

บทความวิจัย

**ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ***
Effect of a Supportive-Educative Nursing Program on Caring
Behaviors among Caregivers of Children with Cerebral Palsy

ดวงใจ สนิท, พย.ม. (Doungjai Sanit, M.N.S.)**

อาภาวรรณ หนูคง, พย.ด. (Apawan Nookong, Ph.D.)***

ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ, พย.ด. (Tassanee Prasopkittikun, Ph.D.)****

อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิธย์, พย.ด. (Arunrat Srichantarani, Ph.D.)*****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการศึกษา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย กิจกรรมประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม ในการดูแลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ ร่วมกับการนำบางส่วนของกลไกการเคลื่อนไหวแบบโดสะโฮมาใช้ในการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็ง โปรแกรมดำเนินการโดย การสอนเป็นรายบุคคล การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ระยะเวลารวม 3 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบสะดวก เป็นผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือน - 14 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมองพิการอย่างน้อย

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**พยาบาลวิชาชีพ งานหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระยอง

***Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*****อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

1 เดือน จำนวน 12 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็กสมองพิการ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ในด้านการดูแลเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็ง และการดูแลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่า Z (Wilcoxon matched-pairs signed ranks test)

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 3.061, p = .002$) ผลการศึกษานับสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรม จึงควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลให้กับผู้ดูแลเด็กสมองพิการต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พฤติกรรมการดูแล เด็กสมองพิการ ผู้ดูแล

Abstract

This study was a quasi-experimental research, one group pretest, posttest design to study the effect of a supportive-educative nursing program on the caring behaviors among caregivers of children with cerebral palsy. This researcher used supportive-educative nursing method, which is a part of Nursing Theory of Orem (Orem, 2001) as a conceptual framework, to promote the behaviors of caregivers of children with cerebral palsy in an effort to prevent pneumonia through the following: Teaching, Guiding, Supporting and Providing a developmental environment in conjunction in areas of the psychological rehabilitation's Dohsa-hou method, which promote the strengthening of muscles and prevention the stiffness of joints. This program included individual teaching, demonstration, return demonstration, home visits and telephone follow up home visit over a total of 3 weeks duration. The sample groups were derived from convenience sampling and 12 caregivers of children with cerebral palsy aged from 6 months to 14 years; treated as inpatients in the Rayong Hospital, Rayong Province; and having at least 1 month experiences in care to children with cerebral palsy. The data were collected by interviewing and observation. The interviews of the caregivers of children with cerebral palsy were divided into care behaviors of the caregivers of children with cerebral palsy to build the strengthening of

muscles; the stiffness of joints; and prevent pneumonia. The data analysis was conducted by using the descriptive statistics and Z-test (Wilcoxon matched-pairs signed ranks test).

The results of the study showed, after the experiment, the caregivers receiving the supportive-educative nursing programs indicated behaviors with higher score of care of children with cerebral palsy not receiving the program at the statistical significance ($z = 3.061$, $p = .002$). These results promoted the effectiveness of the program and should be able to apply in promoting caring behaviors among of children with cerebral palsy.

Keywords: The Supportive-Educative Nursing Program, caring behaviors, cerebral palsy children, caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมองพิการ เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความผิดปกติที่แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของภาวะสมองพิการมีอัตราความชุก 1.5-3 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน (Weddell, Sanders, & Jones, 2004, อ้างใน วิไลพรรณ เดชาภิมุขกุล และ พรพรรณ อัสวานิชย์, 2551) จากสถิติของโรงพยาบาลระยอง

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลระยอง (2552) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบทั้งหมด มีการกลับเข้ารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอักเสบ เฉลี่ยเดือนละ 1.3 ราย อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 2.5 ของเด็กสมองพิการที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบทั้งหมด และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนในเรื่องข้อติดแข็งทั้งหมด

ผู้ป่วยเด็กสมองพิการมีพยาธิสภาพของโรคทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อย ผู้ป่วยต้องนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกหรือแข็งเกร็ง เกิดการดึงตัวของกล้ามเนื้อและการยึดติดของข้อต่างๆ (สมพร สุนทราภา, 2552) เกิดการติดข้อได้ง่ายจากการค้างค้ำของเสมหะ เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจทำงานลดลงและเด็กมีการเคลื่อนไหวน้อย ทำให้การขยายตัวของปอดลดลง การขับเสมหะลดลง สุดท้ายได้ง่ายซึ่งเป็นผลจากการที่กล้ามเนื้อที่ใช้ในการดูดกลืนและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจทำงานประสานกันไม่ได้ดี ร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีการกลืนลำบาก จากปัจจัยดังกล่าวทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ (Sullivan, Morrice, Vernon-Roberts, Grant, Eltumi, & Thomas, 2006) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร เกิดภาวะท้องอืดหรือท้องผูกได้ เกิดภาวะทุพโภชนาการ เกิดการติดข้อของระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย มีความพร่องในการสื่อความหมายและการใช้ภาษา ความพร่อง

ทางสติปัญญา การมองเห็น การได้ยิน และการรับรู้ (Kriger, 2006; Rapp & Valley, 2006) เป็นต้น

การดูแลที่จำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้คือ การส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบ (มัทนา อังศุไพศาล, 2556) แต่จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็งทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศแต่ยังไม่มากนัก อาทิเช่น การศึกษาในต่างประเทศ มีการจัดทำโปรแกรมการบริหารร่างกายที่บ้านให้กับเด็กสมองพิการ โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ฝึกให้กับเด็กสมองพิการ โปรแกรมของงานวิจัยนี้จะใช้นักกายภาพบำบัดเป็นผู้ฝึกการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย โดยเน้นการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อและฝึกให้ผู้ป่วยยืนและเดินตามลำดับโดยใช้เวลาฝึกวันละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการบริหารร่างกายให้กับเด็กสมองพิการที่บ้านช่วยให้เด็กมีการทรงตัวที่ดีขึ้น (Leurer, 2009) การศึกษาในประเทศไทย เป็นการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการเคลื่อนไหวแบบโดสะโฮ มีการสอนเพื่อให้ความรู้ และเน้นการฝึกให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็งให้กับผู้ป่วยได้ดีมากขึ้น ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองที่ดีขึ้น มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

สูงขึ้น (สาธิต ประจันบาน, 2546)

ส่วนการป้องกันโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็กสมองพิการนั้น ทำได้โดยการท่ายากกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อช่วยระบายเสมหะ การป้องกัน การสูดสำลัก และการประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วย (Dodge, 2008; Fitzgerald, Follett, & Aspire, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาเรื่องการจัดโปรแกรมกายภาพบำบัดทรวงอกสำหรับผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ผลการวิจัยรายงานว่า การท่ายากกายภาพบำบัดทรวงอกทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ช่วยระบายเสมหะให้กับผู้ป่วย และมีประสิทธิภาพในการป้องกันการสูดสำลัก (Anttila, Autti-Ramo, Suoranta, Makela, & Malmivaara, 2008) สำหรับในประเทศไทยนั้น ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาถึงการ จัดโปรแกรมการดูแลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็กสมองพิการ

ในการดูแลเด็กสมองพิการนั้นต้องการการดูแลที่ซับซ้อนกว่าผู้ป่วยเด็กทั่วไปที่ไม่มีโรคประจำตัวเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองทั้งหมด จำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่สำคัญคือ ปอดอักเสบ และข้อติดแข็ง ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยน้อยที่สุด ผู้ดูแลต้องได้รับทั้งความรู้ และการฝึกทักษะการดูแล เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dodge, 2008) จากการศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแล

เด็กสมองพิการที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย การประคับประคองจิตใจ ด้านการเงินและการสนับสนุนสิ่งของและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย การดูแลสุขภาพร่างกาย และการช่วยเหลือด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจากนักวิชาชีพ และการจัดการภายในบ้าน (ฐาปณีย์ โลพินดุง, 2550) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติอยู่เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการรักษาโรคและอาการของผู้ป่วย ยังไม่ได้มุ่งเน้นไปที่การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคมามากจนรวมถึงขาดการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งยังพบปัญหาเพิ่มเติมว่าผู้ดูแลเด็กสมองพิการส่วนใหญ่ยังให้การดูแลไปตามอาการของผู้ป่วย ขาดการดูแลเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะยong จังหวัดระยองพบว่ายังขาดโปรแกรมการดูแลเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง และการดูแลเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหลักอย่างต่อเนื่องเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในเรื่องของการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบ ผู้วิจัยจึงนำปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการจาก

การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและจากการทบทวนวรรณกรรม มาดำเนินการจัดทำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการขึ้น โดยนำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งในระบบสนับสนุนและให้ความรู้คือการที่ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะกระทำการดูแลเพื่อการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบ ผู้ดูแลต้องได้รับการช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ต้องการการส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะโดยอาศัยการช่วยเหลือของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญและจำเป็นของพยาบาลในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมประกอบด้วยวิธีการต่อไปนี้ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม ดังนี้

การสอน (Teaching) เป็นวิธีการช่วยเหลือในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการในการดูแลเด็กสมองพิการ โดยใช้การสอนและให้ความรู้เป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบในเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการสูดสำลัก และการระบายเสมหะ

การชี้แนะ (Guiding) เป็นวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเองตามความเหมาะสม และดำเนินการปฏิบัติดูแล

ผู้ป่วยได้ภายใต้การแนะนำและตรวจตราจากพยาบาล โดยพยาบาลเป็นผู้ชี้แนะแนวทางหรือทางเลือกที่เหมาะสมในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก สมองพิการเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบ เพื่อสนองความต้องการหรือเพื่อปรับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการ เช่น ชี้แนะการจัดทำที่เหมาะสมในการให้อาหารและวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหารเพื่อป้องกันการอุดตัน การจัดทำและการทำกายภาพบำบัด ทรวงอกเพื่อช่วยระบายเสมหะ เพื่อให้ผู้ดูแลได้เลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

การสนับสนุน (Supporting) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ แม้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือไม่พึงพอใจ โดยเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นคำพูดที่กระตุ้นเพื่อให้กำลังใจ การมอง การสัมผัส หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกายเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยใช้บางส่วนของรูปแบบการเคลื่อนไหวของโดสะโฮซึ่งอาศัยการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและเด็กสมองพิการ ส่งเสริมการรับรู้ด้วยใจของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ มีความพยายามในการปฏิบัติ การบริหารร่างกายด้วยตนเองใช้การติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกรอบอุ่น มั่นใจ มีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น

ลดความกดดันภายใน เสริมสร้างความเชื่อมั่น เกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและอดทน ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ มีกำลังใจและเกิดพฤติกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการต่อไป

การจัดสิ่งแวดล้อม (Providing a developmental environment) การจัดสิ่งแวดล้อมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้พัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมโดยการจัดทำคู่มือความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบ เมื่อต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

จากที่กล่าวมา การที่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการได้รับการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม จากการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ร่วมกับการนำบางส่วนของรูปแบบการเคลื่อนไหวของโดสะโฮมาใช้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรม การดูแลเด็กสมองพิการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) มาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินโปรแกรมฯ และได้ผสมผสานการนำบางส่วนของรูปแบบการเคลื่อนไหวแบบโดสะโฮมาใช้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง เนื่องจากภาวะสมองพิการ จัดเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเด็กเกิดภาวะสมองพิการขึ้น ทำให้ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนกว่าเด็กทั่วไป มีความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ทั้งในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมพัฒนาการ และการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเอง (Self-care) ว่าหมายถึง การกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุกของตนเอง จุดประสงค์ของการดูแลตนเองก็เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นแต่เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดจากพยาธิสภาพของโรค อายุและพัฒนาการทำให้มีความพร่องในการดูแล

ตนเอง ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ในการดูแลเด็กสมองพิการได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ระยะพัฒนาการ 4) สังคม 5) ขนบธรรมเนียมประเพณี 6) สภาพที่อยู่อาศัย 7) ระบบครอบครัว 8) แบบแผนการดำเนินชีวิต 9) ภาวะสุขภาพ 10) ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ 11) แหล่งประโยชน์ และ 12) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต โดยความต้องการในการดูแลตนเองของเด็กสมองพิการทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่งเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น ในผู้ป่วยเด็กสมองพิการจะมีความต้องการการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านเพื่อให้กระบวนการของชีวิตดำเนินไปตามปกติ การที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยเด็กที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะเปราะบางทางสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency)

ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพามนุษย์อื่น เช่น บิดา มารดา หรือญาติในการตอบสนองความต้องการของตนเอง บุคคลที่จะต้องให้การดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนี้ โอเร็ม เรียกว่า บุคคลผู้ให้การดูแลผู้ที่ต้องการพึ่งพา (Dependent care agent) ซึ่งจะต้องให้การดูแลที่ครอบคลุมถึง

ความต้องการและปัจจัยพื้นฐานทั้งหมดของเด็กสมองพิการ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลจำเป็นต้องมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการทั้งหมดของเด็กสมองพิการ เพื่อให้เด็กสมองพิการสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ เมื่อผู้ดูแลเด็กสมองพิการไม่สามารถให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเพียงพอ นั้นจะทำให้เกิดความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Dependent care deficit) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ป่วย การแก้ไขเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กสมองพิการเป็นสิ่งที่จำเป็น

พยาบาลจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กสมองพิการทั้งหมด โดยระบบการพยาบาล (nursing system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นระบบที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งหมดได้ ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลและผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลและลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) ซึ่งเป็นระบบย่อยของทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของ

ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ซึ่งในระบบสนับสนุนและให้ความรู้นั้น การที่ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะกระทำการดูแลเพื่อการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบ ผู้ดูแลต้องได้รับการช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ต้องการการส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะ โดยอาศัยการช่วยเหลือของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการของผู้ดูแล ด้วยวิธีการต่อไปนี้ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม ผลจากการนำกรอบแนวคิดมาใช้ในการดำเนินโปรแกรมในครั้งนี้ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่ดีขึ้น ถูกต้องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำจำกัดความการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ประยุกต์ใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จากทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในเรื่องของการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบ การดำเนินโปรแกรมเป็นไปตาม “แนวปฏิบัติการดำเนินโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลเด็กสมองพิการ” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก ดังนี้

- 1) การสอน สาธิต และฝึกให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแล
- 2) ชี้แนะการปฏิบัติให้กับผู้ดูแล
- 3) การสนับสนุนผู้ดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจและ
- 4) การจัดสิ่งแวดล้อม โดยมีการดำเนินโปรแกรมในโรงพยาบาล

3 ครั้ง ติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอีก 1 ครั้ง รวมระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบ ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ จำนวน 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับจากไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง พิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 0-66 คะแนน

การสอน (Teaching) เป็นการสอนและให้ความรู้เป็นรายบุคคล การสาธิต สาธิตย้อนกลับ และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย

การชี้แนะ (Guiding) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเองตามความเหมาะสม และดำเนินการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ภายใต้การแนะนำและตรวจตราจากพยาบาล โดยผู้วิจัยประเมินทักษะและความถูกต้อง

การสนับสนุน (Supporting) ผู้วิจัยใช้รูปแบบการเคลื่อนไหวของโดสะโฮ ในการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและเด็กสมองพิการ ส่งเสริมการรับรู้ด้วยใจของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ และติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การจัดสิ่งแวดล้อม (Providing a Developmental Environment) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ดูแล โดยจัดทำเอกสารคู่มือความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ดูแล และพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการศึกษา (One group pretest and posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการอายุ 6 เดือน-14 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดของประชากรตามสะดวก (Convenience sampling)

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

คุณสมบัติด้านผู้ดูแล

1. เป็นผู้ดูแลซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดาหรือญาติ
2. มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมองพิการอย่างน้อย 1 เดือน
3. อาศัยอยู่ในจังหวัดระยอง และจังหวัดใกล้เคียงที่สามารถดำเนินการเยี่ยมบ้านและติดต่อทางโทรศัพท์ได้

คุณสมบัติด้านผู้ป่วย

1. เป็นเด็กสมองพิการอายุ 6 เดือน- 14 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
2. ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร (NG-Tube)
3. เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานเกิน 14 วัน

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้คำนวณจากสถิติย้อนหลังของผู้ป่วยเด็กสมองพิการที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระยอง ย้อนหลัง 1 ปีที่ผ่านมา โดยพบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 15 ราย เฉลี่ยเดือนละ 1.3 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำที่สูงมาก (Readmit) และเป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนผู้ป่วยเด็กสมองพิการ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง ทำให้ผู้วิจัยต้องใช้รูปแบบการวิจัยเป็นแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยระยะเวลา 9 เดือน ที่ดำเนินโปรแกรมการวิจัย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

- 1.1. แนวปฏิบัติการดำเนินโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลเด็กสมองพิการ

- 1.2. คู่มือสำหรับผู้ดูแล เรื่อง “การส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็งในเด็กสมองพิการ”

- 1.3. คู่มือสำหรับผู้ดูแล เรื่อง “การป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กสมองพิการ”

- 1.4. ภาพพลิก เรื่อง “การส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็งในเด็กสมองพิการ”

- 1.5. ภาพพลิก เรื่อง “การป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กสมองพิการ”

- 1.6. แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการ แบบสังเกตนี้ไม่มีการนำมาคิดคะแนนในการประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแล แต่ใช้เพื่อประเมินความถูกต้องของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ปฏิบัติอยู่เดิมก่อนเข้ารับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

- 1.7. แบบประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ แบบประเมินนี้ไม่มีการนำมาคิดคะแนนในการประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแล แต่ใช้เพื่อประเมินความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลังจากได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแลเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกันโรคปอดอักเสบ

- 1.8. แบบบันทึกปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยสำหรับใช้บันทึกปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแล รวมถึงวิธีการแก้ปัญหาของผู้ดูแล ตลอดจนการให้คำแนะนำและการช่วยเหลือของผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบบบันทึกนี้ไม่มีการให้คะแนนแต่ใช้เป็นข้อมูลประกอบการติดตามผลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแล

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลระบบทางเดินหายใจในเด็ก พยาบาลผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจในเด็ก อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารร่างกายให้กับ เด็กสมองพิการ

ภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ให้มีความเหมาะสมแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแล ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจและความน่าสนใจของเนื้อหา ระยะเวลา และความเป็นไปได้ของการนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก สมองพิการ จำนวน 33 ข้อ ซึ่งได้รับการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตร ประเมินค่า (rating scale) ความถี่ของการปฏิบัติ 3 ระดับ จาก (0) ไม่เคยปฏิบัติถึง (2) ปฏิบัติ ทุกวัน/ทุกครั้ง พิสัยของคะแนนทั้งฉบับ อยู่ระหว่าง 0-66 คะแนนกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติทุกวัน/ทุกครั้ง	2
ปฏิบัติบางวัน/บางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0

การแปลผล

ผู้ดูแลที่ได้รับคะแนนรวมมาก แสดงว่า มีพฤติกรรมดูแลเด็กสมองพิการดีกว่าผู้ดูแล ที่ได้รับคะแนนรวมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ของผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ของแบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ เท่ากับ 0.97

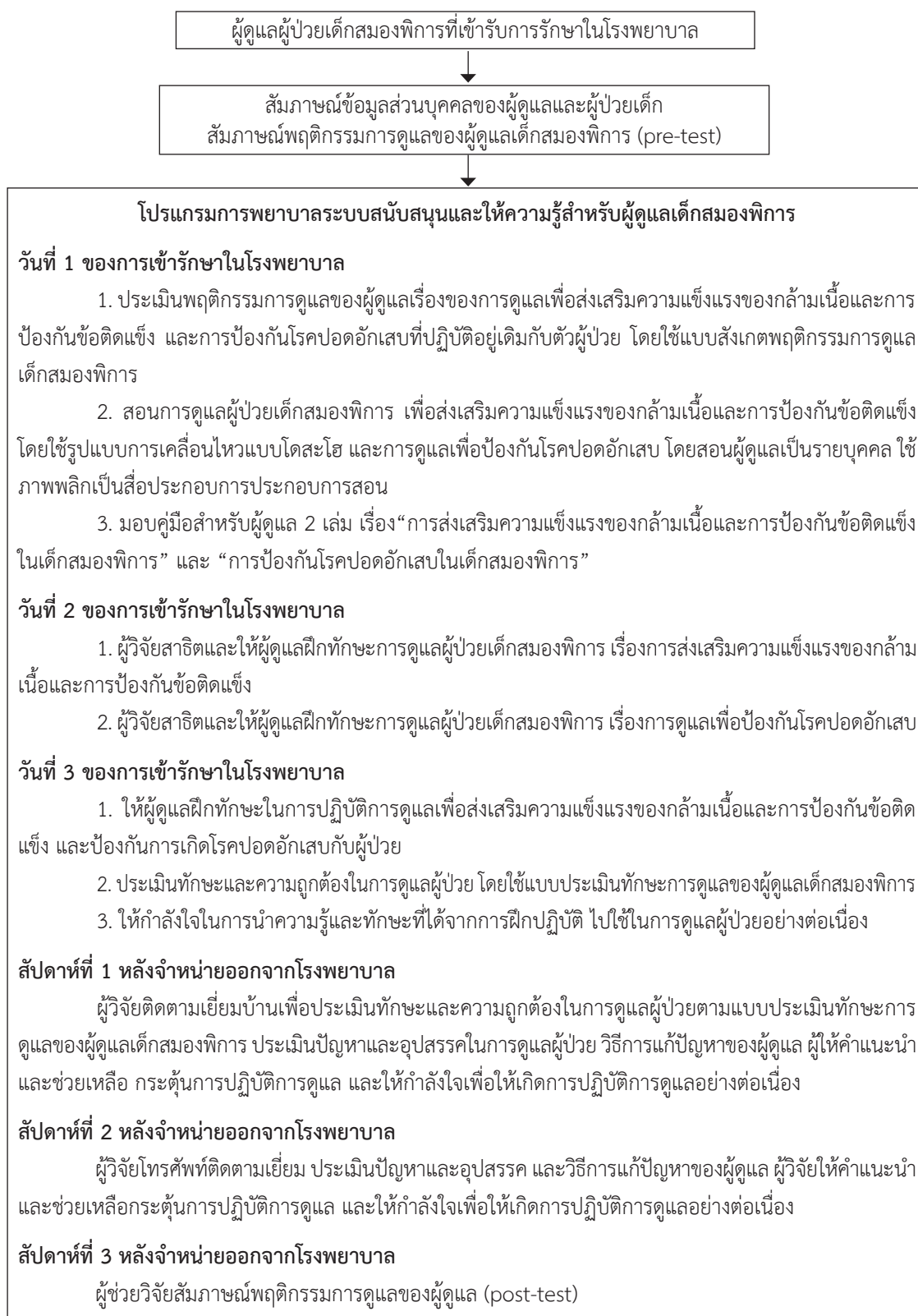
สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแล ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ข้อเท็จจริง (fact) ที่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการปฏิบัติ จริงในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่จำเป็นต้องทดสอบ ความเที่ยง (reliability) ของแบบสัมภาษณ์

ขั้นตอนการเตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยเข้ารับการฝึกทักษะในการบริหาร ข้อต่างๆ ของร่างกายกับเด็กสมองพิการ จาก อาจารย์ ดร.พัชรชศักดิ์ (สาธิต) ประจันบาน ซึ่งเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมบริหารข้อต่อและการ ออกกำลังของกล้ามเนื้อในเด็กสมองพิการ (สาธิต ประจันบาน, 2546) โดยการผสมผสาน ด้วยรูปแบบการเคลื่อนไหวของโตสะโฮ การเคลื่อนไหว แบบโบราณ และแพทย์แผนไทย จนได้รับการ รับรองจากผู้ฝึก

นอกจากนี้ผู้ช่วยวิจัยช่วยในการสัมภาษณ์ พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ ในสัปดาห์ที่ 3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาล วิชาชีพ ที่ไม่ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ความรับผิดชอบมีเพียงช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแล ของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการ สัมภาษณ์ และฝึกการสัมภาษณ์ระหว่างผู้วิจัยและ ผู้ช่วยวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กสมองพิการเพื่อ ให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจในข้อคำถามและเกิดความ มั่นใจในการสัมภาษณ์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อน จากการตอบคำถามเนื่องจากอิทธิพลของผู้วิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



ผลการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ พบว่า ร้อยละ 75 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดา ทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน สถานภาพคู่ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมองพิการเฉลี่ย 3.5 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมองพิการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.7 ร้อยละ 58.3 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 1-5 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 2

3) พฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแลก่อนดำเนินโปรแกรม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็ง เฉพาะข้อที่ปฏิบัติได้ง่าย เช่น ข้อมือ ข้อศอก และข้อเข่า เป็นต้น แต่ยังไม่ถูกต้องในเรื่องของวิธีการแรงที่ใช้ และระยะเวลาที่ปฏิบัติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคข้ออักเสบ ผู้ดูแลมีพฤติกรรมปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องการล้างมือ (ร้อยละ 50) การจัดทำในการให้อาหารหรือนมทางสายให้อาหาร

ทั้งขณะและหลังให้อาหารหรือนม โดยจัดให้ศีรษะสูง 10-15 องศา เท่านั้น (ร้อยละ 41.67)

4) ภายหลังจากที่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลเด็กสมองพิการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.061, p = .002$) ดังแสดงในตารางที่ 3

หมายเหตุ ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลเด็กสมองพิการของผู้ดูแลหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบโคลโมโกรอฟ-สไมร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนน้อย (12 ราย) และเป็นการวิจัยเพียงหนึ่งกลุ่ม ถึงแม้การกระจายของข้อมูลจะเป็นโค้งปกติ แต่จากข้อจำกัดในเรื่องของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test แทนสถิติทดสอบที แบบไม่เป็นอิสระจากกัน (paired t-test)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ (N = 12)

ลักษณะผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	$\bar{x}$	SD
อายุ (ปี)			24-71	35.83	13.70
20-40 ปี	9	75.0			
41-60 ปี	2	16.7			
61 ปี ขึ้นไป	1	8.3			
เพศ					
ชาย	2	16.7			
หญิง	10	83.3			
การศึกษา					
ไม่ได้เรียน	2	16.7			
ประถมศึกษา	6	50.0			
มัธยมศึกษาขึ้นไป	3	25.0			
ปริญญาตรี	1	8.3			
สถานภาพสมรส					
คู่	10	83.3			
หย่า/แยก/หม้าย	2	16.7			
อาชีพ					
เกษตรกร	2	16.7			
รับจ้าง	1	8.3			
แม่บ้าน	9	75.0			
ความสัมพันธ์กับเด็กสมองพิการ					
มารดา	7	58.3			
บิดา	2	16.7			
ย่า/ยาย	3	25.0			
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)			8,000-18,000	12,250	3,646.30
5001-10,000	3	25.0			
10,001-15,000	6	50.0			
>15,000	3	25.0			
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย			1-8 (ปี)	3.5 (ปี)	1.97
1ปี-3ปี	4				
3ปี 1เดือน-6ปี	7				
6 ปี 1 เดือน-8ปี	1				
การได้รับความรู้เรื่องการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็ง					
ไม่เคย	1				
เคย	11				

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ (N = 12) (ต่อ)

ลักษณะผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	$\bar{x}$	SD
แหล่งที่ได้รับความรู้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
พยาบาล	12	100			
อินเทอร์เน็ต	1	8.3			
นักรายภาพบำบัด	11	91.7			
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน โรคปอดอักเสบ					
เคย	12	100			
ไม่เคย	0	0			
แหล่งความรู้ที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
พยาบาล	12	100			
หนังสือ/เอกสาร	12	100			

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (N = 12)

ลักษณะเด็กสมองพิการ	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	$\bar{x}$	SD
อายุ (ปี)			1-14	4.18	3.58
1 ปี-3 ปี	4	41.7			
3 ปี 1 เดือน-6 ปี	6	50.0			
6 ปี 1 เดือน-9 ปี	1	0			
>9 ปี	1	8.3			
เพศ					
ชาย	1	8.3			
หญิง	11	91.7			
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)			1-12	6.17	4.15
1-5 ครั้ง	7	58.3			
6-10 ครั้ง	2	16.7			
10-12 ครั้ง	3	25.0			
สิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้					
บัตรทอง	1	8.3			
บัตรผู้พิการ	11	91.7			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่สมองพิการของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแล กลุ่มตัวอย่าง (N =12)	$\bar{x}$	SD	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	32.92	8.84		
หลังการทดลอง	58.33	4.54	3.061	.002

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่สมองพิการก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลแยกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่สมองพิการมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กที่สมองพิการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของผู้ดูแลแยกเป็นรายด้าน (n=12)

คะแนนพฤติกรรม การดูแล (พิสัย)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1.ด้านการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการป้องกันข้อติดแข็ง	7.50	6.14	25.83	4.37	3.062	.002
1.1 ท่านอนหงาย (0-18 คะแนน)	5.08	3.34	16.92	1.50	3.066	.002
1.2 ท่านอนคว่ำ (0-14 คะแนน)	2.42	3.18	8.92	3.96	2.949	.003
2.ด้านการป้องกันโรคปอดอักเสบ	25.42	3.34	32.50	1.93	3.066	.002
2.1 ป้องกันการติดเชื้อระบบหายใจ (0-18 คะแนน)	15.50	1.78	17.92	.29	2.816	.005
2.2 ป้องกันการสูดสำลัก (0-8 คะแนน)	5.33	1.30	7.42	.90	2.767	.006
2.3 การระบายเสมหะ (0-8 คะแนน)	4.58	.90	7.12	1.11	3.017	.003

อภิปรายผลและข้อสรุป

คะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 3.061, p = .002$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมเป็นรายด้าน พบว่า ภายหลังการดำเนินโปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการดำเนินโปรแกรมดังนี้ การบริหารข้อต่อและส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ($z = 3.062, p = .002$) การป้องกันโรคปอดอักเสบ ($z = 3.066, p = .002$) การที่ผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้นภายหลังการดำเนินโปรแกรมฯ อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ดูแลได้รับความรู้ ได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติ ได้ลงมือปฏิบัติจริง และสามารถส่งเสริมทักษะในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมได้เป็นระยะ หากผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้องจากการประเมินทักษะของผู้ดูแล การให้คำแนะนำจากผู้วิจัยเป็นระยะ และการสนับสนุนโดยการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม รวมทั้งผู้ดูแลได้รับคู่มือการปฏิบัติเพื่อทบทวนความรู้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและเกิดปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อภิปรายผลตามกิจกรรมของโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อมได้ดังนี้

1. การสอน (Teaching) ในการดำเนินโปรแกรมฯ ครั้งนี้เป็นการสอนโดยการบอกกล่าวทางวาจาเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นการให้ความรู้และข้อมูลโดยตรงแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการสาธิตให้ผู้ดูแลและให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติจริงเพื่อเป็นการประเมินผลภายหลังการสอน นับเป็นวิธีการฝึกเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะโดยตรง ทำให้เกิดความรู้และทักษะที่ให้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี นาคสี (2553) ที่สอนโดยการให้ข้อมูลผ่านสื่อการสอน มีการสาธิตและการให้ผู้ดูแลลงมือฝึกปฏิบัติ และการแจกคู่มือเพื่อทบทวนความรู้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้น

2. การชี้แนะ (Guiding) ผู้วิจัยประเมินทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ดูแล ภายหลังการดำเนินโปรแกรม 2 ครั้ง คือ วันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ พบว่า ผู้ดูแลยังปฏิบัติดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงชี้แนะวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องให้กับผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเอง จากการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนดำเนินโปรแกรม เช่น การพับ-เหยียดข้อไหล่ในท่านอนหงาย ($\bar{x}_1 = .17, SD = .39; \bar{x}_2 = 1.00, SD = .00$) การจัดท่าในการให้อาหารหรือนม ($\bar{x}_1 = .17, SD = .39; \bar{x}_2 = 1.00, SD = .00$)

เป็นต้น แสดงว่าการชี้แนะทำให้ผู้ดูแลสามารถเลือกปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ มีการฝึกทักษะการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (ปริมกมล แก้วช่วย, 2550)

3. การสนับสนุน (Supporting) ผู้วิจัย ได้ผสมผสานการนำบางส่วนของรูปแบบการเคลื่อนไหวแบบโดสะโฮมา ใช้สนับสนุนพฤติกรรมของผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และป้องกันข้อติดแข็ง ภายหลังการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมด้านการดูแลเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการป้องกันข้อติดแข็งที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สาธิน ประจันบาน (2546) ที่ศึกษาถึงผลของการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับปรุงความสามารถในการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการ โดยนำรูปแบบการเคลื่อนไหวแบบโดสะโฮมา ใช้ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมองพิการทุกคน มีคะแนนความถูกต้องในการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้เมื่อติดตามถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในเด็กสมองพิการ พบว่า ภายหลังการดำเนินโปรแกรมเด็กสมองพิการทุกคน มีคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสูงขึ้น (86, 98 และ 100 คะแนนตามลำดับ)

ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์เยี่ยม เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแล ชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหามาสนับสนุน พูดคุยเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแล จากการดำเนินโปรแกรมฯ พบว่า ข้อดีของการติดตามเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม คือ สามารถติดตามปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลแต่ละรายได้

อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การแก้ไขได้ตรงตามปัญหาของผู้ดูแลแต่ละราย สอดคล้องกับการศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารดาในการดูแลและภาวะความรุนแรงของโรคหัดในเด็กเล็ก โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับ การชมวีดีทัศน์ การสาธิตฝึกปฏิบัติ และมีการโทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียวย่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (Kaewlao, 2008) และการศึกษาของ สมฤดี เลิศงามมงคลกุล (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ โดยผู้วิจัยพบมารดาวันละครั้ง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกันนาน 2 วัน โทรศัพท์เยี่ยมติดตามอาการ 1 ครั้งหลังจากกลับบ้าน ผลการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง สูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. การจัดสิ่งแวดล้อม (Providing a developmental environment) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ดูแล โดยการจัดให้มีสื่อประกอบการสอน ได้แก่ คู่มือการสอน และภาพพลิกประกอบการสอน ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย นอกจากนี้การมอบคู่มือ ทำให้ผู้ดูแลสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษา

ของ ปริ้มกมล แก้วช่วย (2550) ที่ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ พบว่า การพยาบาลเป็นรายบุคคล การแจกคู่มือการดูแลบุตรด้วยตนเองให้แก่มารดา ทำให้มารดาสามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้ง่ายขึ้น สะดวกต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรถูกต้องมากขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญที่ .05

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งได้แก่ 1) การสอนแบบรายบุคคล และเพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือยังมีความพร่อง 2) การชี้แนะโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล และผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ ภายใต้การแนะนำ และการตรวจตราของพยาบาล 3) การสนับสนุน โดยการใช้คำพูดให้กำลังใจ แสดงความเข้าใจ และเอาใจใส่รับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแลด้วยความสนใจ ยกย่อง แสดงชื่นชมอย่างจริงใจเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ชักถามปัญหาและอุปสรรคที่พบของผู้ดูแล รวมถึงการให้ความช่วยเหลือหรือการให้คำแนะนำของผู้ดูแล และการติดตามเยี่ยมบ้าน และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อม เป็นส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยการจัดทำเอกสารคู่มือความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติดแข็ง และการป้องกัน

โรคปอดอักเสบ เพื่อให้ผู้ดูแลนำไปใช้ทบทวนความรู้เมื่อต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเด็กสมองพิการที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลได้รับความรู้ได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติ การได้ลงมือปฏิบัติจริง และสามารถส่งเสริมทักษะในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมได้เป็นระยะหากผู้ดูแลยังปฏิบัติไม่ถูกต้องจากการประเมินทักษะของผู้ดูแล ให้คำแนะนำ และการสนับสนุนโดยการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม รวมทั้งได้รับคู่มือการปฏิบัติเพื่อทบทวนความรู้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและเกิดปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การพัฒนาศักยภาพของพยาบาล โดยจัดให้มีการอบรมในแผนกกุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ที่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการ เกี่ยวกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งจะพัฒนาบทบาทและศักยภาพของพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมปัญหาทุกด้าน

2. สนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาใช้ในผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่เข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมตั้งแต่เริ่มต้นพาเด็กสมองพิการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จัดให้มีพยาบาลเจ้าของไข้โดยเฉพาะ

โดยพยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้สอน ให้ความรู้ และฝึกทักษะในการดูแลเด็กสมองพิการแก่ผู้ดูแลแต่ละราย รวมถึงเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด โภชนากร ร่วมในการดูแลผู้ป่วย และประสานงานเพื่อส่งต่อให้กับพยาบาลหรือทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้มีการประเมินปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นของผู้ดูแล ติดตามประเมินผลพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ติดตามผลของผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โดยนำโปรแกรมการฝึกการเคลื่อนไหวร่างกายแบบโดสะโฮทั้งหมดมาใช้ในการดูแลเด็กสมองพิการ ในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน

2. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมองพิการในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และนำไปทดลองใช้ในหน่วยงานอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยนอก (OPD) และควรปรับปรุงโปรแกรมให้กระชับ เพื่อสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแล

รายการอ้างอิง

- ฐาปณีย์ โลฟันดุง. (2550). *ความต้องการบริการช่วยเหลือของผู้ดูแลบุคคลสมองพิการในชุมชนชนบท จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, วิทยาลัยราชสุดา, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีมกมล แก้วช่วย. (2550). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัทนา อังศุไพศาล. (2556). *Early Intervention Approach: การประชุมวิชาการโครงการอบรมเชิงวิชาการแนวคิด NDT Early Intervention สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณี นาคสี. (2553). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลต่อการรับรู้และพฤติกรรมดูแลของมารดาในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาการพยาบาลสุขภาพเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไลพรรณ เดชาภิมุขกุล, และ พรพรรณ อัสวานิชย์. (2551). *การจัดการทางทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยเด็กภาวะสมองพิการร่วมกับเซเนเซฟฟาลี*. *วารสารทันตกรรม*, 58(2).117.
- สาธิต ประจันบาน. (2546). *การพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับปรุงความสามารถในการเคลื่อนไหวของเด็กสมองพิการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร สุนทรภา. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กสมองพิการ*. ใน บุญเพียร จันทวัฒนา, พงศ์คำ ตีลสกุลชัย, บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และ ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, (บรรณาธิการ). *ตำราการพยาบาลเด็กเล่ม 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1*. (หน้า 918-927). พิริวัน กรุงเทพฯ:
- สมฤดี เลิศงามมงคลกุล. (2554). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารการพยาบาล, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anttila, H., Autti-Ramo, I., Suoranta, J., Makela, M., & Malmivaaara, A. (2008). Effectiveness of physical therapy interventions for children with cerebral palsy: A systematic review. *Biomed Central Pediatrics*, 8(14), 1-10.
- Dodge, N. N. (2008). Cerebral palsy: Medical aspects. *Pediatric Clinics of North America*, 55, 1189-1207.

- Fitzgerald, D. A., Follett, J., & Asperse, P. P. V. (2009). Assessing and managing lung disease and sleep disordered breathing in children with cerebral palsy. *Pediatric Respiratory Reviews* 10, 18-24.
- Kaewlao, T. (2008). *Effects of a supportive-educative nursing system on maternal care giving behaviors and severity of asthma in young asthmatic children*. Master's thesis, (pediatric nursing), Mahidol University.
- Krigger, K. W. (2006). Cerebral palsy: An overview. *American Family Physician*, 73(1), 91-100.
- Leurer, M. K. (2009). The effects of a "home-base" task-oriented exercise programmed on moter and balance performance in children with spastic and severe traumatic brain injury. *Clinical Rehabilitation* 23, 714-724.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Rapp, C. E., & Valley, P. (2006). Cerebral palsy in adulthood "My child with cerebral palsy is now and adult. Will his medical problems change?" *American Academy of Developmental Medicine and Dentistry*, 6(15), 62-66.
- Sullivan, P. B., Morrice, J. S., Vernon-Roberts, A., Grant, H., Eltumi, M., & Thomas, A. G. (2006). Does gastrostomy tube feeding in children with cerebral palsy increase the risk of respiratory morbidity. *Archives of disease in childhood*, 91, 478-482.