



การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็ก ที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Parent Participation in Preventing Infection among Pediatric Patients with Cancer Receiving Chemotherapy and Related factors

สุมาลี	เถาใจ	พย.ม.*	Sumalee	Thajai	M.N.S.*
สุธิศา	ลำมช้าง	วท.ม.**	Suthisa	Lanchang	M.S.**
จุฑามาศ	โชติบาง	พย.ด.***	Jutamas	Chotibang	Ph.D.***

บทคัดย่อ

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีประโยชน์ต่อทั้งเด็กป่วย บิดามารดา และบุคลากรพยาบาล การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของเชปปี้ (Schepp, 1995) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดอายุระหว่าง 1-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่เดือนกันยายน 2555 ถึงเดือนตุลาคม 2555 จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา (3) แบบประเมินการมีส่วนร่วมของ บิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (4) แบบบันทึกระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า

1. การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดาในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.880, p < 0.05$)

* พยาบาลวิชาชีพ

* Professional Nurse

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



2. การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาลและด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดาในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.889$ และ $r = 0.864$, $p < 0.05$ ตามลำดับ)

3. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและด้านกิจกรรมที่ทำประจำไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดา

4. การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ผลการวิจัยช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และเห็นความสำคัญของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดาต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของบิดามารดา การป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง เคมีบำบัด

Abstract

Parent participation in preventing infection among pediatric patients with cancer receiving chemotherapy is beneficial for ill children, parents, and nurses. The purpose of this study was to describe parent participation and its related factors. The concept of parent participation by Schepp (1995) was used as the framework for this study. The study sample, selected by purposive sampling, included 88 parents of children aged from 1 to 15 years with cancer receiving chemotherapy and admitted to the pediatric units of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiangrai Prachanukroh Hospital, Lampang Hospital and Buddhachinaraj Hospital during September to October 2012. The study instruments composed of 5 parts: Part 1 Children's Demographic Data Record Form, Part 2 Parents' Demographic Data Record Form, Part 3 Parent Participation Scales in Preventing Infection Among Pediatric Patients with Cancer Receiving Chemotherapy, Part 4 Record of the Severity of the Risk for Infection, and Part 5 Infection and Prevention of Infection in Pediatric Patients with Cancer Receiving Chemotherapy Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation.

The results of study

1. Overall parent participation in preventing infection among pediatric patients with cancer receiving chemotherapy were found to be negatively correlated with parents' knowledge about preventing infection at a high level ($r = 0.880$, $p < 0.05$).

2. Technical care and information sharing were found to be positively related



to parents' knowledge about preventing infection at a high level ($r = 0.889$ and $r = 0.864$, $p < 0.05$, respectively).

3. Decision-making and routine care were not related to parents' knowledge about preventing infection.

4. There was no relationship between overall and dimensional parent participation in preventing infection among pediatric patients with cancer receiving chemotherapy, and severity of the risk for infection.

The results of this study provide nurses with an understanding of parent participation in preventing infection among pediatric patients with cancer receiving chemotherapy and recognizing the importance of parents' knowledge about the preventing infection on parent participation in caring for pediatric patients with cancer receiving chemotherapy.

Key words: Parent Participation, Preventing Infection, Pediatric Patients, Cancer, Chemotherapy

ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กเสียชีวิตในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุ (Fokey & Fergusson, 2002) ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กเป็นอันดับสองรองจากโรคติดเชื้อ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบเด็กป่วยโรคมะเร็งมีจำนวน 12,400 รายต่อปี ในประเทศไทยจากรายงานของชมรมโรคมะเร็งเด็ก ปี พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็ก รายใหม่ทั้งหมด 999 ราย (ชมรมโรคมะเร็งเด็ก, 2546) จากรายงานสถิติเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2549-2551 พบว่ามีเด็กโรคมะเร็งอายุ แรกเกิด-15 ปีจำนวน 350 460 และ 489 รายตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่, 2551) จากสถิติเด็กโรคมะเร็งจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคมะเร็งและการรักษามีเพิ่มขึ้น

การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาหลักใน

ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงตามมา (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540) อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เยื่อช่องปากอักเสบ (Hockenbery, 2004; Bryant, 2003; Collins, Byrnes, Lapin, Nadel, Thaler, Polyak, 2002) และผลต่อการสร้างเซลล์ของระบบเลือดโดยจะกดการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดของไขกระดูก ทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อง่าย ซีด และเลือดออกง่าย

ยาเคมีบำบัดจะมีผลทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงมากโดยเฉพาะชนิดนิวโทรฟิล (neutrophil) ซึ่งทำหน้าที่สำคัญในการทำลายเชื้อโรคเมื่อมีปริมาณลดลงการทำหน้าที่ทำลายสิ่งแปลกปลอม (phagocytosis) ลดลงทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคของร่างกายลดลง ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540) และอัตราการติดเชื้อยังขึ้นอยู่กับจำนวนนิวโทรฟิลและเม็ดเลือดขาว ถ้าผู้ป่วยเด็กมีค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) ระหว่าง 1,000-1500 cells/



cu mm จะมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 5-15 และอัตราการติดเชื้อจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 30-60 ถ้าผู้ป่วยเด็กมีค่า ANC น้อยกว่า 100 cells/cu mm ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในปี 2549 2550 และ 2551 มีการติดเชื้อเกิดขึ้น ร้อยละ 7.06 7.28 และ 2.93 ตามลำดับ (รายงานปฏิบัติการการติดเชื้อโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าการติดเชื้อเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ดังผลการศึกษาศัพท์อัตราการตายจากการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ซึ่งพบถึง ร้อยละ 19.6 (ณัฐธิดา จาริวิษฐ์, 2549) ผลการศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่พบว่าตำแหน่งที่พบเชื้อมากที่สุด ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 30.5) รองลงมาคือการติดเชื้อบริเวณหู คอ จมูก และปาก (ร้อยละ 19.6) (ณัฐธิดา จาริวิษฐ์, 2549)

การติดเชื้อเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างมาก ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ติดเชื้อจะมีอาการไข้สูงเป็นระยะเวลานาน การมีไข้สูงทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งสูญเสียพลังงานจากการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กซึ่งอ่อนเพลียอยู่แล้วมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น เกิดความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เด็กป่วยเกิดภาวะเครียด อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด และโกรธง่าย (Eiser, 1998) นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำมากและมีการติดเชื้อจำเป็นต้องพักรักษาตัวในห้องแยกเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกถูกแยกจากผู้อื่น และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (รวิวรรณ คำเงิน, 2545) เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นทำให้ต้องงดการให้เคมีบำบัดไว้ชั่วคราว ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลงและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานเพิ่มขึ้นและมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้และการติดเชื้อที่รุนแรงขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตได้

เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการติดเชื้อเกิดขึ้นบิดามารดาจะรับรู้ว่าการป่วยของบุตรรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วยของบุตรมากยิ่งขึ้น (สุริภรณ์ สุวรรณโสด, 2547) บิดามารดาเครียดมากกับความเจ็บป่วยของบุตรกลัวบุตรเสียชีวิต ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และนอนไม่หลับ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า (Carey, 1999) การติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กยังมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลที่มากขึ้นและยาวนานขึ้น และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากบิดามารดาอยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลนานและใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลจนบางครั้งไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของพี่น้องของผู้ป่วยเด็กและสมาชิกอื่นในครอบครัว

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลนับเป็นหลักการสำคัญในการดูแลเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Coyne, 1995; Evans, 1994; Newton, 2000) ซึ่งได้รับการยอมรับและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญที่สุดสำหรับชีวิตเด็กทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยเฉพาะบิดามารดาจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้ดีที่สุดเนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กมากที่สุดจึงมีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้ดี ปัจจุบันโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีนโยบายให้บิดาหรือมารดาอยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กได้ โดยส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้เฝ้าและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะอยู่โรงพยาบาล แต่นโยบายการให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมีการระบุบทบาทที่ไม่ชัดเจน การให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของบุคลากรพยาบาลแตกต่างกันทั้งชนิดและความซับซ้อนของกิจกรรมการดูแลและบิดามารดาบางรายซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเด็กด้วยตัวเอง จะทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยซับซ้อนมากขึ้น

การที่บิดามารดามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะก่อให้เกิด



ประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยเด็กและบิดามารดา รวมทั้งบุคลากรพยาบาล ประโยชน์ต่อผู้ป่วยเด็ก หากบิดามารดามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งในเรื่อง การล้างมือ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อและรายงานอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กแก่บุคลากรพยาบาลได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดโอกาสที่ผู้ป่วยเด็กจะสัมผัสเชื้อโรคซึ่งจะป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันจากบิดามารดา ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความเครียด และ ความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและอยู่โรงพยาบาล (Neill, 1996b) ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมต่อบิดามารดา คือบิดามารดาได้แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยของบุตรและวิธีการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อกับพยาบาลและทีมการรักษาพยาบาลขณะตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยเด็ก ช่วยให้บิดามารดาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กมากขึ้น ได้มีโอกาสซักถามและปรึกษาเกี่ยวกับอาการและการรักษาผู้ป่วยเด็ก ทำให้ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กและวิธีการดูแลที่ถูกต้อง ช่วยให้บิดามารดามีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กมากขึ้น (Neill, 1996b) สำหรับประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อต่อบุคลากรพยาบาล คือทำให้พยาบาลได้รับทราบข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กจากบิดามารดา รวมทั้งวิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กของบิดามารดา สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กได้ทันเวลา และครอบคลุมมากขึ้น (Coyne, 1995) ได้มีโอกาสสอนหรือให้ข้อมูลแก่บิดามารดาเพิ่มเติมและได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลจากบิดามารดาและผู้ป่วยเด็กมากขึ้น (Power & Rubenstein, 1999) เชปปี้ (Schepp, 1995) ได้เสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลว่าเป็นการที่บิดามารดาได้เข้าร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลเด็กป่วยในสถานการณ์ที่บิดามารดาประสบเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม

เมื่อบิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยจะทำให้เด็กป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่บิดามารดาได้ปฏิบัติขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลขณะทำกิจกรรมการพยาบาล 3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและบุคลากรพยาบาล และ 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย โดยมีผู้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศพบว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมนี้สามารถช่วยอธิบายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยได้แต่ไม่ได้ใช้อธิบายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤต (ไกรวรรร กาพันธ์, 2553) การดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน (สิรินาทยา วงศ์वाल, 2551) การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลชุมชน (อัมพร รอดสุทธิ, 2546) และการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545) พบว่าผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยน้อยทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านการตัดสินใจ ดังนั้นในการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยของเชปปี้ (Schepp, 1995) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาข้างต้นพบการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในภาพรวมซึ่งรวมถึงผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดด้วย ในประเทศไทยผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยน้อยกว่าการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาปรารถนาที่จะปฏิบัติทั้งด้านกิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจ และพบว่าร้อยละ 82.8



ได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 64.8 ในด้านกิจกรรมการพยาบาล ร้อยละ 44.1 ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และร้อยละ 42.1 ในด้านการตัดสินใจ (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545) และในต่างประเทศพบว่าบิดามารดาของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังได้มีส่วนร่วมน้อยในการดูแลเด็กป่วยโดยเฉพาะในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Ygge & Arnetz, 2004) นอกจากนี้ผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่าบิดามารดาของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลมากที่สุด (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545; Balling & McCubbin, 2001) จะเห็นว่าผลการศึกษาดังกล่าวไม่ได้มีส่วนที่ทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัด การศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัดจะทำให้ได้ความรู้ว่าบิดามารดามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัดด้านใดบ้างและมากน้อยเพียงใด

การมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัด อาจมีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหากบิดามารดามีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัดก็จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากกว่าบิดามารดาที่มีความรู้ไม่เพียงพอ ดังผลการศึกษาของ ไกรวรรร กาพันธ์ (2553) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยภาวะฉุกเฉินในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อจะได้ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม และใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยเพื่อส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการป้องกันการ

ติดเชื้อในเด็กป่วยโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัด

คำถามที่ใช้การวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัดมีมากน้อยเพียงใด
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดาและระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของบิดามารดาเป็นกิจกรรมที่บิดามารดาให้การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัดเมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลทั้ง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยโรคเริมที่ศีรษะที่ได้รับเคมีบำบัดนี้ อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของมารดา



ได้แก่ ความรู้ของบิดามารดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แบ่งระดับความรุนแรงที่กำหนดโดย World Health Organization

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกับความรู้อันเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดา และความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ประชากรที่ศึกษา คือ บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ บิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปางและโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่อายุ 1-15 ปีที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาล และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาล กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ 0.80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรระดับกลาง (effect size) .30 ซึ่งเป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยทางการพยาบาล (Polit & Beck, 2004) ได้ขนาดของ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย รวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนเดือนกันยายน ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปางและโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา 3) แบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างจากแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์ (The Parental Actual Participation Scale [PAPS]) (Schepp, 1995) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ณิกานต์ ไชยชนะ โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: [CVI]) เท่ากับ 0.85 4) แบบบันทึกระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: [CVI]) เท่ากับ 1 5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: [CVI]) เท่ากับ 0.83 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยคูเดอร์-ริชาร์ดสันได้เท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน



ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 88 ราย พบว่า ร้อยละ 59.1 มีอายุมากกว่า 3 ปี ถึง 9 ปี ร้อยละ 55.7 เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.9 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 64.8 ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 54.6 รักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะที่ 4 การควบคุมโรคให้สงบ ผู้ป่วยเด็กทั้งหมดมีอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด โดยเฉพาะมีอาการผื่นและคลื่นไส้อาเจียน โดยร้อยละ 42.1 และร้อยละ 25 มีอาการข้างเคียงจากการได้รับเคมีบำบัด 2 อย่างและ 1 อย่าง ตามลำดับ ร้อยละ 71.6 ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดประเภทจำเพาะต่อวงจรชีวิตของเซลล์ในระยะเอสเฟต ร้อยละ 70.4 ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 45.4 มีค่า absolute neutrophil count มากกว่า 2000 cell/mm^3 และร้อยละ 20.5 มีค่า absolute neutrophil count ระหว่าง $500\text{-}1000 \text{ cell/mm}^3$

กลุ่มตัวอย่างคือบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคเมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 88 ราย ร้อยละ 79.6 เป็นมารดา ร้อยละ 28.4 มีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 43.2 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 40.9 ของบิดามารดามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 71.5 มีบุตรมากกว่า 1 คน ร้อยละ 55.7 มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 62.5 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.5 มีจำนวนที่ดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง และร้อยละ 90.9 ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ โดยร้อยละ 87.5 ได้รับการสอนจากเจ้าหน้าที่

บิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดทุกรายได้มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยร้อยละ 52.3 ได้มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในระดับมาก และร้อยละ 42.0 ได้มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง เมื่อ

พิจารณาการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่าทุกรายได้มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำโดยร้อยละ 71.6 ได้มีส่วนร่วมในระดับมากและร้อยละ 28.4 ได้มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ในด้านกิจกรรมการพยาบาล พบว่ามีร้อยละ 48.9 และร้อยละ 46.6 ได้มีส่วนร่วมในระดับปานกลางและมากตามลำดับ ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลพบว่ามีร้อยละ 42 ได้มีส่วนร่วมในระดับมากและร้อยละ 34.1 ได้มีส่วนร่วมในระดับน้อย ส่วนด้านการตัดสินใจพบว่ามีร้อยละ 34.0 ได้มีส่วนร่วมในระดับน้อย และมีร้อยละ 29.6 ได้มีส่วนร่วมในระดับมาก

ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 88 ราย พบว่า ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กมีตั้งแต่ระดับน้อยที่สุดถึงระดับมาก โดยร้อยละ 29.5 มีระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับปานกลางและน้อย และร้อยละ 28.4 มีระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับมาก

บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดส่วนใหญ่ร้อยละ 93.18 มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในระดับมาก

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.880, p < 0.05$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ รายด้านพบว่าการมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมการพยาบาลและด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดาในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.889$ และ $r = 0.864, p < 0.05$ ตามลำดับ) และการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจและด้านกิจกรรมที่ทำประจำไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดา (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดา

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม	-0.0880	0.016*
การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรายด้าน		
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	-0.195	0.139 ^{ns}
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	0.889	0.015*
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	0.864	0.019*
ด้านการตัดสินใจ	-0.286	0.115 ^{ns}

* $p < 0.05$ ^{ns} $p > 0.05$

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดทั้งโดยรวมและรายด้านกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม	0.494	0.074 ^{ns}
การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดรายด้าน		
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	0.380	0.095 ^{ns}
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	0.273	0.118 ^{ns}
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	0.026	0.237 ^{ns}
ด้านการตัดสินใจ	0.255	0.123 ^{ns}

^{ns} $p > 0.05$



การอภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดา ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ด้านกิจกรรมการพยาบาลและด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.889$ และ $r=0.864$, $p<0.05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1) ซึ่งแสดงว่าบิดามารดาของเด็กป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อมากมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในด้านการกิจกรรมการพยาบาลและด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมาก อาจเนื่องจากบิดามารดามีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อมาร้อยละ 90.9 ทำให้บิดามารดาเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อดีขึ้น ส่งผลทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้มากขึ้น โดยเฉพาะด้านกิจกรรมการพยาบาลและด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล

การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำและด้านการตัดสินใจกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p>0.05$) (ตารางที่ 1) ถึงแม้ว่าบิดามารดามีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อค่อนข้างมาร้อยละ 90.9 แต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อด้านกิจกรรมที่ทำประจำและด้านการตัดสินใจ อาจเนื่องมาจากบิดามารดามีประสบการณ์จำนวนครั้งในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในโรงพยาบาลน้อยร้อยละ 54.5 และจากการที่บิดามารดารับรู้ว่ามีโรคมะเร็งเป็นโรคที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิตของเด็ก และเมื่อได้รับเคมีบำบัดเด็กป่วยต้องทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้บิดามารดาขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กป่วยและนอกจากนี้ยังมีบิดามารดาร้อยละ 43.2 ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจคิดว่าบุคลากรพยาบาลมีความรู้

ความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาเด็กป่วยมากกว่าตนเอง จึงให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจ และการรักษาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการกำหนด Protocol ในการรักษาทำให้บิดามารดามีส่วนร่วมน้อยในด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย จึงส่งผลให้การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในด้านการกิจกรรมที่ทำประจำและด้านการตัดสินใจไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้อย่าง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยรวม กับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p>0.05$) และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในรายด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p>0.05$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากบิดามารดาไม่เข้าใจเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซึ่งแสดงค่าเป็นตัวเลขทางการแพทย์ และลักษณะของผู้ป่วยเด็กที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระยะการควบคุมโรคให้สงบร้อยละ 54.6 ทำให้บิดามารดาดูแลบุตรตามการรับรู้ของตนเองจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กจึงอาจส่งผลให้การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดกับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ



2. ด้านการศึกษา ได้แนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
3. ด้านการวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เพื่อจะได้ทราบความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่มี

ลักษณะเฉพาะกับกลุ่มเด็กป่วย

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะมีผลต่อความรู้กับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
3. ควรมีการศึกษาการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อตั้งแต่ต้นเมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับเคมีบำบัด
4. ควรมีการประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามการรับรู้ของบิดามารดา
5. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในระยะที่หลากหลายของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *ลำดับการตายตามสาเหตุและอัตรา*. ระบบออนไลน์. แหล่งที่มา [http:// service. nso. Go th/nso/g data23/ stat23/ toc 4/4.1-26. xls](http://service.nso.go.th/nso/g_data23/stat23/toc_4/4.1-26.xls). (30 มกราคม 2555)
- ไกรวรรร กาพันธ์. (2553). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤติในหอ ผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 37(3), 62-75.
- ชมรมโรคมะเร็งเด็ก. (2546). Development of national research network of pediatric malignancies in Thailand phase I: Epidemiology. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นิชกานต์ ไชยชนะ. (2545). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วย เรื้อรังขณะรับการรักษา ในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐธิดา จารวิชัย. (2549). *การติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ สหาคุมการแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ปัญญา กุลพงษ์. (2540). *โรคมะเร็งในเด็ก*. เชียงใหม่: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- รวีวรรณ คำเงิน. (2545). *ภาวะซึมเศร้าในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิรินทยา วงศ์वाल. (2551). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุริภรณ์ สุวรรณโสด. (2547). *ความรู้สึกล้มแน่นอน การสนับสนุนทางสังคมและวิธีการเผชิญความเครียดของ ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หน่วยเวชระเบียน. (2549 - 2551). *รายงานสถิติประจำปี*. เชียงใหม่: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่.
- หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5. (2551). *รายงานบันทึกอุบัติการณ์การติดเชื้อหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5*. เชียงใหม่: หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.



อัมพร รอดสุทธิ. (2546). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล กุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

Balling, K., & McCubbin, M. (2001). Hospitalized children with chronic illness: Parent caregiving need and valuing parental expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(2), 110-119.

Bleyer, A. (2004). Principles of treatment. In R.E. Behrman, R.M. Kliegman, & H.B. Jenson (Eds.), *Nelson textbook of pediatrics* (17 th ed., pp. 1679 – 1681). Philadelphia:W.B. Saunders.

Collins, J.J., Byrnes, M.E.J., Lapin, J., Nnadel, T., Thaler, T.H., Polyak, T., et al. (2000). The measurement of Symptoms in children with cancer. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 19 (5), 363 – 377.

Collins, J.J., Devine, T.D., Dick, G.S., Johnson, E.A., Kilham, H.A., Pinkerton, C.R., et al. (2002). The measurement of symptoms in young children with cancer: The validation of the memorial symptom assessment scale in children aged 7 – 12. *Journal of Pain Symptom Management*, 23(1), 10 -16.

Coyne, I. T. (1995). Parental participation in care: A critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 716-722.

Evan, M. A. (1994). An investigation into the feasibility of parental participation in the nursing care of their children. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 477-482.

Fokey, G.V., & Fergusson, J.H. (2002). History, issues, and Trends. In C.R. Baggott., K.P. Kelly, D. Fochtman, T G.V. Foley (Eds.) *Nursing care of children and adolescents with cancer* (3rd ed., PP.1-23). Philadelphia:W.B. Saunders.

Hockenberry, M.J (2004). Symptom management research in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21 (3), 132 – 136.

Neill, S.J. (1996b). Parent participation 2: Finding and their implications for practice. *British Journal of Nursing*, 5, 110 – 117.

Newton, M. S. (2000). Family – centered Care: Current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 26(2), 164-168.

Polit, F.D., & Beck, T.C., (2004). *Nursing research: Principle and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Power, K. S., & Rubenstein, J. S. (1999). Family presence during invasive procedures in the Pediatric Intensive Care Unit. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153, 955-958.

Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.