

ปัจจัยทำนaylorปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

พันธกานต์ ทำเนา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

พันธกานต์ ทำเนา

นางพันธกานต์ ทำเนา

ผู้วิจัย

ธีรณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชั้นฤดี คงศักดิ์ตระกูล,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อรรณี วัฒน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรณี ปทุมวัน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลพภ ๔๐

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. พยงค์

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ด.

ประธานหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2553

พันชกนธ์ ทำเนา

นางพันชกนธ์ ทำเนา

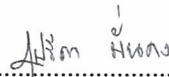
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปรีกษ์มล รัชกุล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปริดา มั่นคง,

Ph.D. (Gerontological Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญญา ปทุมวัน,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฉันทิตา คงศักดิ์ตระกูล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

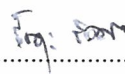


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน, M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้บรรลุผลสำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชื่นฤดี กงศักดิ์ตระกูล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉริยา ปทุมวัน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้เสียสละเวลาอย่างมากในการให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และปัญหาต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษาให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ ไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียกุล รัชกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำ ตลอดจนได้กรุณาตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พชรินทร์ นินทจันทร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา ตากวิริยะนันท์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำที่ช่วยพัฒนาให้เครื่องมือสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี อาจารย์ที่ปรึกษาผู้เป็นแบบอย่างการทำงานและเป็นกำลังใจให้ตลอดมา กราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. พิศมัย อรทัย ที่ได้สละเวลาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนครูบาอาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทุกท่านที่ทำให้ผู้ศึกษามีโอกาสในวันนี้

กราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ผู้ให้ชีวิตและทำให้ผู้วิจัยมีวันนี้ ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรีทุกท่านที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ และเป็นกำลังใจให้ตลอดมา ขอขอบคุณผู้ร่วมงานทุกท่านที่ได้ให้โอกาสและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัย ขอขอบคุณ คุณจรรยาณี กริฟฟิน และเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านสำหรับการสนับสนุนและกำลังใจที่มีให้มาโดยตลอด ขอขอบคุณ คุณอันฟามร์ ศิริโต สามิผู้คอยอยู่เคียงข้างและให้ความช่วยเหลือในทุกๆ เรื่อง และเด็กหญิงปภาวิน ศิริโต บุตรสาวผู้ที่เป็นยิ่งกว่ากำลังใจ

สุดท้ายนี้คุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี ครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณแก่ผู้วิจัยทุกท่าน

พันชกานต์ ทำเนา

ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

PREDICTIVE FACTORS FOR ADAPTATION AMONG CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY

พันชกานต์ ทำเนา 4937571 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, Ph.D. (Nursing), อัจฉริยา ปทุมวัน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวกับการรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก และศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรกระบบประสาทในเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 94 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชักมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .05$) ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .08, p > .05$; $r = -.04, p > .05$ ตามลำดับ) การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้ร้อยละ 24.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของการชัก และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -.47, p < .001$; $\beta = .24, p < .05$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการชักและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก และหาแนวทางในการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

คำสำคัญ: การปรับตัว / ปัจจัยทำนาย / ผู้ดูแล / โรคลมชัก

PREDICTIVE FACTORS FOR ADAPTATION AMONG CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY

PANTHAKARN THAMNAW 4937571 RAPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHAUNRUEDEE KONGSAKTRAKUL, Ph.D. (Nursing),
AUTCHAREEYA PATOOMWAN, Ph.D. (Nursing)

ABSTRACT

This predictive study's aim was to investigate the relationships between adaptation and the factors of perceived seizure severity, social support, years of education, and family income as well as to determine factors predicting adaptation including perceived seizure severity, social support, years of education, and family income among caregivers of children with epilepsy. Roy's adaptation model was used as a conceptual framework. The purposive sample was 94 caregivers of children with epilepsy from the pediatric neurological clinic, out-patient department, Ratchaburi hospital. Instruments for data collection were questionnaires consisting of a Demographic Data Record Form, Caregiver's Adaptation Questionnaire, and Social Support Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and multiple regressions (all enter).

The results revealed that perceived seizure severity was negatively correlated with adaptation ($r = -.40, p < .001$), and social support was positively correlated with adaptation ($r = .17, p < .05$). Whereas years of education and family income were not correlated with adaptation ($r = .08, p > .05$; $r = -.04, p > .05$, respectively). Perceived seizure severity, social support, years of education, and family income together explained the 24.5 % variability in adaptation ($p < .001$). However, only perceived seizure severity and social support had any effect on adaptation with a statistical significance of ($\beta = -.47, p < .001$; $\beta = .24, p < .05$ respectively).

The study findings suggest that nurses should assess perceived seizure severity and social support among caregivers of children with epilepsy and find strategies to enhance social support in order to promote adaptation.

KEY WORDS: ADAPTATION / PREDICTIVE FACTORS / CAREGIVER / EPILEPSY

129 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎี	5
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
โรคลมชัก	11
การปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก	20
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลโรคลมชัก	23
- การรับรู้ความรุนแรงของการชัก	23
- การสนับสนุนทางสังคม	24
- ระยะเวลาในการศึกษา	29
- รายได้ครอบครัว	30
- ปัจจัยอื่น ๆ	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย
	ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
	33
	สถานที่ศึกษา
	34
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
	35
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
	40
	การเก็บรวบรวมข้อมูล
	40
	การวิเคราะห์ข้อมูล
	42
บทที่ 4	ผลการวิจัย
	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
	43
	การสนับสนุนทางสังคม
	49
	การปรับตัว
	50
	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการปรับตัว
	50
	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปรับตัว
	51
บทที่ 5	การอภิปรายผล
	อภิปรายผลการวิจัย
	53
บทที่ 6	สรุปผลการวิจัย
	สรุปผลการวิจัย
	60
	ข้อจำกัดในการวิจัย
	62
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
	62
	ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป
	62
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	64
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	83
บรรณานุกรม	102
ภาคผนวก	108
ประวัติผู้วิจัย	129

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของผู้ดูแล (n = 94)	44
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของผู้ป่วยเด็ก (n = 94)	47
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามแหล่งประโยชน์และโดยรวม (n = 94)	49
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวรายด้านและ โดยรวม (n = 94)	50
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กับการปรับตัว (n = 94)	51
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็ก โรคลมชัก โดยการวิเคราะห์ความถดถอย เชิงพหุคูณแบบ Enter (n = 94)	52
7	ตารางแสดงค่าความเบ้ ความโด่ง และค่ามาตรฐานความคลาดเคลื่อนของ ความเบ้ และความโด่งของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	124
8	ตารางแสดงค่า Durbin-Watson ที่ได้จากการนำตัวแปรที่ศึกษาเข้าสมการทำนาย	126
9	ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำแนกตามแหล่งประโยชน์รายข้อ	127

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

8

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบบ่อย จากการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ 0.2–0.5 ต่อประชากร 1,000 คน/ปี และมีความชุกของโรค 4–10 ต่อประชากร 1,000 คน/ปี (Annegers, 1993) สำหรับในประเทศไทยนั้นยังไม่พบรายงานอุบัติการณ์ของโรคลมชักแต่จากการสำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2541 พบความชุกของโรคลมชัก 7 ต่อประชากร 1,000 คน (อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, 2544) ซึ่งใกล้เคียงกับการสำรวจที่อำเภอโซคชัย จังหวัดนครราชสีมาที่พบความชุกของโรค 7.2 ต่อประชากร 1,000 คน (ธนินทร์ อัสววิเชียรจินดา, จิตร สัทธอมร และวัชริน วัฒนานนท์, 2543) นอกจากนี้ จากสถิติของโรงพยาบาลราชบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิพบว่าในปีงบประมาณ 2550-2552 มีผู้ป่วยโรคลมชักทุกกลุ่มอายุเข้ารับการตรวจรักษาทั้งหมด 1,302, 1,415 และ 1,185 คน ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้เป็นเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี เป็นจำนวนเกือบครึ่งหนึ่ง คือ 564, 697 และ 525 คน ตามลำดับ (งานสารสนเทศโรงพยาบาลราชบุรี, 2553)

โรคลมชักยังเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากอาการชักจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติและระดับความรู้สึกตัวได้ การชักจึงกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก (Carlton-Ford, Miller, Brown, Nealeigh, & Jennings, 1995) หากอาการชักเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ฉับพลัน และชักเป็นเวลานานก็อาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ (Ficker, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่เป็นโรคลมชักมักมีอาการซึมเศร้า (Baki, et al., 2004) มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม จิตสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีปัญหาการเรียน (Austin, 1989; Austin, Dunn, Johnson, & Perkins, 2004; Austin, Smith, Risinger, & McNelis, 1994; Carlton-Ford, et al., 1997; McDermott, Mani, & Krishnaswami, 1995)

นอกจากผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กแล้ว โรคลมชักยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กเนื่องจากโรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษายาวนาน และผู้ป่วยยังอยู่ในวัยเด็กที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 12 ปี ผู้ดูแลจึงต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้นกว่าการดูแลเด็กปกติทั่วไป เช่น ดูแลให้รับประทานยาทุกวันตามแผนการ

รักษา พาไปพบแพทย์ตามนัด สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการและการดูแลผู้ป่วย เด็ก คอยระวังและหลีกเลี่ยงปัจจัยชักนำให้เกิดอาการชัก เฝ้าระวังอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากอาการชัก ตลอดจนการวางแผนการใช้ชีวิตให้กับผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น ภาระเหล่านี้ต้องทุ่มเททั้งเวลา และพลังงานอย่างมากทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารเร็วขึ้น นอนหลับพักผ่อนน้อยลง มีเวลาในการสนทนากับน้องน้อยลง เพื่อให้เวลากับการดูแลเด็กโรคลมชัก (Thomas, & Bindu, 1999) ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วผู้ดูแลมักได้รับผลกระทบด้านจิตสังคมร่วมด้วย การมีเด็กโรคลมชักอยู่ในความดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มขึ้น (Dyson, 1993; Feldman, Hancock, Reilly, Minnes, & Cairns, 2000; Hauser-cram, Warfield, Shonkoff, Krauss, Sayer, & Upshur, 2001 ; Hoare, 1984; Hoare, & Kerley, 1991) เนื่องจากอาการชักนั้นไม่สามารถคาดการณ์ได้ และมีโอกาสชักซ้ำได้ตลอดระยะเวลาที่รักษา โดยเฉพาะบิดามารดาของเด็กโรคลมชักชนิดควบคุมยากที่ยังมีอาการชักรุนแรงจะมีความตึงเครียดสูงมาก (Eastman, Ritter, Risse, & Frost, 1999) จากการศึกษาภาวะจิตสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมักรู้สึกผิด โกรธ รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง หมดหนทางช่วยเหลือ วิตกกังวล สับสน ซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (Austin, Patterson, & Huberty, 1991; Ellis, Upton, & Thompson, 2000; Shore, Austin, Huster, & Dunn, 2002) มารดาที่รู้สึกว่าการมีบุตรโรคลมชักเป็นตราบาปนั้นอาจมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ ได้แก่ ปกป้องเด็กมากเกินไป (overprotection) และแยกตัวจากสังคม (Carlton-Ford, et al., 1997; Eiser, et al., 1992)

การดูแลเด็กโรคลมชักยังส่งผลกระทบต่อการทำบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพภายในครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลทุ่มเทให้กับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมากเกินไปทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับคู่สมรส และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวลดลง (Buelow, McNelis, Shore, & Austin, 2006; Ellis, et al., 2000) ผู้ดูแลอาจมีการแยกตัวจากคู่สมรส และแยกตัวจากสังคม (Nolan, Camfield, & Camfield, 2006) นอกจากนี้ การดูแลเด็กโรคลมชักยังทำให้ฐานะทางการเงินของครอบครัวต่ำลง (Austin, et al., 2004; Thomas, & Bindu, 1999) และผู้ดูแลบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลเด็ก (Thomas, & Bindu, 1999)

ผลกระทบจากการดูแลเด็กโรคลมชักดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคมของตนเอง หากผู้ดูแลปรับตัวได้ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้ดูแลสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและครอบครัวได้อย่างมีความสุข หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลและคุณภาพของการ

ดูแล ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (Williams, et al., 2003) การส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลจะละเลยไม่ได้

การที่จะส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักนั้น พยาบาลจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับตัวของผู้ดูแลจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ (ก้านจิต ศรีนนท์, 2541; เบญญาภา เจริญวิจิตรศิลป์, 2548; วณิชานันท์, 2537; Judge, 1998) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสาร รู้สึกว่าตนได้รับการยอมรับ ได้รับความเห็นใจ ได้รับสิ่งของ และแรงงานที่ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อการปรับตัวที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นการปรับตัวในทางบวก (ก้านจิต ศรีนนท์, 2541; เบญญาภา เจริญวิจิตรศิลป์, 2548) แต่การศึกษาในกลุ่มมารดาเด็กโรคลมชักในต่างประเทศ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากภายนอกครอบครัว ได้แก่ จากเครือญาติ และเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก (Shore, Austin, & Dunn, 2004) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีลักษณะสังคมเป็นครอบครัวเดี่ยว อยู่ห่างไกลจากเครือญาติ และมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านน้อย รวมทั้งมีแนวโน้มจะแยกตัวจากสังคมมากกว่าประเทศไทย โดยเฉพาะในต่างจังหวัดที่ยังคงเป็นครอบครัวขยายอยู่มาก และการศึกษาที่กล่าวมานี้เป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์เพียงสองกลุ่ม คือเครือญาติ และเพื่อน ไม่ครอบคลุมบุคคลในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ บุคคลภายในครอบครัว เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และบุคคลในชุมชน ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ส่วนปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลคือระยะเวลาในการศึกษา เนื่องจากการศึกษาจะช่วยพัฒนาระดับสติปัญญาและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2535) ทำให้ผู้ดูแลมีวิจารณญาณในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ การศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ผ่านระบบการศึกษา ผู้ดูแลจะปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงโดยใช้สติปัญญาในการคิดพิจารณา ร่วมกับการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในอดีต จากการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียและมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาได้ (ก้านจิต ศรีนนท์, 2541; Limsiriwat, 2003) แต่จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก (Shore, et al., 2004) ซึ่งผลการศึกษานี้ อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในประเทศไทย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานั้นส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับดี คือมีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Shore, et al., 2004) แตกต่างจากประเทศไทยซึ่งมีการศึกษาภาคบังคับยังอยู่ในระดับต่ำกว่าคือประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น

นอกจากระดับการศึกษาแล้ว รายได้ครอบครัวยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่าย่อมมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้มากกว่า และทำให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่า (บุษกร อินทวิชัย, 2539) และยังมีโอกาสได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย ไม่ต้องวิตกกังวลต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้มีการคิดรู้ เรียนรู้ และการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีกว่า จากการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดา (Limsirawat, 2003) สำหรับในกลุ่มมารดาเด็กโรคลมชักนั้น มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชักซึ่งวัดได้จากอารมณ์ซึมเศร้า ความเชื่อมั่นในการจัดการอาการชัก และการคงไว้ซึ่งกิจกรรมยามว่างในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก (Shore, et al., 2004) แต่ผลลัพธ์จากการปรับตัวในการศึกษานี้ วัดเพียงการปรับตัวด้านอารมณ์ทัศนคติ และด้านบทบาทหน้าที่บางส่วน ไม่ครอบคลุมการปรับตัวด้านร่างกาย และด้านการพึ่งพาอาศัยกัน ยิ่งกว่านั้นผู้ทำการศึกษาได้ระบุว่ามีการขาดหายของข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ครอบครัวเป็นจำนวนมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22 ปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ครอบครัว ดังนั้นผลการศึกษาก็อาจไม่ใช่ความสัมพันธ์ที่แท้จริงของประชากรที่ศึกษา

นอกจากนี้ การรับรู้ความรุนแรงของการชักอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จากการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักพบว่าบิดามารดาของเด็กโรคลมชักที่มีอาการชักรุนแรงจะมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหลายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ การดำเนินชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพภายในครอบครัว และสัมพันธภาพในสังคม (Thomas, & Bindu, 1999) นอกจากนี้มีศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของการชักมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการปรับตัว ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าของมารดา ความเชื่อมั่นในการจัดการอาการชัก และการคงไว้ซึ่งกิจกรรมยามว่างในครอบครัว (Shore, et al., 2004) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาถึงอำนาจในการทำนายความรุนแรงของการชักต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้หรือไม่และมากน้อยเพียงใด ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีสุขภาพดี สามารถกระทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้อย่างมีความสุข

กรอบทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รอยเชื่อว่าบุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เป็นหน่วยเดียวกัน และได้อธิบายว่า บุคคลยังหมายถึงความรวมถึงตัวบุคคล ครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคมของบุคคลนั้น ๆ ด้วย บุคคลเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (holistic adaptive system) ที่เป็นระบบเปิด การปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากการคิดและความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยใช้การตระหนักรู้และเลือกผสมผสานบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ การปรับตัวที่ดีทำให้มนุษย์บรรลุเป้าหมายของการเจริญเติบโต การมีชีวิตรอด สามารถสืบทอดเผ่าพันธุ์และเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้ การปรับตัวของบุคคลเป็นระบบที่ประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (input) สิ่งนำออก (output) และกระบวนการควบคุมและป้อนกลับ (control and feedback process)

สิ่งนำเข้าของระบบการปรับตัวเรียกว่าสิ่งเร้า (stimulus) สิ่งเร้าคือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการตอบสนอง แบ่งเป็นสามประเภท ได้แก่ สิ่งเร้าตรง (focal stimulus) สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) *สิ่งเร้าตรง* หมายถึง สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่เข้ามากระทบระบบบุคคลโดยตรงทำให้บุคคลต้องมีการตอบสนองโดยทันที เช่น ความรุนแรงของการชัก *สิ่งเร้าร่วม* หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่ร่วมกับสิ่งเร้าตรงแล้วทำให้เกิดผลกระทบต่อระบบบุคคล เช่น การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว เป็นต้น *สิ่งเร้าแฝง* หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกตัวบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อระบบบุคคลอย่างไม่แน่ชัดขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น ค่านิยม ความเชื่อ ประสบการณ์เดิม หรือการดำเนินชีวิต เป็นต้น ผลรวมของสิ่งเร้าทั้งสามประเภทที่เข้ามากระทบระบบบุคคลจะทำให้เกิดระดับการปรับตัว (Adaptation level) ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะการปรับตัวของสิ่งมีชีวิตและความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ของบุคคล ระดับการปรับตัวพิจารณาได้จากสองปัจจัยคือ จำนวนและความรุนแรงของสิ่งนำเข้า และสมรรถนะทางร่างกายของบุคคล ระดับการปรับตัวของบุคคลยืดหยุ่นได้ในขณะที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รอย (Roy, 2009) กล่าวว่ากระบวนการควบคุมที่อยู่ภายในระบบเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และมีการทำงานตลอดเวลา (dynamics) และสามารถแบ่งกระบวนการควบคุมได้เป็นสองกลุ่มย่อย ได้แก่ กลไกการควบคุม (regulator subsystem) และกลไกการคิดรู้ (cognator subsystem) กลไกการควบคุมเป็นกลไกการปรับตัวพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเกิดจากการทำงานประสานกันระหว่างระบบประสาท สารเคมี และระบบต่อมไร้ท่อในร่างกาย ส่งผลต่อระบบการทำงานของสารน้ำ ภาวะ

สมดุลกรด-ด่าง และอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) ในร่างกาย ตลอดจนระบบต่อมไร้ท่อ และทำให้เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยอัตโนมัติ ส่วนกลไกการคิดรู้เป็นกลไกการทำงานที่ตอบสนองผ่านอารมณ์และการคิดรู้สี่ช่องทาง ประกอบด้วย (1) การรับรู้และจดจำ (perceptual and information processing) (2) การเรียนรู้ (learning) (3) การตัดสินใจ (judgment) และ (4) การใช้อารมณ์ (emotion) โดยสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกตัวบุคคล เมื่อเข้าสู่ระบบบุคคลจะผ่านเข้าไปยังกลไกการคิดรู้ทำให้บุคคลมีการรับรู้ เรียนรู้ จดจำ และตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำงานประสานกันเสมอ และส่งผลให้ระบบเกิดสิ่งนำออกที่เรียกว่า พฤติกรรม (behavior) หรือการปรับตัว (adaptation) โดยพฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกตัวบุคคล และแสดงออกมามีได้สถานการณ์นั้น ๆ สามารถสังเกต รับรู้ และประเมินได้เป็นสองลักษณะคือ การปรับตัวที่ดี (adaptive response) และการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective response) การปรับตัวที่ดีเป็นพฤติกรรมหรือการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ส่งเสริมความมั่นคงของบุคคล และส่งผลให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายได้ในทางตรงกันข้าม การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถส่งเสริมความมั่นคงของบุคคลและทำให้บุคคลบรรลุเป้าหมายได้ การปรับตัวมีทั้งหมดสี่ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (Physiologic-physical mode) (2) ด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept-group identify mode) (3) ด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) และ (4) ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (interdependence mode)

การปรับตัวด้านร่างกาย เป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายทำให้มีการปรับตัวภายในร่างกายสี่กระบวนการ ได้แก่ ระบบสารน้ำ ภาวะสมดุลกรด-ด่างและอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) การทำหน้าที่ของระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกายให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการออกซิเจน สารอาหาร การขับถ่าย กิจกรรม การพักผ่อน และการป้องกันอันตราย การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น รู้สึกหายใจไม่เต็ม ท้องผูก ท้องเสีย นอนไม่หลับ และหลงลืมง่าย เป็นต้น ส่วนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการรับรู้ภายในตนเองและการรับรู้จากบุคคลอื่น เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ (1) การรับรู้เกี่ยวกับสรีรภาพของตนเอง (physical self) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย (body sensation) และภาพลักษณ์ (body image) ของตนเอง และ (2) การรับรู้ความเป็นบุคคลของตนเอง (personal self) การรับรู้นี้มีอิทธิพลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้บุคคลมีความวิตกกังวล รู้สึกผิด และรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำลง ส่วนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เป็นการปรับตัว

ที่แต่ละบุคคลต้องมีในสังคมของตน และจะต้องปรับตัวหรือกระทำตามบทบาทหน้าที่นั้น ๆ ตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม และการปรับตัวด้านการพึ่งพา ระหว่างกันเป็นการปรับตัวเพื่อให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงในสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น บุคคลจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและพึ่งพาอาศัยกันโดยเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับในด้านความรัก การมีคุณค่า และการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หากบุคคลมีการปรับตัวด้านนี้เหมาะสมจะทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เติบโตมีพัฒนาการ และมีแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ ความบกพร่องในการปรับตัวด้านนี้แสดงออกมาได้สองลักษณะ ได้แก่ การพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสมคือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากเกินไปจนความจำเป็น และการพึ่งพาตนเองอย่างไม่เหมาะสมคือไม่ยอมขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองไม่สามารถทำได้

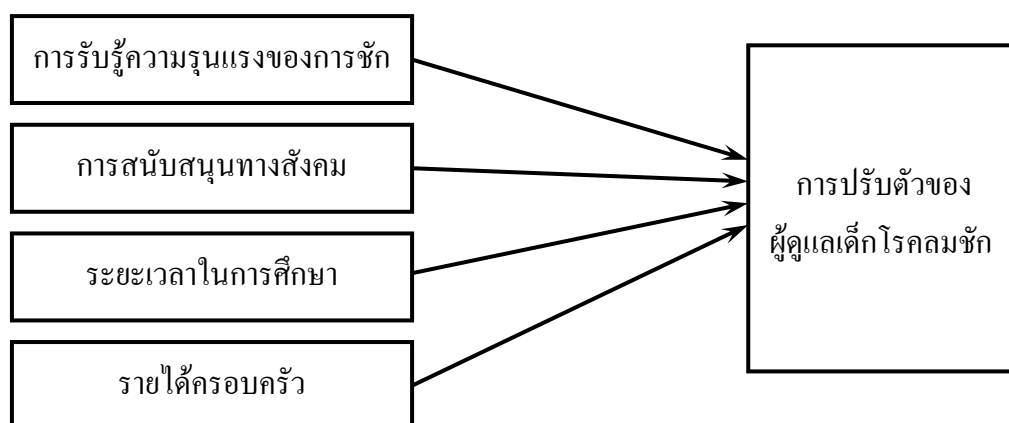
ในการดูแลเด็กโรคลมชัก สิ่งเร้าตรงที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการตอบสนองทันที ได้แก่ ความรุนแรงของการชัก หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการชักรุนแรงซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเด็กจะทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ไม่ดีหลายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Thomas, & Bindu, 1999) ส่วนสิ่งเร้าร่วมซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักต้องมีการปรับตัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแล และสิ่งเร้าแฝง ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ ประสบการณ์เดิม และวิถีชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เป็นต้น

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งเร้าร่วมที่จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณได้รับการยอมรับ ได้รับความเห็นใจ ได้รับสิ่งของและแรงงานที่ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อการปรับตัว ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และแสดงออกมาเป็นการปรับตัวในทางบวก จากการศึกษาในกลุ่มมารดาของเด็กโรคธาลัสซีเมียและโรคสมองพิการ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวและสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาได้ (ก้านจิต ศรีนนท์, 2541; เบญญาภา เจริญวิจิตรศิลป์, 2548)

ระยะเวลาในการศึกษาจะทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาระดับสติปัญญา และความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี (ชูทิพย์ ปานปรีชา, 2535) มีวิจารณ์งานในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ เป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล ที่เกิดจากการเรียนรู้ผ่านระบบการศึกษา ทำให้เกิดการใช้สติปัญญาในการคิดพิจารณา ร่วมกับการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในอดีตส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการปรับตัวในทางบวก จากการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียและโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัว และสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาได้ (ก้านจิต ศรีนนท์, 2541; Limsiriwat, 2003)

ส่วนรายได้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงิน ครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่าย่อมมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพ (บุษกร อินทวิชัย, 2539) สิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือในการปรับตัวได้ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยเนื่องจากทำให้ผู้ดูแลมีการคิดรู้ เรียนรู้ และการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่า จากการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดา (Limsiriwat, 2003) และจากการศึกษาในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคนแรก พบว่ารายได้ครอบครัวสามารถทำนายความผันแปรการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาได้ (Khadking, 2001)

ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรที่นำมาศึกษาได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชักซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ส่วนสิ่งเร้าร่วมที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมากและสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลได้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว ส่วนสิ่งเร้าแฝงและระดับการปรับตัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งนำเข้า ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากระดับการปรับตัวของบุคคลต้องพิจารณาจากจำนวนและความรุนแรงของสิ่งนำเข้า และสมรรถนะร่างกายของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นามธรรม มีความซับซ้อนสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้สามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ครอบครัวของผู้ดูแล และการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
2. การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่พาผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรกระบบประสาทในเด็ก ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 จำนวน 94 ราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กโรคลมชักอย่างได้มีประสิทธิภาพ

2. เป็นแนวทางในการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

นิยามตัวแปร

การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก การปรับตัวมีสี่ด้าน ประกอบด้วย (1) การปรับตัวด้านร่างกาย (2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และ (4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน ประเมินการปรับตัวโดยใช้แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของรอย (Roy, 1991 อ้างใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดการปรับตัวของ ชูชื่น ชีวพูนผล มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก คะแนนมากหมายถึงผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี

การรับรู้ความรุนแรงของการชัก หมายถึง การให้ความหมายของอาการชักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ดูแล แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่รุนแรง รุนแรงเล็กน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก สามารถวัดได้โดยข้อคำถาม 1 ข้อ ซึ่งถามการรับรู้ความรุนแรงของการชัก คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการชักรุนแรงมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับความช่วยเหลือที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านวัตถุสิ่งของ โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (2) กลุ่มบุคคลในครอบครัว (3) กลุ่มพี่น้องและญาติ (4) กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน และ (5) กลุ่มบุคคลในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเสริมศรี สันตติ (Santati, 2005) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเสริมศรี สันตติ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก คะแนนมากหมายถึงผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ระยะเวลาในการศึกษา หมายถึง จำนวนปีของการได้รับการศึกษาภาคบังคับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่หนึ่งถึงขั้นสูงสุดของผู้ดูแลที่สำเร็จการศึกษาในระบบ (ระยะเวลาที่มากกว่า 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

รายได้ครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่ได้รับเฉลี่ยเป็นบาทต่อเดือนจากการประกอบอาชีพของผู้ดูแลและคู่สมรสรวมกัน หรือรายได้ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในกรณีที่อีกฝ่ายหนึ่งไม่มีรายได้ โดยยังไม่หักค่าใช้จ่ายใดๆ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว การทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยนี้จะเสนอตามลำดับ ดังนี้

โรคลมชัก

การปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลโรคลมชัก

- การรับรู้ความรุนแรงของการชัก
- การสนับสนุนทางสังคม
- ระยะเวลาในการศึกษา
- รายได้ครอบครัว
- ปัจจัยอื่นๆ

โรคลมชัก (Epilepsy)

โรคลมชักเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันของการทำงานของเซลล์สมอง โดยมีการปลดปล่อยคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติ (Epileptiform activity) ออกมาจากเซลล์สมอง จำนวนมากพร้อม ๆ กันจากตำแหน่งหนึ่งกระจายไปสู่สมองส่วนอื่น ๆ (กัลยาณี ธีระวิบูลย์, 2549) โดยอาการชักจะเกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2542; Bendadis, 2001) โรคลมชักและการชักในเด็กมีทั้งที่ทราบและไม่ทราบสาเหตุ ในทารกแรกเกิดถึงอายุ 3 เดือนมักมีสาเหตุมาจากภยันตรายจากการคลอด ภาวะสมองขาดออกซิเจน (hypoxic-ischemic injury) ความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) แคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) โพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) และการติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลาง ในทารกอายุ 4 เดือนถึง 5 ปี มักมีสาเหตุการชักมาจากไข้ (Febrile Convulsion) การเกิดภยันตรายต่อศีรษะภายหลังการคลอด ความผิดปกติของระบบประสาทแต่

กำเนิด การติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลาง และโรคที่เกิดความเสื่อมทางระบบประสาท (Neurodegenerative disease) ในเด็กอายุ 6 ถึง 10 ปี พบว่าสาเหตุมักเกิดจากการสืบทอดทางพันธุกรรม และภัยอันตรายต่อศีรษะภายหลังคลอด ส่วนในเด็กอายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มักมีสาเหตุการชักจากภัยอันตรายที่เกิดต่อสมอง การมีความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง พยาธิตัวติดเชื้อสมอง (Cysticercosis) และเนื้องอกสมอง (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2542)

โรคลมชัก สามารถจำแนกตามลักษณะอาการชักเป็น 3 ประเภท ได้แก่ อาการชักเฉพาะที่ (Partial seizures) อาการชักทั้งตัว (Generalized seizures) และอาการชักที่จำแนกไม่ได้ (Unclassified epileptic seizure) (จริยา วิฑะศุกร, 2546; สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2542)

อาการชักเฉพาะที่ (Partial seizures) มีจุดเริ่มต้นจากสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง อาการแสดงจะแตกต่างกันตามตำแหน่งพยาธิสภาพที่เป็นจุดเริ่มต้นของอาการชัก (Epileptic focus) และการกระจายของอาการชัก โดยสามารถจำแนกอาการชักตามความซับซ้อนได้สามรูปแบบ คืออาการชักเฉพาะที่แบบไม่ซับซ้อน (Simple partial seizures) อาการชักเฉพาะที่แบบซับซ้อน (Complex partial seizure) และอาการชักทั้งตัวที่เกิดตามหลังอาการชักเฉพาะที่ (Partial seizures evolving to generalized tonic-clonic convulsion or Secondary generalized seizures) อาการชักเฉพาะที่แบบไม่ซับซ้อน (Simple partial seizures) เป็นอาการชักที่ผู้ป่วยรู้ตัวตลอดเวลาและจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองมักพบความผิดปกติที่ข้างใดข้างหนึ่งของสมอง ส่วนอาการชักเฉพาะที่แบบซับซ้อน (Complex partial seizure) เป็นอาการชักที่เริ่มต้นจากอาการชักเฉพาะที่แบบไม่ซับซ้อนแล้วต่อมารุนแรงขึ้นจนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงภาวะรู้สึกตัว จำเหตุการณ์ช่วงที่ชักไม่ได้ อาการชักอาจหยุดเพียงเท่านี้หรือก้าวหน้าต่อไปเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติโดยไม่รู้ตัว (Automatism) เช่น เริ่มต้นด้วยรู้สึกกลัว วิตกกังวล หุุดนึ่ง งุนงง ตามด้วยอาการเคี้ยวปาก ขยับปาก จากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่รู้ตัว เช่น บ่นพึมพำ เดินไปมา หมุนไปรอบ ๆ วิ่งโดยไม่มีเหตุผล สับสน บางครั้งมีพฤติกรรมรุนแรงถึงขั้นก่ออาชญากรรมได้ การเปลี่ยนแปลงนี้มักเกิดขึ้นคล้ายๆ กัน หรือซ้ำๆ ในผู้ป่วยนั้น (Stereotype) บางรายอาจมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วย ผลของการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองมักมีความผิดปกติของสมองทั้ง 2 ซีก และอาการชักทั้งตัวที่เกิดตามหลังอาการชักเฉพาะที่ (Partial seizures evolving to generalized tonic-clonic convulsion or Secondary generalized seizures) เป็นอาการชักทั้งตัวที่เกิดตามหลังอาการชักเฉพาะที่ทั้งแบบไม่ซับซ้อนและแบบซับซ้อนซึ่งมีการชักกระจายก้าวหน้าไปมากจนเกิดอาการชักทั้งตัว บางกรณีการชักกระจายรวดเร็วมากจนไม่ทันสังเกตอาการเริ่มต้นได้ สามารถตรวจได้จากผลคลื่นไฟฟ้าสมอง

อาการชักทั้งตัว (Generalized seizures) อาการชักประเภทนี้มีจุดเริ่มต้นในสมองทั้งสองซีก ชายและขวาวพร้อมๆ กัน ผู้ป่วยจะสูญเสียภาวะรู้สึกตัวทันทีทำให้จำเหตุการณ์ไม่ได้ อาการชักเกร็ง

กระตุ้นเป็นทั้ง 2 ข้างพร้อมๆ กัน คลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติมีการกระจายทั้งสอง มีการกระจายกระแสประสาทที่ผิดปกติผ่านเยื่ออันสมองซีกซ้ายและขวา (Corpus callosum) อาการชักทั้งตัวที่พบบ่อย ได้แก่ อาการเกร็งกระตุกทั้งตัว (Tonic-clonic seizure) อาการเหม่อชั่วครู่ (Absence seizure) อาการกระตุกอย่างรวดเร็วคล้ายสะดุ้ง (Myoclonic seizure) การเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้ออย่างทันทีทันใด (Atonic seizure/ Akinetic/ Astatic seizure) อาการชักกระตุกเป็นชุดที่พบในทารก (Infantile spasm) อาการเกร็งกระตุกทั้งตัว (Tonic-clonic seizure) เดิมเรียกว่า Grand mal อาการชักนี้จะเริ่มต้นจากสูญเสียความรู้สึกตามด้วยอาการเกร็งแขนและขา หากยืนอยู่จะล้มพาดลง ขากรไรเกร็ง กัดลิ้น อาจมีเสียงร้องแหลมจนแสบแก้วหูเนื่องจากอากาศถูกบีบให้ผ่านออกทางสายเสียงจากการหดตัวอย่างแรงของกล้ามเนื้อทรวงอก อาจมีปัสสาวะและอุจจาระราด ม่านตาขยายและไม่ตอบสนองต่อแสง ช่วงที่เกร็งนี้ผู้ป่วยจะหยุดหายใจ ชีด และเขียว ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 15 วินาที มักจะไม่เกิน 1 นาที ต่อมาเข้าสู่ระยะกระตุก คือกล้ามเนื้อหดเป็นจังหวะอย่างรุนแรงร่วมกับหายใจเร็วแรง ใบหน้าบิดเบี้ยว ตาเหลือก น้ำลายฟูมปาก เหงื่อออก ชีพจรเร็ว อาการกระตุกมักจะจางหายไปภายใน 30 วินาทีหรืออาจนานกว่านี้ หลังจากนั้นผู้ป่วยจะหมดสติประมาณ 5 นาที แขนขาทั้งสองข้างอ่อนปวกเปียก หายใจแผ่วเบา ม่านตาอาจเท่าหรือไม่เท่ากันก็ได้ แต่เริ่มมีปฏิกิริยาต่อแสง พอตื่นขึ้นมาอาจสับสนงุนงงหรือจำเหตุการณ์อะไรไม่ได้เลย ซึ่งภาษาชาวบ้านมักเรียกอการชักนี้ว่าลมบ้าหมู

อาการเหม่อชั่วครู่ (Absence seizure) เป็นอาการชักที่เกิดจากการควบคุมภาวะรู้สึกถูกขัดขวาง อาการแสดงคือ เหม่อลอย เปลือกตากระตุก และอาจพบอาการศีรษะงอกลง อาการดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและใช้เวลาสั้นๆ ประมาณ 5-15 วินาที เมื่อหยุดชักจะเป็นปกติทันที ส่วนอาการกระตุกอย่างรวดเร็วคล้ายสะดุ้ง (Myoclonic seizure) เป็นการหดตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงและรวดเร็วมาก ระยะเวลาของการชักแต่ละครั้งสั้นมาก อาจเกิดครั้งเดียวหรือติดกันหลายๆ ครั้ง สำหรับการชักแบบการเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้ออย่างทันทีทันใด (Atonic/Akinetic/ Astatic seizure) เป็นอาการชักที่แสดงออกในลักษณะของการทรุดตัวลงทันที หรือถ้ายกมืออยู่มีมือที่ยกจะตกลงมา ระยะเวลาการชักแต่ละครั้งสั้นมาก และอาการชักกระตุกเป็นชุดที่พบในทารก (Infantile spasm) เป็นอาการชักที่แสดงออกในลักษณะแขนขากระตุกคล้ายสะดุ้ง ศีรษะก้มเข้าหาลำตัว อาการอาจเกิดต่อเนื่องหลายๆ ครั้งเป็นชุด ระยะเวลาสั้นแตกต่างกัน กรณีที่ชักนานอาจมีอาการเขียวจากการกลั้นหายใจซึ่งในแต่ละวันอาจชักได้หลายชุด และลักษณะอาการชักประเภทสุดท้ายคืออาการชักที่จำแนกไม่ได้ (Unclassified epileptic seizure) เป็นอาการชักที่ข้อมูลยังไม่ชัดเจน หรือมีลักษณะแตกต่างเป็นพิเศษที่ไม่สามารถจำแนกเข้าในประเภทอื่นได้ ส่วนใหญ่เป็นการชักในทารกแรกเกิดซึ่งอาจจะมีรูปแบบแตกต่างออกไป เช่น neonatal seizure

อาการชักที่กล่าวมานี้เป็นอาการที่ผู้ดูแลสามารถสังเกตได้ และจะเป็นผู้ให้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้ดีที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่มักหยุดชักแล้ว การได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจากผู้ดูแลหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยชักจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยได้ว่าใช่อาการชักหรือไม่ เป็นการซักชนิโค และช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากโรคอื่นที่มีอาการคล้ายชักได้ การวินิจฉัยโรค สามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การชักประวัติของผู้ป่วยเด็กจากผู้ดูแลมักเกี่ยว ข้องกับประวัติการคลอด พัฒนาการที่ผิดปกติ การเกิดขย้อนตรงต่อสมอง ประวัติการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นต้น ส่วนการตรวจร่างกายมักเป็นการตรวจหาความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ ขนาดศีรษะที่ผิดปกติ และความผิดปกติของระบบทั่วไปที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของสมองที่ทำให้เกิดอาการชัก (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2542)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุของการชักมีแนวทางการตรวจที่แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงอายุและสาเหตุที่สงสัยเนื่องจากสาเหตุของการชักจะแตกต่างกันในแต่ละอายุ ได้แก่ การตรวจระดับเกลือแร่และสารต่าง ๆ ในเลือด เช่น กลูโคส อิเล็กโตรไลต์ แคลเซียม แมกนีเซียม ยูเรียในเลือดและปัสสาวะ แอมโมเนีย และแลคเตต (lactate) รวมทั้งการตรวจระดับกรดอะมิโนในเลือดและในปัสสาวะเพื่อหาสาเหตุของโรคลมชัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นทารกซึ่งบางครั้งใช้การตรวจหาสารเฟอร์ริกคลอไรด์ (ferric chloride) ในปัสสาวะเพื่อช่วยในการคัดกรองแทนเนื่องจากการตรวจระดับกรดอะมิโนนั้นมีราคาแพง การตรวจน้ำไขสันหลังเป็นการตรวจวินิจฉัยอีกวิธีหนึ่งที่กระทำในรายที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในระบบประสาท โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือนที่มาพบแพทย์ด้วยเรื่องชักจากไขเป็นครั้งแรก

การตรวจคลื่นสมอง (Electroencephalography, EEG) เป็นการตรวจที่ช่วยวินิจฉัย และจำแนกชนิดของโรคลมชักเพื่อเป็นแนวทางในการรักษาและทำนายโรค แต่ผลการตรวจคลื่นสมองที่ปกติไม่ได้แสดงว่าบุคคลนั้นไม่ได้เป็นโรคลมชัก เพียงแต่ไม่พบความผิดปกติในช่วงเวลาที่ตรวจเท่านั้น การแปลผลต้องอาศัยประวัติและอาการแสดงเป็นหลักซึ่งผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างมากเนื่องจากมีโอกาสพบเห็นอาการชักของผู้ป่วยเด็กได้มากกว่าผู้อื่น นอกจากนี้การจำแนกผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักจริงออกจากผู้ป่วยที่สร้างทำหรือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต คือวิธีการตรวจคลื่นสมองร่วมกับการถ่ายภาพวิดีโอ (video-EEG monitoring) รวมถึงการตรวจโดยวิธีประสาทเทคโนโลยี (Neuroimaging) ได้แก่ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography: CT) การถ่ายภาพอวัยวะโดยอาศัยพลังแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging: MRI) ในการช่วยวินิจฉัย การตรวจด้วย MRI นั้นมีประโยชน์อย่างมากในการวินิจฉัยหาสาเหตุและรักษาโรคลมชัก นอกจากนี้ยังมีการตรวจปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองด้วยวิธีการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพส่วนตัด โดยอาศัย

คอมพิวเตอร์ในการปลดปล่อยโฟตอนเดี่ยว (Single Photon Emission Computerized Tomography, SPECT) ซึ่งเป็นการตรวจการทำงานของสมอง เช่น หาตำแหน่งของสมองที่ใช้กลูโคสมากหรือน้อยกว่าปกติในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการชัก โดยสมองส่วนที่ทำงานผิดปกติจะมีการใช้กลูโคสมากกว่าปกติ ซึ่งเป็นวิธีล่าสุดที่นำมาใช้ตรวจเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคลมชักแต่เป็นวิธีที่มีราคาแพง

การวินิจฉัยโรคที่ได้จากการชักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางวิธีทางประสาทเทคโนโลยีนั้น ทำให้ทราบลักษณะของอาการชัก สาเหตุของการชัก เพื่อนำไปเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาให้การรักษาต่อไป สำหรับการรักษาโรคลมชักในปัจจุบันสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยการรับประทานยา การผ่าตัด การรักษาด้วยอาหาร และการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อบ่งชี้และข้อจำกัดที่แตกต่างกันตามสาเหตุ อาการ และลักษณะของผู้ป่วย การรักษาโรคลมชักที่นิยมใช้มากที่สุดคือ การรักษาด้วยยาเนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและส่วนใหญ่ให้ผลในการรักษาดี เป้าหมายของการรักษาด้วยยา คือเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดจากอาการชัก (seizure free) โดยพยายามควบคุมอาการชักให้ได้เร็วที่สุด และไม่มีอาการข้างเคียงหรือพิษจากยาทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (กัลยาณ์ ชีระวิบูลย์, 2549; ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544) ผู้ป่วยที่มีอาการชักนานจะมีโอกาสหาย (remission) น้อยลง

ยากันชักแต่ละชนิดมีความจำเพาะต่ออาการชักต่างชนิดกัน การตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การให้ยากันชักในผู้ป่วยเด็กมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่เนื่องจากชนิดของโรคลมชักที่ในเด็กและผู้ใหญ่มีความแตกต่างกัน สมองของเด็กยังคงมีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงตามวัยมากกว่าผู้ใหญ่ การดำเนินโรคในผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าผู้ใหญ่ รวมถึงเภสัชจลนศาสตร์ของยากันชักก็มีความแตกต่างกันอย่างมาก แต่ทั้งนี้การให้ยากันชักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ควรมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การให้ยากันชักต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับชนิดของการชักโดยเริ่มต้นด้วยการให้ยากันชักชนิดเดียว (monotherapy) ก่อนเพราะมีหลักฐานว่าควบคุมอาการชักได้ดีกว่าการให้ยาหลายๆ ชนิดพร้อมกัน ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียง และปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอดีกว่า (good compliance) และมีราคาถูก หากควบคุมอาการชักไม่ได้จึงพิจารณาใช้ยากันชักหลายชนิด (polytherapy) ร่วมกัน แพทย์จะให้ยากันชักในขนาดสูงสุดที่จะสามารถควบคุมอาการชักได้ โดยไม่มีอาการข้างเคียงโดยปรับระดับยาเพิ่มขึ้นทีละน้อยอย่างช้าๆ เพื่อหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์จากยา แพทย์จะปรับระดับยากันชักแพทย์โดยพิจารณาจากระดับยาในกระแสเลือด (blood level) ร่วมกับอาการของผู้ป่วย และบริหารยาตามคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา การเลือกให้ยากันชักที่เคยได้รับจากบริษัทเดิมไม่ควรเปลี่ยนบริษัทที่ผลิตกลับไปกลับมา เนื่องจากอาจทำให้ผู้ป่วยกลับมาควบคุมอาการชักไม่ได้หรือเกิดผลข้างเคียงมากกว่าเดิม (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2542)

ซึ่งผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยเด็ก ได้รับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามแผนการรักษาเพื่อผลการรักษาที่ดี รวมถึงการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา และปฏิกิริยาระหว่างยากันชักที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเด็ก

การสังเกตอาการข้างเคียงของยากันชัก เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก อาการข้างเคียงของยากันชักสามารถแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม (ชัยชน โลว์เจริญกุล, 2544; สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2542) ได้แก่ อาการเป็นพิษ (Toxicity) อาการแพ้ (idiosyncrasy) ความผิดปกติทางเมตาบอลิก (metabolic abnormality) อาการเป็นพิษต่อเด็กในครรภ์ (teratogenicity) และผลต่อการตั้งครรภ์ที่ทำให้มีอาการชักเพิ่มมากขึ้น สำหรับในผู้ป่วยเด็กนั้นผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยากันชัก โดยเฝ้าระวังอาการเป็นพิษ (Toxicity) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด อาการที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับยาในกระแสเลือดและอาการจะหายไปเมื่อระดับยาในกระแสเลือดลดลง แม้จะเคยเกิดอาการเป็นพิษแต่ผู้ป่วยยังสามารถใช้ตัวยาเดิมได้โดยปรับขนาดยาให้เหมาะสม อาการที่พบบ่อยสำหรับยาฟีโนบาร์บิทัล (Phenobarbital) ยาฟิโนโทอิน (Phenytoin) และยาคาร์บามาซีพีน (Carbamazepine) ได้แก่ อาการตาข่าย วิงเวียน เห็นภาพซ้อน เดินเซ หรือ่วงซึม ส่วนยาลาโพรอิก แอซิด (Valproic acid) จะพบอาการมือสั่น (postural tremor) และยาฟิโนโทอิน (Phenytoin) จะพบอาการปลายประสาทอักเสบ (peripheral neuropathy) ร่วมด้วย ส่วนอาการแพ้ (idiosyncrasy) เป็นอาการข้างเคียงจากยากันชักที่เกิดเฉพาะกับผู้ป่วยบางรายที่ไวต่อยาชนิดนั้น ๆ อาการมักเกิดในระยะแรก ๆ ที่ได้รับยาแม้จะได้รับยาในขนาดต่ำ ๆ ก็ตามโดยอาการไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับยาในกระแสเลือด เมื่อมีอาการแพ้เกิดขึ้นต้องหยุดยา เปลี่ยนชนิดของยา และไม่ควรกลับมาใช้ยานั้นอีก อาการแพ้ที่พบ ได้แก่ อาการแพ้ทางผิวหนัง ด้ับอักเสบ การกดไขกระดูก อาการแพ้ที่พบบ่อย ได้แก่ ผื่นคันจากยาคาร์บามาซีพีน (Carbamazepine) ยาฟิโนโทอิน (Phenytoin) และยาฟีโนบาร์บิทัล (Phenobarbital) และความผิดปกติทางเมตาบอลิก (metabolic abnormality) เป็นอาการที่พบในผู้ป่วยบางรายที่มีโรคทางกาย หรือขาดสารบางอย่างในร่างกายซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดความผิดปกตินี้ สามารถแก้ไขได้โดยการปรับขนาดยาที่ให้หรือรักษาความผิดปกติทางเมตาบอลิกนั้น ได้แก่ ภาวะแคลเซียมต่ำ ภาวะกระดูกพรุนจากยาฟิโนโทอิน (Phenytoin) และยาฟีโนบาร์บิทัล (Phenobarbital) ภาวะพร่องโฟเลตและโรคโลหิตจางชนิดเมกะ โลบลาสติก (megaloblastic anemia) จากยาฟิโนโทอิน (Phenytoin) หรือยาฟีโนบาร์บิทัล (Phenobarbital) ภาวะโซเดียมต่ำจากการหลั่งฮอร์โมนแอนตี้ไดูเรติกที่สร้างจากต่อมใต้สมองส่วนหลังออกมามากกว่าปกติ (SIADH) จากยาคาร์บามาซีพีน (Carbamazepine) ภาวะแอมโมเนียในเลือดสูงจากยาลาโพรอิกแอซิด (Valproic acid) อาการเหงื่อท่วม ขนขึ้นมาก และเป็นสิ่วจากยาฟิโนโทอิน (Phenytoin) อาการผมร่วง น้ำหนักขึ้นจากยาลาโพรอิก แอซิด (Valproic acid) เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ความ

เข้าใจ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของยาเพื่อป้องกันและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กได้รับยากันชักโดยมีผลข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด

เมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับยากันชักจนไม่มีอาการชักแล้วแพทย์จะพิจารณาหยุดยา ซึ่งการหยุดยากันชักในผู้ป่วยเด็กนั้นไม่มีกฎเกณฑ์ว่าควรหยุดยาเมื่อหยุดชักแล้วเป็นเวลากี่ปี แต่โดยทั่วไปจะหยุดยาเมื่อไม่มีอาการชักอย่างน้อย 2 ปี แต่บางกรณีอาจนานกว่านี้ เช่น มีภาวะสมองพิการร่วมด้วย มีการชักอย่างรุนแรง มีอาการชักหลายชนิด และควบคุมอาการชักได้ยาก การหยุดยากันชักจะทำโดยการหยุดยาทีละน้อยอย่างช้า ๆ อาจทำภายใน 2-6 เดือน จนไม่ชักเลยเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี ผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีอาการชักเลยในช่วงที่ได้รับการรักษาตลอดระยะเวลา 4 ปี เมื่อหยุดยาจะมีโอกาสหายประมาณร้อยละ 75 ถ้าไม่มีอาการชักเลยตลอดระยะเวลา 2 ปี มีโอกาสหายร้อยละ 50-60 ส่วนในผู้ป่วยเด็กที่ชักตั้งแต่อายุน้อยแต่ไม่ต่ำกว่า 2 ปีและเป็นการชักในระยะเวลานาน ๆ การพยากรณ์โรคจะดี (สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2542) ผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการประเมินประสิทธิภาพของยากันชักที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเด็กได้ โดยประเมินจากจำนวนครั้งของการชักที่ลดลงหลังจากได้รับยาซึ่งทำได้โดยการจดบันทึกจำนวนครั้งของการชักลงในปฏิทินหรือสมุดบันทึกอาการชัก

นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ผู้ป่วยที่ควบคุมอาการชักยากแพทย์จะพิจารณาให้รักษาด้วยวิธีอื่น ได้แก่ การผ่าตัด การรักษาด้วยอาหาร (Ketogenic Diet) และการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส ผู้ป่วยโรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ด้วยยาประมาณร้อยละ 15-25 จะได้รับการพิจารณาให้รักษาด้วยการผ่าตัดในรายที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักด้วยยา การชักมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตำแหน่งจุดตั้งต้นของอาการชักและตำแหน่งที่ผ่าตัดต้องไม่กระทบส่วนใกล้เคียงจนเกิดผลเสีย การผ่าตัดทำได้โดยการตัดเอาส่วนที่เป็นจุดเริ่มต้นของการชักออกจากสมองด้านข้าง (Temporal lobe) ซึ่งให้ผลการรักษาดีมาก ร้อยละ 90 มีอาการดีขึ้น ร้อยละ 68 หายจากอาการชัก ร้อยละ 24 ควบคุมอาการได้ดีขึ้น และการตัดสมองส่วนที่อยู่ภายนอกของสมองด้านข้างออกโดยตำแหน่งที่นิยมทำคือบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ซึ่งผลการรักษาดีพอควร ร้อยละ 45 หายจากอาการชัก และร้อยละ 35 ควบคุมอาการชักดีขึ้น (จริยา วิทชะสุกร, 2546) อันตรายจากการผ่าตัดขึ้นอยู่กับเทคนิคในการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยสำหรับผ่าตัด และการตรวจร่างกาย โดยก่อนทำการผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินสภาพอย่างละเอียดเพื่อให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด และหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ในกรณีที่การรักษาด้วยยาไม่ได้ผลยังมีวิธีการรักษาด้วยอาหารที่เรียกว่า ลีโตจีนิก ไดเอท (Ketogenic Diet) ซึ่งให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง แต่โปรตีน และคาร์โบไฮเดรตต่ำ เช่น อาการกระตุกของกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็วแบบซับซ้อน (complex myoclonic epilepsy) ที่มีชักแบบเกร็งกระตุก (tonic-clonic) ร่วมด้วย วิธีนี้ใช้ในการรักษาเริ่มแรกในผู้ป่วยเด็กที่ชักจากการพร่องเอนไซม์

ไพรูเวต ดีไฮโดรจีเนส (pyruvate dehydrogenase) ซึ่งพบว่าได้ผลดีและปลอดภัยเมื่อใช้กับเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี อาหารนี้ส่วนใหญ่เป็นไขมัน จำกัดแป้งและโปรตีน เด็กที่อายุมากกว่า 2-3 ปี จะไม่รับประทานอาหารนี้เนื่องจากรสชาติไม่อร่อย ประกอบกับการเตรียมอาหารนี้ต้องใช้เวลา และมีการชั่งอย่างละเอียดจึงไม่เป็นที่นิยมนำมาใช้ การรักษาด้วยวิธีนี้ยังไม่ทราบกลไกแน่ชัด แต่ห้ามนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาอัลโพรอเทท (valproate) อย่างเด็ดขาดเพราะจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อตับสูง (จริยา วิหะสุกร, 2546; สมพนธ์ ทัศนียม, 2547)

การรักษาโดยการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Vagus Nerve Stimulation) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้รักษาอาการชักที่ควบคุมไม่ได้ เส้นประสาทเวกัสนั้นเป็นประสาทสมองคู่ที่ 10 ทอดผ่าน pharynx เพดาน หลอดเลือด หัวใจ ปอด และท่อทางเดินอาหารโดยเป็นตัวนำข้อมูลต่าง ๆ เข้าสู่สมองบริเวณฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) และคอร์เท็กซ์ (Cortex) ซึ่งมีบทบาทสำคัญที่ก่อให้เกิดอาการชัก คาดว่าการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสจะช่วยลดการกระตุ้นของเซลล์ประสาทโดยมีหลักการคล้ายการกระตุ้นหัวใจ (Cardiac pacemaker) แต่กลไกที่แท้จริงยังไม่ทราบ หลังการรักษาประมาณหนึ่งปีครึ่งขึ้นไปจึงจะเริ่มเห็นผล และสามารถควบคุมอาการชักได้ดีขึ้นประมาณร้อยละ 50 (จริยา วิหะสุกร, 2546; สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย, 2542)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรักษาโรคลมชักที่ได้ผลอย่างมากและนิยมนำมาใช้ คือการรักษาด้วยการรับประทานยากันชัก แต่การรักษาจะได้ผลดีหรือไม่ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กซึ่งผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสพ้นหายจากโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักสามารถแบ่งได้เป็นสองระยะ ได้แก่ การดูแลขณะมีอาการชัก และการดูแลในระยะยาว การดูแลผู้ป่วยเด็กขณะมีอาการชัคนั้นทำได้โดยผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลืออย่างมีสติและสงบ ไม่แสดงอาการตื่นเต้นตกใจ นำสิ่งของทุกอย่างที่อาจทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับบาดเจ็บออกจากบริเวณนั้น ป้องกันศีรษะกระแทกพื้น โดยอาจใช้หมอนหรือผ้าห่มรองศีรษะ จัดให้ผู้ป่วยนอนราบตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลักและลื่นตกไปอุดทางเดินหายใจ ไม่ใช่นิ้วหรือสิ่งของจัดปากผู้ป่วยขณะชักเพราะอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ช่วยเหลือ คลายเสื้อผ้าผู้ป่วยให้หลวม พยายามทำให้ผู้ป่วยหยุดชักโดยเร็ว เช่น การให้ยากันชักทางทวารหนัก แต่ไม่ควรป้อนอาหารหรือยาจนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสำลักได้ ไม่ขัดขวางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย สังเกตอาการชัก ได้แก่ ระยะเวลาที่ชัก ลักษณะการชัก อาการนำ ลักษณะสรีรขณะชัก เป็นต้น ควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ หลังจากหยุดชักห้ามยัดจับผู้ป่วยเนื่องจากในระยะแรกผู้ป่วยอาจยังไม่รู้สติ และมีอาการงุนงงอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการต่อสู้รุนแรงได้ หากผู้ป่วยหลับภายหลังการชักควรให้หลับต่อไป ปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยฟื้นคืนสติ หากผู้ป่วยเด็กมีอาการหายใจลำบาก ชักนานกว่า

ปกติ หรือชักซ้ำขณะที่ยังไม่ฟื้นเป็นปกติควรรีบนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และช่วยการหายใจทันทีที่พบว่าผู้ป่วยหยุดหายใจ (กัลยาณ์ ชีระวิบูลย์, 2549; จริญญา วิทยะศุภกร, 2546; Bowden, & Greenberg, 2003; Jackson, & Vessey, 2000) ผู้ดูแลที่สามารถปฏิบัติตนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กในขณะชักได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจะลดการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ความพิการ และการเสียชีวิตเนื่องจากการชักได้

นอกเหนือจากการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการชักแล้ว การดูแลในระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การดูแลในระยะยาวที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ คือการให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่หยุดยากันชักเอง และสังเกตผลข้างเคียงและพิษจากการได้รับยากันชัก หากผู้ป่วยเด็กมีไข้สูงควรรีบเช็ดตัวลดไข้และรับประทานยาลดไข้เพื่อป้องกันการเกิดอาการชัก และเมื่อเจ็บป่วยควรพาไปพบแพทย์ ควรแจ้งให้แพทย์ทราบว่าผู้ป่วยเด็กเป็นโรคลมชักและรับประทานยาชนิดใดอยู่ หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการชัก เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า การอดนอน บางรายปัจจัยชักนำอาจเป็นแสงวูบวาบจากโทรทัศน์หรือเกมส์คอมพิวเตอร์ การติดเชือร่างกาย เป็นต้น หลีกเลี่ยงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตหากเกิดอาการชัก เช่น การอาบน้ำจากอ่าง การว่ายน้ำตามลำพัง การเดินข้ามถนนตามลำพัง การอยู่ใกล้เตาไฟ และการปีนป่ายที่สูง เป็นต้น ผู้ดูแลควรสอนให้ผู้ป่วยเด็กทราบแนวทางปฏิบัติสำหรับตนเมื่อเกิดอาการชัก ได้แก่ หยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันทีเมื่อรู้สึกว่าจะมีอาการชัก บอกบุคคลใกล้ชิดขณะนั้นให้ช่วยและนอนราบบนพื้นที่ไม่มีสิ่งกีดขวางกระแทกร่างกาย เป็นต้น ให้ผู้ป่วยพบบัตรแสดงตนว่าเป็นโรคลมชักเมื่อออกจากบ้าน

สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เพิ่งเข้าโรงเรียนผู้ดูแลต้องสื่อสารกับทางโรงเรียนและครูผู้สอนให้ทราบถึงโรคและอาการชักของผู้ป่วยเด็ก รวมถึงวิธีการปฐมพยาบาลเพื่อให้การดูแลได้ถูกต้องเมื่อมีอาการชัก การสื่อสารจะทำให้ครูและเพื่อนนักเรียนของผู้ป่วยเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อโรคลมชักเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยถูกปฏิเสธ นอกจากนี้ผู้ดูแลควรจัดให้ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และถูกสุขลักษณะทางโภชนาการ ส่วนกีฬาที่ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักสามารถเล่นได้ควรเป็นกีฬาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย เนื่องจากอาจเกิดอาการชักขณะเล่นกีฬาและทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ไม่ควรห้ามเล่นกีฬาเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกมีปมด้อย รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากเด็กคนอื่น ขาดเพื่อน ถูกล้อเลียน และขาดการออกกำลังกายส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ และคุณภาพชีวิตไม่ดี จึงควรให้ผู้ป่วยเด็กออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและลดโอกาสการเกิดกระตุกบางจากการรับประทานยากันชักในระยะยาว ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยเลือกเล่นกีฬาที่เหมาะสมกับความถนัดและไม่หักโหมจนร่างกายเหนื่อยล้าเพราะจะกระตุ้นให้เกิดอาการชักได้ กีฬาที่ปลอดภัย

สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การวิ่ง การเดินออกกำลังกาย การเล่นปิงปอง และการเต้นแอโรบิก เป็นต้น ส่วนกีฬาที่ต้องระมัดระวังขณะเล่น เช่น การขี่จักรยาน การเตะฟุตบอล การว่ายน้ำ เป็นต้น

ผู้ดูแลควรพาผู้ป่วยเด็กมาพบแพทย์ตามนัด และเป็นผู้ทำปฏิทินการรับประทานยา จัดบันทึกจำนวนครั้งและลักษณะของการชัก ตลอดจนผลข้างเคียงของยา และให้ข้อมูลกับแพทย์ ความร่วมมือในการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเด็กควบคุมอาการชักได้ดีและเร็วขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลควรพูดคุยกับผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับแผนการในอนาคต และอธิบายให้ผู้ป่วยเด็กทราบว่าตนเองสามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่สามารถแต่งงานและมีบุตรได้เหมือนคนทั่วไป แต่การมีบุตรควรทำเมื่อสามารถควบคุมการชักและหยุดยากันชักได้แล้วจะดีที่สุด (กลุ่มศึกษาวิจัยโรคลมชัก, 2551ก-ง; จริยา วิริยะสุทร, 2546; สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2546)

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักนั้น เป็นภารกิจที่ค่อนข้างหนักสำหรับผู้ดูแล ต้องใช้พลังงานและเวลาอย่างต่อเนื่องยาวนานในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ภาระหน้าที่ในการดูแลที่ต้องรับผิดชอบทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักต้องมีการปรับตัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสมและใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยเด็กได้อย่างผาสุก

การปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกตัวบุคคลและแสดงออกมามีได้สถานการณ์จำเพาะ (Roy, 2009) รอยได้แบ่งการปรับตัวออกเป็นสี่ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาห้วกัน บุคคลที่สามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพจะเกิดความสมดุลในชีวิต หากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลให้เกิดอาการทางจิตเวชตามมา ซึ่งอาการทางจิตเวชจากการปรับตัวที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นมักมีอาการไม่กินหกลดน้ำหนักซึ่งสามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ อาการทางจิตเวชมักเกิดภายในเวลาสามเดือนหลังเกิดสถานการณ์กดดันมากระทบ โดยเกิดจากอาการตึงเครียดที่มากเกินไปกว่าการตอบสนองต่อสถานการณ์กดดันตามปกติ ทำให้มีความบกพร่องอย่างชัดเจนในการทำหน้าที่ การงาน การเรียน หรือการเข้าสังคม อาการที่ปรากฏ ได้แก่ วิตกกังวล หงุดหงิด ตึงเครียด ตื่นเต้น เสรีเสียใจ รู้สึกสิ้นหวัง มีการประพฤติดที่ละเมิดสิทธิผู้อื่น ละเมิดกฎเกณฑ์ เช่น ไม่มีความรับผิดชอบ แสดงความป่อาเถื่อน ใช้กำลัง ละเลยความรับผิดชอบตามกฎหมาย มีพฤติกรรมแปรปรวน บุคคลเหล่านี้จะมีปัญหาทางด้านการทำงาน และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแบบชั่วคราว และมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า

ผู้ที่มีอายุ 10-29 ปี ที่ทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 9 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติ (รณชัย คงสกนธ์, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักและโรคเรื้อรังมักประสบปัญหาในการปรับตัว ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นสี่ด้านตามแนวคิดของรอย (Roy, 2009) ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ปัญหาในการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในวัยเด็กซึ่งไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลในส่วนของการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติร่วมกับการดูแลในยามเจ็บป่วย ประกอบกับโรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้เวลาในการรักษายาวนาน ผู้ป่วยเด็กอาจมีอาการชักที่รุนแรงและเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ ผู้ดูแลจึงต้องเฝ้าระวังอาการและดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าการดูแลเด็กโดยทั่วไป ผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวัน เช่น ลดเวลาในการรับประทานอาหาร และพักผ่อนนอนหลับน้อยลง (Thomas, & Bindu, 1999) เพื่อให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ดูแลที่มีการปรับตัวไม่เหมาะสมมักจะทุ่มเทเวลาแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างมากโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพของตนเองส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรม ผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังมักมีอาการนอนไม่หลับเนื่องจากมีความวิตกกังวล ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย มีอาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อยลง (Jackson, & Vessey, 2000) ภาระการดูแลเด็กซึ่งเป็นโรคเรื้อรังอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ ส่งผลให้เกิดปัญหาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ตามมา

จากการศึกษาของอีสแมนและคณะ (Eastman, et al., 1999) พบว่า บิดามารดาของเด็กโรคลมชักที่ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ และมียังมีอาการชักที่รุนแรงจะมีความตึงเครียดสูงมาก (Eastman, et al., 1999) และจากการทบทวนวรรณกรรมของเอลลิส (Ellis, et al., 2000) พบว่าการดูแลเด็กโรคลมชักที่มีอาการรุนแรงและไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของออสติน (Austin, 1988) ที่พบว่าครอบครัวเด็กโรคลมชักมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวเด็กเด็กโรคหอบหืด จากการศึกษาของโธมัสและบินดู (Thomas, & Bindu, 1999) พบว่าครอบครัวของเด็กโรคลมชักมีระดับความซึมเศร้า ความโกรธ ความอับอายสูง รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (helplessness) บ่อยครั้ง และมีความคับข้องใจ

ส่วนปัญหาในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่นั้นเกิดขึ้นเนื่องจากการดูแลเด็กโรคลมชักต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับผู้ป่วยยังอยู่ในวัยเด็ก มีแนวโน้มที่จะมีระดับสติปัญญาค่าต่ำกว่าเด็กทั่วไป (Seidenberg, et al., 1986) และมักมีปัญหาทางด้านพฤติกรรม (Hoare, & Kerley, 1991; McDermott, et al., 1995) ทำให้ผู้ดูแลต้องปรับสมดุลระหว่างบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กกับบทบาทในการจัดการชีวิตประจำวันของตนเองและครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิด

ความเหนื่อยหน่ายต่อการดูแล (Heinzer, 1998; Sisk, 2000; Melnyk, Feinstein, Moldenhouer, & Small, 2001) ส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลด้วย ได้แก่ พี่น้องของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และคู่สมรสของผู้ดูแล เป็นต้น จากการศึกษาของฮัวร์และเคอร์เลย์ (Hoare, & Kerley, 1991) พบว่า 1 ใน 4 ของพี่น้องของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีปัญหาพฤติกรรม ปัญหานี้อาจเกิดจากความรู้สึกอิจฉาที่บิดามารดาไม่ให้ความสนใจหรือเอาใจใส่แต่ผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (Devinsky, 1997) ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่ทุ่มเทกับบทบาทการดูแลผู้ป่วยมากเกินไปทำให้มีโอกาสพุดคุยกับคู่สมรสน้อยลง ซึ่งส่งผลให้สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับคู่สมรสไม่ดี (Boulow, et al., 2006; Ellis, et al., 2000)

นอกจากบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลหลายรายต้องทำงานหารายได้ ทำให้งานที่ทำอยู่ได้รับผลกระทบจากการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 50 เข้าทำงานสายและกลับบ้านเร็ว รับประทานอาหารกลางวันนานกว่าปกติ รับโทรศัพท์เรื่องการดูแลผู้ป่วยบ่อย ขาดงานบ่อยเนื่องจากต้องไปดูแลผู้ป่วย หรือผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และพบว่า 1 ใน 10 ต้องลาออกจากงาน ร้อยละ 11 หยุดงานไปเฉย ๆ บางคนต้องเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาทำงานเป็นบางเวลาแทน (Kathleen, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาในออสเตรเลียที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 28 ต้องออกจากงาน หรือทำงานน้อยลง ออกจากงานก่อนกำหนดทำให้สูญเสียเงินค่าจ้าง หหมดโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ ทำให้มีความพึงพอใจต่อตนเองน้อยลง และมีสถานะทางการเงินไม่มั่นคง (Scharlach, et al., 2001) มีการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเรื่องการใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเด็กกับการหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์ และมนิรัตน์ ภาณุรูป, 2548) และจากการศึกษาในครอบครัวเด็กโรคลมชักพบว่าครอบครัวที่มีเด็กโรคลมชักในความดูแลทำให้ฐานะการเงินของครอบครัวต่ำลง (Austin, et al., 2004) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจำเป็นต้องมีการปรับตัวด้านการทำบทบาทหน้าที่ เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กกับการจัดการชีวิตประจำวันของตนเองและครอบครัว รวมทั้งเพื่อรักษาสัมพันธภาพในครอบครัวและเสถียรภาพทางการเงินของครอบครัวด้วย

นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักยังมีปัญหาในการปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลไม่สามารถแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วยเด็กไว้เพียงลำพังได้ทั้งหมด ทำให้ต้องมีการพึ่งพาเครือข่ายในสังคมของตน ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งการพึ่งพาพึ่งพาระหว่างผู้ดูแลกับบุคคลที่เป็นเครือข่ายทางสังคมนั้น อาจมีลักษณะของการถูกพึ่งพา เช่น ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเป็นผู้หารายได้มาจุนเจือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เป็นที่ปรึกษาหารือของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กคนอื่น ๆ เป็นต้น และลักษณะของการที่ผู้ดูแลพึ่งพาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น การได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากญาติหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว การได้รับวัตถุสิ่งของต่าง ๆ จากเพื่อนบ้านรวมถึงการได้รับการ

สนับสนุนทางด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน จากการศึกษาของบีช (Beech, 1992) พบว่าครอบครัวเด็กโรคลมชักหลาย ๆ ครอบครัวได้รับคำแนะนำเพียงเล็กน้อยตั้งแต่เรื่องการวินิจฉัยครั้งแรก ครอบครัวมากกว่าครึ่งหนึ่งต้องค้นหาข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง และพบว่าการขาดข้อมูลข่าวสารทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง และโรคลมชักพบว่าผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาห้วกัน หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเงิน การประกอบอาชีพ รวมถึงสัมพันธ์กับบุคคลที่เกี่ยวข้องในเครือข่ายทางสังคม ดังนั้นจึงควรมีการประเมินการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักว่ามีการปรับตัวอยู่ในระดับใด ต้องการความช่วยเหลือในด้านใด และมากน้อยเพียงใด ซึ่งการที่ผู้ดูแลจะปรับตัวได้หรือไม่ก็มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องและปัจจัยเหล่านี้ควรได้รับการประเมินเช่นกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลโรคลมชัก

- การรับรู้ความรุนแรงของการชัก

การรับรู้ความรุนแรงของการชัก หรือการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการให้ความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความคาดหวังและการตัดสินใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก (Ygge, & Arnetz, 2001) จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) และอุบล อัมมทินทรัพย์ (2540) พบว่ามารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของโรคมามากจะปฏิบัติดูแลบุตรมากขึ้น และมากกว่ามารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของโรคน้อย และพยายามปฏิบัติตามแผนการรักษาที่แพทย์หรือพยาบาลให้คำแนะนำในการดูแลเด็กป่วยอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความสุขสบายมากที่สุด (เพลินดา พรหมบัวศรี, 2536) ในการดูแลเด็กโรคลมชักนั้น ความรุนแรงของการชักทำให้ผู้ดูแลเกิดความตื่นตระหนกอย่างมาก (Eastman, et al., 1999) ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้ ชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก พบว่าความรุนแรงของการชักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ของการปรับตัวในมารดาเด็กโรคลมชัก ซึ่งได้แก่อาการซึมเศร้าของมารดา ความเชื่อมั่นในการจัดการอาการชัก และการคงไว้ซึ่งกิจกรรมยามว่างในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .05$; $r = .17, p < .05$ และ $r = -.34, p < .01$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ จากการศึกษาของโธมัสและบินดู (Thomas & Bindu, 1999) ยังพบว่าความรุนแรงของการชัก ทำให้มารดาของเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวที่ไม่ดีหลายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ การดำเนินชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และสัมพันธภาพในสังคม จะเห็น

ได้ว่าจากงานวิจัยที่ผ่านมา ความรุนแรงของการชักเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาถึงอำนาจในการทำนายของความรุนแรงของการชักต่อการปรับตัวของผู้ดูแล และการศึกษาทั้งหมดเป็นการในประเทศตะวันตก ซึ่งมีวัฒนธรรมและสังคมแตกต่างจากประเทศไทย

- การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีระวิทยาและเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมอันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายมากขึ้น (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531)

ได้มีผู้ให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายท่าน ทอยส์ (Thoits, 1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล สอดคล้องกับแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ส่วนแนวคิดของแคปแลนและคณะ (Kaplan, Cassel, & Gore, 1977) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ แล้วทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ได้แก่ การได้รับความรัก การได้รับการยกย่อง และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ มองเห็นคุณค่า ให้การยกย่อง มีความผูกพันกันและกันในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมนั้น (social network) ส่วนไวส์ (Weiss, 1974 อ้างใน สุกัญญา ปรีชญญกุล, 2536) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลทางสังคมที่จะดำรงรักษาไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ ในขณะที่แนวคิดของ เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต

ดังนั้น โดยสรุปการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความ

ช่วยเหลือทางการเงิน วัตถุ สิ่งของ แรงงาน และข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้บุคคลนั้นมีความเป็นอยู่และมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้ แคปแลน (Kaplan, 1974 อ้างใน Friedman & King, 1994) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นสามด้าน คือ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนด้านให้ความรัก ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ (2) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และ (3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ และการบริการ

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นสามด้าน ซึ่งคล้ายคลึงกับแคปแลน ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ตลอดจนการป้อนกลับต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ (2) การสนับสนุนด้านเงินทอง วัตถุ สิ่งของ และแรงงาน หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง และแรงงาน และ (3) การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม หมายถึง การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทอยส์ (Thoits, 1982) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นสามด้าน ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่ทำให้บุคคลที่ได้รับสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ (2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งได้รับคำแนะนำและการป้อนกลับ และ (3) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สเวนเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al., 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบที่เป็นอิสระจากกันมีหน้าที่ให้การสนับสนุนสามด้าน คือ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกันซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ (2) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง และบริการ และ (3) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

ส่วนแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) มีความแตกต่างจากแนวคิดของผู้อื่นเพียงเล็กน้อย โดยเพิ่มการสนับสนุนด้านการประเมินขึ้นอีกหนึ่งด้าน และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นสี่ด้าน ดังนี้ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความเห็นใจ ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ แสดงความรักความผูกพัน และการเห็นคุณค่า รวมทั้งการยอมรับนับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีการประเมินเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคมเพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่ตนเองสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทำให้ทราบว่าการทำงานของตนนั้นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สังคมนั้นกำหนดหรือไม่ (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และ (4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ หรือบริการ (Instrumental support) หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือในรูปวัตถุ สิ่งของ เวลา เงิน หรือแรงงานเพื่อช่วยแก้ปัญหาของบุคคล

นอกจากนี้ ไวส์ (Weiss, 1974 อ้างใน Brandt & Weinert, 1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นห้าลักษณะ ดังนี้ (1) ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดอันจะส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม คือจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก และได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าเหงา หรือโดดเดี่ยว (2) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity of nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่นแล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นฟังพาได้ (3) การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใย เข้าใจซึ่งกันและกัน (4) การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม และ (5) การได้รับความช่วยเหลือ (Assistance) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญกับความเครียดในชีวิต

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไปตามแนวคิดของผู้ที่ศึกษา ซึ่งอาจมีรายละเอียดแตกต่างกันไปบ้าง แต่ส่วนใหญ่มีแนวความคิดที่ความใกล้ชิดเกื้อกัน โดยมักแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็นสามการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือแรงงาน ในการวิจัยครั้งนี้จึงแบ่งการสนับสนุนทางสังคม

ออกเป็นสามด้านเช่นกัน คือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือแรงงาน

การสนับสนุนทางสังคมเป็นมโนทัศน์ที่มีหลายมิติประกอบด้วย (ก) โครงสร้าง (structure) ของกลุ่มสังคมที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม และ (ข) หน้าที่ (function) หรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคม (Cobb, 1976) โดยโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมเป็นขนาดหรือจำนวนคนของกลุ่มสังคม ความหนาแน่น ความบ่อย และความรุนแรงของการติดต่อสัมพันธ์ และรูปแบบของความสัมพันธ์ (Norbeck, 1982) คุณสมบัติโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมที่มีผลต่อการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย (ก) ความมั่นคงของกลุ่มสังคม (ข) การยึดเหนี่ยวในกลุ่มสังคม และ (ค) จำนวนในกลุ่มสังคม (Norbeck, 1982) โดยความมั่นคงของกลุ่มสังคมจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาของความสัมพันธ์ของสมาชิกและความถี่ของการติดต่อสัมพันธ์ว่ามีระยะเวลานานมากน้อยเพียงใด ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกันแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงต่อกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้น และคบหากันมานานจะทำให้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น ส่วนความถี่ในการติดต่อกันนั้นหากมีความถี่ในการติดต่อกันสูงแสดงว่ากลุ่มสังคมนั้นมีความมั่นคงสูง สำหรับการยึดเหนี่ยวในกลุ่มสังคมนั้นกลุ่มที่สมาชิกรู้จักกันมากเรียกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น กลุ่มที่สมาชิกรู้จักกันน้อยเรียกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นแฟ้น กลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น สมาชิกในกลุ่มจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดความจำเป็น ส่วนกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นแฟ้นเป็นกลุ่มที่พบในสังคมเมืองมากกว่าชนบท โดยติดต่อกันด้วยธุรการงานหรือผลประโยชน์ระยะสั้นเฉพาะหน้า สมาชิกในกลุ่มจะไม่มี ความห่วงใยหรือผูกพันกันอย่างลึกซึ้ง แต่สนใจประโยชน์ที่ตนจะได้เฉพาะหน้าเป็นส่วนใหญ่ และพบว่าสมาชิกมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ส่วนจำนวนในกลุ่มสังคมหรือขนาดของกลุ่มนั้นถ้ากลุ่มขนาดเล็กก็มีข้อจำกัดมากจะมีการช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มได้น้อย

การสนับสนุนทางสังคมมีความจำเป็นต่อสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง เนื่องจากบุคคลจะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและได้เรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรค และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Norbeck, 1982)

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักนั้นยังมีจำนวนจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของบูโลว์และคณะ (Buelow, et al., 2006) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียดในบิดามารดาเด็กโรคลมชักจำนวน 20 คนโดยการสัมภาษณ์และถอดเทป ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาเด็กโรคลมชักขาดการสนับสนุนในการรับมือกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคลมชัก โดยบิดามารดาบางรายบอก

ว่าปู่ย่าตายายมักไม่สะดวกที่จะดูแลเด็กโรคลมชัก มารดา รายหนึ่งกล่าวว่าปู่ย่าตายายไม่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลเด็กเพราะไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของเด็กได้ มารดาสองรายบอกว่าไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนในการดูแลเด็กเนื่องจากเกรงว่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยเด็ก บิดามารดาบางรายวิตกกังวลเกี่ยวกับการเงินในครอบครัว บางรายไม่มีเงินสำหรับจ่ายค่าบริการพิเศษที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กได้ เช่น การเข้าค่ายฤดูร้อนสำหรับเด็กพิการ มารดาหมีขายสองรายบ่นว่าบิดาของผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ทำให้มารดามีความวิตกกังวลเรื่องการเงินเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ บิดามารดาเด็กโรคลมชักยังต้องการข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเกี่ยวกับอาการชัก การเฝ้าระวัง การรักษา ผลข้างเคียงของยา และต้องการความรวดเร็วในการวินิจฉัยโรค

ชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดา (maternal adaptation outcomes) ซึ่งวัดได้จากอารมณ์ซึมเศร้า ความเชื่อมั่นในการจัดการอาการชัก และการคงไว้ซึ่งกิจกรรมยามว่างในครอบครัว กับ การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาและเด็กโรคลมชักจำนวน 156 คู่ ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้อาจมีข้อจำกัดในการนำมาอ้างอิงถึงผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในประเทศไทย เนื่องจากศึกษานี้เป็นการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว แตกต่างจากประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวขยายและมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน และงานวิจัยนี้ยังเป็นการวัดการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวของมารดาเพียงบางกลุ่ม ได้แก่ เครือญาติ และเพื่อนบ้าน ไม่ครอบคลุมกลุ่มบุคคลอื่นที่มีปฏิสัมพันธ์และอาจมีอิทธิพลกับการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และบุคคลอื่นในชุมชน

ถึงแม้การศึกษาของชอร์และคณะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก แต่การศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็ก ดังนี้

วนิดา ยืนยง (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดจำนวน 180 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53$, $p < .01$) และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความผันแปรของการปรับตัวของมารดาได้ร้อยละ 28.6 ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญญาภา เจริญวิจิตรศิลป์ (2548) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรสมองพิการและพามาทำกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมที่มูลนิธิเพื่อเด็กสมองพิการจำนวน 50 ราย พบว่าการสนับสนุน

ทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรสมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .42, p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่พาบุตรมารับการรักษาที่คลินิกโรคเลือดในโรงพยาบาล 3 แห่ง จำนวน 200 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ($r = .46, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาได้ร้อยละ 21.3 ($p < .001$)

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคคมชักในต่างประเทศ การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรในประเทศไทย และขัดแย้งกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่มีผลการศึกษาสอดคล้องกันว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายกับการปรับตัวของผู้ดูแลได้

- ระยะเวลาในการศึกษา

ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) การปรับตัวเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาระดับสติปัญญาและการเผชิญปัญหาของบุคคล (ซูทิพย์ ปานปรีชา, 2535) ระดับการศึกษาจึงช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมได้จากการศึกษาเชิงสำรวจของวรรณภา ลิ้มศิริวัฒน์ (Limsiriwat, 2003) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การประเมินสถานการณ์ของมารดา และการปรับตัวของมารดาในมารดาที่ดูแลบุตรก่อนวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำนวน 111 ราย พบว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรก่อนวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ($r = .27, p < .01$) และพบว่าการประเมินสถานการณ์ ระดับความเครียด และระดับการศึกษาของมารดาเป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายการปรับตัวของมารดาได้ร้อยละ 62.9 ($p < .01$) และจากการศึกษาของ ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ที่ศึกษาการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดา ($r = .32, p < .01$) และพบว่าระดับการศึกษาของมารดา การสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของบุตร และอายุบุตร สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของมารดาได้ร้อยละ 30.5 ($p < .05$)

แต่ผลการศึกษาที่กล่าวมานี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ยืนยง (2537) ที่ศึกษาปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดจำนวน 180 ราย พบว่าระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อาจเนื่องจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความเป็น

เอกพันธ์กัน คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53.9 มีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน คือระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า การที่ตัวแปรที่ศึกษามีค่าอยู่ในช่วงแคบ เมื่อทดสอบด้วยสถิติอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร คล้ายคลึงกับการศึกษาของชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว และไม่สามารถทำนายการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชักได้ ซึ่งผลการศึกษานี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในประเทศไทย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานั้นส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับดี คือมีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย แตกต่างจากประเทศไทยซึ่งมีการศึกษาภาคบังคับยังอยู่ในระดับต่ำกว่า คือ มัธยมศึกษาตอนต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักและ ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก และโรคหอบหืด แต่ในผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายกับการปรับตัวของผู้ดูแลได้ จึงควรทำการศึกษาซ้ำเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปร

- รายได้ครอบครัว

รายได้ครอบครัว เป็นสิ่งร่ำรวยและเป็นสิ่งที่บ่งชี้ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว รายได้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางการเงินเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสหรือสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือได้ดีกว่า ไม่ต้องวิตกกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้มากขึ้น (Sahin, 1986) จากการศึกษาของบุษกร อินทวิชัย (2539) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32$, $p < .001$) โดยรายได้ของครอบครัวเป็นความมั่นคงทางเศรษฐกิจทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย มีขวัญกำลังใจ ทำให้สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงสำรวจของวรรณภา ลิ้มศิริวัฒน์ (Limsiriwat, 2003) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การประเมินสถานการณ์ของมารดา และการปรับตัวของมารดาที่ดูแลบุตรก่อนวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำนวน 111 ราย พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรก่อนวัยเรียนป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ($r = .22$, $p < .05$)

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของรายได้ครอบครัว กับการปรับตัวในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชักนั้นยังมีจำนวนจำกัด จากการศึกษาของชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) พบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการปรับตัวของมารดาเด็กโรค

ลมชักได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการขาดหายของข้อมูลรายได้ครอบครัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก ร้อยละ 22 ปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ครอบครัว ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจไม่ใช่ความสัมพันธ์ที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังได้ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล แต่ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก อาจเนื่องจากการขาดหายของข้อมูลจำนวนมาก ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจไม่ใช่ความสัมพันธ์ที่แท้จริง และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในบริบทของไทย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในบริบทของไทยหรือไม่ อย่างไร

- ปัจจัยอื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ อีกหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ดังเช่น ชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดา (อารมณ์ซึมเศร้า ความเชื่อมั่นในการจัดการอาการชัก การคงไว้ซึ่งกิจกรรมยามว่างในครอบครัว) คุณลักษณะทั่วไปของมารดา (อายุ การศึกษา รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพในครอบครัว) คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (เพศ สถิติปัญหา ปัญหาพฤติกรรม และความรุนแรงของการชัก) และความเชื่อของมารดาเด็กโรคลมชัก (ความวิตกกังวล การรับรู้ต่อทราบไป ความพึงพอใจในการควบคุมอาการชัก และความรู้การหมดหนทางช่วยเหลือ) จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาและเด็กโรคลมชักจำนวน 156 คู่ ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ความวิตกกังวล การรับรู้ต่อทราบไป ความพึงพอใจในการควบคุมอาการชัก การเรียนรู้ว่าหมดหนทางช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก

สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆ นั้น วนิดา ยืนยง (2537) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาเด็กโรคหอบหืด ได้แก่ อาชีพของมารดา ($r = .18, p < .05$) ส่วนก้านจิต ศรีนนท์ (2541) รายงานว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล และอายุบุตรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดา ($r = -.20, p < .01$; $r = .25, p < .01$) และร่วมกับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายกับการปรับตัวของมารดาที่ดูแลบุตรโรคหาลัสซิมียได้ร้อยละ 30.5 ($p < .05$) ส่วนการศึกษาของวรรณภา ลิ้มศิริวัฒน์ (Limsiriwat, 2003) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การประเมินสถานการณ์ และการปรับตัวของมารดาใน

การดูแลบุตรก่อนวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าระดับความเครียดของมารดา ความวิตกกังวลแฝง และการประเมินสถานการณ์ของมารดา มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดา ($r = -.63, p < .001$; $r = -.65, p < .001$, $r = -.73, p < .001$) และพบว่าการประเมินสถานการณ์ของมารดา ระดับความเครียดของมารดา และระดับการศึกษาของมารดา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรก่อนวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้ร้อยละ 62.9 ($p < .01$) แต่อย่างก็ตาม ความเครียดของมารดาและความวิตกกังวลแฝง เป็นตัวแปรที่อาจเป็นไปได้ทั้งตัวทำนายการปรับตัว (predictor variable) หรือเป็นผลลัพธ์จากการปรับตัว (outcome variable) เนื่องจากความเครียดจากการดูแลและความวิตกกังวลแฝงอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้มารดาต้องมีการปรับตัวเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น หรือความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นผลลัพธ์มาจากการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพของมารดา

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งยังมีจำนวนจำกัด พบงานวิจัยเพียงเรื่องเดียวและเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่รายงานว่าการรับรู้ความรุนแรงของการชัก ความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ความวิตกกังวล การรับรู้ต่อตราบาป ความพึงพอใจในการควบคุมอาการชัก การเรียนรู้ว่าหมดหนทางช่วยเหลือ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการปรับตัวในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง แต่ผลการวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการนำมาอ้างอิง จึงควรมีการศึกษาซ้ำเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปร เมื่อทบทวนงานวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลหรือมารดาเด็กโรครื่องอื่นๆ ในประเทศไทย พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลหรือมารดาได้คือ การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษารายได้ครอบครัว อาชีพของผู้ดูแล จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล อายุเด็ก ความเครียดของมารดา และความวิตกกังวลแฝง แต่ตัวแปรที่มีผลการวิจัยยืนยันความสัมพันธ์น้อยที่สุด และเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ครอบครัว และความเครียดของผู้ดูแล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกการรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว มาเป็นตัวแปรในการศึกษาความสัมพันธ์ และหาอำนาจในการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง โดยเป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายแบบไม่ย้อนกลับ และไม่ได้นำความเครียดของผู้ดูแลมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากความเครียดของผู้ดูแลนั้นเป็นตัวแปรที่อาจเป็นตัวทำนายหรือเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวก็ได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่พาผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรกระบบประสาทในเด็ก ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉันท์ญาติโดยสายโลหิตหรือตามกฎหมาย เช่น เป็น บิดา มารดา หรือญาติคนอื่นๆ
2. เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับเด็กโรคลมชัก
3. เป็นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
6. ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี (นับถึงวันเก็บข้อมูล) และไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ (regression analysis) เนื่องจากการศึกษครั้งนี้ยังไม่ผู้ทำการศึกษามาก่อน จึงได้กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ในระดับปานกลางเท่ากับ .13 ในการศึกษครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าอำนาจการทำนาย (power analysis) เท่ากับ .80 คำนวณโดยใช้สูตร (Polit, & Beck, 2008) ดังนี้

$$N = \frac{L + k + 1}{Y}$$

โดย N = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 L = ค่าที่ได้จากการเปิดตาราง = 10.90
 k = จำนวนตัวแปรอิสระ
 Y = ขนาดอิทธิพล

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 78 คน แต่ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนที่คำนวณได้ร้อยละ 20 เพื่อทดแทนการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวน 94 คน

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคระบบประสาทในเด็ก ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ห้องตรวจกุมารเวชกรรมมีเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจ 4 คน ประกอบด้วย

(1) พยาบาลหัวหน้าห้องตรวจกุมารเวชกรรมทำหน้าที่บริหารงาน และรับผิดชอบคัดกรองผู้ป่วยด้วย

(2) พยาบาลผู้ทำหน้าที่รับบัตรนัด คัดกรองผู้ป่วย ชั่งน้ำหนัก วัดสัญญาณชีพ ชักประวัติ จัดลำดับให้ผู้ป่วยเด็กเข้าพบแพทย์ และทำหน้าที่ปฐมนิเทศ ให้คำแนะนำ และสอนสุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการ

(3) พยาบาลผู้ทำหน้าที่ลงทะเบียนหลังจากผู้ป่วยตรวจเสร็จ นัดหมายผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งต่อไป แนะนำการไปรับยาหรือการไปพบเภสัชกรกรณีเริ่มยากันชักชนิดใหม่ ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อส่งผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล

(4) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ซึ่งทำหน้าที่ค้นแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่จะมาตรวจตามนัด ค้นหาผลตรวจ ช่วยชั่งน้ำหนักและวัดสัญญาณชีพในบางครั้ง เรียกผู้ป่วยเข้าห้องตรวจ จัดเตรียมอุปกรณ์การตรวจให้เพียงพอและพร้อมใช้ และช่วยจัดนัดหมายการแก่ผู้ป่วยเด็ก

ในคลินิกโรคระบบประสาทมีนายแพทย์ระดับชำนาญการประจำ 1 คน บางวันมีแพทย์ประจำบ้านมาช่วยตรวจ และมีเภสัชกรผู้รับผิดชอบเรื่องยากันชัก 1 คน โดยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลประจำคลินิกโรคระบบประสาทมีการทำงานประสานกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ผู้ตรวจจะสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก โดยจะให้ข้อมูลและคำแนะนำเรื่องโรคและการรักษาแก่ผู้ดูแลและเด็กโรคลมชักด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ให้เวลาผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กได้ซักถามปัญหา

ระบายความคับข้องใจ และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงยาต้านชัก เกสซอร์จะให้คำแนะนำเรื่องยาและอาการข้างเคียงของยาเป็นรายบุคคลทุกราย พร้อมทั้งแจกแผ่นพับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาต้านชัก และการสังเกตผลข้างเคียงของยา

คลินิกโรกระบบประสาท เปิดให้บริการทุกวันอังคาร เวลา 8.30-12.00 น. และในวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 ของเดือน เวลา 13.00-16.30 น. สำหรับวันอังคารนอกจากจะเปิดบริการคลินิกโรกระบบประสาท ตรวจรักษาผู้ป่วยเด็กโรกระบบประสาททุกชนิดแล้ว ยังเปิดบริการคลินิกโรคเลือด (สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน) และคลินิกโรคไต (สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน) มีจำนวนผู้ป่วยเด็กมารับการตรวจรักษาวันละประมาณ 30-40 คน

สำหรับวันพฤหัสบดีในสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน เปิดบริการคลินิกโรกระบบประสาทที่ตรวจเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคลมชักรายใหม่ที่น่าจะได้ มีจำนวนผู้ป่วยวันละประมาณ 4-5 คน ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กทุกรายจะได้ชมวิดีโอเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคลมชัก ได้รับการสอนสุขศึกษาเรื่องโรคลมชักจากพยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาล และได้รับแผ่นพับเกี่ยวกับโรคลมชัก และแผ่นพับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาต้านชักและการสังเกตผลข้างเคียงของยา หากมีการเริ่มรักษาด้วยยากันชักจะได้รับคำแนะนำจากเกสซอร์ทุกราย

สำหรับวันพฤหัสบดีในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน เปิดบริการคลินิกโรกระบบประสาทที่ตรวจเฉพาะโรคลมชัก ในช่วงที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเป็นช่วงปิดภาคการศึกษาจึงมีผู้ป่วยเด็กมารับบริการจำนวนมากวันละประมาณ 40-50 คน ในระหว่างรอตรวจบางครั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กจะได้ชมวิดีโอเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคลมชัก และได้รับคำแนะนำเรื่องโรคลมชักจากพยาบาลประจำหน้าห้องตรวจ บริเวณที่รอตรวจมีแผ่นพับเกี่ยวกับโรคลมชักวางไว้แจกแต่มีจำนวนจำกัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

ก. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว จำนวนบุคคลในครอบครัว จำนวนบุตรของผู้ดูแล จำนวนบุคคลในความดูแล รายได้ครอบครัว การชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ปัญหาทางการเงินเนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และการรับรู้ความรุนแรงของอาการชัก ซึ่งข้อคำถามมีทั้งลักษณะปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 16 ข้อ

การสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการชัก (ข้อคำถามที่ 15) มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

0	หมายถึง	ไม่รุนแรง
1	หมายถึง	รุนแรงเล็กน้อย
2	หมายถึง	รุนแรงปานกลาง
3	หมายถึง	รุนแรงมาก

คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีอาการชักรุนแรงมาก

ข. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความถี่ของการชักใน 1 ปีที่ผ่านมา รวมระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความถี่ของการนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ระดับพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก และผลการตรวจคลื่นสมอง ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ โดยผลการตรวจคลื่นสมองได้จากแฟ้มประวัติ

2. แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแลของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1991) แบบสอบถามนี้เดิมมีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ ประเมินประสิทธิภาพในการปรับตัวของผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวทางด้านร่างกาย จำนวน 10 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ จำนวน 10 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน จำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแลของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) มาใช้วัดการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเนื่องจากข้อคำถามเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน มีค่าความเชื่อมั่นสูง มีผู้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ ผู้วิจัยได้ปรับข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็ก โดยใช้คำว่า “เด็ก” แทนคำว่า “ผู้ป่วย” ใช้คำว่า “ผู้ดูแล” แทนคำว่า “ญาติ” และปรับข้อความในข้อคำถามที่ 19 จากเดิมว่า “ท่านยอมรับการจากไปของผู้ป่วยว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตได้มากน้อยเพียงใด” เป็น “ท่านยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ความพิการ หรือความตายที่เกิดขึ้น หรืออาจจะเกิดขึ้นกับเด็กว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตได้มากน้อยเพียงใด” เนื่องจากแบบสอบถามการปรับตัวของผู้ดูแลของ ชูชื่น ชีวพูนผล ใช้วัดการปรับตัวในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามซึ่งผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้มาก แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคลมชักมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วย ความพิการ หรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุขณะชัก และจากการชัก

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามในด้านการพึงพาระหว่างกัน 1 ข้อ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือ โดยแยกข้อคำถามที่ 35 ในแบบสอบถามเดิมออกเป็น 2 ข้อ จากเดิม “ท่านรู้สึกว่าคุณคลในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานเข้าใจท่านดีเพียงใด” เป็น ข้อคำถามที่ 35 “ท่านรู้สึกว่าคุณคลในครอบครัวเข้าใจท่านดีเพียงใด” และข้อคำถามที่ 36 “ท่านรู้สึกว่าคุณคลเพื่อนร่วมงานเข้าใจท่านดีเพียงใด” เนื่องจากบุคคลในครอบครัว กับเพื่อนร่วมงานเป็นบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลต่างกลุ่มกัน จึงแยกเป็นคนละข้อเพื่อนำมาวัดการปรับตัวของผู้ดูแลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้นแบบวัดการปรับตัวในการศึกษานี้จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 1 | หมายถึง | ปรับตัวไม่ได้ |
| 2 | หมายถึง | ปรับตัวได้เล็กน้อย |
| 3 | หมายถึง | ปรับตัวได้ปานกลาง |
| 4 | หมายถึง | ปรับตัวได้ค่อนข้างดี |
| 5 | หมายถึง | ปรับตัวได้ดี |

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามมารวมกัน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 41-205 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแลของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .85 และนำไปทดลองใช้กับสตรีที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจำนวน 20 ราย และ 200 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และ .88 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลที่ปรับมาจากแบบวัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแลของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการปรับตัวของรอยและผู้ดูแลจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) (Waltz, Strickland & Lenz, 2005) ได้เท่ากับ .89

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ นั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้เป็นที่ยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีลักษณะ

ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรกระบบประสาทในเด็ก ห้างตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 10 ราย แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .96 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจำนวน 94 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91

3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ เสริมศรี สันตติ (Santati, 2005) ซึ่งมีต้นฉบับเป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ เชฟเฟอร์ และคณะ (Social Support Questionnaire; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981 อ้างใน Hanucharurnkul, 1988) และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบคและคณะ (Norbeck Social Support Questionnaire; Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981 อ้างใน Hanucharurnkul, 1988) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ เสริมศรี สันตติ (Santati, 2005) มีข้อคำถาม 7 ข้อ วัดการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร (ข้อคำถามที่ 1) ด้านอารมณ์ (ข้อคำถามที่ 2-5) และด้านสิ่งของและแรงงาน (ข้อคำถามที่ 6-7)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในข้อคำถามที่ 7 จากเดิม “ในกิจกรรมการดูแลเด็ก (กลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์) ของท่านได้ช่วยเหลือท่านมากน้อยเพียงใด” เป็น “ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลเด็กในด้านต่าง ๆ จาก (กลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์) มากน้อยเพียงใด (เช่น การป้อนยา การเช็ดตัวลดไข้ การช่วยเหลือขณะเด็กชัก การส่งเสริมพัฒนาการ เป็นต้น” เพื่ออธิบายคำว่า “กิจกรรมในการดูแลเด็ก” ให้ชัดเจน และจำเพาะกับการดูแลเด็กโรคลมชักมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้ปรับข้อความในข้อคำถามที่ 1-6 จากเดิม “ในระหว่างการดูแล” เป็น “ในการดูแล” เนื่องจากต้องการสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้นว่าเป็นการดูแลตลอดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากในกรณีของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอาจมีอาการชักเป็นบางครั้งการใช้ข้อความว่า “ในระหว่างการดูแล” อาจทำให้ผู้ดูแลเข้าใจว่าเป็นการดูแลเฉพาะในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเด็กมีอาการชัก

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อคำถาม 7 ข้อ นำมาวัดการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (2) กลุ่มบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร (3) กลุ่มพี่น้องและญาติ (4) กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน และ (5) กลุ่มบุคคลในชุมชน ประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน พระตำราจ และคนอื่นๆ ในชุมชน

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 4 ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--------------------|
| 0 | หมายถึง | ไม่ได้รับเลย |
| 1 | หมายถึง | ได้รับบ้างเล็กน้อย |
| 2 | หมายถึง | ได้รับปานกลาง |
| 3 | หมายถึง | ได้รับมาก |
| 4 | หมายถึง | ได้รับมากที่สุด |

การคิดคะแนนทำได้ โดยนำคะแนนของทุกข้อคำถามจากกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ ทุกกลุ่มมารวมกัน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-140 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแล ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

คุณภาพของเครื่องมือ

เสริมศรี สันตติ (Santati, 2005) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 เมื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ภายในข้อคำถามพบว่าค่าความสัมพันธ์มีค่าอยู่ระหว่าง -.01 ถึง .83 ซึ่งบอกถึงความซ้ำซ้อนกันระหว่างข้อคำถาม แต่เสริมศรี สันตติ ได้อธิบายว่าจำนวนข้อคำถามมีเพียง 7 ข้อ เนื้อหาของข้อคำถามที่เป็นภาษาไทยไม่มีความหมายซ้ำซ้อน และได้ปรับแก้ภาษาในแต่ละข้อคำถาม ให้มีความกระชับมากขึ้นแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ เสริมศรี สันตติ (Santati, 2005) มาดัดแปลงใช้เนื่องจากข้อความอ่านแล้วเข้าใจง่าย มีจำนวนข้อคำถามน้อย คำตอบที่ได้สามารถระบุแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างชัดเจน และมีค่าความเชื่อมั่นสูง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการปรับตัวของรอยและผู้ดูแลจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) (Waltz, Strickland & Lenz, 2005) ได้เท่ากับ .86

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคระบบประสาทในเด็ก ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 10 ราย แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค เท่ากับ .97 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 94 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติ จึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยพยาบาลประจำคลินิกโรกระบบประสาทในเด็ก ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรีเป็นผู้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ในการเชิญผู้ดูแลเข้าร่วมการวิจัยนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และชี้แจงว่าผู้ดูแลมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อบริการที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อบุคคลซึ่งผู้วิจัยเท่านั้นที่ทราบ การนำเสนอข้อมูลในรายงานการวิจัยไม่มีการแสดงข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่ทำในลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขออนุญาตการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำคลินิกโรกระบบประสาทในเด็ก ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรกระบบประสาทในเด็ก ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ในการคัดกรองผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีภาระบังคับแรงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวได้ตลอดการวิจัย มีการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รายงาน

ผลการวิจัยจะทำในภาพรวม หากผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัยขอให้ลงลายมือชื่อไว้ในหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามทั้งสามฉบับอย่างละเอียดพร้อมยกตัวอย่าง และชี้แจงว่าหากสงสัยให้สอบถามได้ตลอดเวลา ขอให้ตอบคำถามตามความเป็นจริงโดยไม่มีคำตอบใด ถูกหรือผิด และไม่ว่าจะตอบอย่างไรจะไม่มีคำตำหนิใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ผลต่อการบริการที่จะได้รับ

4. จัดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทำแบบสอบถามอย่างมีประสิทธิภาพที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ เนื่องจาก สถานที่เก็บข้อมูลเป็นหน้าห้องตรวจกุมารเวชกรรมที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก และไม่มีห้องที่เป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงจัดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งห่างจากผู้รับบริการคนอื่น ๆ หรืออยู่ห่างบริเวณที่พลุกพล่านเท่าที่สามารถทำได้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเกือบทั้งหมดจะนั่งทำแบบสอบถามที่ หน้าห้องตรวจเพื่อฟังพยาบาลเรียกเข้าพบแพทย์ ผู้ป่วยเด็กที่ช่วยเหลือตนเองได้ผู้วิจัยจัดที่นั่ง ระบายสี หรือเล่นเกมสัปดาห์กับผู้ป่วยเด็กคนอื่น ๆ โดยอยู่ใกล้ ๆ ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ป่วยเด็กที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยให้ผู้ดูแลที่มามีด้วยช่วยเหลือดูแลแทนก่อน แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายสามารถทำแบบสอบถาม ได้และดูแลผู้ป่วยเด็กไปด้วย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามโดยไม่จำกัดเวลา หากยังตอบไม่ครบทุกข้อแต่ต้องเข้าพบแพทย์ก็ให้พบแพทย์เรียบร้อยเสียก่อน และให้นำ แบบสอบถามไปทำต่อขณะนั่งรอรับยาที่ห้องจ่ายยา แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งอยู่ในบริเวณใกล้เคียงได้ โดยผู้วิจัยเข้าไปซักถามเป็นระยะ ๆ ว่ามีข้อสงสัยหรือไม่ หากสงสัยให้คำอธิบายจนผู้เข้าร่วมวิจัย เข้าใจ สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุมาก สายตาไม่ดี หรืออ่านหนังสือไม่ได้ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถาม และอ่านคำตอบให้ฟังโดยไม่ชี้นำคำตอบ และอธิบายเพิ่มเมื่อมีข้อสงสัยเท่านั้น เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัย บอกคำตอบแล้วผู้วิจัยได้ทวนคำตอบก่อน จากนั้นจึงลงคำตอบหรือทำเครื่องหมายในแบบสอบถาม จนครบทุกข้อ ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที

5. ตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามทั้งสามฉบับ หากผู้เข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ได้ขอให้ตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมจนครบถ้วน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ สำหรับความร่วมมือ และให้ผ้าเช็ดตัวผืนเล็กสำหรับเช็ดตัวลดไข้เด็ก 2 ผืน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ทราบล่วงหน้า

6. นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนที่ได้จากการตอบแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะผู้ดูแล โดยจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว จำนวนบุคคลในครอบครัว จำนวนบุตรของผู้ดูแล จำนวนบุคคลในความดูแล รายได้ครอบครัว การชำระค่ารักษาพยาบาล ปัญหาทางการเงินเนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะผู้ป่วยเด็ก โดยจำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความถี่ของการชักใน 1 ปีที่ผ่านมา รวมระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความถี่ของการนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ระดับพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก และผลการตรวจคลื่นสมอง

3. หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเป็นรายด้านและโดยรวม

4. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

5. หาอำนาจการทำนายของ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว ต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่พาผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรกระบบประสาท ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็นสามส่วน ส่วนแรกนำเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่สองเป็นข้อมูลเชิงพรรณนาของการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัว ส่วนที่สามเป็นผลการทดสอบสมมติฐาน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ จำแนกตามลักษณะของผู้ดูแล และจำแนกตามลักษณะของผู้ป่วยเด็ก

ลักษณะของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจำนวน 94 ราย มีอายุระหว่าง 22-57 ปี อายุเฉลี่ย 35.18 ปี (S.D. = 8.10) ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.4 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87.23 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.04 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.72 เกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดา มีระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 0-17 ปี ค่าเฉลี่ย 9.37 ปี (S.D. = 3.99) โดยร้อยละ 32.98 ศึกษาในระดับประถมศึกษา รองลงมาคือร้อยละ 26.60 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลากหลาย มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 27.66 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (เป็นแม่บ้าน) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.32 มีอยู่ร่วมกับครอบครัวขยาย และร้อยละ 44.68 เป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลมีจำนวนบุคคลในครอบครัว 2-9 คน โดยเฉลี่ย 5 คน (S.D. = 1.79) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุตร 1-5 คน โดยเฉลี่ย 2 คน (S.D. = 0.80) และมีจำนวนบุคคลในความดูแล 1-5 คน โดยเฉลี่ย 2 คน (S.D. = 1.04) ครอบครัวมีรายได้ 3,000-40,000 บาทต่อเดือน โดยมีค่ามัธยฐานของ

รายได้ 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.04 ใช้สิทธิการรักษาตามโครงการประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าของรัฐบาลร้อยละ 36.17 ไม่มีปัญหาการเงินจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก และร้อยละ
37.23 มีปัญหาบ้างเล็กน้อย มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยเฉลี่ย 5.80 ปี (S.D. = 3.57) ผู้ดูแล
เด็กโรคลมชักมีการรับรู้ว่าการชักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก ไม่มีความรุนแรงร้อยละ 21.28 รุนแรง
เล็กน้อยร้อยละ 24.47 รุนแรงปานกลางร้อยละ 37.23 และรุนแรงมากร้อยละ 17.02 ดังแสดงไว้ใน
ตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของผู้ดูแล (n = 94)

ลักษณะ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	35.18	8.10		
21 - 30 ปี			33	35.11
31 - 40 ปี			38	40.42
41 - 50 ปี			19	20.21
51 - 60 ปี			4	4.26
(min = 22 ปี max = 57 ปี)				
เพศ				
ชาย			12	12.77
หญิง			82	87.23
สถานภาพสมรส				
คู่			79	84.04
หม้าย/ หย่า/ แยก			15	15.96
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก				
บิดา			12	12.77
มารดา			74	78.72
พี่			1	1.06
ปู่ ย่า ตา ยาย			7	7.45

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของผู้ดูแล (n = 94) (ต่อ)

ลักษณะ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา			1	1.06
ประถมศึกษา			31	32.98
มัธยมศึกษาตอนต้น			25	26.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.			18	19.15
อนุปริญญา/ ปวศ.			8	8.51
ปริญญาตรี			10	10.64
อื่นๆ			1	1.06
ระยะเวลาในการศึกษา (ปี)	9.37	3.99		
(min = 0 ปี max = 17 ปี)				
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ			26	27.66
รับงานมาทำที่บ้าน			8	8.51
รับจ้าง			14	14.89
เกษตรกรรวม			13	13.83
ค้าขาย			11	11.70
รับราชการ/ พนักงานของรัฐ			5	5.32
พนักงานบริษัท/ โรงงาน			15	15.96
อื่นๆ			2	2.13
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว			42	44.68
ครอบครัวขยาย			52	55.32
จำนวนบุคคลในครอบครัว	4.97	1.79		
(min = 2 คน max = 9 คน)				
จำนวนบุตรของผู้ดูแล	1.76	0.80		
(min = 1 คน max = 5 คน)				

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของผู้ดูแล (n = 94) (ต่อ)

ลักษณะ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุคคลในความดูแล (min = 1 คน max = 5 คน)	1.96	1.04		
รายได้ครอบครัว (เฉลี่ยต่อเดือน)	12,265.96	8,334.31		
≤ 6,000 บาท			29	30.85
6,001 – 12,000 บาท			28	29.79
12,001 – 18,000 บาท			21	22.34
18,001 – 24,000 บาท			6	6.38
24,001 – 30,000 บาท			7	7.45
30,001 บาท ขึ้นไป			3	3.19
(min = 3,000 บาท max = 40,000 บาท median = 10,000 บาท)				
การชำระค่ารักษาพยาบาล				
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า			79	84.04
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด			9	9.58
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้บางส่วน			1	1.06
ประกันชีวิต			1	1.06
ชำระเงินเอง			4	4.26
ปัญหาการเงิน				
ไม่มีปัญหาเลย			34	36.17
มีปัญหาบ้างเล็กน้อย			35	37.23
มีปัญหาปานกลาง			23	24.47
มีปัญหามาก			2	2.13
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก	5.80	3.57		
≤ 3 ปี			30	31.92
4 – 6 ปี			24	25.53
7 – 9 ปี			21	22.34
10 – 12 ปี			19	20.21
(min = 2 เดือน max = 12 ปี)				

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของผู้ดูแล (n = 94) (ต่อ)

ลักษณะ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของการชัก				
ไม่รุนแรง			20	21.28
รุนแรงเล็กน้อย			23	24.47
รุนแรงปานกลาง			35	37.23
รุนแรงมาก			16	17.02

ลักษณะของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่อยู่ในความดูแล

ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่อยู่ในความดูแลมีจำนวน 94 ราย มีอายุระหว่าง 2 เดือน-12 ปี อายุเฉลี่ย 6.11 ปี (S.D. = 8.10) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.38 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.43 เรียนอยู่ระดับชั้นประถมศึกษา รองลงมาคือร้อยละ 34.04 ไม่ได้เรียนหนังสือ เด็กโรคลมชักส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.49 มีผลการตรวจคลื่นสมองเป็นแบบการชักเฉพาะที่ (partial seizure) ความถี่ของการชักในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ระหว่าง 0-960 ครั้ง ค่าเฉลี่ย 37 ครั้ง (S.D. = 159.83) ค่ามัธยฐานความถี่ของการชักคือ 1 ครั้ง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 3 วัน ถึง 11 ปี 10 เดือน ค่าเฉลี่ย 3.32 ปี (S.D. = 2.81) ความถี่ของการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ระหว่าง 0-10 ครั้ง เฉลี่ย 1 ครั้ง (S.D. = 1.83) ค่ามัธยฐานความถี่ของการนอนโรงพยาบาลคือ 0 ครั้ง ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 75.53 มีพัฒนาการปกติตามเกณฑ์ ดังแสดงไว้ในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของผู้ป่วยเด็ก (n = 94)

ลักษณะ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
อายุเด็ก	6.11	8.10		
≤ 1 ปี			7	7.45
2 - 3 ปี			15	15.96
4 - 6 ปี			27	28.72
7 - 9 ปี			21	22.34
10 - 12 ปี			24	25.53
(min = 2 เดือน max = 12 ปี)				

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของผู้ป่วยเด็ก (n = 94) (ต่อ)

ลักษณะ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ
เพศเด็ก				
ชาย			41	43.62
หญิง			53	56.38
ระดับการศึกษาเด็ก				
ไม่ได้เรียนหนังสือ			32	34.04
ชั้นอนุบาล			21	22.34
ประถมศึกษา			38	40.43
ศูนย์การศึกษาพิเศษ			3	3.19
ผลการตรวจคลื่นสมอง				
ไม่มีผลการตรวจ			30	31.91
ผลปกติ			10	10.64
Partial seizure			39	41.49
Partial to Generalized seizure			6	6.38
Generalized seizure			4	4.26
Other			5	5.32
ความถี่ของการชักใน 1 ปีที่ผ่านมา (min = 0 ครั้ง max = 960 ครั้ง)	37.22	159.83		
รวมระยะเวลาในการเจ็บป่วย (เป็นปี) (min = 3 วัน max = 11 ปี 10 เดือน)	3.32	2.81		
ความถี่ของการนอน ร.พ. ใน 1 ปี (min = 0 ครั้ง max = 10 ครั้ง)	0.74	1.83		
ระดับพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก				
ปกติ			71	75.53
พัฒนาการช้า			22	23.41
ไม่ได้ระบุ			1	1.06

การสนับสนุนทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 13-122 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-140 คะแนน ค่าเฉลี่ย 74.70 คะแนน (S.D. = 22.20) แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมตามแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในครอบครัวค่อนข้างมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 20.17 คะแนน (S.D. = 5.82) รองลงมาคือจากกลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 17.97 คะแนน (S.D. = 4.79) ได้รับจากกลุ่มพี่น้องและญาติอยู่ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 16.57 คะแนน (S.D. = 6.36) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 11.47 คะแนน (S.D. = 6.15) และค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลในชุมชนอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 8.52 คะแนน (S.D. = 6.35) ดังแสดงไว้ในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามแหล่งประโยชน์และโดยรวม (n = 94)

แหล่งของ การสนับสนุนทางสังคม	ค่าพิสัย		mean	S.D.	Skewness
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
กลุ่มบุคคลในครอบครัว	0-28	1-28	20.17	5.82	-.99
กลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ	0-28	4-28	17.97	4.79	-.32
กลุ่มพี่น้องและญาติ	0-28	0-28	16.57	6.36	-.39
กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน เพื่อนบ้าน	0-28	0-25	11.47	6.15	.09
กลุ่มบุคคลในชุมชน	0-28	0-24	8.52	6.35	.45
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0-140	13-122	74.70	22.20	-.15

การปรับตัว

ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าคะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ระหว่าง 120-203 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 41-205 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 164.93 คะแนน (S.D. = 18.02) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาการปรับตัวรายด้าน พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวทุกด้านค่อนข้างดี โดยการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ย 43.36 (S.D. = 5.11) ด้านอัตมโนทัศน์มีค่าคะแนนเฉลี่ย 42.17 คะแนน (S.D. = 4.87) ด้านบทบาทหน้าที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 41.54 คะแนน (S.D. = 5.25) และด้านร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ย 37.85 คะแนน (S.D. = 7.11) ดังแสดงไว้ในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวรายด้านและโดยรวม (n = 94)

การปรับตัว	ค่าพิสัย		mean	S.D.	Skewness
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
ด้านการพึ่งพา	11-55	30-55	43.36	5.11	-.43
ด้านอัตมโนทัศน์	10-50	31-50	42.17	4.87	-.50
ด้านบทบาทหน้าที่	10-50	27-50	41.54	5.25	-.57
ด้านร่างกาย	10-50	22-50	37.85	7.11	-.51
การปรับตัวโดยรวม	41-205	120-203	164.93	18.02	-.47

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการปรับตัว

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และการปรับตัว มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ แต่รายได้ครอบครัวมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (ภาคผนวก ง) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นเชิงอันดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการชัก และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับ

การปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$; $r = .17, p < .05$ ตามลำดับ) ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .08, p > .05$; $r = -.04, p > .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงไว้ในตาราง 5

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กับการปรับตัว ($n = 94$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ความรุนแรงของการชัก	1				
2. การสนับสนุนทางสังคม	.15	1			
3. ระยะเวลาในการศึกษา	-.04	-.05	1		
4. รายได้ครอบครัว	-.21*	-.07	.35**	1	
5. การปรับตัว	-.40**	.17*	.08	-.04	1

* $p < .05$; ** $p < .001$

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปรับตัว

ก่อนการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (ภาคผนวก ง) จากนั้นวิเคราะห์โดยนำตัวแปรอิสระทั้งหมดสร้างสมการทำนายพร้อมกัน (all Enter) ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรอิสระในสมการทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้ร้อยละ 24.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของการชัก ($\beta = -.47, p < .001$) และ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .24, p < .05$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงไว้ในตาราง 6

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter (n = 94)

ตัวทำนาย	R	R ²	b	S.E.(b)	Beta	t	p
การรับรู้ความรุนแรงของการชัก	.50	.25	-8.29	1.69	-.47	-4.90	.00
การสนับสนุนทางสังคม			.20	.08	.24	2.57	.01
ระยะเวลาในการศึกษา			.58	.44	.13	1.32	.19
รายได้ครอบครัว			.00	.00	-.17	-1.65	.10

Constant (a) = 161.74, Over all F = 7.21, p = .000

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 13-122 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-140 คะแนน ค่าเฉลี่ย 74.70 คะแนน (S.D. = 22.20) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมตามแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลในครอบครัวมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 20.17 คะแนน (S.D. = 5.82) รองลงมาคือได้รับจากกลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 17.97 คะแนน (S.D. = 4.79) ได้รับจากกลุ่มพี่น้องและญาติในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 16.57 คะแนน (S.D. = 6.36) ได้รับจากกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 11.47 คะแนน (S.D. = 6.15) และได้รับจากกลุ่มบุคคลในชุมชนน้อยที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.52 คะแนน (S.D. = 6.35)

การที่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมาก อธิบายได้ว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.23) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.04) มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับสามี จึงได้รับการสนับสนุนจากสามีซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดมากที่สุด โดยได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน การนำผู้ป่วยเด็กส่งโรงพยาบาล และการช่วยเหลือกรณีเร่งด่วน และเป็นบุคคลที่ผู้ดูแลไว้วางใจมากที่สุด สามารถบอกความลับ ความคับข้องใจได้ตลอดจนเป็นบุคคลที่คอยห่วงใย ปลอดภัย และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล นอกจากนี้ยังให้การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลเด็กในด้านต่างๆ ได้มากกว่าบุคคลกลุ่มแหล่งประโยชน์อื่น (ภาคผนวก จ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาเด็ก

โรคธาลัสซีเมียที่พบว่าสามีเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านเครื่องมือให้กับกลุ่มตัวอย่างในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย (กานจิตศรีนันท์, 2541) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ นิรมิตเกษ (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ร่วมกันกับสามี และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีเป็นส่วนใหญ่ โดยร้อยละ 96 รู้สึกว่าสามีเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญกับตนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ นิรมิตเกษ (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ร่วมกันกับสามี และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีเป็นส่วนใหญ่ โดยร้อยละ 96 รู้สึกว่าสามีเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญกับตนมาก

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลที่ศึกษามีผู้รับบริการจำนวนมาก และมีจำนวนเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่ให้บริการน้อย ระยะเวลาในการให้ข้อมูลข่าวสารและพูดคุยสื่อสารกับผู้รับบริการมีจำกัด ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจึงรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพปานกลาง เมื่อพิจารณารายชื่อ (ภาคผนวก จ) พบว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้านการเงิน และการนำเด็กส่งโรงพยาบาลน้อยที่สุด เป็นเพราะผู้ป่วยเด็กในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีความถี่ของการนอนโรงพยาบาลน้อย ประกอบกับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.04) ใช้สิทธิการรักษาจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบางส่วน (ร้อยละ 9.58) เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานของภาครัฐได้

ผลการศึกษานี้ยังพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มพี่น้องและญาติ ในระดับปานกลาง และได้รับจากและกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้านปานกลางค่อนข้างน้อย สามารถอธิบายได้ว่าปัจจุบันแนวโน้มของสังคมไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และมีการพึ่งพาตนเองมากขึ้น ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.68) เป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้ดูแลและญาติพี่น้องอยู่ห่างกัน และมีความเกี่ยวข้องกันน้อยลง การร้องขอการสนับสนุนด้านการเงินหรือสิ่งของแรงงานอาจทำได้น้อย และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.6) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต สามารถตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ประกอบกับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.04) สมรสแล้ว ได้รับความช่วยเหลือจากคู่สมรสเป็นอย่างดี และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.40) ไม่มีปัญหาการเงินหรือมีปัญหาการเงินเพียงเล็กน้อย โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.04) ใช้สิทธิการรักษาจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบางส่วน (ร้อยละ 9.58) เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานของภาครัฐได้ กลุ่มพี่น้องและญาติ ตลอดจนกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้านจึง

ไม่ได้ให้การสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (ภาคผนวก จ) พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มพี่น้องและญาติเพื่อน และกลุ่มผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้านเป็นการแสดงความห่วงใย ปลอบใจ และให้กำลังใจมากกว่าการสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร การเงิน หรือแรงงาน

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่พบว่ามารดาเด็กโรคลมชักมีความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวเดี่ยวของตนโดยไม่พึ่งพาการสนับสนุนทางสังคมจากภายนอกครอบครัว เนื่องจากบริบททางสังคมที่มีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น อยู่ห่างไกลจากเครือญาติ และมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านน้อยลง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของมารดาเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียที่พาบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามารดาเด็กโรคธาลัสซีเมียได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก เนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทภาคอีสาน มีลักษณะของสังคมชนบทที่มีความผูกพันกันแบบเครือญาติ มีการไปมาหาสู่ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนมาก

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในชุมชนน้อย อธิบายได้ว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีอาการชักน้อย โดยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.55) ไม่มีอาการชัก และส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 22.34) มีอาการชักเพียง 1-2 ครั้งเท่านั้น และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.02) ไม่ได้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.53) มีพัฒนาการปกติ ดังนั้นผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงอาจร้องขอการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลในชุมชนน้อย ประกอบกับโรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ มีอัตราการเสียชีวิตไม่มาก กลุ่มบุคคลในชุมชน ได้แก่ หมอพื้นบ้าน พระ และคนอื่นๆ ในชุมชนอาจไม่มองเห็นความสำคัญจึงให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลน้อย

การปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีค่าคะแนนการปรับตัวอยู่ระหว่าง 120-203 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 41-205 คะแนน ค่าเฉลี่ย 164.93 คะแนน (S.D. = 18.02) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวทั้งสี่ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันอยู่ในค่อนข้างดีทุกด้านเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.63) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.4) ดูแลผู้ป่วย

มานานเกิน 3 ปี จึงมีประสบการณ์ในการดูแล ประกอบกับผู้ป่วยเด็กที่อยูในการดูแลส่วนใหญ่มีพัฒนาการที่ปกติ จึงไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแลมาก ผู้ดูแลจึงสามารถปรับตัวได้ดี

สมมติฐานข้อที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$; $r = .17, p < .05$) ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .08, p > .05$; $r = -.04, p > .05$ ตามลำดับ) สมมติฐานนี้จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการชักกับการปรับตัวของผู้ดูแล

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก แสดงว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามีอาการชักไม่รุนแรงจะมีการปรับตัวที่ดี อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการชักที่ไม่รุนแรง จะทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดมาก ไม่ต้องหุ้มเหวี่ยงผู้ป่วยมากเกินไป จึงสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดี และสามารถทำบทบาทหน้าที่อื่นของตนได้ ผู้ดูแลเหล่านี้จึงสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของเด็กได้ดี แต่ในทางกลับกัน หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการชักที่รุนแรง จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (Eastman, et al., 1999) ต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) และอุบล อสัมภินทรย์ (2540) พบว่ามารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความรุนแรงของโรคลมชักจะปฏิบัติกรดูแลบุตรมาก ซึ่งจะกระทบต่อการดำเนินชีวิต และบทบาทด้านอื่น ๆ ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ไม่ดีหลายด้าน ดังเช่นการศึกษาของโธมัสและบินดู (Thomas, & Bindu, 1999) ที่พบว่าครอบครัวที่บุตรเป็นโรคลมชักที่มีอาการรุนแรง จะมีการปรับตัวด้านสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การที่เด็กมีอาการชักรุนแรง จะทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ไม่ดี โดยจะรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองน้อยลงเนื่องจากไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ (Ellis, et al., 2000)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่พบว่าความรุนแรงของการชักมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก โดยพบว่าความรุนแรงของการชักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์ซึมเศร้าของมารดาและความเชื่อมั่นในการจัดการอาการชัก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงไว้ซึ่งกิจกรรมยามว่างของ

ครอบครัวย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณภา ลิมศิริวัฒน์ (Limsiriwat, 2003) ที่พบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่มีคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่ายและรวดเร็ว

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแล

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคคมช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าผู้ดูแลเด็กโรคคมชชที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะยิ่งมีการปรับตัวที่ดี อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ได้รับการช่วยเหลือ ได้กำลังใจ ได้รับสิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ที่จะใช้พิจารณาตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวในทางบวก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา ยืนยง (2537) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด การศึกษาของเบญญาภา เจริญวิจิตรศิลป์ (2548) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรสมองพิการ และ ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยโรคธาลัสซีเมีย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคคมชช ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาของ ชอร์และคณะเป็นการศึกษาในประเทศตะวันตกที่ครอบครัวมักเน้นความเป็นอิสระ และการพึ่งพาตนเอง แตกต่างจากสังคมของไทยที่มีการที่มีความผูกพันกันแบบเครือญาติ และเอื้อเฟื้อเกื้อกูลซึ่งกันและกันโดยไม่ต้องร้องขอ

ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการศึกษากับการปรับตัว

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคคมชชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ถึงแม้ระดับการศึกษาจะเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาระดับสติปัญญาและช่วยในการแก้ปัญหาของบุคคล ทำให้มีวิจรรย์ญาณในการตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาต่างๆ สามารถเรียนรู้ และค้นหาความรู้ได้ดีขึ้น แต่ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (59.58) การศึกษาอยู่ในระดับใกล้เคียงกันคือระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น การพัฒนาระดับสติปัญญาและการเรียนรู้การแก้ปัญหา จึงอาจจะไม่แตกต่าง ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาไม่

มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก และการศึกษาของวนิดา ยืนยง (2537) ที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาเด็กโรคหอบหืด แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ วรณภา ลิมศิริวัฒน์ (Limsiriwat, 2003) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรก่อนวัยเรียน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ครอบครัวยังเกี่ยวข้องกับการปรับตัว

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ารายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่ง ไม่มีปัญหาการเงินจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กหรือมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ ใช้สิทธิการรักษาตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ผู้ดูแลจึงไม่ต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นรายได้ครอบครัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับจากการศึกษาของ ชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณภา ลิมศิริวัฒน์ (Limsiriwat, 2003) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรก่อนวัยเรียน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เนื่องจากการศึกษาของวรณภา ลิมศิริวัฒน์ เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ผู้ดูแลจึงมีค่าใช้จ่ายสูงในการมาเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาในช่วงเวลาที่ยังไม่มีการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมสามารถหาแหล่งประโยชน์มาช่วยสนับสนุนให้เกิดความสามารถในการปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มมารดาที่มีรายได้น้อย ผลการศึกษาจึงมีความแตกต่างจากผลการวิจัยในครั้งนี้

สมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้ร้อยละ 24.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการชัก ($\beta = -.47, p < .001$) และ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.24, p < .001$) เท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการชักเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้นั้น เมื่อพิจารณาตามแนวคิดทฤษฎีของรอย การรับรู้ความรุนแรงของอาการชักถือว่าเป็นสิ่งเร้าตรงที่ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว บุคลากรทางการแพทย์จึงควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการชักของผู้ดูแล การให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นและถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง สำหรับผู้ดูแลที่มีการรับรู้ว่ามีอาการชักรุนแรงมากนั้น ควรตระหนักว่าผู้ดูแลจะมีการปรับตัวที่ไม่ดี จึงควรหาวิธีช่วยเหลือในเผชิญปัญหาและการปรับตัว

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กได้นั้น สอดคล้องกับจากการศึกษาในกลุ่มมารดาของเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นกัน ได้แก่ โรคหาลำไส้และโรคหอบหืด ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาได้ (ก้านจิต ศรีนนท์ 2541; วนิดา ยืนยง, 2537) ผลการศึกษานี้จึงเป็นการยืนยันถึงอำนาจการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม และหาแนวทางในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีการปรับตัวที่ดี

จากผลการวิจัยพบข้อจำกัดในเรื่องการระบุข้อมูลจำเพาะของสมการเนื่องจากตัวแปรอิสระที่ศึกษาในการทำนายในการศึกษานี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้ร้อยละ 24.5 จึงยังมีตัวแปรอื่นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้อีก ดังนั้นงานวิจัยในอนาคตจึงควรมีการศึกษาตัวแปรอิสระเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวของผู้ดูแลได้มากขึ้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่พาผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรกระบบประสาท ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 จำนวน 94 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ (1) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยฉับพลันโดยสายโลหิตหรือตามกฎหมาย เช่น เป็นบิดามารดา และญาติคนอื่นๆ (2) เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันกับเด็กโรคลมชัก (3) เป็นผู้ที่คุณดูแลเด็กโรคลมชักโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ (4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ (5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ (6) เด็กโรคลมชักที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลมีอายุแรกเกิดถึง 12 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักโดยไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลของชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของรอย (Roy, 1991) และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเสริมศรี สันตติ (Santati, 2005) ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามทั้งสองชุดให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยมีค่า CVI ของแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลและแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .89 และ .86 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล เท่ากับ .96 และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.97 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจำนวน 94 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล เท่ากับ .91 และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .95

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) หาอำนาจการทำนายของตัวแปรโดยวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression) ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 13-122 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-140 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 74.70 คะแนน (S.D. = 22.20) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในการศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมตามแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในครอบครัวมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 20.17 คะแนน (S.D. = 5.82) รองลงมาคือจากกลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 17.97 คะแนน (S.D. = 4.79) ได้รับจากกลุ่มพี่น้องและญาติอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 16.57 คะแนน (S.D. = 6.36) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 11.47 คะแนน (S.D. = 6.15) และค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลในชุมชนอยู่ในระดับน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 8.52 คะแนน (S.D. = 6.35)

2. ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในการศึกษานี้มีค่าคะแนนการปรับตัวอยู่ระหว่าง 120-203 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 41-205 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 164.93 คะแนน (S.D. = 18.02) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักรายด้าน พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในการศึกษานี้มีการปรับตัวทุกด้านค่อนข้างดี โดยการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 43.36 คะแนน (S.D. = 5.11) ด้านอัตมโนทัศน์ ค่าคะแนนเฉลี่ย 42.17 คะแนน (S.D. = 4.87) ด้านบทบาทหน้าที่ค่าคะแนนเฉลี่ย 41.54 คะแนน (S.D. = 5.25) และด้านร่างกายมีค่าคะแนนเฉลี่ย 37.85 คะแนน (S.D. = 7.11)

3. การรับรู้ความรุนแรงของการชัก และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$; $r = .17, p < .05$) ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .08, p > .05$; $r = -.04, p > .05$ ตามลำดับ)

4. การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ได้ร้อยละ 24.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของการชัก ($\beta = -.47, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.24, p < .001$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ความรุนแรงของการชักเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากกว่าสนับสนุนทางสังคม

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาจึงสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเท่านั้น ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรอื่นที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรมีการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการชักในผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก และหาแนวทางในการส่งเสริมการปรับตัวแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่รับรู้ว่าการชักมีความรุนแรง
2. พยาบาลควรรหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับการสนับสนุนจากสังคมจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น
3. ควรมีการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักแก่บุคคลในชุมชน เพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความรู้และเป็นแหล่งประโยชน์ที่ดีให้กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบข้อจำกัดในเรื่องการระบุข้อมูลจำเพาะของสมการ เนื่องจากตัวแปรอิสระที่ศึกษาในการทำนายในการศึกษาครั้งนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้ร้อยละ 24.5 ดังนั้น จึงยังมีตัวแปรอื่นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้อีก ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปจึงศึกษาตัวแปรอิสระเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวของผู้ดูแลได้มากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัว ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย หรือผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เริ่มมีอาการชัก กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เป็นมานานแล้ว

3. ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ
ต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

PREDICTIVE FACTORS FOR ADAPTATION AMONG CAREGIVERS OF CHILDREN WITH EPILEPSY

พันธกานต์ ทำเนา 4937571 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, Ph.D. (Nursing), อัจฉริยา ปทุมวัน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบบ่อย จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ 0.2–0.5 ต่อประชากร 1,000 คน/ปี และมีความชุกของโรค 4–10 ต่อประชากร 1,000 คน/ปี (Annegers, 1993) ในประเทศไทยพบความชุกของโรคลมชักในเขตกรุงเทพมหานคร 7 ต่อประชากร 1,000 คน (อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, 2544) และที่อำเภอโซคชัย จังหวัดนครราชสีมา 7.2 ต่อประชากร 1,000 คน (ชนินทร์ อัสววิเชียรจินดา, จิตร สิทธีอมร และวัชริน รัชฎานนท์, 2543) จากสถิติของโรงพยาบาลราชบุรีซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิพบว่าในปีงบประมาณ 2550-2552 มีผู้ป่วยเด็กโรคลมชักอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี เป็นจำนวนมากเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด คือ 564, 697 และ 525 คน ตามลำดับ (งานสารสนเทศโรงพยาบาลราชบุรี, 2553)

โรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากอาการชักจะเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว ที่ผิดปกติและระดับความรู้สึกตัวได้ การชักจึงกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก (Carlton-Ford, Miller, Brown, Nealeigh, & Jennings, 1995) หากอาการชักเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ฉับพลัน และชักเป็นเวลานานก็อาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ (Ficker, 2000) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่เป็นโรคลมชักมักมีอาการซึมเศร้า (Baki, et al., 2004) มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม จิตสังคม การมีปฏิสัมพันธ์

กับผู้อื่น และปัญหาการเรียน (Austin, 1989; Austin, Dunn, Johnson, & Perkins, 2004; Austin, Smith, Risinger, & McNelis, 1994; Carlton-Ford, et al., 1997; McDermott, Mani, & Krishnaswami, 1995)

นอกจากผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กแล้ว โรคลมชักยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กเนื่องจากโรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษายาวนาน การดูแลผู้ป่วยโรคลมชักที่ยังอยู่ในวัยเด็กและไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลมากกว่าเด็กปกติทั่วไป เช่น การให้ยาตามแผนการรักษา พาไปพบแพทย์ การขอข้อมูลเรื่องโรคและการดูแลกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ คอยระวังและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการชัก ฝ่าระวังอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บจากอาการชัก ตลอดจนวางแผนการใช้ชีวิตให้กับผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น ภาระเหล่านี้ต้องทุ่มเททั้งเวลา และพลังงานอย่างมากทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ รับประทานอาหารเร็วขึ้น นอนหลับพักผ่อนน้อยลง มีการสันทนาการน้อยลง เพื่อให้เวลากับการดูแลเด็กโรคลมชัก (Thomas, & Bindu, 1999) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล นอกจากจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้ว โรคลมชักยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านจิตสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีความวิตกกังวล และความเครียด โกรธ รู้สึกผิด รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง หดหนทางช่วยเหลือ สับสน ซึมเศร้า แยกตัว เลี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต และยังพบปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และสังคม ตลอดจนการมีฐานะทางการเงินของครอบครัวต่ำลง (Austin, et al., 2004; Austin, Patterson, & Huberty, 1991; Buelow, McNelis, Shore, & Austin, 2006; Dyson, 1993; Ellis, Upton, Thompson, 2000; Hauser-cram, Warfield, Shonkoff, Krauss, Sayer, & Upshur, 2001; Hoare, 1984; Nolan, Camfield, & Camfield, 2006; 2008; Shore, Austin, Huster, & Dunn, 2002; Thomas, & Bindu, 1999)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลต้องปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย และจิตสังคม หากผู้ดูแลปรับตัวได้ดีจะส่งผลให้เด็กโรคลมชักได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้ดูแลสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและครอบครัวได้อย่างผาสุก หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลและคุณภาพของการดูแล ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก (Williams, et al., 2003) การส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล

การที่จะส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักนั้น จำเป็นต้องทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับตัวของผู้ดูแลจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ (ก้านจิต ศรีนนท์, 2541; เบญญาภา เจริญจิตรศิลป์, 2548; วนิดา ยืนยง, 2537; Judge, 1998) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสาร รู้สึกว่าตนได้รับการยอมรับ ได้รับความเห็นใจ ได้รับสิ่งของ

และแรงงานที่ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อการปรับตัวที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นการปรับตัวในทางบวก (ก้านจิต ศรีนนท์, 2541; เบญญาภา เจริญจิตรศิลป์, 2548) แต่การศึกษาในกลุ่มมารดาเด็กโรคลมชักในต่างประเทศ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากภายนอกครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ของมารดาเด็กโรคลมชัก (Shore, et al., 2004) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีลักษณะสังคมเป็นครอบครัวเดี่ยว มีแนวโน้มจะแยกตัวจากสังคมมากกว่าประเทศไทย นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์เพียงสองกลุ่ม คือ เครือญาติ และเพื่อน ไม่ครอบคลุมบุคคลกลุ่มอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ บุคคลภายในครอบครัว เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และบุคคลในชุมชน

ปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล คือ ระยะเวลาในการศึกษา เนื่องจากการศึกษาจะช่วยพัฒนาระดับสติปัญญา และการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2535) ทำให้ผู้ดูแลมีวิจารณญาณในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ การศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ผ่านระบบการศึกษา ผู้ดูแลจะปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงโดยใช้สติปัญญาในการคิดพิจารณา ร่วมกับการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในอดีต จากการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย และโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัว และสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาได้ (ก้านจิต ศรีนนท์, 2541; Limsiriwat, 2003) แต่จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก (Shore, et al., 2004) ซึ่งการศึกษานี้อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในประเทศไทย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานั้นส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับดี คือมีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Shore, et al., 2004) แตกต่างจากประเทศไทยซึ่งมีการศึกษาภาคบังคับยังอยู่เพียงระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น

รายได้ของครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่าย่อมมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้มากกว่า ไม่ต้องวิตกกังวลต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้มีการคิดรู้ เรียนรู้ และการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่า จากการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวพบว่ารายได้ครัวรั้วมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดา (Limsiriwat, 2003) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครัวรั้ว กับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชักซึ่งวัดจากอารมณ์ซึมเศร้า ความเชื่อมั่นในการจัดการอาการชัก และการคงไว้ซึ่งกิจกรรมยามว่างในครัวรั้ว ผลการศึกษาพบว่ารายได้ครัวรั้วไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก (Shore, et al., 2004) แต่ผลลัพธ์ของการปรับตัวในการศึกษานี้ วัดการปรับตัวเพียงบางด้าน

ได้แก่ ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาทหน้าที่บางส่วน ไม่ครอบคลุมการปรับตัวด้านร่างกาย และด้านการพึ่งพาห้วกัน ยิ่งกว่านั้นผู้ทำการศึกษาได้ระบุว่ามีการขาดหายของข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22 ซึ่งปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ครอบครัว ดังนั้นผลการศึกษาจึงอาจจะไม่ใช่ความสัมพันธ์ที่แท้จริงของประชากรที่ศึกษา

นอกจากนี้ การรับรู้ความรุนแรงของการชกก็น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล จากการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักพบว่าบิดามารดาของเด็กโรคลมชักที่มีอาการชักรุนแรงจะมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหลายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ การดำเนินชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และสัมพันธภาพในสังคม (Thomas, & Bindu, 1999) นอกจากนี้มีศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของการชกมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการปรับตัว ได้แก่ อาการซึมเศร้าของมารดา ความเชื่อมั่นในการจัดการอาการชัก และการคงไว้ซึ่งกิจกรรมยามว่างในครอบครัว (Shore, et al., 2004) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาถึงอำนาจในการทำนายของความรุนแรงของการชกต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้หรือไม่และมากน้อยเพียงใด ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก เพื่อให้ผู้ดูแลสุขภาพดี สามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้อย่างมีความสุข

กรอบทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา รอยเชื่อว่าบุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เป็นหน่วยเดียวกัน และรวมถึงครอบครัว วงศ์กร ชุมชน และสังคมของบุคคลนั้น ๆ ด้วย บุคคลเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (holistic adaptive system) ที่เป็นระบบเปิด การปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากการคิดและความรู้สึกรู้หาของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยใช้การตระหนักรู้และเลือกผสมผสานบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุลของระบบ การปรับตัวที่ดีทำให้มนุษย์บรรลุเป้าหมายของการเจริญเติบโต การมีชีวิตรอดสามารถสืบทอดเผ่าพันธุ์และเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้

การปรับตัวของบุคคลเป็นระบบที่ประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (input) สิ่งนำออก (output) และกระบวนการควบคุมและป้อนกลับ (control and feedback process) สิ่งนำเข้าระบบการปรับตัว

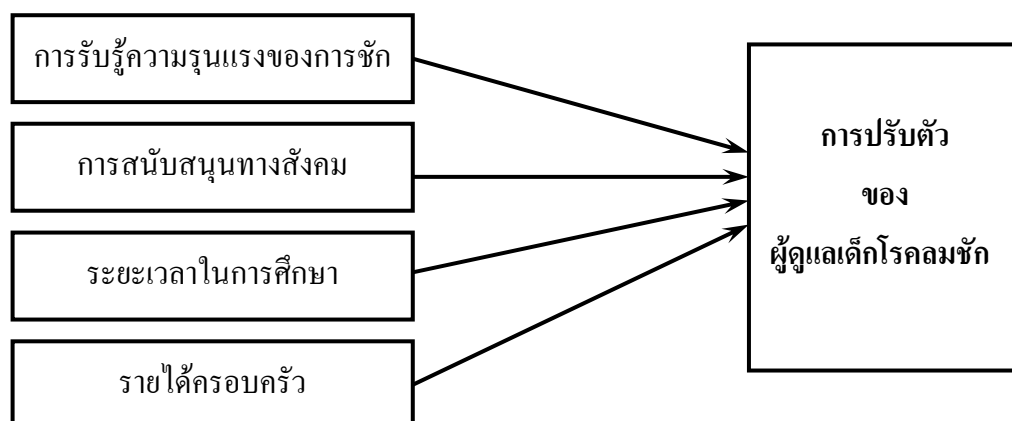
เรียกว่า สิ่งเร้า (stimulus) ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองและเป็นจุดที่ทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมกับระบบบุคคล สิ่งเร้าอาจมาจากสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นภายในหรือมาจากภายนอก สามารถจำแนกเป็นสามประเภท ได้แก่ สิ่งเร้าตรง (focal stimulus) สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) และผลรวมของสิ่งเร้าทั้งสามประเภทยังทำให้เกิดสิ่งนำเข้าที่เรียกว่า ระดับการปรับตัว (Adaptation level) ซึ่งระดับการปรับตัวจะบอกถึงภาวะการปรับตัวของสิ่งมีชีวิตและความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ของบุคคล เมื่อสิ่งเร้าและระดับการปรับตัวถูกนำเข้าระบบโดยผ่านกระบวนการควบคุมเพื่อจะทำให้ได้สิ่งนำออกต่อไป

กระบวนการควบคุม (control process) หรือกระบวนการเผชิญปัญหา (coping process) เป็นปฏิกิริยาแรกเริ่ม (innate) และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลัง (acquired) เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แบ่งกระบวนการเผชิญปัญหาเป็นสองประเภท ได้แก่ กลไกการควบคุม (regulator subsystem) และกลไกการคิดรู้ (cognator subsystem) กลไกการควบคุมเป็นกลไกอัตโนมัติที่เกิดจากการตอบสนองผ่านการทำงานของระบบประสาท สารเคมี และระบบต่อมไร้ท่อในร่างกาย ส่วนกลไกการคิดรู้เป็นกลไกการทำงานที่ตอบสนองผ่านอารมณ์และการคิดรู้สี่ช่องทางประกอบด้วย (1) การรับรู้และจดจำ (perceptual and information processing) (2) การเรียนรู้ (learning) (3) การตัดสินใจ (judgment) และ (4) การใช้อารมณ์ (emotion) กระบวนการควบคุมนี้จะทำงานประสานกันเพื่อตอบสนองต่อสิ่งนำเข้าแล้วได้ผลลัพธ์เป็นสิ่งนำออก

สิ่งนำออก (output) ของระบบบุคคลเป็นการที่สิ่งเร้าและระดับการปรับตัวเข้าสู่ระบบการปรับตัวผ่านกระบวนการควบคุมแล้ว ได้ผลลัพธ์ออกมาเป็นพฤติกรรมตอบสนองที่แสดงออกมาเป็นสองรูปแบบ คือสามารถปรับตัวได้ (adaptive response) และปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective response) โดยปฏิกิริยาตอบสนองนี้จะถูกป้อนกลับหรือนำเข้าสู่ระบบการปรับตัวอีก การปรับตัว (adaptation behavior) ของบุคคลแบ่งเป็นสี่ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านบุคลิกภาพ และด้านการพึ่งพาผู้อื่น

ในการดูแลเด็กโรคซึมเศร้า หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการซึมเศร้าจะทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ไม่ดีหลายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Thomas, & Bindu, 1999) หากผู้ดูแลเด็กโรคซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นสิ่งเร้าร่วมจะทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับความรัก ขอบรับในคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและแรงงานที่เอื้อประโยชน์ต่อการปรับตัวทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ เรียนรู้ จดจำ และตัดสินใจ ส่งผลให้มีการปรับตัวในทางบวกได้ ส่วนระยะเวลาในการศึกษาเป็นอีกหนึ่งสิ่งเร้าร่วมที่อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่มี

ประสิทธิภาพ หากผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีระยะเวลาในการศึกษามากอาจทำให้ผู้ดูแลมีวิจารณญาณในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลได้ดีเนื่องจากการศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้ผ่านระบบการศึกษา นอกจากนี้สิ่งเร้าร่วมอื่น ได้แก่ รายได้ครอบครัวของผู้ดูแล หากผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีรายได้ครอบครัวมาก ย่อมมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้มาก กว่า ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่า มีโอกาสได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและความช่วยเหลือได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย และไม่ต้องวิตกกังวลต่อปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้มีการคิดรู้ เรียนรู้ และการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่า อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้สามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ครอบครัวของผู้ดูแล และการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
2. การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้

นิยามศัพท์

การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก การปรับตัวมีสี่ด้านประกอบด้วย (1) การปรับตัวด้านร่างกาย (2) การปรับตัวด้านอารมณ์ทัศนคติ (3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และ (4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งกัน ประเมินการปรับตัวโดยใช้แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแลของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของรอย (Roy, 1991 อ้างใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการปรับตัวของ ชูชื่น ชีวพูนผล มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก คะแนนมากหมายถึง ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี

การรับรู้ความรุนแรงของการชัก หมายถึง การให้ความหมายของอาการชักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักตามความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ดูแล แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่รุนแรง รุนแรงเล็กน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก สามารถวัดได้โดยข้อคำถาม 1 ข้อ ซึ่งถามการรับรู้ความรุนแรงของการชัก คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีอาการชักรุนแรงมาก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับความช่วยเหลือที่เอื้อต่อการดูแลเด็กโรคลมชักในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านวัตถุสิ่งของ โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (2) กลุ่มบุคคลในครอบครัว (3) กลุ่มพี่น้องและญาติ (4) กลุ่มเพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน และ (5) กลุ่มบุคคลในชุมชน โดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ เสริมศรี สันตติ (Santati, 2005) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ เสริมศรี สันตติ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ระยะเวลาในการศึกษา หมายถึง จำนวนปีของการได้รับการศึกษาภาคบังคับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่หนึ่งถึงขั้นสูงสุดของผู้ดูแลที่สำเร็จการศึกษาในระบบ (ระยะเวลาที่มากกว่า 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี)

รายได้ครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินที่ได้รับเฉลี่ยเป็นบาทต่อเดือนจากการประกอบอาชีพของผู้ดูแลและคู่สมรสรวมกัน หรือรายได้ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในกรณีที่อีกฝ่ายหนึ่งไม่มีรายได้ โดยยังไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 94 คนเป็นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่พาผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรกระบบประสาท ห้องตรวจกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ (1) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กฉันทาติโดยสายโลหิตหรือตามกฎหมาย (2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกัน (3) เป็นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน (4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ (5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และ (6) เด็กโรคลมชักที่ดูแลมีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 12 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคลมชักโดยไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

ก. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว จำนวนบุคคลในครอบครัว จำนวนบุตรของผู้ดูแล จำนวนบุคคลในความดูแล รายได้ครอบครัว การชำระค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ปัญหาทางการเงินเนื่องจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และการรับรู้ความรุนแรงของอาการชัก ซึ่งข้อคำถามมีทั้งลักษณะปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 16 ข้อ โดยข้อคำถามที่ 15 สอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการชัก มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีอาการชักรุนแรงมาก

ข. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความถี่ของการชักใน 1 ปีที่ผ่านมา รวมระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความถี่ของการนอน

โรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา ระดับพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก และผลการตรวจคลื่นสมอง ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ โดยผลการตรวจคลื่นสมองได้จากเพิ่มประวัติ

2. แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวของญาติผู้ดูแลของชูชื่น ชีวพูนผล (2541) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1991) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ ใช้ประเมินการปรับตัว (adaptation) ของผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาหวั่งกัน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี แบบวัดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 10 ราย และนำไปใช้จริงในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก 94 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96 และ .91 ตามลำดับ

3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเสริมศรี สันตติ (Santati, 2005) วัดการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ และ (3) การสนับสนุนด้านสิ่งของและแรงงาน โดยวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (2) กลุ่มบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร (3) กลุ่มพี่น้องและญาติ (4) กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน และ (5) กลุ่มบุคคลในชุมชน มีข้อคำถาม 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำไปใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจำนวน 10 ราย และนำไปใช้จริงในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจำนวน 94 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย สอบถามความสมัครใจ และขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้ดูแลเด็กโรคลมชักตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะผู้ดูแล และเด็กโรคลมชัก
2. หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเป็นรายด้านและโดยรวม
3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กับการปรับตัว โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
4. หาอำนาจการทำนายของ การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว ต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter

ผลการวิจัย

ลักษณะของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก จำนวน 94 ราย มีอายุระหว่าง 22-57 ปี อายุเฉลี่ย 35.18 ปี (S.D. = 8.10) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 40.42) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.23) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 84.04) ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 78.72) รองลงมาเป็นบิดา (ร้อยละ 12.77) มีระยะเวลาในการศึกษาอยู่ระหว่าง 0-17 ปี ค่าเฉลี่ย 9.37 ปี (S.D. = 3.99) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 32.98) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 26.60) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 27.66) มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 55.32) และครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 44.68) มีจำนวนบุคคลในครอบครัว 2-9 คน โดยเฉลี่ย 5 คน (S.D. = 1.79) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุตร 1-5 คน โดยเฉลี่ย 2 คน (S.D. = 0.80) และมีจำนวนบุคคลในความดูแล 1-5 คน โดยเฉลี่ย 2 คน (S.D. = 1.04) ครอบครัวมีรายได้ 3,000-40,000 บาทต่อเดือน โดยมีค่ามัธยฐานของรายได้ 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล (ร้อยละ 84.04) ไม่มีปัญหาการเงินจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก (ร้อยละ 36.17) และมีปัญหาบ้างเล็กน้อย (ร้อยละ 37.23) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยเฉลี่ย 5.80 ปี (S.D. = 3.57) ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการรับรู้ว่าการชักที่เกิด

ขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก ไม่มีความรุนแรง (ร้อยละ 21.28) รุนแรงเล็กน้อย (ร้อยละ 24.47) รุนแรงปานกลาง (ร้อยละ 37.23) และรุนแรงมาก (ร้อยละ 17.02)

ลักษณะของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่อยู่ในความดูแล

ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักมีจำนวน 94 ราย มีอายุระหว่าง 2 เดือนถึง 12 ปี ค่าเฉลี่ย 6.11 ปี (S.D. = 8.10) โดยเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่มีอายุ 4-6 ปี (ร้อยละ 28.72) รองลงมาอายุ 10-12 ปี (ร้อยละ 25.53) และอายุ 7-9 ปี (ร้อยละ 22.34) ตามลำดับ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.38) ส่วนใหญ่เรียนอยู่ระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 40.43) รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 34.04) และเรียนระดับชั้นอนุบาล (ร้อยละ 22.34) ตามลำดับ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีความถี่ของการชัก 0-960 ครั้ง ค่าเฉลี่ย 37 ครั้ง (S.D. = 159.83) ค่ามัธยฐานความถี่ของการชักคือ 1 ครั้ง และความถี่ของการนอนโรงพยาบาล 0-10 ครั้ง เฉลี่ย 1 ครั้ง (S.D. = 1.83) ค่ามัธยฐานความถี่ของการนอนโรงพยาบาลคือ 0 ครั้ง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคลมชักอยู่ระหว่าง 3 วัน ถึง 11 ปี 10 เดือน ค่าเฉลี่ย 3.32 ปี (S.D. = 2.81) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 75.53)

การสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 13-122 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 74.70 คะแนน (S.D. = 22.20) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมตามแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในครอบครัวค่อนข้างมาก รองลงมาคือจากกลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพปานกลาง จากกลุ่มพี่น้องและญาติอยู่ปานกลาง จากกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย และจากกลุ่มบุคคลในชุมชนในระดับน้อย ดังแสดงไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามแหล่งประโยชน์และโดยรวม (n = 94)

แหล่งของ การสนับสนุนทางสังคม	ค่าพิสัย		mean	S.D.	Skewness
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
กลุ่มบุคคลในครอบครัว	0-28	1-28	20.17	5.82	-.99
กลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ	0-28	4-28	17.97	4.79	-.32
กลุ่มพี่น้องและญาติ	0-28	0-28	16.57	6.36	-.39
กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน เพื่อนบ้าน	0-28	0-25	11.47	6.15	.09
กลุ่มบุคคลในชุมชน	0-28	0-24	8.52	6.35	.45
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0-140	13-122	74.70	22.20	-.15

การปรับตัว

ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก มีค่าคะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ระหว่าง 120-203 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 164.93 คะแนน (S.D. = 18.02) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาการปรับตัวรายด้าน พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวทุกด้านค่อนข้างดี ดังแสดงไว้ในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวรายด้าน และโดยรวม (n = 94)

การปรับตัว	ค่าพิสัย		mean	S.D.	Skewness
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
ด้านการพึ่งพาฯ	11-55	30-55	43.36	5.11	-.43
ด้านอัตมโนทัศน์	10-50	31-50	42.17	4.87	-.50
ด้านบทบาทหน้าที่	10-50	27-50	41.54	5.25	-.57
ด้านร่างกาย	10-50	22-50	37.85	7.11	-.51
การปรับตัวโดยรวม	41-205	120-203	164.93	18.02	-.47

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการปรับตัว

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการชัก และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.40, p < .001$; $r = .17, p < .05$ ตามลำดับ) ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .08, p > .05$; $r = -.04, p > .05$ ตามลำดับ)

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กับ การปรับตัว ($n = 94$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ความรุนแรงของการชัก	1				
2. การสนับสนุนทางสังคม	.15	1			
3. ระยะเวลาในการศึกษา	-.04	-.05	1		
4. รายได้ครอบครัว	-.21*	-.07	.35**	1	
5. การปรับตัว	-.40**	.17*	.08	-.04	1

* $p < .05$; ** $p < .001$

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปรับตัว

ก่อนการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (ภาคผนวก ง) ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้ร้อยละ 24.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของการชัก ($\beta = -.47, p < .001$) และ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .24, p < .05$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก โดยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบ Enter (n = 94)

ตัวทำนาย	R	R ²	b	S.E.(b)	Beta	t	p
การรับรู้ความรุนแรงของการชัก	.50	.25	-8.29	1.69	-.47	-4.90	.00
การสนับสนุนทางสังคม			.20	.08	.24	2.57	.01
ระยะเวลาในการศึกษา			.58	.44	.13	1.32	.19
รายได้ครอบครัว			.00	.00	-.17	-1.65	.10

Constant (a) = 161.74, Over all F = 7.21, p <.001

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมตามแหล่งประโยชน์ของผู้ดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือได้รับจากกลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในระดับปานกลาง ได้รับจากกลุ่มพี่น้องและญาติในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยได้รับจากกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยและได้รับจากกลุ่มบุคคลในชุมชนน้อยที่สุด

การที่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุดอธิบายได้ว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับสามี จึงได้รับการสนับสนุนจากสามีซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชักซึ่งมีที่พบว่าสามีเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านเครื่องมือให้กับกลุ่มตัวอย่างในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคลมชัก (ก้านจิต ศรีนนท์, 2541)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลที่ศึกษามีผู้รับบริการจำนวนมาก และมีจำนวนเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพให้บริการน้อย ระยะเวลาในการให้ข้อมูลข่าวสารและพูดคุยสื่อสารกับผู้รับบริการมีจำกัด ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจึงรู้สึกว่าการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพปานกลาง

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มพี่น้องและญาติ ในระดับปานกลาง และได้รับจากและกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้านปานกลาง

ค่อนข้างน้อย สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสแล้ว ได้รับความช่วยเหลือจากคู่สมรสเป็นอย่างดี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต สามารถตัดสินใจหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการเงินหรือมีปัญหาการเงินเพียงเล็กน้อย โดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบางส่วน เบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานของภาครัฐได้ กลุ่มพี่น้องและญาติ ตลอดจนกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้านจึงไม่ได้ให้การสนับสนุนทางสังคมมากนัก และส่วนใหญ่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 1 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และเด็กโรคลมชักส่วนใหญ่มีพัฒนาการปกติ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่พบว่ามารดาเด็กโรคลมชักมีความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวเดียวของตนโดยไม่พึ่งพาการสนับสนุนทางสังคมจากภายนอกครอบครัว แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของมารดาเด็กป่วยโรคลำไส้ซีเมียที่พาบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรี-นครินทร์ โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามารดาเด็กโรคลำไส้ซีเมียได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างมาก เนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทภาคอีสาน มีลักษณะของสังคมชนบทที่มีความผูกพันกันแบบเครือญาติ มีการไปมาหาสู่ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ และเพื่อนมาก

การปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวทั้งสี่ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาเรหว่างกันอยู่ในค่อนข้างดีทุกด้านเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดี ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมานานเกิน 3 ปี จึงมีประสบการณ์ในการดูแล ประกอบกับผู้ป่วยเด็กที่อยูในการดูแลส่วนใหญ่มีพัฒนาการที่ปกติ จึงไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแลมาก ผู้ดูแลจึงสามารถปรับตัวได้ดี

สมมติฐานข้อที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาในการศึกษา

และรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมมติฐานนี้จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการชักกับการปรับตัวของผู้ดูแล

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก แสดงว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามีอาการชักไม่รุนแรงจะมีการปรับตัวที่ดี อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการชักที่ไม่รุนแรง จะทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดมาก ไม่ต้องหุ่มเหดูแลผู้ป่วยมากเกินไป จึงสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ดี และสามารถทำบทบาทหน้าที่อื่นของตนได้ ผู้ดูแลเหล่านี้จึงสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของเด็กได้ดี แต่ในทางกลับกัน หากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการชักที่รุนแรง จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (Eastman, Ritter, Risse, & Frost, 1999) ต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) และอุบล อัมภินทรทรัพย์ (2540) ที่พบว่ามารดาที่รับรู้ว่ามีอาการรุนแรงของโรคมักจะปฏิบัติดูแลบุตรมาก ซึ่งจะกระทบต่อการดำเนินชีวิต และบทบาทด้านอื่น ๆ ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ไม่ดีหลายด้าน ดังเช่นการศึกษาของ โทมัสและบินดู (Thomas, & Bindu, 1999) ที่พบว่าครอบครัวที่บุตรเป็นโรคลมชักที่มีอาการรุนแรงจะมีการปรับตัวด้านสังคมที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การที่เด็กมีอาการชักรุนแรงจะให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวด้านอารมณ์ทัศนคติไม่ดี โดยจะรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองน้อยลง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ (Ellis, et al., 2000)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่พบว่าความรุนแรงของการชักมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์จากการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก โดยพบว่าความรุนแรงของการชักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าของมารดา และความเชื่อมั่นในการจัดการอาการชัก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคงไว้ซึ่งกิจกรรมยามว่างของครอบครัว แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณภา ลิ้มศิริวัฒน์ (Limsirawat, 2003) ที่พบว่าความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่มีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่ายและรวดเร็ว

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแล

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะยังมีการปรับตัวที่ดี อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับ ได้รับความห่วงใย ได้กำลังใจ ได้รับสิ่งของ เงินทอง

และแรงงานที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ที่จะใช้พิจารณาตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้อย่างเหมาะสมจึงทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวในทางบวก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ยืนยง (2537) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด การศึกษาของเบญญาภา เจริญวิจิตรศิลป์ (2548) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรสมองพิการ และ ก้านจิต ศรีนนท์ (2541) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยโรคธาลัสซีเมีย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ทั้งอาจเนื่องจากการศึกษาของชอร์และคณะ เป็นการศึกษาในประเทศตะวันตกที่มีครอบครัวมักเน้นความเป็นอิสระและการพึ่งพาตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการศึกษากับการปรับตัว

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าถึงแม้ระดับการศึกษาจะเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนา ระดับสติปัญญาและช่วยในการแก้ปัญหาของบุคคล ทำให้มีวิจารณญาณในการตัดสินใจเกี่ยวกับการ แก้ปัญหาต่างๆ สามารถเรียนรู้ และค้นหาความรู้ได้ดีขึ้น แต่ในการศึกษครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (59.58) การศึกษาอยู่ในระดับใกล้เคียงกันคือระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาตอนต้น การพัฒนา ระดับสติปัญญา และการเรียนรู้การแก้ปัญหาจึงอาจจะไม่แตกต่าง ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับ การศึกษาของชอร์และคณะ (Shore, Austin, & Dunn, 2004) ที่พบว่าระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก และการศึกษาของวนิดา ยืนยง (2537) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาเด็กเด็กโรคหอบหืด แต่ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ วรณภา ลิ้มศิริวัฒน์ (Limsirawat, 2003) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดา ที่มีบุตรก่อนวัยเรียน โรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาว

ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ครอบคลุมกับการปรับตัว

ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ารายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีปัญหาการเงินจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กหรือมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ ใช้สิทธิการรักษาตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล ผู้ดูแลจึงไม่ต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาล ดังนั้นรายได้

ครอบครัวจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับจากการศึกษาของชอร์และคณะ (Shore, et al., 2004) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการปรับตัวของมารดาเด็กโรคลมชัก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ลิ้มศิริวัฒน์ (Limsiriwat, 2003) ที่พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรก่อนวัยเรียน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

สมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้ร้อยละ 24.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการชัก และการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวอย่างนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการชักเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้นั้น เมื่อพิจารณาตามแนวคิดทฤษฎีของรอย การรับรู้ความรุนแรงของอาการชักถือว่าเป็นสิ่งเร้าตรงที่ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัว บุคลากรทางการแพทย์จึงควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการชักของผู้ดูแล การให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นและถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง สำหรับผู้ดูแลที่มีการรับรู้ว่ามีอาการชักรุนแรงมากนั้น ควรตระหนักว่าผู้ดูแลจะมีการปรับตัวที่ไม่ดี จึงควรหาวิธีช่วยเหลือในเผชิญปัญหาและการปรับตัว

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กได้นั้น สอดคล้องกับจากการศึกษาในกลุ่มมารดาของเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นกัน ได้แก่ โรคหาลัสซิมีย และโรคหอบหืด ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาได้ (ก้านจิต ศรีนนท์ 2541; วนิดา ยืนยง, 2537) ผลการศึกษานี้จึงเป็นการยืนยันถึงอำนาจการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม และหาแนวทางในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีการปรับตัวที่ดี

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาจึงสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเท่านั้น ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรอื่นที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรมีการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการชักในผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก และหาแนวทางในการส่งเสริมการปรับตัวแก่ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่รับรู้ว่าการชักมีความรุนแรง
2. พยาบาลควรรหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้รับการสนับสนุนจากสังคมจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น
3. ควรมีการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคลมชักแก่บุคคลในชุมชน เพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความรู้และเป็นแหล่งประโยชน์ที่ดีให้กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบข้อจำกัดในเรื่องการระบุข้อมูลเฉพาะของสมการ เนื่องจากตัวแปรอิสระที่ศึกษาในการทำนายในการศึกษาครั้งนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้ร้อยละ 24.5 ดังนั้น จึงยังมีตัวแปรอื่นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวในผู้ดูแลเด็กโรคลมชักได้อีก ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปจึงศึกษาตัวแปรอิสระเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวของผู้ดูแลได้มากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ที่ดูแลเด็กโรคลมชักที่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย หรือ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เริ่มมีอาการชัก กับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่เป็นมานานแล้ว
3. ควรทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

PREDICTIVE FACTORS FOR ADAPTATION AMONG CAREGIVERS OF
CHILDREN WITH EPILEPSY

PANTHAKARN THAMNAW 4937571 RAPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: CHAUNRUEDEE KONGSAKTRAKUL, Ph.D.
(Nursing), AUTCHAREEYA PATOOMWAN, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Epilepsy is a neurological disease. In the United States of America, the incidence rate was 0.2-0.5 per 1000 population-year. The prevalence rates from various countries have shown around 4-10 per 1000 population-year (Annegers, 1993). In Thailand, the prevalence rate of epilepsy in Bangkok was 7 per 1000 population-year (Anurak Banditchat, 2001). Similarly, in Chok Chai district, Nakhon Ratchasima Province the prevalence rate was found 7.2 per 1000 population-year (Thanin Atsawawichianchinda, Jit Sitthi Amorn, and Watcharin Tanyanon, 2000). In addition, from the statistics of Ratchaburi Hospital, a tertiary care hospital, in fiscal years of 2007, 2008, and 2009 there were 1,302, 1,415, and 1,185 patients with epilepsy respectively who visited outpatient unit, and half of those patients were children aged between newborn and 12 years (Ratchaburi Hospital Information, 2010).

Epilepsy is a chronic disease that affects children in many aspects. When seizures attack, children cannot controlled their abnormal movements and consciousness. Therefore, epilepsy affects a daily life of those children (Carlton-Ford, Miller, Brown, Nealeigh, & Jennings, 1995), and can lead to an injury or unexpected

death (Ficker, 2000). Moreover, research found that children with epilepsy had often depression (Austin, 1988), behavior problems, psychosocial problems, and learning problems (Austin, 1989; Austin, Dunn, Johnson, & Perkins, 2004; Austin, Smith, Risinger, & McNelis, 1994; Carlton-Ford, et al., 1997; McDermott, Mani, & Krishnaswami, 1995).

Apart from the effects on children, epilepsy also affects caregivers of children with epilepsy because children with epilepsy requires a long time process of care and those children cannot complete self-care by themselves. Caregivers have to provide care for children with epilepsy more than normal children such as preparing and giving epileptic drug, taking children to the doctor, giving and taking an information about the disease with health care providers, avoiding factors that can trigger seizures, preventing accidents and injuries. Due to a seizure attack, and planning for children to live with epilepsy. Research have shown that caregivers changed their daily life in order to provide care for children with epilepsy such as faster eating, less sleeping, and less recreations (Thomas, & Bindu, 1999), that may affects health of caregivers. In addition, epilepsy also affects psychosocial of caregivers. The study found that caregivers of children with epilepsy had an anxiety, stress, anger, guilty, low self-esteem, helplessness, confusion, depression, isolation, risk of mental health illness, problems of relationship with their family, and problems of financial status (Austin, et al., 2004; Austin, Patterson, & Huberty, 1991; Buelow, McNelis, Shore, & Austin, 2006; Dyson, 1993; Ellis, Upton, Thompson, 2000; Hauser-cram, Warfield, Shonkoff, Krauss, Sayer, & Upshur, 2001; Hoare, 1984; Nolan, Camfield, & Camfield, 2006; Nolan, Camfield, & Camfield, 2006; 2008; Shore, Austin, Huster, & Dunn, 2002; Thomas, & Bindu, 1999)

Because there are many effects of epilepsy, caregivers have to adapt their life in order to maintain a balance of their physical and mental health. If caregivers can adapt well, they can live with their child and their family happily and can provide good care for a child with epilepsy. In the other hand, if they cannot adapt themselves, their health and quality of care will be affected (Williams, Steel, & Sharp, et al., 2003). Thus, adaptation among caregivers of children with epilepsy needs to be promoted.

In order to promoting adaptation of caregivers, factors affecting adaptation of caregivers are needed to know. According to the literature reviews, many research

showed that adaptation of caregivers can be affected by social support (Kanchit Srinon, 1998; Benyapa Charoenvijitsin, 2005; Vanida Yeanyong, 1994; Judge, 1998). Caregivers who have social support will receive an information, acceptance of their feeling, a sentiments, and an instrument support that facilitate them to adaptation (Kanchit Srinon, 1998; Benyapa Charoenvijitsin, 2005). However, the research in mothers of children with epilepsy in the United States found that social support from outside of a nuclear family was not correlated with adaptation of the children with epilepsy's mothers (Shore, Austin, & Dunn, 2004). However, that study was studied in western country that has different family system and culture from Thailand. Moreover, the researchers studied social support from only relatives and friends; they did not studied social support from health care providers and people in community.

Other factor that may influence adaptation of caregivers is years of education, because education will develop an intellectuality, coping, and appropriate judgment (Shuthit Panpreecha, 1992). The study in mothers of children with thalassemia and mothers of children with leukemia found that education correlated positively with and predicted adaptation of mothers (Kanchit Srinon, 1998; Limsiriwat, 2003), but a study in other country did not found the relationship between education and adaptation of children with epilepsy's mothers (Shore, Austin, & Dunn, 2004). However, generalization of that study to Thais will be done with caution because most caregivers in that study had education at a high level (Shore, Austin, & Dunn, 2004) whereas in Thailand a compulsory education is a secondary school.

Family income is another factor that may affects adaptation of caregivers because families with higher income have better chance to seek a resource for health care and do not worry about an economic problem. The study among mothers who had children with leukemia found that family income correlated positively with adaptation of mothers (Limsiriwat, 2003), but the study among mothers of children with epilepsy revealed that family income was not correlated with outcomes of adaptation (Shore, Austin, & Dunn, 2004). However, outcomes of adaptation in that study measured only some aspects of adaptation such as self concept and some aspects of role. Moreover, that study had missing data regarding family income for 22% of the sample. Therefore, results of the study may not be true relationship.

In addition, perceived severity of seizure is also likely to be one factor that influencing adaptation of caregivers. The study of adaptation among parents of children with epilepsy found that parents of children with severe seizures had inappropriate adaptation in several modes such as emotion, daily life, relationship within family and social relationship (Thomas, & Bindu, 1999). Moreover, that study found that severe seizures was correlated with outcomes of adaptation such as maternal depression, confidence of seizure symptom management, and maintained recreation of family (Shore, Austin, & Dunn, 2004). However, a research which studies a predictive power of seizure severity on adaptation of caregivers is not found.

Therefore, the researcher would like to know whether perceived severity of seizure, social support, years of education and family income are factors affecting adaptation among caregivers of children with epilepsy. The study results can be used for promote adaptation among caregivers of children with epilepsy.

Conceptual framework

This research used Roy's adaptation theory (Roy, 2009) as a conceptual framework. Roy describes people or person as bio-psycho-social being, include people as individuals or in groups-families, organizations, communities, and society as a whole inconstant. Person has interacted with a changing environment and adapts to maintain equilibrium of system. The goals of adaptation as human survival, growth, reproduction, mastery, and environment transformations in their life.

People as adaptive systems that can be viewed as experiencing inputs, outputs, control and feedback process. Input of adaptation system is called “stimulus”, which stimulate a response and interaction of environment with human system. The stimulus may be come from internal and external occurring environment, which can be classified into three types including focal stimulus, contextual stimuli and residual stimuli. These entire stimuli incur an input which is called “Adaptation level”. Adaptation level will identify the status of life’s adaptation and ability of responding to different situations of person. Stimulus and adaptation level are brought to the system through control process in order to get an output coming.

Control process, or coping process is a primary reaction (innate) and following reaction (acquired) for responds to changing environment. There process is divided into two types of coping including regulator subsystem and cognator subsystem. Regulator subsystem is an automatic mechanism that occurred from working through response of nervous system, chemical, and endocrine of body part. Cognator subsystem is a mechanism that responds through emotional and four of perceptions which including (1) perceptual and information processing (2) learning (3) judgment and (4) emotion. This control process is worked conjunction to responds an input then gets an outcome which is an output.

Output of personal system is a behavioral response that expressed into two types including adaptive response and ineffective response. These responses are fed back into adaptation system. Adaptation behavior of person is divided into four modes including physiologic-physical, self concept-group identity, role function; and interdependence mode.

For caregivers of children with epilepsy, perceived severity of seizures is a focal stimulus that makes them more anxious and stressful so that they will have ineffective response. Social support is a contextual stimulus. Caregivers who have social support will receive information support; emotional support such as love, esteem, value, and belonging to a social network; and instrumental support so that caregivers will perform perception, learning, and decision making that help caregivers to have an effective adaptation. For years of education, one of contextual stimulus, can make caregivers to have an effective adaptation because years of education provide caregivers to have better judgment for problems of care, to understand and learn about care quickly. In addition, family income is other contextual stimulus. Caregivers of children with epilepsy who have higher family income will have a chance to seek more beneficial resources, receive a facility and assistance for health care more than family with low income, and do not worry about economic problems. Therefore, families with high income will have effective adaptation. The relationship between variables in this study can be written as follows:

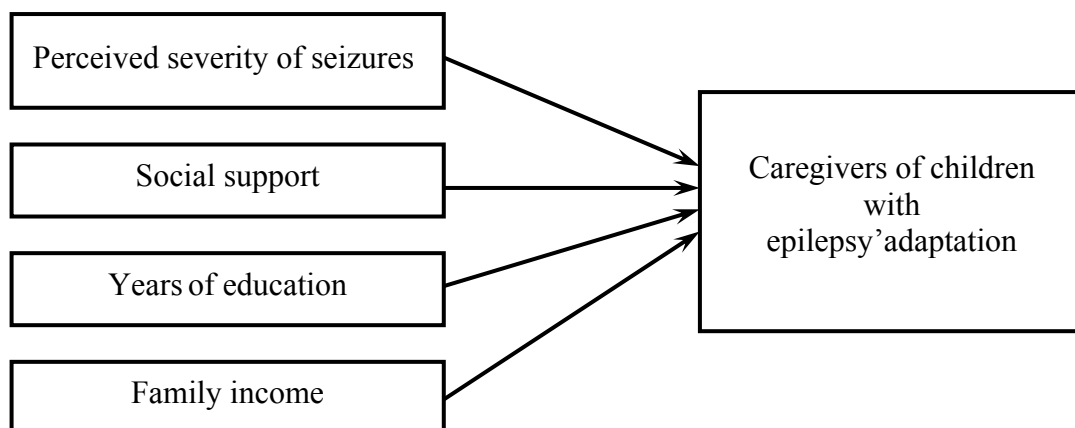


Figure 1 Conceptual framework

Research Objectives

1. To study level of social support and adaptation among caregivers of children with epilepsy.
2. To investigate correlation between perceived severity of seizures, social support, years of education, family income, and adaptation among caregivers of children with epilepsy.
3. To determine factors that can predict adaptation among caregivers of children with epilepsy including perceived severity of seizures, social support, years of education, and family income.

Research Hypotheses

1. Perceived severity of seizures, social support, years of education and family income are correlated with adaptation among caregivers of children with epilepsy.
2. Perceived severity of seizures, social support, years of education, and family income can predict adaptation among caregivers of children with epilepsy.

Definition of Terms

Adaptation referred to behavior and reaction of caregivers of children with epilepsy that occurred while they care for children with epilepsy. Adaptation is consisted of four modes including (1) physiologic-physical mode, (2) self-concept-group identify mode, (3) role function mode, and (4) interdependence adaptation mode. Adaptation was measured by modified caregiver's adaptation of Chuchuen Cheevapoonphol (1998). High scores indicated that caregiver had good adaptation or effective adaptation.

Perceived severity of seizures referred to the meaning of sickness of seizures symptom as felt and decided by caregivers. It was divided into four levels including non severity, mild, moderate, and severe. It was measured by one questionnaire item, which asked the severity of seizure. High score meant that caregivers perceived that children with epilepsy have severe seizures.

Social support referred to a conceptualized as a perception of children with epilepsy's caregivers about resource availability and adequacy in three areas, which are information, emotional, and tangible support from five sources including (1) health care providers; (2) family member; (3) siblings and relatives; (4) friends, co-workers, and neighbors; and (5) people in community. It can be measured by using Social Support Questionnaire (Santati, 2005). High scores indicated that caregivers received high social support.

Years of education referred to number of year that caregivers used in a compulsory education since first year of primary school to the highest of formal educational system (more than 6-month is counted to 1 year).

Family income referred to amount of average income by baht per month of caregivers and their spouse.

Research Methodology

This study was predictive research. The sample of the study was 94 caregivers of children with epilepsy who took children with epilepsy to follow up at the pediatric neurological clinic, out-patient department, Ratchaburi Hospital during March to June 2009. The sample was selected by purposive sampling with the following

criteria: (1) they had relationship with their children by blood or legal relative, (2) they were primary caregivers of children with epilepsy and live in the same family, (3) they were caregivers of children with epilepsy without receiving wage, (4) they were able to communicate in Thai, (5) they were willing to participate in the study, and (6) they cared for children with epilepsy aged between newborn and 12 years old and the children were diagnosed by a doctor as epilepsy without other chronic diseases.

Research instruments were the questionnaire which comprised of 3 parts as follows:

1. The Demographic Data Record Form. It could be divided into two parts:

A. The caregivers of children with epilepsy's Demographic Data Record Form. It elected the information regarding age, gender, marital status, relationship with children, education background, years of education, occupation, type of family, number of person within family, number of children, number of person in custody, family income, medical payment of children with epilepsy, financial problems due to illness during time to care for children, and perceived severity of seizure.

B. The children with epilepsy's demographic Data Record Form. It elected the information regarding age, gender, education background, frequency of seizure, years of illness, frequency of admission in hospital, development of children, and Electroencephalogram (EEG) report.

2. The Caregiver's Adaptation Questionnaire. It was modified from Caregiver's Adaptation of Chuchuen Cheevapoonphol (1998), based on Roy's adaptation theory (Roy, 1991). This questionnaire has 41 items to assess adaptation in four modes including (1) physiologic-physical mode, (2) self-concept-group identify mode, (3) role function mode, and (4) interdependence adaptation mode. Responses to the questions were made on a 5-point rating scale. The higher scores indicate better adaptation. This questionnaire was examined for the content validity by three experts, and the content validity index was equal to .89. Then, the questionnaire was tried out with 10 caregivers of children with epilepsy. The Cronbach's alpha coefficient was .96. When it was used with the study sample, the Cronbach's alpha coefficient was .91.

3. The Social Support Questionnaire. It was modified from the Social Support Questionnaire of Sermsri Santati (Santati, 2005). This questionnaire measured social support in three areas including information support, emotional support, and

tangible support. It assessed social support from beneficial resources of five sources including (1) health care providers; (2) family member such as spouse, father, mother, and child; (3) siblings and relatives; (4) friends, co-workers, and neighbors; and (5) people in community. This questionnaire had 7 items. Response to the questions were made on a 5-rating scales. Higher scores mean higher social support. This questionnaire was examined for the content validity by three experts, and content validity index was equal to .86. Then, the questionnaire was tried out with 10 caregivers of children with epilepsy. The Cronbach's alpha coefficient was .97. When it was used with the study sample, the Cronbach's alpha coefficient was .95.

Data collection

This research was approved by the Human Rights Research Board Committee of Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University and allowed for data collection by the Director of Ratchaburi Hospital. The researcher recruited caregivers of children with epilepsy who met the inclusion criteria by voluntary basis. The researcher informed the eligible subjects about the purpose of the study, the time required for participation, and the human rights protection issues. Then the research asked them to signs informed consent form to participate in this study. After that caregivers of children with epilepsy completed the questionnaires by themselves. The questionnaires were taken the respondents approximately 30 minutes.

Data analysis

1. The demographic characteristics data of caregivers and children with epilepsy were analyzed in term of frequency, percentage, mean, and standard deviation.
2. The scores of social support and adaptation were analyzed in term of mean, standard deviation, and median.
3. The correlation between perceived severity of seizure, social support, years of education, family income, and adaptation of children with epilepsy's caregivers was determined by Pearson's correlation coefficient.

4. The predictive power of perceived severity of seizure, social support, years of education, and family income on adaptation among caregivers of children with epilepsy was determined by enter method of multiple regression analysis.

Results

The demographics characteristic data among caregivers of children with epilepsy

The samples were 94 of children with epilepsy's caregivers. Their age ranged from 22 to 57 years old, with a mean of 35.18 years old (S.D = 8.10). The majority of them were female (87.23%) and they were married (84.04%). Most of subjects were mothers (78.72%). They had years of education ranged from 0 to 17 years, with a mean of 9.37 years (S.D. = 3.99). Most of their educational background was primary school (32.98%) and secondary school (26.60%), respectively. Approximately half of them lived in extended family (55.32%). The number of their children ranged from 1-5 children, with a mean of 2 children (S.D. = 0.80), and they had number of custody in the family which was 1-5 people, with a mean of 2 people (S.D. = 1.04). As for family income, their income ranged from 3,000 to 40,000 baht per month; with a median of 10,000 baht per month. Most of them used the Universal Health Coverage Service of the government (84.04%), they had no financial problems due to illness of their children with epilepsy (36.17%) and a little problems (37.23%). The subjects provided care for children with epilepsy with a mean of 5.80 years (S.D. = 3.57). The subjects perceived severity of seizures as non severity (21.28%), mild severity (24.47%), moderate severity (37.23%) and strong severity (17.02%).

The demographic characteristic of children with epilepsy

There were 94 children with epilepsy. Their age ranged from 2 months to 12 years old, with a mean of 6.11 years old (S.D. = 8.10). Half of them were female (56.38%). Their frequency of seizure attacks ranged from 0 to 960 times per year, with a mean of 37 times (S.D. = 159.83). The median of seizure frequency was one time per year. The number hospital admission in 1 year ranged from 0 to 10 times, with a mean of one time (S.D. = 1.83). Years of illness with epilepsy ranged from 3 days to 11 years, with a mean was 3.32 years (S.D. = 2.81). Majority of the children had normal development (75.53%).

Social support

Overall scores of social support were 13 to 122, with a mean of 74.70 points (S.D. = 22.20). It indicated that caregivers of children with epilepsy were received social support at a moderate level. With regard in sources of social support, the samples were supported by family members at a high level, health care providers with a moderate level, siblings and relatives at a moderate level, friends, co-workers, or neighbors at a moderate level, and people in community at low level as shown in table 1.

Table 1 Mean and standard deviation of social support scores divided by beneficial resources (n = 94)

Resources of social support	Ranges		mean	S.D.	Skewness
	Possible range	Actual range			
Family members	0-28	1-28	20.17	5.82	-.99
health care providers	0-28	4-28	17.97	4.79	-.32
siblings and relatives	0-28	0-28	16.57	6.36	-.39
friends, co-workers, & neighbors	0-28	0-25	11.47	6.15	.09
people in community	0-28	0-24	8.52	6.35	.45
Overall	0-140	13-122	74.70	22.20	-.15

Adaptation

The overall scores of adaptation ranged from 120 to 203. With a mean of 164.93 (S.D. = 18.02), indicated that the subjects had adaptation at a good level. When considering adaptation in each modes, it also found that adaptation of caregivers in all area was at a good level as shown in Table 2.

Table 2 Mean and standard deviation of adaptation scores (n = 94)

Adaptation	Range		mean	S.D.	Skewness
	Possible range	Actual range			
interdependence mode	11-55	30-55	43.36	5.11	-.43
self concept-group identity	10-50	31-50	42.17	4.87	-.50
role function	10-50	27-50	41.54	5.25	-.57
physiologic-physical	10-50	22-50	37.85	7.11	-.51
Overall	41-205	120-203	164.93	18.02	-.47

Relationship between variables

The results found that perceived severity of seizure and social support were statistically significant correlated with adaptation of caregivers ($r = -.40$, $p < .001$; $r = .17$, $p < .05$, respectively). Years of education and family income were not significant correlated with adaptation of caregivers ($r = .08$, $p > .05$; $r = -.04$, $p > .05$, respectively).

Table 3 Relationship between perceived severity of seizure, social support, years of education, family income, and adaptation (n = 94)

Variables	1	2	3	4	5
1. perceived severity of seizures	1				
2. social support	.15	1			
3. years of education	-.04	-.05	1		
4. family income	-.21*	-.07	.35**	1	
5. adaptation	-.40**	.17*	.08	-.04	1

* $p < .05$; ** $p < .001$

Results of multiple regression analysis

Before conducting linear multiple regression analysis, the researcher tested assumptions of linear multiple regression analysis (in appendix). The results found that perceived seizure severity, social support, years of education, and family income together explained the 24.5% variability in adaptation ($p < .001$). However, only perceived seizure

severity and social support had any effect on adaptation with a statistical significance of ($\beta = -.47, p < .001$; $\beta = .24, p < .05$, respectively)

Table 4 Multiple correlation coefficient between perceived severity of seizure, social support, years of education and family income with adaptation of children with epilepsy's caregivers by multiple regression analysis (n = 94)

Predictor	R	R ²	b	S.E.(b)	Beta	t	p
perceived severity of seizure	.50	.25	-8.29	1.69	-.47	-4.90	.00
social support			.20	.08	.24	2.57	.01
years of education			.58	.44	.13	1.32	.19
family income			.00	.00	-.17	-1.65	.10

Constant (a) = 161.74, Over all F = 7.21, p < .001

Discussion

Social support among caregivers of children with epilepsy

The study findings showed that most of caregivers in this study received social support at a moderate level. When considering with the sources of support, it found that the subjects received support from family as a high level, whereas they received support from health care providers, siblings and relatives, friends at a moderate level, and received support from people in community at a low level. This can be explained that most of subjects were female, married, and lived with husband. Therefore, most of support may come from their husband who was a closed person. This result was support by the study of Kanjit Srinon (1998), who found that husbands were a person who mostly closed up with the subjects and provide emotional support and instrumental support to the mother of children with thalassemia. For support from health care providers, it can be explained that there were many patients attended in outpatients department of the hospital in this study, but there were small number of health care providers. Therefore, period of time for communication and giving information to patients or caregivers were limited. As a result, caregivers of children with epilepsy felt that they received support from health care providers at a moderate

level. As regards support from siblings, relatives, friends, co-workers, neighbors, and people in community, It can be explained that most of subjects received support from husband and most of them were adults who have experiences in their life and can be solved a problems by their own. In addition most of them had no or little financial problem and used the Universal Health Coverage Service from the government. Thus, they may not ask for support from outside family. Furthermore, the children with epilepsy in this study had an average number of admission in hospital as one time during a last year, and majority of the children had normal development. Therefore, siblings, relatives, friends, co-workers, neighbors, and people in community may not concern to give social support to caregivers of children with epilepsy.

This study results was consistent with the study by Shore et al. (2004), who found that mothers of child with epilepsy were satisfied with support within their family. However, it was not consistent with the study of Kaanjit Srinon (1998) who found that mothers of children with thalassemia at Srinakarin Hospital, Udon Thani Hospital, and Khon Kaen Hospital received social support at a high level. It may be due to the study was conducted in rural of the Northeast region of Thailand which there was strong social network in family as well as in community.

Adaptation among caregiver of children with epilepsy

Most of caregivers in this study had effective adaptation in overall or each modes, because most of the subjects in the study were adults who had maturity and can cope with problems. In addition, most of the subjects had experience in child care for many years, along with most of children with epilepsy had normal development, therefore; care for children with epilepsy were not a burden for caregivers. Thus, they were able to adapt themselves to living with children with epilepsy.

Hypothesis 1: Perceived severity of seizures, social support, years of education and family income are correlated with adaptation among caregivers of children with epilepsy.

The study results found that perceived seizure severity correlated negatively with adaptation, and social support correlated positively with adaptation. Years of education

and family income did not correlated with adaptation. Therefore, this hypothesis was partially supported

The correlation between perceived severity of seizure and adaptation of caregivers

In this study, perceived of seizure severity were negatively correlated with adaptation of caregivers. That is, caregivers who perceived that their children had less seizure severity symptom would have better adaptation. It could be explained that if severity of seizure is less, caregivers were not stressful and they would not dedicate care for children with epilepsy too much. Then they could encountered with the problem as well, and could act their other roles. Therefore, caregivers was able to adapt to children's illness effectively. Conversely, if caregivers recognized that children had severe seizure symptom. They would have more stress (Eastman, Ritter, Risse, & Frost, 1999), and they would increase their care for children with epilepsy. As the study of Rungthip Veerakun (1996) and Ubon Asampinsap (1997), which mothers who perceived their children had severe sickness would increased care for children. These would affect their living and their roles so that they would have maladaptive behavior. This results was congruent with the study of Thomas and Bindu (Thomas & Bindu, 1999), who found that family of children with severe seizures had ineffective social adaptation. In addition, if children still have severe seizure, caregivers will had low self-esteem because they could not control a seizure symptom (Ellis, et al, 2000).

The study results were consistent with the study of Shore et al. (2004), which found that severe seizure symptom was correlated with outcomes of mother's adaptation, and severity of seizure was positively correlated with mother's depression and confidence of seizure symptom management and there was negative correlated with the maintaining of recreation activities of family. This findings were not consistent with the study of Wannapa Limsiriwat (2003), which found that severity of disease was not correlated with mother's adaptation to care for preschool children with leukemia. However, it may be due to leukemia is a threatening life disease and mothers often perceive their children always had severe illness.

The correlation between social support and adaptation of caregivers

This study result found that social support correlated positively with adaptation of caregivers. This can be explained that when caregivers received social support from other person, they were loved, accepted, and concerned. In addition, they received an encouragement and instrumental support for taking care of with epilepsy, and received information that will be useful for care of children with epilepsy. Therefore, caregivers would perform effective adaptation. This study result was consistent with the study among mothers of children with asthma (Wanida Yuenyong, 1994), mothers of children with cerebral palsy (Benyapa Charoenwijitsin, 2005), and mothers of children with thalassemia (Kaanjit Srinon, 1998), which found that social support correlated positively with adaptation of mothers to care for their child. However, this study finding was not consistent with the study by Shore et al. (2004), who did not found correlation between social support and adaptation outcomes of children with epilepsy' mother. It may be caused from that study was established in western country which most families are nuclear family and people' life style is independent.

The correlation between years of education and adaptation of caregivers

The study finding showed that years of education did not correlate with adaptation of caregivers. Even though education will help persons to develop intellectuality, critical thinking, problem solving skill, and learning performance. However, the majority of subjects in this study had education in a similar level which were a primary and secondary level resulting in their development of an intellectuality, and problem solving may be not different. It was similar to the study by Shore et al. (Shore, Austin & Dunn, 2004), who found that educational level of mothers did not correlate with their adaptation among mothers of children with epilepsy and the study by Wanida Yuenyong (1994), who found that education level of mothers of children with asthma did not related to their adaptation. On the other hand, this result differed from the study of Wannapa Limsiriwat (2003), which found that education level of mothers correlated positively with adaptation of mothers who had children with leukemia.

The correlation between family income and adaptation of caregivers

In this study, it was found that family income was not correlated with adaptation of caregivers. Because most of children with epilepsy in this study used the Universal Health Coverage Service from the government and more than a half of caregivers did not have financial problem or had small financial problem. Therefore, family income did not have relationship with adaptation of caregivers. This result was consistent with the study of Shore et al (Shore, Austin & Dunn, 2004), which found that family income did not related to adaptation of children with epilepsy's mothers. However, the result in this study was not consistent with the study by Wannapa Limsiriwat (2003), who found that family income did not correlate with adaptation of mothers who had children with leukemia.

Hypothesis 2: Perceived severity of seizures, social support, years of education, and family income can predict adaptation among caregivers of children with epilepsy.

As regards the predictive power of variables using multiple regression analysis by method of all enter. Perceived severity of seizure, social support, years of education, and family income together explained the 24.5 % variability in adaptation. This hypothesis was supported. However, only perceived severity of seizures and social support had effect on adaptation with a statistical significance of.

Predictive power of perceived severity of seizure, social support, years of education, and family income on adaptation

The study findings revealed that perceived severity of seizure, social support, years of education, and family income can predict 24.5% variance in adaptation among caregivers of children with epilepsy. However, when considering with the standard regression coefficient, only perceived severity of seizure and social support had influence on adaptation with statistical significance. Therefore, health care providers should concern perceived severity of seizures among caregiver of children with epilepsy. Essential knowledge and proper information should be given to caregivers in order to correct their perception. For caregivers who perceived that their child had severe seizures, health care providers should be aware that those caregivers possibly had an ineffective adaptation.

The result of the study has shown that social support was able to predict adaptation of caregivers. This finding was consistent with the study among mothers of children with other chronic diseases, such as thalassemia and asthma (Kaanjit Srinon, 1998; Wanida Yuenyong, 1994). The findings in current study confirm a predictive power of social support on adaptation of caregivers of chronic diseases. Therefore, health care providers should realize the importance of social support and find strategies to promote social support for caregivers in order to help them have an effective adaptation.

Conclusion

Limitation of the study

The sample of this study was selected by purposive sample. Generalization of the finding in other group of subjects and in other settings is limited.

Recommendations for nursing practice

1. Nurses should assess perception among caregivers of children with epilepsy regarding severity of seizures, and promote adaptation for caregivers who perceive that their child has severe seizures.
2. Health care providers should more support caregivers of children with epilepsy.
3. Nurse should provide information and knowledge about epilepsy to people in community so that they can be a beneficial resource for caregivers of children with epilepsy.

Recommendations for further study

1. The study findings found that a data of an independent variables in this study could accounted for only 25% of variance of the variable. Further work should identify potential variables affecting adaptation of caregivers.
2. Further research should compare adaptation of caregivers who have children with epilepsy without other chronic disease and those with other chronic disease, or compare caregiver's adaptation between caregivers of children with newly diagnosed of epilepsy and caregivers of children with chronic epilepsy symptom.

3. Research should be an experimental research which studies the effects of social support on adaptation of children with epilepsy's caregivers.

บรรณานุกรม

- กลุ่มศึกษาวิจัยโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2551ก). *เกี่ยวกับโรคลมชัก*. ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2549 จาก <http://epilepsy.kku.ac.th/people/Poster/panpup1.pdf>
- กลุ่มศึกษาวิจัยโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.(2551ข). *อุบัติเหตุที่เกิดจากการชัก*. ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2549 จาก http://epilepsy.kku.ac.th/news/epilepsy_peo13.pdf
- กลุ่มศึกษาวิจัยโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2551ค). *อยู่อย่างไร? ให้มีความสุขกับโรคลมชัก*. ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2549 จาก http://epilepsy.kku.ac.th/happy_ep.pdf
- กลุ่มศึกษาวิจัยโรคลมชัก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2551ง). *10 คำถามกับโรคลมชัก*. ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2549 จาก http://epilepsy.kku.ac.th/news/epilepsy_peo10.pdf
- กัลยาณี ชีระวิบูลย์. (2549). *แนวทางการรักษาโรคลมชัก* (หน้า 1, 15-22, 37). กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา. ก้านจิต ศรีนนท์. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานสารสนเทศโรงพยาบาลราชบุรี. (2553). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรี*. โรงพยาบาลราชบุรี.
- จริยา วิริยะสุกร. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของชักและลมชัก*. ใน สุจินดา ริมศรีทอง (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2* (หน้า 275-295), กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
- จริยวัตร คมพัสค์. (2531). *แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 4(2), 25-37.
- จินตนา วัชรสินธุ์ และ มณีรัตน์ ภาณุรูป. (2548). *ปัจจัยทำนายพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(2), 58-75.
- จิราวรรณ นิรมิตถาย. (2551). *ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยชน โฉ่วเจริญกุล. (2544). *โรคลมชักที่ดื้อยาและการประเมินเพื่อผ่าตัด*. ใน ชัยชน โฉ่วเจริญกุล.(บรรณาธิการ), *วิทยาการโรคลมชัก Comprehensive Epileptology* (หน้า 115, 116-118, 155-163), กรุงเทพฯ: สหธรรมิก จำกัด.

- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ ผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. คุษณินพนธ์ปริญาพยาบาลศาสตรคุษณินบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุทธิชัย ปานปรีชา. (2535). จิตวิทยาทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธนินทร์ อัสววิเชียรจินดา, จิตร สิทธิอมร และวัชริน ัญญานนท์. (2543). ความชุกของโรคลมชักในชนบทของประเทศไทย: การศึกษาบนพื้นฐานของชุมชน. จดหมายเหตุทางการแพทย์ 2545.
- เบญญาภา เจริญวิจิตรศิลป์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรสมองพิการ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- บุษกร อินทวิชัย. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยของบุตร การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพลินดา พรหมบัวศรี. (2536). การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพความร่วมมือในการรักษาของมารดาในกลุ่มเด็กโรคหอบหืดที่มีการควบคุมโรคต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รณชัย คงสกันธ์. (2548). ภาวะการปรับตัวผิดปกติ. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุทธิชัย (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (หน้า 245). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- รุ่งทิพย์ วีระกุล. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา ยืนยง. (2537). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพนธ์ ทัศนัยม. (2547). การดูแลรักษาโรคลมชักในปัจจุบัน ใน *กุมารเวชศาสตร์ทันสมัย* (หน้า 177). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทย. (2542). *โรคลมชัก คู่มือสำหรับแพทย์*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด.
- สุกัญญา ปรีสัญญกุล. (2536). *ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของหญิงมีครรภ์*. คุยฉินิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2546). *หนังสือชุด ร้อยเรื่อง ร้อยโรค โรคลมชัก (ฉบับใหม่)* (หน้า 21-23). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, วรพรรณ จุฑา และภักคนพิน กิตติรักษนนท์. (2544). ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย ใน มาโนช หล่อตระกูล (บรรณาธิการ), *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(4), 335-343.
- อุบล อัสมกัณทรัพย์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัสสาวะบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- Annegers, J.F. (1993). The epidemiology of epilepsy In E. Wyllie (Ed.), *The treatment of epilepsy: principles* (pp.157-164). Philadelphia: Leas & Febiger.
- Austin, J.K. (1989). Comparison of child adaptation to epilepsy and asthma. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(4), 139-144.
- Austin, J.K., Dunn, D.W., Johnson, C.S., & Perkins, S.M. (2004). Behavioral issues involving children and adolescents with epilepsy and the impact of their families: Recent research data. *Epilepsy and Behaviors*, 5(Suppl. 3), S33-S41.
- Austin, J.K., Patterson, J.M., & Huberty, T.J. (1991). Development of the coping health inventory for children. *Journal of Pediatrics Nursing*, 6, 166-174.
- Austin, J.K., Smith, M.S., Risinger, M.W., & McNelis, A.M. (1994). Childhood epilepsy and asthma: Comparison of quality of life. *Epilepsia*, 35(3), 608-615.
- Baki, O., Erdogan, A., Kantarci, O., Akisik, G., Kayaalp, L., Yalcinkaya, C. (2004). Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. *Epilepsy and Behaviors*, 5(6), 958-964.
- Beech, L. (1992). Knowledge of epilepsy among relatives of the epilepsy sufferer. *Seizure*, 1(2), 133-135.
- Bendadis, S.R. (2001). Epileptic seizure and syndrome. *Neurologic Clinics*, 19, 251-270.
- Bowden, V.R., & Greenberg, C.S. (2003). Seizure Precaution. In *Pediatric Nursing Procedures* (pp. 547-549). Philadelphia: Lippincott.

- Brandt, P.A. & Weinert, C. (1981). The PRQ - a social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.
- Buelow, J.M., McNelis, A., Shore C.P., & Austin, J.K. (2006). Stressors of Parents of Children with Epilepsy and Intellectual Disability. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(3), 147-154.
- Carlton-Ford, S., Miller, R., Brown, M., Nealeigh, N., & Jennings, P. (1995). Epilepsy and children social and psychological adjustment. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(3), 285-301.
- Carlton-Ford, S., Miller, R., Nealeigh, N., & Sanndhez, N. (1997). The effects of perceived stigma and psychological over-control on the behavioural problems of children with epilepsy. *Seizure*, 6, 383-391.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Devinsky, O. (1997). Psychosocial and behavioural function in epilepsy. In J. Porter & D. Chadwick (Eds.), *The Epilepsies* 2(pp. 91). Boston: Butterworth-Heinmann.
- Dyson, L.L. (1993). Response to the presence of a child with disabilities: Parental stress and family functioning, over time. *American Journal of Mental Retardation*, 98(2), 207-218.
- Eastman, M., Ritter, F.J., Risse, G.L., & Frost, M.D. (1999). Impact of child's epilepsy on the parents. *Epilepsia*, 40(S7), 129.
- Eiser, C., Haverman, T., Pancer, M., & Eiser, J.R. (1992). Adjustment to chronic disease in relation to age and gender: mothers' and fathers' reports of their children's behavior. *Journal of pediatric psychology*, 17, 261-275.
- Ellis, N., Upton, D., & Thompson, P. (2000). Epilepsy and the family: a review of current literature. *Seizure*, 9(1), 22-30.
- Feldman, M., Hancock, C., Reilly, N., Minnes, P., & Cairns, C. (2000). Behavior problems in young children with or at risk for developmental disability. *Journal of Family Studies*, 9(2), 247-261.
- Ficker, D.M. (2000). Sudden Unexplained Death and Injury in Epilepsy. *Epilepsia*, 41(Suppl.2), S7-S12.
- Friedman, M.M. & King, K.B. (1994). The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older women with heart failure. *Research in Nursing & Health*, 17(6), 433-440.
- Hanucharumkul, S. (1988). *Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Doctoral dissertation in Philosophy, Graduate School, Wayne State University.
- Hauser-cram, P., Warfield, M.E., Shonkoff, J.P., Krauss, M.W., Sayer, A., & Upshur, C.C. (2001). Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being. *Monograph in Social Research and Child Development*, 66(3), 1-126.

- Heinzer, M.M. (1998). Health promotion during chronic illness: a paradox facing society. *Holistic Nursing Practice*, 12(2), 8-16.
- Hoare, P. (1984). Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 26, 14-19.
- Hoare, P., & Kerley, S. (1991). Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 33(3), 201-215.
- House, J.S. (1981). The nature of social support. In M.A. Reading (Ed.), *Work Stress and Social Support*. London: Addison-Wesley.
- Jackson, P.L., & Vessey, J.A. (2000). *Primary care of the child with a chronic condition* (3rd ed., pp. 52-54, 484). St. Louis, MO: Mosby.
- Judge, S.L. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. *Family Relations*, 47, 263-268.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(suppl. 5), 47-58.
- Kathleen, K. (2001). *In Sickness and In Health - Supporting the Family Caregiver: A look at Caregiver Needs and Resources*. A Master's paper. proplus@ad.com 720-201-8591 November 29.
- Limsiriwat, W. (2003). *The relationships among selected factors, the situational assessment of mother and the adaptation of mothers in caring for preschool children with leukemia*. Master's Thesis, Master of Science (Public Health Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- McDermott, S., Mani, S., & Krishnaswami, S. (1995). A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizure. *Journal of Epilepsy*, 8, 110-118.
- 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), 548-558.
- Nolan, K.J., Camfield, C.S., & Camfield, P.R. (2006). Coping with dravet syndrome: parental experiences with a catastrophic epilepsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48, 761-765.
- Nolan, K., Camfield, C.S., & Camfield, P.R. (2008). Coping with a child with Dravet syndrome: insights from families. *Journal of child neurology*, 23(6), 690-694.
- Norbeck, J.S. (1982). The use of social support in clinical practice. *Journal of Psychosocial and Nursing Mental Health Service*, 20(12), 22-29.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (pp. 622-623). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Roy, S.C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Sahin, S.T. (1986). The physical disabled child. In S.H. Johnson (Ed.), *Nursing assessment and strategies for the family at risk: High risk parenting* (pp.157-171). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Santati, S. (2005). *Asthma management abilities causal model: an empirical test among parent caregivers of the pre-school asthmatic children*. Doctoral Dissertation. Doctor of Philosophy (Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Schaefer, C., Coynae, J.C., & Lazarus, R.S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- 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.
- Seidenberg, M., Beck, N., Geisser, M., Giordani, B., Sackellares, J.C., Berent, S., et al. (1986). Academic achievement of children with epilepsy. *Epilepsia*, 27(6), 753-759.
- Shore, C.P., Austin, J.K., Huster, G.A., & Dunn, D.W. (2002). Identifying risk factors for maternal depression in families of adolescents with epilepsy. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 7, 71-80.
- Shore, C.P., Austin, J.K., & Dunn, D.W. (2004). Maternal adaptation to a child's epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 5, 557-568.
- Sisk, R.J. (2000). Caregiver Burden and Health Promotion. *International Journal of Nursing Study*, 37(1), 37-43.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problem in study social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Thomas, S.V., & Bindu V.B. (1999). Psychosocial and economic problem of parents of children with epilepsy. *Seizure*, 8, 66-69.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L., & Lenz, E.R. (2005). Measurement in nursing and health research In J.V. Hickey (Ed.), *Measurement in nursing and health research*. (3rd ed) (pp. 613-634). New York: Springer.
- Williams J, Steel C, Sharp GB, DelosReyes E, Phillips T, Bates S., et al. (2003). Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 4, 483-486.
- Ygge, B.M., & Arnetz, J.E., (2001). Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care. *International journal for quality in health care*, 13(1), 33-43.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ดร. ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม
รองหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ฝ่ายนโยบายและแผน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พชรินทร์ นันทจันทร์
ประธานสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิตยา ตากวิริยะนันท์
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ศูนย์รังสิต)

ภาคผนวก ข
เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล**

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๒๖๖

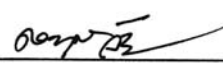
ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๑-๕๒-๕๕ บ

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางพันธุกานต์ ทำเนา

ที่ทำงาน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติ เสด็จ
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม 

กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม 

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล)

วันที่รับรอง ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

ที่ จวก ๓๖๕/๒๕๕๒

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๕๒

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นางพันธกานต์ ทำเนา

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง ปิจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๒-๕๒-๕๕ ย

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผมขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวซึ่งต้นของท่านได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการแล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๔๔ คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติโดยเป็นไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงร่างวิจัยสุดท้ายที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงร่างวิจัยหรือมีการเปลี่ยนแปลงโครงร่างการวิจัยก่อนที่การแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างวิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำไปก่อนเพื่อขจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ คือคณะกรรมการฯ ต้องแจ้งชื่อมายังคณะกรรมการฯ เพื่อออกหนังสือรับรองให้เสมอ
๔. ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้ด้วยทุกครั้ง

“ ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนชั้น ๓ สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑ ๕๕๔๔ ในเวลาราชการ ”

๖. ความลับของผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นถ้าเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ชื่อผู้วิจัย นางพันธุกานต์ ทำเนา

สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. นางพันธุกานต์ ทำเนา หมายเลขโทรศัพท์ 089 – 6057821
2. ผศ. ดร. ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล หมายเลขโทรศัพท์ 02 – 2012384

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

โรคลมชักเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็ก ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจมีอาการชักเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติและระดับความรู้สึกตัวของตนเองได้ ในเด็กแรกเกิดถึง 12 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ช่วยเหลือตนเองได้ไม่มากและยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด หากเด็กในวัยนี้ป่วยด้วยโรคลมชักย่อมทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเป็นพิเศษมากกว่าปกติ เนื่องจากโรคลมชักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษายาวนาน ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้น เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ พาไปพบแพทย์ตามนัด ติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และครูที่โรงเรียนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ต้องเฝ้าระวังสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยชัก เฝ้าระวังการชัก และอุบัติเหตุจากการชัก ตลอดจนการวางแผนการใช้ชีวิตให้กับผู้ป่วย เป็นต้น ภาระเหล่านี้ต้องทุ่มเททั้งเวลาและพลังงานอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและต้องมีการปรับตัว เช่น ลดระยะเวลาในการทำกิจกรรมประจำวันของตน ใช้เวลารับประทานอาหาร และพักผ่อนนอนหลับน้อยลง ผู้ดูแลบางรายอาจปรับตัวไม่ได้ อาจมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหาร นอนไม่หลับ ทำให้มีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม สำหรับเด็กโรคลมชักที่อาการชักไม่ดีขึ้นผู้ดูแลอาจรู้สึกว่าตนเองดูแลผู้ป่วยเด็กไม่ดีทำให้ผู้ดูแลมีอาการ

ซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการมีปัญหาทางสุขภาพจิต นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากเกินไป ทำให้มีเวลาดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัวได้น้อยลงส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวได้ ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจึงต้องมีการปรับตัวที่เหมาะสมเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของตนเอง

พยาบาลเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับครอบครัวเด็กจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะดูแลเด็กโรคลมชัก ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทราบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักหรือไม่ เพียงใด ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักมีการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้ดียิ่งขึ้น และใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ครอบครัวของผู้ดูแล และการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลเด็กโรคลมชักในแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม เมื่อผู้ดูแลเด็กโรคลมชักยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล การตอบแบบสอบถามทั้งหมดจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที และขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เคียงที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และต่อผู้อื่น

ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรค
ลมชักให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้
อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมส่งเสริม
การปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักต่อไป

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการตอบแบบสอบถามของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักที่แผนกผู้ป่วย
นอก ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเมื่อผู้ดูแลมีความพร้อม จึงคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และ
ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก
โรคลมชัก

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของผู้ปกครองและเด็กป่วยไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะใน
รูปที่เป็นผลสรุปการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะกระทำในเฉพาะ
กรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยลงใน
แบบบันทึกต่างๆ แต่จะใช้รหัสแทนผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละราย

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก

ชื่อผู้วิจัย นางพันธกานต์ ทำเนา

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (ผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย
 - ก. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
 - ข. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก
2. แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล
3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลเด็กคนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านและเด็กโรคลมชักที่ท่านพามารับการตรวจรักษา หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง.....

ในแบบสอบถามชุดนี้ คำว่า “เด็ก” หมายถึง เด็กโรคลมชักที่ท่านพามารับการตรวจรักษาในครั้งนี้

ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก

1. อายุ ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
4. ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ในฐานะเป็น
 - () บิดา
 - () มารดา
 - () ญาติ ระบุ.....
 - () บุคคลอื่น ระบุ
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - () ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา ปีที่.....
 - () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
 - () อนุปริญญา/ ปวส. () ปริญญาตรี
 - () สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
 - () อื่นๆ ระบุ

รวมจำนวนปีที่ท่านใช้เวลาศึกษาดังแต่ชั้น ป.1 จนถึงการศึกษาชั้นสูงสุด.....ปี

6. อาชีพ

- () แม่บ้าน/ ว่างงาน
- () รับงานมาทำที่บ้าน ระบุ
- () รับจ้าง ระบุ
- () เกษตรกรรม ระบุ
- () ค้าขาย ระบุ
- () รับราชการ/ พนักงานของรัฐ ระบุตำแหน่ง.....
- () พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบุตำแหน่ง.....
- () พนักงานบริษัท/ ห้างร้าน/ โรงงาน ระบุตำแหน่ง.....
- () อื่นๆ ระบุ

7. ลักษณะครอบครัว

- () ครอบครัวเดี่ยว (คือ พ่อแม่ลูก หรือแม่ลูก หรือพ่อลูกอยู่ด้วยกัน)
- () ครอบครัวขยาย (คือ มีบุคคลอื่นอยู่ด้วย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา)

8. จำนวนบุคคลในครอบครัว.....คน

9. จำนวนบุตรของท่าน.....คน

10. จำนวนบุคคลที่อยู่ในความดูแลของท่าน.....คน

11. รายได้ของครอบครัว (สามีและภรรยารวมกัน) โดยเฉลี่ยเดือนละ.....บาท

12. ค่าระค่ารักษาพยาบาลสำหรับเด็ก โดย....

- () บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- () เบิกค่ารักษาพยาบาลได้
 - () เบิกได้ทั้งหมด
 - () เบิกได้บางส่วน
- () ประกันชีวิต () ชำระเงินเองทั้งหมด
- () อื่นๆ ระบุ

13. ท่านมีปัญหาเรื่องการเงินเนื่องจากความเจ็บป่วยของเด็กมากน้อยเพียงใด

- () ไม่มีปัญหาเลย () มีปัญหาบ้างเล็กน้อย
- () มีปัญหาปานกลาง () มีปัญหามาก

14. ระยะเวลาที่ท่านดูแลเด็ก..... ปีเดือน

15. ท่านคิดว่าเด็กที่ท่านให้การดูแลเป็นโรคลมชักที่รุนแรงเพียงใด

- () ไม่รุนแรง () รุนแรงเล็กน้อย () รุนแรงปานกลาง () รุนแรงมาก

ข. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

1. อายุ..... ปี..... เดือน
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - () ศูนย์การศึกษาพิเศษ ชั้น.....
 - () ชั้นอนุบาล
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา
4. จำนวนของการชักในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาครั้ง
5. รวมระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน.....วัน
6. ความถี่ของการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากการชักในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
 - () ไม่เคย
 - () เคย.....ครั้ง
7. ระดับพัฒนาการของเด็ก (จากการวินิจฉัยของแพทย์)
 - () ปกติตามเกณฑ์
 - () สงสัยล่าช้า
 - () พัฒนาการช้า
8. ผลการตรวจคลื่นสมอง (สำหรับผู้วิจัย).....

แบบวัดการปรับตัวของผู้ดูแล

คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม

ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับตัวท่านในระหว่างที่ดูแลเด็กในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยในแบบสอบถามชุดนี้ คำว่า “เด็ก” หมายถึง เด็กโรคลมชักที่ท่านพามารับการตรวจรักษาในครั้งนี้ โปรดแสดงความคิดเห็นโดยวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านรับประทานอาหารได้ดีเพียงใด

1	2	3	4	5
ไม่ได้เลย	ได้เล็กน้อย	ได้พอควร	ได้ค่อนข้างดี	ได้ดีเป็นปกติ

2. ท่านมีอาการท้องผูกหรือท้องเสียบ่อยเพียงใด

1	2	3	4	5
เป็นประจำ	บ่อยมาก	บ่อย	นานๆ ครั้ง	จับถ่ายได้ตามปกติ

3. ท่านหลงสึ่มบ่อยเพียงใด

1	2	3	4	5
เป็นประจำ	บ่อยมาก	บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเป็น

4. ท่านรู้สึกมีกำลังใจในการดูแลเด็กเพียงใด

1	2	3	4	5
ไม่มีเลย	มีเล็กน้อย	มีปานกลาง	มีค่อนข้างมาก	มีกำลังใจดีมาก

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนที่ท่านได้รับ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จากกลุ่มบุคคลต่าง ๆ 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ 2) กลุ่มบุคคลในครอบครัว 3) กลุ่มพี่น้องและญาติ 4) กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน และ 5) กลุ่มบุคคลในชุมชน ว่าจะให้ความช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนท่านเกี่ยวกับการดูแลเด็กมากน้อยเพียงใด โดยให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อว่าท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้นในเรื่องนั้นๆ มากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับปริมาณความช่วยเหลือจริงเพียงข้อเดียว กรุณาตอบคำถามทุกข้อ (รวมทั้งหมด 35 ข้อ) ระดับความช่วยเหลือมี 5 ระดับ คือ

มากที่สุด

ค่อนข้างมาก

ปานกลาง

เล็กน้อย

ไม่ได้เลย

หมายเหตุ ในแบบสอบถามชุดนี้ คำว่า “เด็ก” หมายถึง เด็กโรคลมชักที่ท่านพามารับการตรวจรักษาในครั้งนี้

ตัวอย่าง

ข้อความ	ระดับความช่วยเหลือและการสนับสนุนที่ได้รับ				
	ไม่ได้เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยในการให้การดูแลเด็กจากคู่สมรส บิดามารดา และบุตรของท่านมากน้อยเพียงใด				✓	

คำอธิบายตัวอย่าง หมายความว่า ท่านได้รับคำยกย่องชมเชยในการให้การดูแลเด็กจากคู่สมรส บิดามารดา และบุตรของท่านค่อนข้างมาก

**1. ความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากกลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร
นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน**

ข้อความ	ระดับความช่วยเหลือและการสนับสนุนที่ได้รับ				
	ไม่ได้ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก ที่สุด
1. ท่านได้รับข้อมูล คำแนะนำ และ การชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมาก น้อยเพียงใดในการดูแลเด็ก					
3. ท่านได้รับการปลอบใจและ กำลังใจในการดูแลเด็กจาก เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมากน้อย เพียงใด					
7. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลเด็กในด้านต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมาก น้อยเพียงใด (เช่น การป้อนยา การ เช็ดตัวลดไข้ การช่วยเหลือขณะเด็ก ชัก การส่งเสริมพัฒนาการ เป็นต้น)					

ภาคผนวก ง
การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์
ความถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression)

1. ตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ตรวจสอบโดยนำค่า Skewness หาค่าด้วยค่า Standard error of Skewness และนำค่า Kurtosis หาค่าด้วยค่า Standard error of Kurtosis หากค่าที่คำนวณได้มีค่าระหว่าง - 1.96 ถึง 1.96 แสดงว่าตัวแปรนั้นมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Jacobsen, 1997)

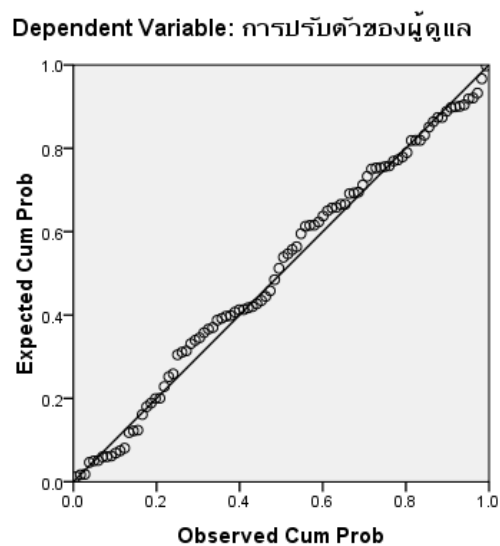
ตาราง 7 ตารางแสดงค่าความเบ้ ความโด่ง และค่ามาตรฐานความคลาดเคลื่อนของความเบ้และความโด่งของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

	การรับรู้ความ รุนแรงของการชัก	การสนับสนุนทาง สังคม	ระยะเวลาใน การศึกษา	รายได้ ครอบครัว	การปรับตัวของ ผู้ดูแล
N	94	94	94	94	94
Skewness	-.127	-.147	.091	1.521	-.465
Std. Error of Skewness	.249	.249	.249	.249	.249
Kurtosis	-1.078	-.087	-.850	2.101	-.055
Std. Error of Kurtosis	.493	.493	.493	.493	.493

จากการตรวจสอบพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และการปรับตัวมีค่า Skewness/ Std. Error และค่า Kurtosis/ Std. Error น้อยกว่า 1.96 หมายความว่า การรับรู้ความรุนแรงของการชัก การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการศึกษา และการปรับตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ส่วนรายได้ครอบครัว มีค่า Skewness/ Std. Error = 6.11 และค่า Kurtosis/ Std. Error = 4.26 ซึ่งมากกว่า 1.96 หมายความว่า รายได้ครอบครัวมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

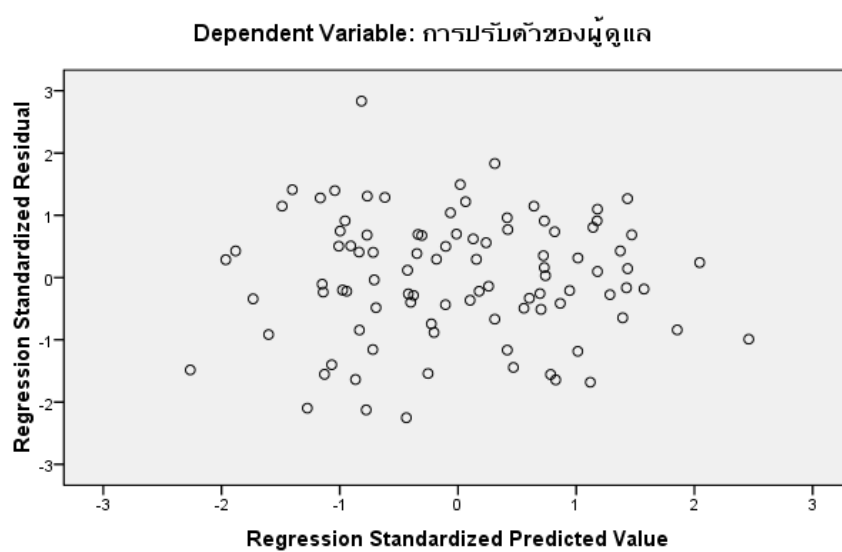
2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



3. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

Scatterplot



4. ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน ไม่มีความสัมพันธ์กันแบบอัตโนมัติ (autocorrelation) ตรวจสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ถ้าค่า Durbin-Watson เข้าใกล้ 2 (มีค่าระหว่าง 1.5 ถึง 2.5) จะสรุปว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน

ตาราง 8 ตารางแสดงค่า Durbin-Watson ที่ได้จากการนำตัวแปรที่ศึกษาเข้าสมการทำนาย

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.495 ^a	.245	.211	16.00354	.245	7.212	4	89	.000	2.015

a. Predictors: (Constant), รายได้ครอบครัว, การสนับสนุนทางสังคม, การรับรู้ความรุนแรงของการชัก, ระยะเวลาในการศึกษา

b. Dependent Variable: การปรับตัวของผู้ดูแล

ผลการตรวจสอบพบว่าได้ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.01 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน

5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity) ตารางที่ 5 หน้า 51 พบว่าตัวแปรอิสระมีค่าความสัมพันธ์กันเองน้อยกว่า .85 แสดงว่าตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีปัญหา multicollinearity

ภาคผนวก จ
ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก
จำแนกตามแหล่งประโยชน์รายชื่อ

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจำแนกตามแหล่งประโยชน์รายชื่อ

อันดับ	การสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มบุคคลในครอบครัว	ค่าเฉลี่ย
1	การช่วยเหลือด้านการเงิน/นำเด็กส่ง รพ.	3.18
2	การได้รับความห่วงใยในการดูแลเด็ก	3.11
3	การบอกความลับ ความคับข้องใจ	3.07
4	การได้รับการปลอบใจและกำลังใจ	2.96
5	การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลเด็ก	2.85
6	ความเชื่อมั่นในความช่วยเหลือที่ได้รับ	2.63
7	การได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลเด็ก	2.37

อันดับ	การสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย
1	ความเชื่อมั่นในความช่วยเหลือที่ได้รับ	2.94
2	การได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลเด็ก	2.74
3	การบอกความลับ ความคับข้องใจ	2.68
4	การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลเด็ก	2.56
5	การได้รับความห่วงใยในการดูแลเด็ก	2.56
6	การได้รับการปลอบใจและกำลังใจ	2.54
7	การช่วยเหลือด้านการเงิน/นำเด็กส่ง ร.พ.	1.94

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักจำแนกตามแหล่ง
ประโยชน์รายชื่อ (ต่อ)

อันดับ	การสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มพี่น้องและญาติ	ค่าเฉลี่ย
1	การได้รับความห่วงใยในการดูแลเด็ก	2.64
2	การบอกความลับ ความคับข้องใจ	2.51
3	การได้รับการปลอบใจและกำลังใจ	2.49
4	การได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลเด็ก	2.16
5	ความเชื่อมั่นในความช่วยเหลือที่ได้รับ	2.35
6	การช่วยเหลือด้านการเงิน/นำเด็กส่ง ร.พ.	2.26
7	การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลเด็ก	2.17

อันดับ	การสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน และเพื่อนบ้าน	ค่าเฉลี่ย
1	การได้รับความห่วงใยในการดูแลเด็ก	1.88
2	การได้รับการปลอบใจและกำลังใจ	1.83
3	การบอกความลับ ความคับข้องใจ	1.66
4	การได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลเด็ก	1.66
5	ความเชื่อมั่นในความช่วยเหลือที่ได้รับ	1.57
6	การช่วยเหลือด้านการเงิน/นำเด็กส่ง ร.พ.	1.49
7	การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลเด็ก	1.37

อันดับ	การสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มบุคคลในชุมชน	ค่าเฉลี่ย
1	การได้รับความห่วงใยในการดูแลเด็ก	1.45
2	การได้รับการปลอบใจและกำลังใจ	1.34
3	ความเชื่อมั่นในความช่วยเหลือที่ได้รับ	1.26
4	การช่วยเหลือด้านการเงิน/นำเด็กส่ง ร.พ.	1.16
5	การได้รับข้อมูล คำแนะนำในการดูแลเด็ก	1.16
6	การบอกความลับ ความคับข้องใจ	1.12
7	การช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลเด็ก	1.04

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางพันธุกานต์ ทำเนา

วัน เดือน ปีเกิด

28 กันยายน 2516

สถานที่เกิด

จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี, พ.ศ. 2535-2539

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2549-2552

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเด็ก

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2539 -2540

พยาบาลวิชาชีพแผนกกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

พ.ศ. 2540 -ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพแผนกกุมารเวชกรรม

โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

ที่อยู่

146/ 36 หมู่ 10 ตำบลคอนตะโก อำเภอเมือง

จังหวัดราชบุรี รหัสไปรษณีย์ 70000