



การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแล เด็กป่วยเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Perception of Illness among Caregivers of Children with Acute Illness and Related Factors

สุธิศา	ลำช้าง	วท.ม.*	Suthisa	Lamchang	M.S.*
จิตติมา	สุขเลิศตระกูล	วท.ม.**	Thitima	Suklertrakul	M.Sc.**
อรพินท์	จันทร์ปัญญาสกุล	วท.ม.***	Orapin	Junpunyaskool	M.S.***
ปรีชา	ลำช้าง	สต.ม.****	Preecha	Lamchang	M.S.****

บทคัดย่อ

การป่วยเฉียบพลันในเด็กเป็นประสบการณ์ที่เครียดสำหรับผู้ดูแล การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กคือ อายุ โรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล กับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2560 จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแลของ เนลสัน และคณะ (Nelson et al., 2016) และแบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาลของบิดามารดา (The Nurse Parent Support Tool) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. การรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแลโดยรวมพบว่าการคุกคามอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.65$ S.D. = 0.53). การรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแลในรายด้านคือ ด้านเอกลักษณ์ ผลที่ตามมาต่อเด็ก การควบคุมด้านเด็ก และการแสดงออกด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.07$ S.D. = 0.69, $\bar{x} = 3.76$ S.D. = 0.81, $\bar{x} = 4.15$ S.D. = 0.59, and $\bar{x} = 4.05$ S.D. = 0.67 ตามลำดับ) และด้านผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล การควบคุมด้านผู้ดูแล ช่วงระยะเวลา และความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.49$ S.D. = 0.84, $\bar{x} = 3.47$ S.D. = 0.74, $\bar{x} = 2.89$ S.D. = 0.84, $\bar{x} = 3.39$ S.D. = 0.76 ตามลำดับ)

2. อายุของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลในด้านผลที่ตามมา

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, suthisa.la@cmu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, thitima.suk@cmu.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

*** Professional Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Province: ojunpuny@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** Associate Professor, Faculty of Science, Chiang Mai University, preecha.la@cmu.ac.th



ต่อเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) ความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการควบคุมด้านเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.22, p < .05$) และโรคของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลในด้านความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$)

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีการรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กต่ำกว่าความตั้งแตระดับปานกลางถึงมาก ปัจจัยด้านเด็กคือ อายุ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และโรคมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วย ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผู้ดูแล เด็ก การป่วยเฉียบพลัน

Abstract

Acute illness in child is a stressful experience for caregivers. This correlational descriptive study aimed to study the relationship between children factors including age, diseases, hospitalization; caregivers factors including experiences of sick child care, nursing supports, and the perception of illness among caregivers of children with acute illness. The study sample, selected by purposive sampling, included 85 caregivers of children with acute illness, aged from 1 months to 5 years who hospitalized in Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital from January to April 2017. The research instruments included The Illness Perception Questionnaire developed by Nelson et al. (2016), and The Nurse Parent Support Tool. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation and Spearman's rank-order coefficient.

The study results revealed that:

1. The overall perception of caregivers of children with acute illness had a moderate perception of illness threat ($\bar{x} = 3.65$ S.D. = 0.53). For each dimension of the perception of illness, identity, consequences-child, control-child, and emotional expression were at high level ($\bar{x} = 4.07$ S.D. = 0.69, $\bar{x} = 3.76$ S.D. = 0.81, $\bar{x} = 4.15$ S.D. = 0.59, and $\bar{x} = 4.05$ S.D. = 0.67 respectively), and consequences-caregiver, control-caregiver, timeline, and illness-coherence were at moderate level ($\bar{x} = 3.49$ S.D. = 0.84, $\bar{x} = 3.47$ S.D. = 0.74, $\bar{x} = 2.89$ S.D. = 0.84, and $\bar{x} = 3.39$ S.D. = 0.76 respectively).

2. Child's age showed statistically significant positive relationship to perception of illness regarding consequences-child at low level ($r = 0.22, p < .05$), frequency of child hospitalization showed statistically significant positive relationship to perception of illness regarding control-child at low level ($r = 0.22, p < .05$), and child's disease showed statistically significant negative relationship to perception of illness regarding illness-coherence at low level ($r = -0.23, p < .05$).

The results of this study indicate that caregivers of children with acute illness perceived threat of child's illness from moderate to high level. Child factors including age, hospitalization,



and disease had relationship to caregiver perception of illness. Therefore nurses should promote caregivers to understand about disease and child hospitalization in order to advice them appropriate perception of illness.

Key words: Perception of Illness, Caregiver, Child, Acute illness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การป่วยเฉียบพลัน (acute illness) เป็นการป่วยที่มีอาการรุนแรง ทำให้จำกัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายเด็กหรือต้องการการรักษา ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ของการป่วยเฉียบพลัน เป็นปัญหาการป่วยทางระบบหายใจ (Hockenberry, & Wilson, 2009) โดยปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 (World Health Organization [WHO], 2015) นอกจากนี้อาจมีสาเหตุจากการติดเชื้อและพยาธิ (Hockenberry, & Wilson, 2009) เด็กป่วยเฉียบพลันส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการไข้สูง หายใจเร็ว หอบ เหนื่อย หน้าอกบวม ไอมีเสมหะ อาจมีอาการอาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว กระหม่อมหน้าบวม (McCarthy, 2007) รับประทานอาหารลดลง ซึม อ่อนเพลีย (Smith, 2011) เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กจะได้รับกิจกรรมการรักษาที่รุกรานเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษา ทำให้เกิดความทุกข์ด้านจิตใจ (Hockenberry & Wilson, 2009) อาจส่งผลกระทบต่อเด็กดังนี้ ด้านร่างกายได้แก่ ขาดสารอาหาร (นิชรา เรืองดารกานนท์, 2554) พักผ่อนไม่เพียงพอ (Roberts, 2010) ด้านจิตใจ เด็กอาจมีความวิตกกังวลจากการแยกจากบิดามารดา ถูกแยกจากสิ่งที่ผูกพัน พฤติกรรมถดถอย ซึมเศร้า เฉื่อยชา กลัว ก้าวร้าว (Roberts, 2010)

เมื่อเด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้บทบาทของบิดามารดาเปลี่ยนแปลง ต้องดูแลเด็กป่วยที่โรงพยาบาลและต้องดูแลพี่น้องหรือสมาชิกอื่นที่บ้าน (Hockenberry & Wilson, 2009) นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแล อาจเกิดความเหน็ดเหนื่อยและอ่อนเพลีย อาจมีความเครียดและความวิตกกังวล (Commodari, 2010) มีความกลัว ไม่แน่ใจเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเด็ก จากการ

ศึกษาของฮานเซน (Hansen, 1994) เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยที่คุกคามของบิดามารดาเด็กป่วยเฉียบพลัน พบว่าบิดามารดารับรู้ความเจ็บป่วยคุกคามตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงมาก โดยเฉพาะเด็กป่วยโรคหุ้ชั้นกลางอักเสบ หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ และได้รับบาดเจ็บ บิดามารดารับรู้ความเจ็บป่วยว่าคุกคามในระดับมาก และการศึกษาของ สุธิศา ล่ามช้าง ศรีมโน นียมคำ อรพินท์ จันทน์ ปัญญาสกุล ปรีชา ล่ามช้าง และรัตนาวดี ขอนตะวัน (2558) พบว่าผู้ดูแลเด็กทุกรายรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจมีความรุนแรง

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอาจเกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านจิตใจของครอบครัว ดังการศึกษาของ นิโคลาส และคณะ (Nicolaas, Schepers, Bergh, Evers, Hoogerbrugge, Grootenhuis, 2016) พบว่าความเข้าใจในความเจ็บป่วยด้านความรู้สึกหมดหนทาง (helplessness) มีความสัมพันธ์กับสุขภาพด้านจิตใจที่แย่ลงอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .42-.59$) และในทางตรงข้ามความเข้าใจในความเจ็บป่วยด้านการยอมรับ (acceptance) มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีขึ้นอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ความเข้าใจความเจ็บป่วยในเด็กจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแล ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บิดามารดาของเด็กโรคหิดที่รับรู้ความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยจะให้เด็กอยู่บ้านมากกว่าไปโรงเรียน พาเด็กมาคลินิกมากขึ้น และให้ยาป้องกันความเจ็บป่วยมากขึ้น แต่การพาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาลตติยภูมิจะไม่สัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Spurrier, Sawyer, Staugas, Martin, Kennedy, & Streiner, 2000) ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแลยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจ อาจช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจพฤติกรรมตอบสนองของผู้ดูแลและสามารถตอบสนองได้ตามความ



ต้องการของผู้ดูแล

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในด้านต่างๆ ได้มีการศึกษาโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการควบคุมตนเอง (self-regulatory model) ของ ลีเวนทอล และคณะ (Leventhal et al, 1984 cited in Singh, 2011) สำหรับการศึกษาในผู้ดูแลเด็ก (Nelson, Slusar, Albert, Liu, & Riedy, 2016) ได้ปรับเครื่องมือประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (the Revised Illness Perception Questionnaire: IPQ-R) เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กในบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กที่มีพันธุกรรม โดยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านต่างๆ ดังนี้ 1) เอกลักษณะ 2) ผลที่ตามมาต่อเด็ก 3) ผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล 4) การควบคุมด้านเด็ก 5) การควบคุมด้านผู้ดูแล 6) ช่วงระยะเวลา 7) ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย และ 8) การแสดงออกด้านอารมณ์ พบว่าผู้ดูแลเด็กพันธุกรรมเกี่ยวกับผลกระทบต่อเด็กมากกว่าผู้ดูแลเด็กปกติ ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อตนเองน้อยกว่าผู้ดูแลเด็กปกติ

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามแนวคิดของเฮาส์เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากผู้ปกครองต้องการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรและการดูแลบุตร และการได้รับดูแลด้านอารมณ์ อาจทำให้ผู้ดูแลได้กำลังใจ ลดความเครียด ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเองพร้อมที่จะให้การดูแลเด็กป่วยได้ เฮาส์ (House, 1981) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการเผชิญกับปัญหา โดยให้แนวทางและข้อมูลต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องการ และการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี การแสดงความไว้วางใจของพยาบาลต่อผู้รับบริการ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามแนวคิดของเฮาส์ จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีและสามารถรับรู้สถานการณ์ที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของซาเทิน แมกซ์เวลล์ ทอดด์ เฮย์คอกซ์ และ บันเรต (Sartain, Maxwell, Todd, Haycox, & Bundred, 2001) เกี่ยว

กับมุมมองเกี่ยวกับการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่โรงพยาบาลและที่บ้าน พบว่า บิดามารดาร้อยละ 65 ได้รับการสนับสนุนและการให้ความมั่นใจจากพยาบาลร้อยละ 40 กล่าวว่าจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของเด็ก และศัพท์ทางการแพทย์ทำให้เข้าใจสับสน เช่น การติดเชื้อไวรัส บางรายต้องการให้พยาบาลถามคำถามง่ายๆ ว่ารู้สึกอย่างไรและเผชิญกับเหตุการณ์อย่างไร

นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลทั้งปัจจัยด้านเด็กและผู้ดูแล จากการศึกษาของ สุธิศา ลำมช้าง ศรีมนา นิยมคำ อรพินท์ จันทรปัญญาสกุล ปรีชา ลำมช้าง และรัตนาวดี ขอนตะวัน (2558) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อมาจากเด็ก พบว่า ปัจจัยด้านเด็กคือการวินิจฉัยโรคเป็นปอดอักเสบ และอายุเด็กมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็ก ($\chi^2 = 6.33, p < .05$ และ $\chi^2 = 8.38, p < .05$ ตามลำดับ) และจากการศึกษาของ ฮานเซน (Hansen, 1994) พบว่าบิดามารดาที่ไม่มีประสบการณ์เด็กเจ็บป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยคุกคามมากกว่าบิดามารดาที่มีประสบการณ์เด็กเจ็บป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเด็กคือ อายุ โรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ อาจเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจความเจ็บป่วยของเด็กอย่างถูกต้อง และมีความวิตกกังวลลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กคือ อายุ โรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล กับ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการควบคุมตนเอง (self-regulatory model) ของลีเวนทอล และคณะ (Leventhal et al, 1984 cited in Singh, 2011) และการทบทวนวรรณกรรมโดยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านต่างๆ ดังนี้ 1) เอกลักษณะ 2) ผลที่ตามมาต่อเด็ก 3) ผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล 4) การควบคุมด้านเด็ก 5) การควบคุมด้านผู้ดูแล 6) ช่วงระยะเวลา 7) ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย และ 8) การแสดงออกด้านอารมณ์ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเด็กคือ อายุ โรค และปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ทั้งนี้ การสนับสนุนจากพยาบาลตามแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูล (informational support) การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ (instrument support) ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาจช่วยให้พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลและส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านผู้ดูแลกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตภาคเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่เกี่ยวข้องทางสายเลือดกับเด็กป่วยเฉียบพลันอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้า

รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า หรือ อา ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เด็กป่วยไม่มีการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับเท่ากับ .05 ค่าประมาณความสัมพันธ์ (estimated population correlation) เท่ากับ .30 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อความในเรื่องความสัมพันธ์กับเด็กป่วยเฉียบพลัน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล การได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ โรค อาการแสดง จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยได้ปรับภาษาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉบับปรับปรุงของ เนลสัน และคณะ (Nelson et al., 2016) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยจำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้านดังนี้ 1) เอกลักษณะ (identity) 2) ผลที่ตามมาต่อเด็ก (consequences-child) 3) ผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล (consequences-caregiver) 4) การควบคุมด้านเด็ก (control-child) 5) การควบคุมด้านผู้ดูแล (control-caregiver) 6) ช่วงระยะเวลา (timeline) 7) ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย (illness-coherence) และ 8) การแสดงออกด้านอารมณ์ (emotion representation) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน



ประมาณค่า 5 ระดับคือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนน 1 ถึง 5 การแปลผลของคะแนนรวมและรายด้าน โดยแบ่งระดับการรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแลตามอันตรายภาคขึ้นคือ น้อย (1.00-2.33) ปานกลาง (2.34-3.66) และมาก (3.37-5.00)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินจากแบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาลของบิดามารดา (The Nurse Parent Support Tool) พัฒนาโดยมายด์ และคณะ (Miles et al., 1999) ซึ่ง ภาณุจนา กันทาหงษ์ ศรีมนานิยมคำ และสุริศา ล่ำม้าง (2558) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ ประกอบข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล 3) การสนับสนุนด้านการประเมิน และ 4) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ได้รับการสนับสนุน ได้รับการสนับสนุนน้อยมาก บางครั้ง เกือบสม่ำเสมอ และสม่ำเสมอ โดยให้คะแนน 1 ถึง 5 ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนรวมและแบ่งระดับคะแนนการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลตามอันตรายภาคขึ้นคือ น้อย (21 -48) กลาง (49-76) และมาก (77-105)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (The revised illness perception questionnaire for dental: IPQ-RD) ของ Nelson, Slusar, Albert, Liu., & Riedy (2016) แปลย้อนกลับ (back translation) โดยแปลเป็นภาษาไทยและปรับข้อความ “การเจ็บป่วยฟันผุ” เป็น “การป่วยของบุตรหลาน” แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ด้านการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย แปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงกันของแบบสอบถามที่แปลย้อนกลับและแบบสอบถามฉบับต้นฉบับ ด้านความถูกต้องตามหลักการใช้ภาษา ความเหมาะสมของภาษา ให้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยนำ

แบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยและแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลของผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 และ .97 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของการรับรู้รายด้านอยู่ระหว่าง .23 ถึง .89 คือ ด้าน 1) เอกลักษณะ 2) ผลที่ตามมาต่อเด็ก 3) ผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล 4) การควบคุมด้านเด็ก 5) การควบคุมด้านผู้ดูแล 6) ช่วงระยะเวลา 7) ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย และ 8) การแสดงออกด้านอารมณ์ เท่ากับ .60, .89, .84, .65, .84, .79, .23 และ .75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 098/2559 ลงวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2559 และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 493/59 COA-NUR 098/59 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ขอความยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางคำถามที่เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่ไม่ต้องการเปิดเผย และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้นำเสนอโดยภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ครั้งนี้เก็บเป็นความลับ รวมทั้งการวิจัยครั้งนี้จะไม่รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างและเด็กป่วย และในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ถ้าเด็กป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจะยุติการรวบรวมข้อมูลไว้ก่อน และรายงานให้แพทย์พยาบาลให้การช่วยเหลือเด็กป่วยทันที



การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยในการรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ภายหลังได้รับอนุญาตจากคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้ช่วยวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ดูแลเด็กป่วย เยี่ยมพาลัน แนะนำตัวเองพร้อมทั้งชี้แจง วัตถุประสงค์การรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือและขอความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้ดูแลเด็กลงลายมือชื่อในหนังสือ แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยแจก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแล และแบบสอบถาม การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยเยี่ยพาลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง แล้วใส่ซองปิดนำส่ง คืนให้ผู้วิจัย การรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนมกราคมถึง เมษายน พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของแบบสอบถามแล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กป่วย ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลและการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเยี่ยพาลัน ด้วยสถิติพรรณนา ทดสอบการแจกแจงข้อมูลการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลและการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเยี่ยพาลัน ด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov – Smirnov test) พบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของเด็กป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเยี่ยพาลันด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของโรคกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเยี่ยพาลันด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Gray, Grove, & Sutherland, 2017)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลจำนวน 85 ราย ส่วนใหญ่คือมารดา (ร้อยละ 91.8) มีอายุระหว่าง 19 ถึง 50 ปี (เฉลี่ย 30.5 ปี) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 41.2) รายได้ของครอบครัวมากกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 54.1) มีอาชีพรับจ้างและรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 30.6 และ ร้อยละ 29.4ตามลำดับ) มีประสบการณ์ดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (ร้อยละ 55.3) มีประสบการณ์ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 37.6) ไม่ได้เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยในเด็ก (ร้อยละ 63.5)

เด็กป่วยในความดูแลอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 4 ปี 10 เดือน (เฉลี่ย 24.76 เดือน) อายุระหว่าง 1-3 ปี (ร้อยละ 51.8) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.9) ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (ร้อยละ 49.4) เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ (ร้อยละ 63.5) มีไข้ (ร้อยละ 18.8) โรคเรื้อรังและมีการติดเชื้อเยี่ยพาลัน (ร้อยละ 14.1) และโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 3.5) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยได้รับยาทางปาก (ร้อยละ 83.5) ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 72.9) ได้รับยาฉีดทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 47.1) ได้รับยาพ่นฝอยละออง (ร้อยละ 28.2) และได้รับออกซิเจน (ร้อยละ 25.9)

2. การรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแลโดยรวมมีการคุกคามอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านเอกลักษณ์ ผลที่ตามมาต่อเด็ก การควบคุมด้านเด็ก การแสดงออกด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก และด้านผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล การควบคุมด้านผู้ดูแล ช่วงระยะเวลา ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

3. การสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมและรายด้านคือการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านการประเมิน และด้านเครื่องมือ พบว่าอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2)

4. การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแล ดังตารางที่ 3 ($r = .02$, $p > .05$)



5. อายุของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านผลที่ตามมาต่อเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$, $p < .05$) การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับ

การรับรู้ความเจ็บป่วยในการควบคุมด้านเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$, $p < .05$) โรคของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ตัวแปร	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวม	2.28 – 4.75	3.65	0.53	ปานกลาง
การรับรู้ความเจ็บป่วยรายด้าน				
เอกลักษณ์	2.00 – 5.00	4.07	0.60	มาก
ผลที่ตามมาต่อเด็ก	1.57 – 5.00	3.76	0.81	มาก
ผลที่ตามมาต่อผู้ดูแล	1.40 – 5.00	3.49	0.84	ปานกลาง
การควบคุมด้านเด็ก	2.50 – 5.00	4.15	0.59	มาก
การควบคุมด้านผู้ดูแล	1.00 – 5.00	3.47	0.74	ปานกลาง
ช่วงระยะเวลา	1.25 – 5.00	2.89	0.84	ปานกลาง
ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย	2.00 – 5.00	3.39	0.76	ปานกลาง
การแสดงออกด้านอารมณ์	1.75 – 5.00	4.05	0.67	มาก

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ตัวแปร	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวม	34 – 105	84.33	13.80	มาก
การสนับสนุนจากพยาบาลรายด้าน				
การสนับสนุนด้านอารมณ์	4 – 15	11.23	2.44	มาก
การสนับสนุนด้านข้อมูล	15 – 45	35.69	6.47	มาก
การสนับสนุนด้านการประเมิน	6 – 20	16.56	2.88	มาก
การสนับสนุนด้านเครื่องมือ	9 – 25	20.83	3.34	มาก



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยด้านผู้ดูแลกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ตัวแปร	ด้านโดย รวม	1	2	3	4	5	6	7	8
ปัจจัยด้านเด็ก									
1. อายุของเด็ก	0.19	0.09	0.22*	0.08	0.14	0.21	0.11	0.11	-0.25
2. ภาวะโรคของเด็ก	0.37	0.03	0.03	0.12	0.01	-0.34	0.50	-0.23*	0.13
3. การเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล	0.14	0.07	0.15	0.09	0.22*	0.10	-0.04	-0.03	0.13
ปัจจัยด้านผู้ดูแล									
4. ประสบการณ์การดูแล เด็กป่วย	-0.05	-0.05	-0.11	-0.01	0.10	-0.04	-0.15	0.02	0.08
5. การได้รับการสนับสนุน จากพยาบาลโดยรวม	0.02	0.02	0.02	-0.01	0.09	-0.01	0.03	0.03	-0.05

* $p < .05$

การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยรายด้านคือ
1 เอกลักษณ์ 2 ผลที่ตามมาต่อเด็ก 3 ผลที่ตามมาต่อ
ผู้ดูแล 4 การควบคุมด้านเด็ก 5 การควบคุมด้านผู้ดูแล
6 ช่วงระยะเวลา 7 ความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย
8 การแสดงออกด้านอารมณ์

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยใน
เด็กของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้
ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแลในรายด้านคือ ด้าน
เอกลักษณ์ ผลที่ตามมาต่อเด็ก การควบคุมด้านเด็ก และ
การแสดงออกด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก และด้านผล
ที่ตามมาต่อผู้ดูแล การควบคุมด้านผู้ดูแล ช่วงระยะเวลา
และความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปาน
กลาง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า เด็กในปกครองของกลุ่ม
ตัวอย่างอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการพึ่งพิงและ
ต้องการการดูแลจากผู้ดูแล (นิตยา คชภักดี, 2554) และ
ส่วนใหญ่ผู้ดูแลคือมารดา (ร้อยละ 91.8) เมื่อเด็กต้องเข้า
รับการรักษาพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดย

ร้อยละ 63.5 เด็กป่วยเป็นโรคติดเชื้อระบบหายใจ และ
ร้อยละ 18.8 มีไข้ และได้รับการรักษาคือ ร้อยละ 72.9
ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 47.1 ได้รับยาฉีด
ทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 28.2 ได้รับยาพ่นฝอยละออง
และ ร้อยละ 25.9 ได้รับออกซิเจน ซึ่งการเข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลและความไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมและ
กิจกรรมที่เด็กได้รับ เด็กอาจโกรธ ร้องไห้ ดิ้นรน ต่อต้าน
การรักษา ประกอบกับผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการ
ดูแลเด็ก ประมาณครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 55.3) ที่มี
ประสบการณ์ดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
และ ร้อยละ 63.5 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหรือ
ความเจ็บป่วยในเด็ก ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการเจ็บป่วย
ของเด็กนั้นคุกคามในระดับมาก โดยเฉพาะด้าน
เอกลักษณ์ ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการ
แสดง ผลที่ตามมาต่อเด็ก และการแสดงออกด้านอารมณ์
จึงพบว่าผู้ดูแลรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านที่เกี่ยวข้องกับ
ความเจ็บป่วยและเด็กอยู่ในระดับมาก

ผู้ดูแลรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการควบคุมด้านเด็ก
อยู่ในระดับมาก แสดงว่าผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองสามารถช่วย



ให้อาการของเด็กป่วยดีขึ้น การรักษาช่วยให้อาการของเด็กดีขึ้น การป่วยของเด็กไม่ได้เกิดจากความบังเอิญหรือโชครชะตา และการปฏิบัติของเด็กเกี่ยวข้องกับอาการดีขึ้นหรือแย่ลงทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันมีระยะเวลาการเจ็บป่วยช่วงสั้นๆ (Carlson, 2008) ประกอบกับการรักษาที่เด็กได้รับไม่ซับซ้อน โดยส่วนใหญ่เด็กได้รับการรักษาโดยได้รับยาทางปาก (ร้อยละ 83.5) และมีอาการดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ดูแลมีประสบการณ์ดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และร้อยละ 63.5 ระบุว่าไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยในเด็ก อาจทำให้ผู้ดูแลยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคของเด็ก ดังนั้นผู้ดูแลจึงรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันมีระยะเวลาการเจ็บป่วยช่วงสั้น ๆ (Carlson, 2008) อาจส่งผลต่อผู้ดูแลไม่มาก ประกอบกับผู้ดูแลมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กป่วยโดยเฉพาะมารดา (ร้อยละ 91.8) ดังนั้นการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่ตามมาต่อผู้ดูแลจึงอยู่ในระดับปานกลางจากการที่เด็กเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอาจทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะไม่สามารถในควบคุมอาการป่วยของเด็กช่วยให้อาการของเด็กดีขึ้นหรือแย่ลง หยุดหรือยับยั้งอาการของเด็ก รวมทั้งป้องกันการป่วยของเด็ก จึงทำให้การรับรู้การควบคุมด้านผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กคือ อายุ โรค การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล กับ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน การศึกษาครั้งนี้พบว่า

การสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแล ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าสำนักงานพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรฐานในการสนับสนุนข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพโดยการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการ (สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, 2551) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและสอนเพื่อส่งเสริมให้

ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กป่วยได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษานี้แม้ว่าจะพบว่า การสนับสนุนจากพยาบาลโดยรวมและการสนับสนุนจากพยาบาลรายด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านการประเมิน และด้านเครื่องมือ อยู่ในระดับมาก แต่เนื่องจากเด็กในปกครองมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันและได้รับกิจกรรมการรักษา ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านที่เกี่ยวข้องกับเด็กว่าความรู้สึกอยู่ในระดับมาก แต่การรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลให้การสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลทั้งโดยรวมและรายด้าน

อายุของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านผลที่ตามมาต่อเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในการควบคุมด้านเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) โรคของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23, p < .05$)) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าเด็กในปกครองของกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการพึ่งพิงและต้องการการดูแลจากผู้ดูแล (นิตยา คชภักดี, 2554) เมื่อเด็กอายุมากขึ้นจะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมนอกบ้านมากขึ้น มีโอกาสเกิดโรคที่ซับซ้อนและรุนแรง รวมทั้งเด็กจะมีการแสดงออกตอบสนองต่ออาการป่วยและการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจนทั้งด้านร่างกายและพฤติกรรม ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านผลที่ตามมาต่อเด็กเพิ่มขึ้น

เมื่อเด็กป่วยเฉียบพลันและต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เด็กจะได้รับการรักษา เพื่อให้หายจากโรค จากการศึกษานี้ ร้อยละ 72.9 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 47.1 ได้รับยาฉีดทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 28.2 ได้รับยาพ่นฝอยละออง และร้อยละ 25.9 ได้รับออกซิเจน ซึ่งแพทย์พยาบาลจะให้ข้อมูลและความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้ ดังนั้นจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล



ที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถและความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กมากขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในด้านการควบคุมด้านตัวตนเองสามารถช่วยให้อาการของเด็กป่วยดีขึ้น การรักษาก็จะช่วยให้อาการของเด็กดีขึ้น การป่วยของเด็กไม่ได้เกิดจากความบังเอิญหรือโชคชะตา และสิ่งที่เด็กปฏิบัติอาจช่วยให้อาการเด็กดีขึ้นหรือแย่ลง

การรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านความเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความเข้าใจอาการป่วยของเด็กและอาการของเด็ก จากการศึกษาครั้งนี้ เด็กในปกครอง ร้อยละ 18.1 มีไข้ โดยยังไม่ทราบสาเหตุของการติดเชื้อ และร้อยละ 14.1 ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเลือด แล้วมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทำให้เด็กต้องได้รับการรักษาทั้งโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยเฉียบพลัน อาจทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ด้านอาการป่วยของเด็กและอาการของเด็กสับสน จึงทำให้โรคของเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านความเชื่อมโยง

โยงกับความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของเด็กอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและหรือความทุกข์ของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ และการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ดูแล ดังนั้นอาจจะมีปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ลักษณะความเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา กันหาหงษ์, ศรีมมา นิยมคำ และสุธิดา ล่ำมช้าง. (2558). เด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 42(3), 1-12.
- นิชรา เรืองดารกานนท์. (2554). ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการของเด็ก. ใน ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพลย์, ชาศรียา อีเรนตร, อติศรีสุตา เพ็ญฟู, สุรลักษณ์ สุจริตพงศ์, และพงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กทั่วไปสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (หน้า 26-43). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นิตยา คชภักดี. (2554). พัฒนาการเด็ก. ใน ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพลย์, ชาศรียา อีเรนตร, อติศรีสุตา เพ็ญฟู, สุรลักษณ์ สุจริตพงศ์, และพงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กทั่วไปสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (หน้า 205 - 218). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ. (2551). มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน. ใน สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์. (บรรณาธิการ), *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* (หน้า 157- 187). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุธิดา ล่ำมช้าง, ศรีมมา นิยมคำ, อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, ปรีชา ล่ำมช้าง และรัตนาวดี ขอนตะวัน. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ. *พยาบาลสาร*, 42(3), 13 - 23.
- Carlson, G. (2008). *What's the difference between a chronic illness and an acute illness*. Retrieved from <http://missourifamilies.org/quick/healthqa/healthqa15.htm>.
- Commodari, E. (2010). Children stay in hospital: A research on psychological stress of caregivers. *Italian Journal of Pediatric*, 36(40). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20500854>.
- Gray, J.R., Grove, S.K., Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research*:



- Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* (8th ed.). St.Louis: Elsevier.
- Hansen, B. W L. (1994). Acute illnesses in children. A description and analysis of parents' perception of illness threat. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 12(1), 15-19.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed.). St.Louis: Mosby Elsevier.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Mccarthy, P.L. (2007). The acutely ill child. In R. M. Kliegman, H. B. Jenson, R. E. Behrman, & B. F. Stanton (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics*. (18th ed., pp 363-366). United States of America: Saunders.
- Miles, M.S., Carlson, J., & Brunssen, S. (1999). The nurse parent support tool. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 44-50.
- Nelson, S., Slusar, M. B., Albert, J.M., Liu, Y., & Riedy, C.A. (2016). Psychometric properties of a caregiver illness perception measure for caries in children under 6 years old. *Journal of Psychosomatic Research*, 81, 46-53.
- Nicolaas, S.M., Schepers, S.A., Bergh, E.M.M., Evers, A.W.M., Hoogerbrugge., & Grootenhuys, C.M.V. (2016). Illness cognitions and family adjustment: Psychometric properties of the illness cognition questionnaire for parents of a child with cancer. *Support Care Cancer*, 24, 529-537.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nded). Pearson Education Inc: New Jersey.
- Roberts, C. A. (2010). Unaccompanied hospitalized children: A review of the literature and Incidence study. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 270-476.
- Sartain, S.A., Maxwell, M.J., Todd, P.J., Haycox, A.R., & Bundred, P.E. (2001). Users' views on hospital and home care for acute illness in childhood. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 108-117.
- Singh, R. (2011). *Psychological model of illness*. British: Cambridge Scholars.
- Smith, S. (2011). Infectious disease. In K. J. Marcadante., R. M. Kliegman., H. B. Jenson. & R. E. Behrman (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics*. (19th.ed., pp 355-436). United States of America: Saunders.
- Spurrier, N.J., Sawyer, M.G., Staugas, R., Martin, A.J., Kennedy, D., & Streiner, D.L. (2000). Association between parental perception of children's vulnerability to illness and management of children's asthma. *Pediatric Pulmonology*. 29, 88-93.
- World Health Organization. (2015). World health statistics 2015: Part I health-related millennium development goals. Retrieved from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015.

Translated Thai References

- Kantathong, K., Niyomkar, S., & Lamchang, S. (2015). Factors Predicting Parent Participation in Caring for Hospitalized Children with Acute Illness. *Nursing Journal*. 42,1-12. (In Thai)
- Ruangdaraganon, N. (2011). Factors affecting the development of children cited in Hansakunachai, Tippawan.,Roongpraiwan, Rawiwan., Theeranate, Chakriya., Adisara Sudpumpfu, Suriyal Sucharitpong, and Pongsak Noiepayak (Eds.), *Development and General Child Behavior for Medicine*. pp .26-43. Bangkok: Beyond Enterprise . (In Thai)
- Lamchang, S., Niyomkar, S., Junpunyaskool, O., Lamchang, P., & Chontawan R. (2015). Factors Related to Perceived Severity of Liiness among Caregivers of Children with Respiratory Infection. *Nursing Journal*. 42,13-23. (In Thai)