียบเทียบผลความสามารถ พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลเด็กทั้งคะแนนโดยภาพรวม และคะแนนรายด้านสูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann-Whitney U test

ความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการ	n	m	m rank	Mann-Whitney U value	z
โดยภาพรวม					
กลุ่มทดลอง	10	82.20	5.50	.00	-3.83**
กลุ่มควบคุม	10	-3.80	15.50		
ด้านการดูแลทั่วไป					
กลุ่มทดลอง	10	31.8	5.50	.00	-3.78**
กลุ่มควบคุม	10	-3.7	15.50		
ด้านการดูแลตามระดับพัฒนาการ					
กลุ่มทดลอง	10	27.20	5.50	.00	-3.83**
กลุ่มควบคุม	10	.00	15.50		
ด้านการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย					
กลุ่มทดลอง	10	23.20	5.50	.00	-3.97**
กลุ่มควบคุม	10	-1.0	15.50		

** $p < .01$

3. ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคะแนนในภาพรวม และคะแนนรายด้าน ($p > .05$) และภายหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กทั้งคะแนนในภาพรวม ด้านการใช้เวลา และด้านความยากลำบาก ต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้ Mann-Whitney U test

ความรู้สึกเป็นภาระ	n	m	m rank	Mann-Whitney U value	Z
โดยภาพรวม					
กลุ่มทดลอง	10	66.40	5.50	.00	-3.78***
กลุ่มควบคุม	10	110.80	15.50		
ด้านการใช้เวลา					
กลุ่มทดลอง	10	32.70	5.50	.00	-3.79***
กลุ่มควบคุม	10	58.80	15.50		
ด้านความยากลำบาก					
กลุ่มทดลอง	10	33.70	5.50	.20	-3.65***
กลุ่มควบคุม	10	52.00	15.50		

*** $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการมากกว่าในกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง (d) การทดลองของคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งคะแนนโดยภาพรวม ($Z = -3.83, p < .001$) และคะแนนรายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลทั่วไป ($Z = -3.78, p < .001$) ด้านการดูแลตามระดับพัฒนาการ ($Z = -3.83, p < .001$) และด้านการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย ($Z = -3.97, p < .001$) ทั้งนี้ อธิบายตามแนวคิดพลังอำนาจของ Gibson (1995)

ได้ว่า กระบวนการทางสังคมช่วยเหลือส่งผลให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเด็กยอมรับสภาพปัญหา มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งทักษะความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กสมองพิการเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้ดูแลเด็กจะได้รับการส่งเสริมเพื่อความคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแล้ว การกระตุ้นเสริมแรงทางบวกหรือการกล่าวชมเชยให้กำลังใจเมื่อทำถูกต้องและสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการดูแลบุตรได้ดีขึ้น และมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ (2549) และการศึกษาของรังสิณี ผลาภิรมย์ (2553) ที่พบว่า ภายหลังจากโปรแกรมการสร้างพลังใจ และเสริมสร้างพลังอำนาจตามมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็ก พัฒนาการล่าช้าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างพลังใจในผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืด (McCarthy et al., 2002) โดยจัดเป็นกิจกรรมรายกลุ่ม และติดตามการเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุกเดือน พบว่า ผู้ปกครองเด็กกลุ่ม

ที่ได้รับความรู้ และโปรแกรมมีความสามารถในการตัดสินใจและควบคุมเหตุการณ์และการดูแลบุตรเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดแบบพลวัต (dynamic concepts) ที่มีทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยน และมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคคล เพื่อมุ่งเน้นการแก้ปัญหาองค์ประกอบเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เกิดการกระตุ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ นำไปสู่การพัฒนาความรู้สึกมีพลังในตนเอง ตระหนักถึงความแข็งแกร่ง ความสามารถ และทรัพยากรของตนเอง คิดอย่างมีวิจารณญาณกับสถานการณ์จริงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้มีสติและตัดสินใจกระทำต่อไป สามารถควบคุมอารมณ์และพบว่าตนเองเป็นผู้เข้มแข็ง มีศักยภาพ และทราบจุดมุ่งหมายความต้องการของตนเอง การมีสติทำให้เกิดการปฏิบัติ การตอบสนองในเหตุการณ์ขณะนั้น และตัดสินใจลงมือปฏิบัติ (Gibson, 1995) ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมองพิการได้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนพนันท์ เขียวสุประเสริฐ (2555) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มารดาที่มีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.23, p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิภา แซ่อู่ย (2552) หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีคะแนนความสามารถสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

2. ภายหลังจากให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลอง มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมอง

พิการน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคะแนนในภาพรวม ($Z = -3.78, p < .001$) และคะแนนรายด้าน ได้แก่ ด้านการใช้เวลา ($Z = -3.79, p < .001$) และด้านความยากลำบาก ($Z = -3.65, p < .001$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการให้ความรู้ ได้รู้จักกับผู้ดูแลเด็กรายอื่นที่ต้องดูแลเด็กสมองพิการในลักษณะเช่นเดียวกัน และการติดตามเยี่ยมทั้งที่บ้านและทางโทรศัพท์ ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กที่ต้องดูแลมากขึ้น ทำให้เข้าใจเหตุการณ์เป็นอย่างดี เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น และทำให้สามารถให้การดูแลเด็กสมองพิการด้วยความรักและทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ลดความรู้สึกที่เป็นภาระไปได้ (Gibson, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ Baronet (1999) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจ พบว่า ร้อยละ 41 ของผู้ดูแลเด็กกล่าวว่า การดูแลมีผลต่อการทำกิจกรรมอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ดูแลเด็กที่อาศัยอยู่กับญาติของผู้ป่วยจะใช้เวลาในการดูแล 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และผู้ดูแลเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติของผู้ป่วยจะใช้เวลาในการดูแล 25 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และสอดคล้องกับการศึกษาของวานิด ด้วงเดช (2550) ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กหรือครอบครัวของเด็กสมองพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องใช้เวลาวันละมากกว่า 15 ชั่วโมงให้การดูแลช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ ยังมีการศึกษาของ ปริญาภรณ์ บุญยะส่ง (2548) พบว่า หลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนภาระการดูแลน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปได้ว่า การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลเด็กสมองพิการทำให้ผู้ดูแลเด็กมีคะแนนความสามารถ และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเด็กสมองพิการสูงกว่ากลุ่มที่ได้

รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจในความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลเด็กสมองพิการได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคปอดเรื้อรัง เด็กออทิสติก เป็นต้น เพื่อเพิ่มความสามารถ และลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กป่วย

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในแผนกกุมารเวชกรรม โดยเฉพาะการพยาบาลเด็กป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ ในสถาบันการศึกษาควรนำผลการวิจัยมาใช้ประกอบการเรียน เรื่องการเพิ่มความสามารถ และลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลเด็ก ควรแนะนำนักศึกษาพยาบาล และอธิบายความสำคัญของการส่งเสริมพลังอำนาจให้ผู้ดูแลเด็กมีความสามารถเพิ่มมากขึ้น และมีความรู้สึกรับภาระลดลงผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ดูแลเด็กและเด็กสมองพิการต่อไป

4. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมาผู้ดูแลเด็กต่อความสามารถ และความรู้สึกรับภาระในการดูแลเด็กสมองพิการ ควรเพิ่มระยะเวลาที่ศึกษานานขึ้น เนื่องจากครั้งนี้ระยะเวลาเก็บข้อมูลมีจำกัด และติดตามประเมินผลในระยะยาว เพื่อเพิ่มความยั่งยืนและต่อเนื่องของพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็ก

เอกสารอ้างอิง

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลชลบุรี. (2554).

สถิติผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชลบุรี. ชลบุรี: โรงพยาบาลชลบุรี.

จินตนา วัชรสินธุ์, มณีรัตน์ ภาครูป และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2549). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง: กรณีศึกษาชาลส์ซีเมียร์. รายงานการวิจัย สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปริญญาภรณ์ บุญยะส่ง. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลในครอบครัว โรงพยาบาลปทุมธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัศราพร เจริญศักดิ์ขจร. (2550). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวต่อระดับ HbA1c การเข้ารับรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การสูญเสียพลังอำนาจ และพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รังสิณี ผลาภิรมย์. (2552). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุ่งนพนันท์ เขียวสุประเสริฐ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาต่อความสามารถของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรษษา แซ่อยู่. (2552). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจ ต่อความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยวัยก่อนเรียน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้

รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิต
วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรวิมล เจริญศิริ. (2551). *Cerebral palsy*. เข้า
ถึงได้จาก [http://www.bangkokhealth.com/index.
php](http://www.bangkokhealth.com/index.php).

วานิด ดั่งเดช. (2550). *ปัจจัยทำนายภาระ
ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริวรรณ หุ่นท่าไม้. (2552). *ผลของโปรแกรม
การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของ
มารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, นิตยา ทิพย์สำเหนียก และ
นิลนบล รุจิประเสริฐ. (2546). ผลกระทบต่อครอบครัว
ที่มีเด็กสมองพิการที่บ้าน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 26(1), 35-43.

อรทัย ทองเพชร. (2545). *ภาระการดูแลของ
มารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต
เวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Baronet, A. M. (1999). Factors associ-
ated with caregiver burden in mental illness: A
critical review of the research literature. *Clini-
cal Psychology Review*, 19(7), 819-841.

Bull, M. J. (1990). Factors influencing
family caregiver burden and health. *Western
Journal of Nursing Research*, 12(6), 758-769.

Brinchmann, B. S. (1999). When the
home becomes a prison: Living with a severely
disabled child. *Nursing Ethics*, 6(2), 137-143.

Dewis, M. E., & Niskala, H. (1992).
Nurturing a valuable resource: Family caregivers
in multiple sclerosis. *Axon*, 13(3), 87-94.

Gibson, C. H. (1995). The process of em-
powerment in mothers of chronically ill chil-
dren. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-
1210.

McCarthy, M., Herbert, R., Brimacombe,
M., Hansen, J., Wong, D., & Zelman, M. (2002).
Empowering parents through asthma education.
Pediatric Nursing, 28(5), 465-473.

Msall, M. E., & Tremont, M. R. (1999).
Measuring functional status in children with
genetic impairment. *American Journal of Medi-
cal Genetics*, 89, 62-74.

Nehring, W. M. (2004). Cerebral palsy.
In P.J. Allen & J.A. Vessey (Eds.) *Primary care
of the child with a chronic condition (4 th ed.,
pp. 327-346)*. St. Louis: Mosby.

Snowdon, A. W., Cameron, S., & Dun-
ham, K. (1994). Relationships between stress,
coping resources, and satisfaction with family
functioning in families of children with disabled.
Canadian Journal of Nursing Research, 26(3),
63-75.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999).
Nursing research: Principles and method. Phila-
delphia: Lippincott.

World Health Organization (WHO).
(2002). *Cerebral Palsy*. Retrieved from [http://
www.CerebralPalsy.org](http://www.CerebralPalsy.org).