

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังอายุต่ำกว่า 5 ปี *

กรวิกา แฉ้วพลสง¹ ประสิทธิ์ ลีระพันธ์²

มณฑา เก่งการพานิช² วิณา เทียงธรรม³

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

² ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลในการให้การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และปัจจัยที่กำหนดของผู้ดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารัตน์ จำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ซึ่งผ่านการพัฒนาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตัวอย่างเป็นรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย สถิติไคสแควร์ และ ANOVA

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีในเรื่องการติดตามการรักษา การให้ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ/กระตุ้นพัฒนาการ และการดูแลด้านจิตใจ โดยภาพรวมผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการดูแลอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 74.4 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 22.2 และระดับไม่ดีร้อยละ 3.4 ส่วนผลกระทบต่อผู้ดูแลในการให้การดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี นั้น มี 4 ด้านได้แก่ ด้านการเงิน ความเป็นส่วนตัวและด้านจิตใจ โดยภาพรวมแล้วผู้ดูแลได้รับผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง สูง และต่ำ ร้อยละ 59.1, 31.8 และ 9.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมการให้การดูแลเด็ก ($p < 0.05$) ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการจัดบริการส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมดูแลที่มีคุณภาพ ให้แก่ผู้ดูแลเด็ก และการปรับปรุงสถานบริการได้ครบวงจรด้วย

คำสำคัญ : เด็กป่วยโรคเรื้อรังอายุต่ำกว่า 5 ปี / ผู้ดูแล / พฤติกรรมการดูแล

Correspondence: รองศาสตราจารย์ ดร.ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Email: P_leerapan@hotmail.com

* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Caregiver's Care Behavior in Chronic Illness Children Under 5 Years *

Kornwika Peawponsong¹, Prasit Leerapan²

Mondha Kenggranpanich², Veena Thiangthum³

¹ Student of M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Behavioral Sciences

² Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

ABSTRACT

This survey research aimed at studying caregiver's care behavior in children with chronic illness under 5 years and the factors that determined the behavior. The sample was 176 caregivers who provided care for chronically ill children under 5 years who were hospitalized at Ramathibodi Hospital. The instrument used for data collection was the interview-schedule that was developed and tested for content validity and reliability at an acceptable level. Data were collected by interviewing each member of the sample individually. Data analysis was done by computing percentages, means, standard deviations, and relationship analysis was done by using the Chi-Square test and ANOVA.

The results showed that in general, most of the caregivers performed a "moderate" level of care behavior for these children in regard to treatment follow-up, medication, rehabilitation/stimulating development, and mental health care (77.4%), while 22.2 percent, and 3.4 percent performed at "good" and "not good" levels, respectively. Four aspects of the impacts of performing care behavior for children with chronic illness under 5 years on the caregivers were found as follows: work; finance; privacy; and mental health. The impacts were found to be at "moderate", "high" and "low" levels (59.1%, 31.8%, and 9.1%, respectively). Besides, it was found that the factors with regard to age, educational level, marital status, occupation, family's economic status, perceived severity of disease, and receiving social support related significantly with the quality of care behavior ($p < 0.05$). The findings of this study can be beneficial for hospitals and related organizations who are responsible for promoting quality care behavior of caregivers of children with chronic illness, as well as for improving health service organizations to be come comprehensive.

KEY WORDS : CHRONIC ILLNESS CHILDREN UNDER 5 YEARS / CAREGIVER / CARE BEHAVIOR

Correspondence: Assoc. Prof. Prasit Leerapan, Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University. Email: P_Leerapan@hotmail.com

* Thesis of M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่งในครอบครัวมีผลต่อสมาชิกทั้งครอบครัว⁽¹⁾ สาเหตุเนื่องจาก ต้องดูแลผู้ป่วยโดยตลอด บางครั้งผู้ดูแล พบว่ายากลำบาก จัดการเวลาไม่ได้ บางรายรู้สึกวุ่นวาย หมดพลังประโยชน์ ไม่มีคนช่วย ไม่มีเงิน มีความตึงเครียดด้านสัมพันธภาพ⁽²⁾ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยในเด็กจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเด็กยังขาดการเรียนรู้และข้อจำกัดในการรับรู้เรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ รวมถึงการใช้กลไกการปรับตัวทางธรรมชาติหรือทักษะในการเผชิญปัญหาไม่เพียงพอ และการที่เด็กต้องดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เด็กมีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยค่อนข้างรุนแรง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเป็นอย่างมาก เด็กจึงต้องการความช่วยเหลือ ต้องการความปลอดภัย ความรักและการเอาใจใส่จากผู้ดูแล สถานการณ์โรคเรื้อรังของประชาชนที่มารับการรักษาในสถานพยาบาล เมื่อพิจารณาการป่วยตามกลุ่มอายุต่างๆ จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาและนอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กอายุ 0-4 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการมีอัตราเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁽³⁾

จากรายงานสถิติผู้ป่วยของคลินิกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรคหลักที่เป็นสาเหตุนำ 5 อันดับแรกในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในอดีตที่ผ่านมา ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรค

เรื้อรังในเด็ก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน กลุ่มอาการเนฟโรติก ธาลัสซีเมีย และโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น มะเร็ง เป็นปัญหาที่ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน เช่นเดียวกันกับข้อมูลสถิติผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 0-14 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราชซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังในหลายประเทศพบกลุ่มอาการเนฟโรติกในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 19 และในเด็ก 10-15 ปี ร้อยละ 50 ซึ่งสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก นอกจากจะเป็นปัญหาต่อระบบการเงินการคลังสาธารณสุขของประเทศ หากแต่ยังเป็นภาระพึ่งพิงของระบบบริการสาธารณสุขและระบบครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเรื้อรังเด็กเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลมากกว่ากลุ่มอื่น⁽⁴⁾ อีกทั้งเด็กถือเป็นจุดรวมของความรักของพ่อแม่ เปรียบเป็นดัง “แก้วตา ดวงใจของพ่อแม่” ดังนั้นเมื่อเด็กเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก ทั้งในด้านการให้การดูแล อารมณ์ความรู้สึกสงสาร และความกลัวการสูญเสีย ด้วยเหตุนี้เมื่อเด็กป่วยจึงได้รับความห่วงใยและความสนใจมากเป็นพิเศษ

จากประสบการณ์การทำงานพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าการให้การดูแลเด็กเล็กที่ป่วยนั้น ครอบครัว/ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญในทุกขั้นตอนของการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มป่วยการเผชิญปัญหาต่างๆ การไม่ทราบผลการวินิจฉัย มีการคิดไปต่างๆ นานาถึงอาการที่เด็กเป็นอยู่ รวมถึงการตัดสินใจเลือกโปรแกรมการรักษา ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย เป็นไปอยู่ในสภาพที่ไม่คุ้นเคย(โรงพยาบาล) การ

ติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และ
กิจกรรมการรักษาพยาบาล แม้จะดูแลผู้ป่วยเด็กที่
บ้าน ผู้ดูแลมักมีปัญหาคือต้องเลี้ยงและดูแล
แตกต่างจากเด็กปกติหรือพี่น้องคนอื่นๆ
กระทบกระเทือนต่อหน้าที่การงานของผู้ดูแลและ
สถานะเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อการดูแลและจัดการ
กับเด็กที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

ดังนั้นการส่งเสริมครอบครัวให้เกิดการ
ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยโรค
เรื้อรัง และสามารถให้การดูแลเบื้องต้น (primary
care) แก่ผู้ป่วยเด็กเป็นสิ่งจำเป็น บุคลากรทาง
การแพทย์และสาธารณสุข ควรเปิดโอกาสให้
ครอบครัวสามารถได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมใน
การให้การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำ
กว่า 5 ปี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว
และผลกระทบต่อผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลเด็ก
ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา
แนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้มีส่วนร่วม
ในการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมี
ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลที่ให้การ
ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากร
และสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อและปัจจัยเสริมที่
สัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลต่อการให้การดูแล
เด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี

3. เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการให้
การดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า
5 ปี

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษา ณ หอผู้ป่วยเด็กเล็ก
และหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็ก โรงพยาบาล
รามาริบัติ ถนนพระรามหก แขวงทุ่งพญาไท เขต
ราชเทวี จังหวัดกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือน
พฤศจิกายน 2553 ถึง เดือนมีนาคม 2554 รวม
ระยะเวลาในการศึกษา 5 เดือน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ศึกษา
แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือ พ่อ แม่ หรือ
ผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี
ใน 5 กลุ่มอาการ คือ โรคเบาหวานในเด็ก โรคใน
กลุ่มอาการเนฟโรติก โรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจ
และโรคมะเร็ง ที่มารับการรักษาและติดตามการ
รักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ในช่วง 5 เดือนที่
ศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลจำนวน 176 คน
ประกอบด้วยผู้ดูแลที่พาเด็กมารับการตรวจ
ติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจนอก (70 คน) และ
ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในเด็ก (106 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ
สัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและ
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วยคำถาม 5
ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติพฤติกรรมให้การดูแลและผลกระทบที่เกิดจากการดูแล

ส่วนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่

จริยธรรมทางการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย และได้รับการรับรองตามเอกสารเลขที่ ID 11-53-46 ย

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขออนุญาต หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 5 และหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเด็ก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อทำการโดยการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์โดยดำเนินการตามจริยธรรมการวิจัย

3. ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเป้าหมาย

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นนำมาทำ การใส่รหัสและบันทึกลงคอมพิวเตอร์เพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วนดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ หัวย้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

2.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลโดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-Square)

2.2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลโดยใช้ ANOVA

ผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 38.1 รองลงมาคือ อายุ 21-30 ปี ร้อยละ 31.3 มี

สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.1 ความสัมพันธ์กับ
เด็กป่วยโดยเป็นบิดา-มารดาร้อยละ 76.7

1.2 ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 46.6 ระดับ
มัธยมศึกษาร้อยละ 19.9 ฐานะทางเศรษฐกิจของ
ครอบครัว อยู่ระดับพออยู่พอกิน/ไม่เหลือเก็บร้อยละ
58 รองลงมาคือเป็นอยู่สบาย/เหลือเก็บ ร้อยละ
26.1 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 35.8 รองลงมา
คือ แม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 20.5 มีสมาชิกที่อยู่
ประจำคือ บิดา/มารดา เด็กป่วย และญาติมี
ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายร้อยละ

77.3 ครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 22.7 มีประสบการณ์
ในการพาเด็กมารักษาที่โรงพยาบาล อยู่ระหว่าง
5-10 ครั้งร้อยละ 46.6

2. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย
ด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ การ
มาตรวจตามนัด การดูแลเรื่องการให้ยา การฟื้นฟู
สมรรถภาพ การกระตุ้นพัฒนาการ และการดูแล
ด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติ
พฤติกรรมในการให้การดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังอยู่
ในระดับพอใช้ร้อยละ 74.4 และระดับดี
ร้อยละ 22.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของพฤติกรรมให้การดูแลเด็กป่วย
โรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี (n=176)

ระดับของพฤติกรรมการดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	39	22.2
พอใช้	131	74.4
ไม่ดี	6	3.4

พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยแต่ละด้านมีดังนี้
2.1 การนำเด็กไปตรวจตามนัด ผู้ดูแล
ส่วนใหญ่พาเด็กในการดูแลไปตรวจตามนัด
สม่ำเสมอ ครบทุกครั้งร้อยละ 74.4 การไปตรวจแต่
ละครั้ง มีผลต่องานโดยส่วนใหญ่ต้องลางาน
ร้อยละ 48.3 กรณีที่ต้องลางาน หัวหน้างานมี
ความเห็นใจร้อยละ 75.3 วิธีการเดินทางไปตรวจ
ไปโดยรถยนต์ส่วนตัวร้อยละ 46.6 และสาเหตุส่วน

ใหญ่ที่ขาดการไปตรวจตามนัด คือ มีปัญหาด้าน
การเงินร้อยละ 18.2

2.2 การดูแลเรื่องการให้ยา ผู้ดูแลส่วนใหญ่
ดูแลให้ยาได้ครบและสม่ำเสมออยู่ในระดับสูง
ร้อยละ 65.9 ผู้ดูแลหลักในการให้ยาคือมารดา
ร้อยละ 74.4 ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแล คือ บิดา
ร้อยละ 81.3 กลุ่มที่ให้ยาได้ไม่สม่ำเสมอสาเหตุ
ส่วนใหญ่ คือ ลืมร้อยละ 34.1 ซึ่งมีการแก้ไข โดย

ให้ยาทันทีเมื่อนึกได้ร้อยละ 53.3 สำหรับปัญหาการต่อต้านการให้ยาจากผู้ดูแลของเด็กส่วนใหญ่ต่อต้านการให้ยา เป็นบางครั้งร้อยละ 71.0 และวิธีแก้ไขการต่อต้านการให้ยาจากเด็กที่ให้การดูแลคือการหลอกล่อด้วยของเล่นร้อยละ 68.7

2.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและกระตุ้นพัฒนาการ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและกระตุ้นพัฒนาการ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62.5 โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและกระตุ้นพัฒนาการ ส่วนใหญ่ได้แก่ ให้ได้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ร้อยละ 86.9 ให้ได้อ่าน หรือ ดู การ์ตูน วาดรูประบายสี ร้อยละ 83.5 ให้ได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 77.3 และให้ได้มีกิจกรรมร่วมกับ พี่ น้อง เพื่อนหรือญาติ ร้อยละ 63.1 เป็นต้น

2.4 การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลเด็กด้านจิตใจอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 58.5 และกิจกรรมที่ปฏิบัติ เป็นส่วนใหญ่ได้แก่ ให้ได้ทำกิจกรรมที่เด็กชื่นชอบ เช่น อ่านหนังสือ การ์ตูน ดูโทรทัศน์ ดูวิดีโอร้อยละ 89.2 ไปทำบุญไหว้พระฝึกสมาธิร้อยละ 36.9 ไปเที่ยวกับครอบครัว ร้อยละ 32.4 และเข้ากลุ่มทำกิจกรรมกับเด็กป่วยด้วยกันร้อยละ 9.1 เป็นต้น

3. ผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลและแนวทางการแก้ไข ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบ จากการให้การดูแลอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 59.1 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 31.8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็ก จำแนกตามระดับความรุนแรงของผลกระทบจากการดูแลเด็กที่มีต่อผู้ดูแล โดยรวม (n=176)

ระดับความรุนแรงของผลกระทบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	56	31.8
ปานกลาง	104	59.1
น้อย	16	9.1

โดยมีผลกระทบด้านจิตใจ มากที่สุดร้อยละ 69.3 รองลงมาคือด้านการเงิน ร้อยละ 35.8 ผลกระทบที่มีระดับความรุนแรงน้อยคือด้านความเป็นส่วนตัวร้อยละ 36.4 และด้านการเงินร้อยละ

23.9 การแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ การทำความเข้าใจยอมรับความจริง ทำจิตใจให้เข้มแข็ง พยายามทำหน้าที่ในการดูแลเด็กให้ดีที่สุด หากิจกรรมทำเพื่อลดความเครียด

4. การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลในการให้การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4.1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการให้การดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการให้การดูแลอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.2 และระดับสูง ร้อยละ 26.1 ดังตารางที่ 3 และเมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถในการดูแลรายด้าน พบว่า

4.1.1 การรับรู้การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมแนวทางการรักษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับดีมีความมั่นใจในเรื่องการดูแลให้ยาได้ครบถ้วนร้อยละ 93.2 จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ร้อยละ 93.2 สามารถที่จะพาเด็กในการดูแลมาติดตามผลการรักษาได้ไม่ขาดร้อยละ 90.9 รู้สึกผิดมากถ้าไม่ได้พาเด็กในการดูแลมารับการรักษาครบตามคำแนะนำร้อยละ 72.7 สามารถที่จะดูแลการกระตุ้นพัฒนาการได้ร้อยละ 63.1 และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ร้อยละ 54.6

4.1.2 การรับรู้การปรับตัวของตนเองและครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับดีมีความมั่นใจที่จะสามารถฝึกเด็กให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเล็กๆ น้อยได้ร้อยละ 90.3 สามารถดูแลเด็กได้ตลอดไม่ว่าจะอยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาลร้อยละ 86.3 สามารถทำกิจกรรมต่างๆควบคู่ไปกับการดูแลร้อยละ 85.3 ครอบครัวมีความพร้อมในการช่วยเหลือได้ร้อยละ 84.1 สามารถจัดสรรทรัพยากรสิ่งของเงินทองให้เพียงพอร้อยละ 82.3 และสามารถจัดการ

ความเครียด หากิจกรรมทำเพื่อลดความเครียดได้ร้อยละ 81.8

4.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 83.0 ดังตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาการรับรู้ความรุนแรงต่อโรครายด้าน พบว่า

4.2.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อเด็กที่ให้การดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้โรคที่เด็กเป็นอยู่ทำให้เด็กเติบโตได้ไม่เต็มที่ร้อยละ 82.4 มีผลกระทบต่องิตใจเด็กมากร้อยละ 77.9 ทำให้เด็กไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติร้อยละ 77.3 รักษาให้หายได้ถ้ามาติดตามการรักษาได้ไม่ขาดร้อยละ 65.3 มีการรับรู้โรคที่เด็กในการดูแลเป็นอาจลุกลามถึงขั้นเสียชีวิตได้ร้อยละ 60.2 อาจทำให้เกิดความพิการได้ร้อยละ 54.0 อาจส่งผลให้เด็กมีปัญหาทางสุขภาพจิตร้อยละ 43.8 และเป็นโรคที่ไม่น่ากลัวใครๆ ก็เป็นได้ร้อยละ 37.6 ส่วนการรับรู้ในเรื่องที่ว่าเด็กในการดูแลอาจมีปัญหาในการดำเนินชีวิตทางสังคมในอนาคตได้ร้อยละ 54.0 อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ที่โรคที่เด็กเป็นอยู่นั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ร้อยละ 45.4 โรคที่เด็กในการดูแลเป็นอยู่ไม่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมร้อยละ 38.1 โรคที่เด็กเป็นอยู่ไม่มีอันตรายร้ายแรงร้อยละ 64.2 และ โรคที่เด็กเป็นไม่มีไม่มีความกระทบทางด้านจิตใจแก่ตัวเด็กเลยร้อยละ 43.8 นั้นอยู่ในระดับต่ำ

4.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อผู้ดูแลและครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้โรคที่เด็กเป็นอยู่ทำให้ผู้ดูแลเครียดร้อยละ

92.6 การให้การดูแลเด็กนั้นเสียค่าใช้จ่ายมาร้อยละ 88.6 โรคที่เด็กเป็นทำให้ครอบครัวเดือดร้อนร้อยละ 47.7 ส่วนการรับรู้ที่โรคที่เด็กเป็นทำให้มีภาระต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล และครอบครัวร้อยละ 47.3 อยู่ในระดับต่ำ นั่นคือการที่ให้การดูแล เด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่คิดว่าเป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัว และยังพบอีกว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้โรคที่เด็กเป็นไม่มีผลกระทบต่อครอบครัวเลยร้อยละ 55.7 และโรคที่เด็กเป็นนั้นถือเป็นโรคเรื้อรังโรคกรรมไม่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 36.9 นั้นอยู่ในระดับต่ำ

5. การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 56.3 และปานกลางร้อยละ 35.2 ดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้าน พบว่า

5.1 ด้านการให้กำลังใจ พบว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.1 โดยผู้ที่ให้แรงสนับสนุนด้านกำลังใจมากที่สุดคือ ตัวเด็กป่วยเองร้อยละ 65.5

5.2 ด้านการได้รับข้อมูล/คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล พบว่าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 48.3 และ มากที่สุด คือได้รับจากกลุ่มแพทย์และพยาบาลร้อยละ 59.1

5.3 ด้านการให้การสนับสนุนด้านสิ่งของและ เงินทอง เครื่องใช้ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 81.8 โดยกลุ่มที่ให้การสนับสนุน มากที่สุด คือครอบครัว ร้อยละ 71.0

6. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี

6.1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลเด็กป่วย พบว่ากลุ่มที่มีความแตกต่างของระดับการรับรู้ที่ต่าง กัน 3 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรม ดูแลเด็กป่วยไม่แตกต่างกัน ($F = 0.09$, $p=0.91$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแล (n=176)

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการ การดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแล		
สูง	46	26.1
ปานกลาง	127	72.2
ต่ำ	3	1.7
การรับรู้ความรุนแรงของโรค		
สูง	9	5.1
ปานกลาง	146	83.0
ต่ำ	21	11.9

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมโดยรวม(n=176)

ระดับการได้รับแรงสนับสนุน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	15	8.5
ปานกลาง	62	35.2
น้อย	99	56.3

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วย กับการรับรู้ความสามารถตนเองของ ผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม

พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังอายุต่ำกว่า 5 ปี	n	$\bar{x}$	S.D.	F	df	p-value
ระดับการรับรู้ความสามารถ						
สูง	73	29.17	3.31	0.09	2	0.91
ปานกลาง	78	29.35	3.22			
ต่ำ	25	29.08	3.79			
ระดับการรับรู้ความรุนแรงโรค				10.09	2	<0.001
สูง	9	33.00	3.42			
ปานกลาง	146	30.71	3.36			
ต่ำ	21	28.80	3.11			
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	p-value					
ต่ำ-ปานกลาง	0.01					
ต่ำ-สูง	<0.001					
ปานกลาง-สูง	0.71					
ระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม				21.73	2	<0.001
สูง	40	31.42	3.61			
ปานกลาง	110	28.50	2.63			
ต่ำ	26	27.71	2.70			
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	p-value					
ต่ำ-ปานกลาง	0.315					
ต่ำ-สูง	<0.001					
ปานกลาง-สูง	<0.001					

6.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคพบว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ต่างกัน 3 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=10.09$, $p<0.001$) โดยผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่

ต่ำจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ($\bar{x} = 28.8$, 30.7 และ 33.0 ตามลำดับ) หากแต่กลุ่มที่มีระดับการรับรู้สูงและปานกลางไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมการ

ดูแลเด็กป่วยสำหรับระหว่างกลุ่มที่มีการรับรู้ต่ำ และปานกลาง และกลุ่มที่มีการรับรู้ต่ำและสูง มีพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=0.01$ และ $p<0.00$) ดังตารางที่ 5

6.3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่ากลุ่มที่มีความแตกต่างของระดับการได้รับแรงสนับสนุนต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=21.73$, $p<0.001$) โดยผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและระดับต่ำ ($\bar{X} = 31.42$, 28.50 และ 27.71 ตามลำดับ) โดยคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลของกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำและปานกลางไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำกับสูง และระดับปานกลางกับสูง มีพฤติกรรมดูแลต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 5

จากการวิเคราะห์ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลกับปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการทดสอบ ANOVA พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในแต่ละกลุ่มที่มีความต่างระหว่างระดับการรับรู้ไม่มี ความต่างของพฤติกรรมปฏิบัติดูแล นั้น

คือการรับรู้ความสามารถไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมในแต่ละกลุ่มนั้นมีความต่างของการปฏิบัติพฤติกรรมดูแล โดยทุกระดับ นั้นมีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้นคือ ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแล

สรุปได้ว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะประชากร และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงปัจจัยภายใน ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว อาชีพ และปัจจัยภายใน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนตัวแปรที่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ เพศ และ การรับรู้ความสามารถในตนเอง ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคม

ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็กป่วย และ ประสิทธิภาพในการพาเด็กมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโดยหลักใหญ่ มี 4 ด้านได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการมาตรวจตามนัด การให้ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ/กระตุ้นพัฒนาการ และการดูแลด้านจิตใจ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่กว่าครึ่งหนึ่ง มีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับดีพอใช้ โดยมีการติดตามรักษาที่สม่ำเสมอร้อยละ 74.4 ดูแลเรื่องการให้ยาได้ครบถ้วนร้อยละ 65.9 ส่วนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย/การกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลด้านจิตใจ อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 58.5 และ 58.5 ตามลำดับซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลนั้นให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลซึ่งเป็นผลดีต่อการให้การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพราะเด็กที่ป่วยนั้น ผู้ดูแลเป็นหลักสำคัญที่จะช่วยให้อาการที่เจ็บป่วยอยู่นั้นหรือแย่ลง หากผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญและปฏิบัติได้ครบถ้วนแล้วนั้น ก็จะส่งผลให้อาการที่แย่อยู่ดีขึ้นจนในที่สุดอาจหายจากภาวะเจ็บป่วยนั้นๆ ได้และการให้การดูแลเด็กป่วยนั้นก็อาจส่งผลกระทบแก่ตัวผู้ดูแลด้วย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติให้การดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี

2.1 ปัจจัยนำได้แก่ ปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพการสมรส และปัจจัยภายในด้านการ

รับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ซึ่งอภิปรายเหตุผลได้ดังนี้

เพศ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในที่นี้คือมารดา ซึ่งก็ตรงกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาที่พบว่า มารดานั้นเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลลูกอย่างใกล้ชิด เด็กป่วยเป็นโรคเรื้อรังส่วนมากไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างสมบูรณ์ ต้องการความรัก การเอาใจใส่เป็นพิเศษ แม้เป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งด้านอารมณ์และสังคม เพราะเป็นผู้ที่ผูกพันใกล้ชิดเลี้ยงดูเอาใจใส่มาโดยตลอด

อายุ พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จะมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลที่ดีต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า อาจเป็นเพราะผู้ดูแลที่มีอายุมากส่วนใหญ่เป็นย่าเป็นยาย ที่ความสามารถในการดูแลเรื่องการดูแลให้ยา หรือกระตุ้นพัฒนาการต่างๆ นั้นทำได้ไม่เต็มที่ มีการหลงลืมตามวัยที่สูงขึ้น การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญคือการดูแลให้ยาและฟื้นฟูสมรรถภาพดังนั้นผู้ดูแลที่สูงวัยอาจบกพร่องและเด็กป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีนั้นถือว่าเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา⁽⁴⁾ นั้นมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ที่สำคัญคืออายุ ของมารดาซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ แต่จะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ พรสิริ ใจสม⁽⁶⁾ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเครียดและพฤติกรรมการดูแล ซึ่ง

ต่างจากการศึกษาของ นันทพร เจริญผล⁽⁷⁾ ได้ศึกษาความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรของบิดา มารดา ที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการดูแล

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับดี มากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับ นันทพร เจริญผล⁽⁷⁾ เจียงคำ อินทวิชัย⁸ และสุดใจ สมิตินิการ⁽⁹⁾ ระดับการศึกษาของมารดาเด็กมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็ก เพราะวามารดาที่มีการศึกษาสูงย่อมมีแนวโน้มที่จะแสวงหาความรู้และสนใจในข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งสามารถกระทำได้โดยการอ่านด้วยตนเองและได้รับคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ แต่ต่างจากของฟิลไล และคณะ¹⁰ ที่ให้เหตุผลว่าอาจเป็นเพราะมารดาที่มีการศึกษาสูงมักมีรายได้สูงตามไปด้วยดังนั้นอาจจะดูแลตามอาการเองก่อนจึงไม่มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาที่ถูกต้อง พฤติกรรมการดูแลอาจไม่ดีตามมา

สถานภาพสมรส พบว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสคู่มือการดูแลอยู่ในระดับที่ดีมากกว่ากลุ่มโสด/หย่า/แยก จากการศึกษานี้ของ Whaley & Wong⁽¹⁰⁾ พบว่าเนื่องจากในการให้การดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังแหล่งที่ให้การดูแลหลักคือครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งจะหมายถึงการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดา เนื่องจากสังคมมีการกำหนดบทบาท

หน้าที่ของบิดามารดาแยกจากกัน บิดาเป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่หารายได้เลี้ยงครอบครัวและการตัดสินใจต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว มารดาจะมีหน้าที่ในการดูแลงานบ้านและเลี้ยงดูบุตร⁽¹¹⁾ เป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านอารมณ์และสังคม ของเด็กมากที่สุด มารดาจึงต้องรับหน้าที่ในการประคับประคองเด็กที่ป่วยเรื้อรัง ซึ่งสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้การดูแลนั้นมีประสิทธิภาพที่ดีคือบิดาและมารดานั้นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะรู้จักบทบาทของตนเองและมีความเต็มใจร่วมทุกข์ร่วมสุข ซึ่งถ้าครอบครัวใดที่มีการอยู่อย่าง ไม่รู้จักหน้าที่ปล่อยปละละเลยการดูแลก็จะมีประสิทธิภาพอาการของเด็กก็อาจแย่ลงได้

สถานะทางเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับเป็นอยู่สบาย/เหลือเก็บมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับดีมากกว่ากลุ่มอื่น ตรงกับคณะกรรมการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (The National Commission on Chronic Illness) ที่ได้ให้ความหมาย ของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีความบกพร่อง ต้องการการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ต้องการการดูแลและช่วยเหลือเป็นระยะเวลานานอาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ หรือ เป็นๆ หายๆ การรักษาไม่ว่าจะด้วยวิธีการใด เป็นเพียงเพื่อทุเลาอาการหรือลดความรุนแรงของโรคเท่านั้น ส่วนพยาธิสภาพไม่อาจพยากรณ์แน่ชัดร่างกายของผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัวในการรักษาสมดุลของการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกายและจิตใจ

จึงต้องการคำแนะนำ ความช่วยเหลือและการฝึกฝนพิเศษเป็นระยะเวลาหรืออาจตลอดชีวิต จึงต้องเตรียมงบประมาณ โดยหาเงินให้เพียงพอกับการรักษา หรือเพื่อความอยู่รอดดังนั้น ครอบครัวผู้ให้การดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าก็必将มีความพร้อมในการดูแลครอบคลุมปัญหาได้มากกว่าประสิทธิภาพในการดูแลจึงดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ วาริ จิระพันธ์วานิช⁽¹²⁾ ที่พบว่ามารดาที่มี มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สุดใจ สมิทธิการ⁽⁹⁾ พบว่ารายได้ของครอบครัวมีผลต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กป่วย

อาชีฟ พบว่า คือ ผู้ดูแลที่มีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างมีระดับพฤติกรรมในการดูแลที่ต่ำกว่า 13.3 ต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่นแสดงให้เห็นในด้านของความพร้อมในการให้การดูแล ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มนี้นั้นในการที่จะให้การดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังปัจจัยทางด้านการเงินถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะนำมาใช้ในการดูแลรักษาที่ยาวนาน กลุ่มผู้ดูแลกลุ่มนี้มักมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน ฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่พร้อมในการดูแล นั้นจึงเป็นเหตุผลที่ทำให้การติดตามการรักษาอาจขาดหายไปทำให้การดูแลจึงเป็นไปตามสภาวะทางการเงินที่เพียงพออยู่พอकिन การดูแลจึงเพียงพอบรรเทาอาการไปซึ่งคุณภาพของการให้การดูแลจึงทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร มีการขาดการติดตามการรักษา ขาดยา และการพัฒนาการต่างๆ จึงเป็นไปได้ยากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำ กลุ่มผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคปานกลางและกลุ่มผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้ ความรุนแรงของโรคสูงมีความแตกต่างกันในการปฏิบัติพฤติกรรมให้การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ($F=4.164$, $p=0.017$) โดย กลุ่มผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ($\bar{X}=30.76$, 31.73 และ 32.47 ตามลำดับ) อธิบายได้ จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีขึ้นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2518 โดยโรเจอร์ Roger R.W.⁽¹³⁾ โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล เช่น ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม เป็นตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัว แต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น จะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ในการ

รับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้ ทำให้เกิดการรับรู้ในการทบทวนการณ และเกิดความคาดหวังในการทบทวนการณ ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทบทวนการณ ทั้งหมดนี้ ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และความตั้งใจที่จะตอบสนองในที่สุด ชัดแย้งกับบุษบง โกวิทเชียร⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก ซึ่งพบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคและการรับรู้ต่อผลดีในการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรค

2.2 ปัจจัยเอื้อได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม

พบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมต่ำ กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมปานกลางและกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมสูงมีความแตกต่างกันในการปฏิบัติพฤติกรรมให้การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ($F = 12.78, p < 0.001$) โดยผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและระดับสูง ($\bar{x} = 30.76, 31.41$ และ 34.47 ตามลำดับ) จากทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมนามระหว่างบุคคล (Theories of Interpersonal Relations and Interpersonal Communication) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

และสังคมนามระหว่างบุคคล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการได้ กลุ่มผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวในระดับสูง ได้แก่ พ่อแม่สามีภรรยา ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน

2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่นๆ สอดคล้องกับสุดาวดี เอนก¹⁵ ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวม เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวมเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีพบว่า ภายหลังการทดลอง มารดากลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวมเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมให้การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ เพศ การรับรู้ความสามารถในตนเอง ความสัมพันธ์กับเด็กป่วยและ

ประสบการณ์ในการพาเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

3. ผลกระทบจากการดูแล ที่ได้ศึกษามานั้นพบว่า การให้การดูแลเด็กป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว หนึ่งครอบครัวนั้น มีผลกระทบในหลายด้าน กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผลกระทบที่เกิดจากการดูแลเด็กป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยจากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับผลกระทบด้านจิตใจมากที่สุดรองลงมาคือด้านการเงิน การงาน และความเป็นส่วนตัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่เด็กป่วยหนึ่งคนนั้นส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแลเป็นอย่างยิ่ง หากผู้ดูแลไม่สามารถที่จะจัดการกับสภาพจิตใจให้ลดทอนหรือลดความเครียดลงได้ก็จะส่งผลต่อการให้การดูแลที่ได้ไม่เต็มที่ ความเจ็บป่วยเรื้อรังในแต่ละระดับขั้นจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ของครอบครัว เป็นภาวะที่พ่อแม่รับรู้การถูกคุกคามชีวิตและความเป็นอยู่ของลูก มารดาซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลลูกอย่างใกล้ชิดจะได้รับผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านการบริหารเวลา หน้าที่การงาน ภารกิจในสังคม การมีอิสระและเวลาส่วนตัว ความเหนื่อยล้าจากการดูแล รวมทั้งฐานะการเงิน ผลต่อสภาพจิตใจได้แก่ รู้สึกเสียใจ ผิดหวัง รู้สึกผิด โกรธตนเองและคนรอบข้าง ซึ่งล้วนเป็นความทุกข์ที่ต้องเผชิญ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบถึงสภาพ สังคม เศรษฐกิจและความผาสุกของครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อความบกพร่องในหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ทั้งความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา และความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง

ข้อเสนอแนะพัฒนาการดำเนินงานในโรงพยาบาล

การดำเนินงานสุขภาพด้านส่งเสริมให้ผู้ดูแล ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการให้การดูแลเป็นอย่างดีโดยกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนต่ำจะมีพฤติกรรมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมน้อย โดยเฉพาะการได้ข้อมูลด้านข้อแนะนำในด้านการดูแล กลุ่มที่เป็นหลักในการให้ข้อมูลคำแนะนำคือเจ้าหน้าที่แพทย์/พยาบาลดั่งนั้นควรมีการเน้นการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาแก่ครอบครัวหรือผู้ที่ให้การดูแลเด็กป่วยเพิ่มขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลให้แก่ครอบครัว/ผู้ดูแลเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง ชัดเจนส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น

1.1 การจัดตั้งศูนย์ hot line ให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่ครอบครัวที่ให้การดูแลเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังตลอด 24 ชั่วโมง

1.2 จัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่ให้การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นประจำ

1.3 จัดให้มีการติดตามผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อติดตามประเมินการดูแล และให้ข้อแนะนำการช่วยเหลือแก่ครอบครัวเด็กป่วยเป็นรายๆ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการดำเนินการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

โรคเรื้อรังที่เฉพาะเจาะจงลงรายละเอียดไปในแต่ละโรค เปรียบเทียบความเหมือนและความต่างในการให้การดูแล เพื่อให้ได้ผลการศึกษามีความละเอียด ทำให้เข้าใจพฤติกรรมในการดูแลได้ตรงในแต่ละโรคที่ต่างกันได้อีกซึ่งมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการให้การดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มตัวอย่างต่อไป

2. ควรมีการศึกษาถึงการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่แพทย์/พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเล็กในเชิงลึก เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้มีความรู้เรื่องโรค การดูแลที่เฉพาะและมีทักษะในการดูแลที่ดีขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. จากผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลคำแนะนำจากบุคคลกรทางการแพทย์ยังน้อยทำให้บางครอบครัวนั้นยังไม่เข้าใจในโรคและการให้การดูแล การปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลยังทำได้ไม่ดีและยังไม่ถูกต้อง จึงควรนำตัวแปรที่เกี่ยวกับความรู้ หรือข้อมูลในการให้การดูแลในแต่ละโรคที่ต่างกัน ไปจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่ช่วยสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจในการให้การดูแลเจตคติที่เข้มที่ถูกต้องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่ได้ประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศมงคล. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.
2. รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลเด็กและครอบครัวที่เผชิญภาวะคุกคามชีวิต. รามาธิบดีพยาบาล ปีที่ 5. กรุงเทพฯ, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.สรุปรายงานการป่วย (พ.ศ. 2552).กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552.
4. Orem, D.E. Nursing:Concepts of practice (2nded.). St. Louis McGraw-Hill, 1980.
5. _____. Nursing:Concepts of practice (4thed.). St. LouisMO: Mosby, 1991.
6. พรศิริ ใจสม. ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
7. นันทพร เจริญผล. ความเครียดและพฤติกรรม การดูแลบุตร ของบิดา มารดา ที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับการรักษ

- ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
8. เจียงคำ อินทวิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลศิริราช. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
 9. สุดใจ สมบัติการ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก โรคเบาหวานและโรคธาลัสซีเมีย อายุ 7-13 ปี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
 10. Whaley. L. & Wong. D. Nursing care of infant and children. (5th ed). St Louis: M.O. Mosby, 1995.
 11. ปรีศนา สุนทรไชย. ผู้ป่วยเด็กโรคคุกคามชีวิตและครอบครัว: ภาวะจิตใจ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
 12. วารี จิระพันธ์วานิช. พฤติกรรมสุขภาพการดูแลเด็กป่วยโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543.
 13. Rogers, R.W. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91,(93) 114, 1975.
 14. บุษบง โกฏวิเชียร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
 15. สุดาวดี อเนก. ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวม เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวมเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.