



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของพ่อแม่เด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ

Factors Related to Perceived Severity of Illness among Caregivers of Children with Respiratory Infection

สุธิศา	ลำมช้าง	พย.ม.*	Suthisa	Lamchang	M.N.S.*
ศรีมนนา	นิยมคำ	Ph.D.**	Srimana	Niyomkar	Ph.D.**
อรพินท์	จันทร์ปัญญาสกุล	พย.ม.***	Orapin	Junpunyaskool	M.N.S.***
ปรีชา	ลำมช้าง	สต.ม.****	Preecha	Lamchang	M.S.****
รัตนาวดี	ซอนตะวัน	Ph.D.*	Ratanawadee	Chontawan	Ph.D.*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กจะมีผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ดูแล การศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ อายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนสิงหาคม 2557 จำนวน 90 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาลของบิดามารดา พัฒนาโดยไมลส์ และคณะ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับโดย กาญจนา กันทาพงษ์ และคณะ (2557) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรุนแรงของการเจ็บป่วยในเด็กที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้เท่ากับ .83 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ 0.97 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจทุกรายรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็กเป็นปัญหา โดยรับรู้ว่าเป็นปัญหามาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็น ร้อยละ 54.5 30.7 และ 14.8 ตามลำดับ และปัจจัยด้านเด็กคือ การวินิจฉัยโรคเป็นปอดอักเสบ และการดูแลหรือรับประทาน

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Associated Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Professional Nurse, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

**** รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** Associated Professor, Faculty of Science, Chiang Mai University



อาหารได้น้อยมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็ก ($\bar{x} = 6.33, p < .05$ และ $\bar{x} = 8.38, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยเด็กด้านอื่นๆ ได้แก่ อายุ การรักษา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ การรับรู้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเด็ก

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยเป็นปัญหา โดยเฉพาะเมื่อเด็กเป็นปอดอักเสบหรือมีอาการคุดนมหหรือรับประทานอาหารน้อยลง ดังนั้นพยาบาลควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและอาการที่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจความเจ็บป่วยของเด็กได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้ดูแล เด็ก การติดเชื้อทางเดินหายใจ

Abstract

Respiratory infection in children has profound psychological effects on their caregivers. This correlational descriptive study aimed to explore the factors related to perceived severity of illness among caregivers of children with respiratory infection. A purposive sampling technique was used to recruit 90 caregivers of children with respiratory infection aged 1 month to 5 years old admitted to the pediatric unit of tertiary hospitals from February to August 2014. The research instruments consisted of the Perceived Severity of Illness Questionnaire developed by the researcher and The Nurse Parent Support Tool developed by Mile et al, which was translated into Thai using the back translation method by Kantahong et al. (2014). The Perceived Severity of Illness Questionnaire was reviewed by five experts and had a content validity index of .83. The Cronbach's alpha coefficient of these instruments were .97 and .95 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's correlation Coefficient, Chi-square tests and Pearson's Correlation Coefficient.

The study results revealed that

All caregivers perceived their child's illness as a problem at severe, moderate, and mild level according to a 54.5%, 30.7%, and 14.8% distribution respectively. Factors related to the children, such as diagnosis of pneumonia and poor feeding or appetite, were correlated to caregivers' perceived severity of illness ($\bar{x} = 6.33, p < .05$ and $\bar{x} = 8.38, p < .05$ respectively). The children factors included age, treatment, frequency of hospitalization, and the caregiver factors included education level, family income, experience of caring for a child with respiratory infection, receiving knowledge of child illness, support from nurses, there was no statistical relationship between the children factors, the caregiver factors, and caregivers' perceived severity of illness.

The results from this study indicate that caregivers perceived the severity of their child's illness as a problem, especially when their child had pneumonia or a poor appetite. Nurses should educate caregivers about pneumonia and its signs and symptoms to help them better understand their child's illness.

Key words: Perceived Severity of Illness, Caregiver, Children With Respiratory Infection



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อทางเดินหายใจโดยเฉพาะปอดอักเสบ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในเด็กทั่วโลก ประมาณ ร้อยละ 15 เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และในปี 2556 มี เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่เสียชีวิตจากปอดอักเสบประมาณ 935, 000 คน (World Health Organization [WHO], 2014) จากสรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2555 ของกลุ่ม การกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและ ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า "ไข้หวัดใหญ่ ปอดบวม และการติดเชื้อเฉียบพลันของทางเดินหายใจส่วนล่างเป็นการเจ็บป่วยลำดับต้นๆ ในเด็กอายุระหว่าง 1 – 4 ปี จากรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อปอดอักเสบรุนแรงและผู้ป่วยโรคติดเชื้อปอดอักเสบรุนแรง เสียชีวิตในระบบการเฝ้าระวังโรคปอดอักเสบรุนแรง ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2553 ถึง 30 เมษายน 2556 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 209 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.04 ของผู้ป่วยทั้งหมด (สำนักโรคบา ดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนั้น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะปอดอักเสบจึง ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี

เด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่มารดาจะพา เด็กมาพบแพทย์ด้วยความกังวลเกี่ยวกับอาการไอ ไข้ เจ็บคอ คัดจมูก และปัญหาการดูนมของเด็ก (WHO, 2001) หากเด็กมีอาการรุนแรงและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจะได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาสาเหตุของการติดเชื้อ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ประเมินความสมดุล ของน้ำและอิเล็กโตรไลต์ และถ่ายภาพรังสีปอด นอกจากนี้เด็กอาจได้รับออกซิเจนผ่านอุปกรณ์ เช่น หน้ากาก ออกซิเจน สายยางให้ออกซิเจน หรือ เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ หรือยาละลายเสมหะ หรือยาลดไข้ (Ball & Bindler, 2003) สถานการณ์ดังกล่าวอาจก่อให้เกิด ความเครียดต่อผู้ดูแลเด็ก ดังการศึกษาของ วาสนา ไชยวงศ์ สุธิศา ลำมช้าง และวิมล ธนสุวรรณ (2547) พบสิ่งก่อ ความเครียดแก่ผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน คือ ความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย เวลานอนน้อยลง เด็กไม่ยอมดูนมหรือไม่รับ

ประทานอาหาร ดูนมหรือรับประทานอาหารน้อยลง เด็กมีไข้ หายใจเร็ว หอบ ซึมลง ไม่เล่น หรือ มีพฤติกรรม เปลี่ยนไปจากเดิม เด็กได้รับการตรวจและรักษา การ ทราบเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวน้อย ลง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อนึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดอาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลและการสนองตอบต่อความต้องการของเด็กป่วย ดังการศึกษาของ สเตเรสแซนด์ คาเซค และเทอยาค (Streisand, Kazak, & Tercyak, 2003) เกี่ยวกับ ความเครียดของบิดามารดาเด็กโรคมะเร็งและหน้าที่ของ ครอบครัว พบว่า บิดามารดาที่มีความเครียดสูงจะทำ หน้าที่ของครอบครัวไม่ดี การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการ ดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะ กิจกรรมที่เคยปฏิบัติที่บ้านจะช่วยลดความเครียดและ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองได้ (Pillitteri, 1999) เพิ่ม ความสามารถในการทำกิจกรรมให้กับเด็ก และช่วยให้ เด็กรู้สึกอบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย ลดความกลัว และ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมภายหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล แต่ผู้ดูแลบางรายอาจมีการปฏิบัติไม่เหมาะสม ดังการศึกษาของศิริณี อิ่มน้ำขาว สุพรรณิ สุ่มเล็ก อโนทัย ตรีวานิช และ ศิริจิตต์ วาสนะวัฒน์ (2548) พบว่า ผู้ดูแลบางรายยังให้การดูแลเด็กไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะใน เรื่องการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหายใจเสียงดัง หายใจ ลำบาก หายใจหน้าอกบุ๋มหรือหอบ ผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง มากที่สุดคือ ไม่มีการดูตมเสมหะทิ้ง ซึ่งอาจก่อให้เกิด ปัญหาเด็กมีเสมหะอุดตันทางเดินหายใจ

การตัดสินใจพาเด็กมาพบแพทย์อาจขึ้นกับการ รับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของเด็ก จากการ ศึกษาของ ซอนเดอร์ส เทนนิส จาคอบสัน เกน และดิก (Saunders, Tennis, Jacobson, Gans, & Dick, 2003) เกี่ยวกับการตอบสนองต่ออาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจของบิดามารดาพบว่า บิดามารดาของเด็ก ที่มีอาการรุนแรงหรืออาการนานกว่า 24 ชั่วโมงจะพาเด็ก มาพบแพทย์มากกว่าบิดามารดาที่เด็กไม่มีอาการดังกล่าว บิดามารดาตระหนักว่าการเจ็บป่วยที่มีลักษณะผิดปกติ และระยะเวลาต้องการการรักษาที่เฉพาะ และปัจจัย ทำนายการพาเด็กมาพบแพทย์คือ ระดับการศึกษาของ



บิดามารดาและอายุของเด็กน้อยกว่า 4 ปี และการศึกษาของ อินกรัม คาบรัล เฮย์ ลูคัส และฮอร์วูด (Ingram, Cabral, Hay, Lucas, & Horwood, 2013) เกี่ยวกับความต้องการข้อมูล สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาและอิทธิพลของการให้คำปรึกษาสำหรับเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ พบว่าการรับรู้อาการไอ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการไอ ทำให้บิดามารดาไม่มั่นใจในการดูแลเด็ก เมื่อเด็กมีอาการไอ เมื่อเด็กมีอาการไอร่วมกับมีไข้ หายใจเสียงดังครุฟ (croup) หายใจลำบาก หรือไม่รับประทานอาหาร บิดามารดาจะรู้สึกว่าการดูแลเด็กมีภาระหนักและต้องพาเด็กมาพบแพทย์ และการรับรู้ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจะเชื่อมโยงกับอาการของเด็กและประสบการณ์ของตนเอง นอกจากนี้จากการศึกษาของ แบล็คคล็อก เมย์ออน-ไวท์ โคส และทอมป์สัน (Blacklock, Mayon-White, Coad, & Thompson, 2011) พบว่าบิดามารดาตระหนักว่าอาการบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการติดเชื้อทางเดินหายใจของเด็กไม่สอดคล้องกับการประเมินอาการบ่งชี้ความรุนแรงของพยาบาล ซึ่งอาการบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการติดเชื้อทางเดินหายใจของเด็ก คือ อาการไอ หายใจลำบาก (breathing difficulty) เขียว และหายใจเสียงดังหวีด (wheeze) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เชฟ พีร์รา เบส เจนคินสัน ฮูด ฮาร์ดเดน และแมนท์ (Shepperd, Perera, Bates, Jenkinson, Hood, Harnden, & Mant, 2004) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบิดามารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักจะไม่สัมพันธ์กับการประเมินอาการทางคลินิกของแพทย์พยาบาล ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับการติดเชื้อทางเดินหายใจของบิดามารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักอาจน้อยหรือมากกว่าอาการแสดงของเด็กและแตกต่างจากการประเมินของแพทย์พยาบาล ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของเด็กอย่างเหมาะสม

การให้สนับสนุนจากพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล จากการศึกษาของสุคนธา คุณาพันธ์ (2545) เกี่ยวกับการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการดูแลบุตร

ของมารดา คือ ไม่มีความรู้ ไม่มั่นใจในการปฏิบัติ ไม่มีประสบการณ์มาก่อน ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมของบุตรได้ ไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากพยาบาล รู้สึกเหนื่อย ไม่คุ้นเคยกับสถานที่ และมารดามีความต้องการสิ่งสนับสนุนด้านความรู้ ด้านจิตใจและอุปกรณ์ในการดูแลบุตร และการศึกษาของสุริศา ล่ามช้าง, อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล, ปรีชา ล่ามช้าง, นันทา เลี้ยววิริยะกิจ, และนิภาพร ศิริเฝ้า (2551) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่คือมารดา (ร้อยละ 88.0) ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นแม้ว่าเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจในจะเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลด้วยกลยุทธ์ต่างๆ แต่ก็ยังพบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็กแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองเด็กที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเด็กและอาจช่วยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ

คำถามที่ใช้ในการวิจัย

1. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยด้านเด็ก คือ อายุ โรค อาการแสดง การรักษา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย และ



การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติด เชื้อทางเดินหายใจหรือไม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ที่เด็กมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านอาการและอาการแสดง 2) ด้านหน้าที่ และ 3) ด้านผลกระทบต่อความครบถ้วน ซึ่งผู้ดูแลอาจมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยด้านเด็กคือ อายุ โรค อาการและอาการแสดง การรักษา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ การรับรู้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล หากผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเด็กอย่างเหมาะสม อาจช่วยลดความเครียดและส่งผลให้ผู้ดูแลมีการดูแลเด็กป่วยได้อย่างเหมาะสม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจและปัจจัยด้านเด็ก คือ อายุ โรค อาการแสดง การรักษา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ การรับรู้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่ติดเชื้อทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง และโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นบิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า หรือ อา เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ หายใจเหนื่อยหอบมาก มีพยาธิสภาพที่สมอง จำนวน 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยความสัมพันธ์กับเด็ก อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ และการรับรู้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ โรค อาการแสดง การรักษา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) แบบสอบถามความรุนแรงของการเจ็บป่วยในเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กที่ผู้ดูแลประเมินเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง การรักษาที่เด็กได้รับ และผลกระทบต่อผู้ดูแล จำนวน 22 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด มีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เป็นปัญหา เป็นปัญหาเล็กน้อย ปานกลาง และมาก โดยให้คะแนน 0 1 2 และ 3 ตามลำดับ หากไม่มีเหตุการณ์หรือประเมินไม่ได้จะไม่คิดคะแนนในข้อคำถามนั้น การแปลความหมายแบ่งตามคะแนนเฉลี่ยคือ คะแนน 0-1 เป็นปัญหาน้อย คะแนนมากกว่า 1-2 เป็นปัญหามานกลาง และคะแนนมากกว่า 2-3 เป็นปัญหามาก 4) แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล โดยใช้ประเมินจากแบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาลของบิดามารดา (The Nurse Parent Support Tool) พัฒนาโดย ไมล์ คาร์ลสัน และ บรัสเซน (Miles, Carlson, & Brunssen, 1999) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับโดย กาญจนา กันทาหงษ์



สุธิดา ล่ามช้าง และศรีมมา นิยมคำ (2556) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการเคารพคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนด้านผู้ดูแล ลักษณะแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 21 ข้อ มีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เกือบไม่ได้รับ น้อยมาก เป็นบางครั้ง เกือบสม่ำเสมอ และสม่ำเสมอ โดยให้คะแนนเป็น 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความรุนแรงของการเจ็บป่วยในเด็กที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.83 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรุนแรงของการเจ็บป่วยในเด็กที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองให้ดำเนินการวิจัยได้จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ดูแลเด็กป่วยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการหรือขอยุติการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับ

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ โดยเตรียมความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย การขอความยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย และวิธีการรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยสำรวจรายชื่อผู้ดูแลเด็กตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยพบผู้ดูแลเด็กที่

ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แนะนำตัวเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้ข้อมูลคำชี้แจงตักเอกสารการให้ข้อมูล และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ดูแลตอบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกในส่วนของข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง และการรักษาที่เด็กได้รับ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็ก การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ด้วยสถิติพรรณนา ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามินอฟ (Kolmogorov – Smirnov test) พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของเด็ก จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ด้วยสถิติ Spearman's correlation Coefficient และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็กคือ การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ อาการแสดง การรักษา ปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจำนวน 90 คน ร้อยละ 78.4 มีอายุระหว่าง 21-45 ปี อายุเฉลี่ย 30.37 ปี (S.D.= 8.09) ร้อยละ 79.5 เป็นมารดาของเด็ก ครึ่งหนึ่งคือ ร้อยละ 50.0 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.0 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 54.4



เคยดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 71.1 ไม่ได้รับรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย เด็กป่วยมีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 4 ปี 10 เดือน อายุเฉลี่ย 20.41 เดือน (SD 14.19) ร้อยละ 48.9 เป็นโรคปอดอักเสบ โดยมีอาการผิดปกติครั้งนี้ ประมาณครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 51.1 มีอุณหภูมิสูงกว่า 37.4 องศาเซลเซียส ร้อยละ 96.7 มีอาการไอ ร้อยละ 92.2 มีเสมหะ ร้อยละ 62.2 มีหายใจเสียงดัง และ ร้อยละ 47.8 ดูนมหรือรับประทานอาหารน้อยลง หรือไม่ดูนมหรือไม่รับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติคือ หายใจเร็ว หายใจหอบเหนื่อย ชัก พักหลับไม่ได้หรือปลุกยาก ขาดอาหารรุนแรง และซึม (ร้อยละ 80.7 77.8 93.3 91.1 97.8 84.4 98.9 และ 75.6 ตามลำดับ) ร้อยละ 97.8 รับประทานทางปาก ร้อยละ 83.3 รับประทานผ่านสายยาง ประมาณสองในสาม คือ ร้อยละ 68.9 รับประทานทางหลอดเลือดดำ และร้อยละ 63.3 รับประทานน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 46.7 ได้รับออกซิเจน

และ ร้อยละ 95.6 ไม่ได้รับยาฉีดทางกล้ามเนื้อ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลทุกรายรับรู้การเจ็บป่วยของเด็กเป็นปัญหา โดยประมาณครึ่งหนึ่ง คือร้อยละ 54.5 รับรู้ว่าเป็นปัญหามาก ร้อยละ 30.7 รับรู้ว่าเป็นปัญหามาก และร้อยละ 14.8 รับรู้ว่าเป็นปัญหาน้อย และปัจจัยด้านเด็กคือ การวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบและอาการดูนอนหรือรับประทานอาหารน้อยลงหรือไม่ดูนม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเด็ก ($\bar{X} = 6.33, p < .05$ และ $\bar{X} = 8.38, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยเด็กด้านอื่นๆ คือ อายุ อาการแสดง การรักษา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสิทธิภาพการดูแลเด็กที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ การรับรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเด็ก ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง อายุเด็ก จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลของผู้ดูแล กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็ก

ตัวแปร	rs	p-value
อายุเด็ก	0.08	.474
จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	- 0.13	.227
การได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล	0.10	.351



ตารางที่ 2 ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ระหว่าง ปัจจัยด้านเด็ก คือ โรค อาการแสดง การรักษา ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย กับ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็ก

ตัวแปร	การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็ก (ปัญหาน้อย ปัญหาปานกลาง ปัญหามาก)	X ²	p-value
ปัจจัยด้านเด็ก			
โรคปอดอักเสบ (เป็นหรือไม่เป็น)		6.33	.042*
อาการแสดง (มีหรือไม่มี)			
หายใจเร็ว (อัตราหายใจ > 40 ครั้ง/นาที)		2.98	.225
มีไข้ (อุณหภูมิ > 37.4 องศาเซลเซียส)		0.25	.882
หายใจหน้าอกบวม		2.53	.282
หายใจเสียงดัง		0.67	.71
หายใจปึกจมูกบาน		0.33	.846
ไอ		1.00	.606
เสมหะ		3.09	.213
ซีมี		3.91	.417
ดูดนมน้อยลงหรือรับประทานอาหารน้อยลง ไม่ดูดนม		8.38	.015*
ถ่ายอุจจาระเหลว		1.16	.559
ชัก		0.76	.685
พักหลับไม่ได้หรือปลุกตื่นยาก		0.90	.638
การขาดอาหารรุนแรง		0.74	.691
การรักษา (ได้รับหรือไม่ได้รับ)			
ยาทางปาก		0.76	.685
ยาฉีดทางหลอดเลือดดำ		1.07	.586
ยาฉีดทางกล้ามเนื้อ		4.35	.113
ยาพ่นฝอยละออง		2.18	.337
ออกซิเจน		0.75	.963
สารน้ำทางหลอดเลือดดำ		1.28	.527
ปัจจัยด้านผู้ดูแล			
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา		4.1	.128
ปริญญา อนุปริญญา			
รายได้ของครอบครัว			
น้อยกว่า 10,000 บาท		5.26	.072
มากกว่า/เท่ากับ 10,000 บาท			
ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วย		0.27	.876
เคยดูแลเด็กป่วย			
ไม่เคยดูแลเด็กป่วย			
ความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย		1.60	.448
ได้รับ			
ไม่ได้รับ			



อภิปรายผล

ผู้ดูแลทุกรายรับรู้การเจ็บป่วยของเด็กเป็นปัญหา และประมาณครึ่งหนึ่งรับรู้ว่าเป็นปัญหามาก ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กและสาเหตุการเสียชีวิตจากการติดเชื้อทางเดินหายใจที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะโรคปอดอักเสบ ซึ่งในการศึกษานี้เด็กป่วยเกือบครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 48.9 เป็นโรคปอดอักเสบ จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.7 มีอาการไอ ร้อยละ 92.2 มีเสมหะ และ ร้อยละ 62.2 มีหายใจเสียงดัง อาการดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลโดยเฉพาะอาการไอและการหายใจที่เปลี่ยนแปลง ดังการศึกษาของแบล็คล็อก เมย์ออน-ไวท์ โคส และทอมป์สัน (Blacklock, Mayon-White, Coad, & Thompson, 2011) เกี่ยวกับอาการและอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของการติดเชื้อทางเดินหายใจของเด็กที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเด็ก พบว่า บิดามารดารายงานอาการบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการติดเชื้อทางเดินหายใจคือ อาการไอ หายใจลำบาก (breathing difficulty) เฝียว และหายใจเสียงดังหวีด (wheeze) และ ประมาณสองในสาม (ร้อยละ 70.8) บิดามารดาระบุอาการไอเป็นอาการรุนแรงระดับปานกลาง ดังนั้นผู้ดูแลโดยเฉพาะมารดาจะนำเด็กมาพบแพทย์ด้วยความกังวลเกี่ยวกับอาการ ไอ ไข้ เจ็บคอ คัดจมูก และปัญหาการดูดนมของเด็ก (WHO, 2001) ประกอบกับการรักษาที่เด็กส่วนใหญ่ได้รับคือ ได้รับยาทางปาก ได้รับยาพ่นฝอยละออง ประมาณสองในสาม ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ และเกือบครึ่งหนึ่งได้รับออกซิเจน และมีผู้ดูแลเพียงครึ่งหนึ่งที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประมาณสองในสามไม่ได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย ดังนั้นสถานการณ์ความเจ็บป่วยของเด็กและการรักษาที่เด็กได้รับ อาจทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกในด้านอาการและอาการแสดง ด้านทำหน้าที่ด้านร่างกายของเด็ก และด้านมีผลกระทบต่อความครอบคลุมเป็นปัญหา ดังนั้นผู้ดูแลทุกรายจึงรับรู้การเจ็บป่วยของเด็กเป็นปัญหา และพบว่ากรณีวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเด็ก

อาการดูดนมหรือรับประทานอาหารน้อยลงหรือไม่ดูดนม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเด็ก ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าสารอาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาร่างกายและระบบประสาท ดังนั้นการที่เด็กดูดนมหรือรับประทานอาหารได้น้อยหรือไม่ได้ จึงทำให้บิดามารดามีความกังวลกับการได้รับสารอาหารของเด็ก (จินท์ติตา พฤษยานานนท์, บานชื่น เบญจสุวรรณหงษ์, และพัญ โรจน์มัทนามงคล, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาสนา ไชยวงศ์, สุธิศา ล่ามช้าง, และวิมล ธนสุวรรณ (2547) พบว่า เด็กไม่ยอมดูดนมหรือไม่รับประทานอาหาร ดูดนมหรือรับประทานอาหารน้อยลงเป็นสถานการณ์หนึ่งที่ก่อความเครียดแก่ผู้ปกครองของเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน

ปัจจัยด้านเด็กด้านอื่นๆ คือ อายุ การรักษา และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย และการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเด็ก ทั้งนี้เนื่องจากเด็กที่ศึกษาเป็นกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เด็กช่วยเหลือตนเองได้น้อยและต้องพึ่งพาการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลทั้งหมด ประกอบกับเด็กไม่มีอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบหายใจที่รุนแรง คือ ไม่มีอาการหายใจเร็ว หายใจหน้าอกบวมซีดโครงบวม หายใจปึกจมูกบาน ถ่ายอุจจาระเหลว ชัก พักหลับไม่ได้หรือปลุกยาก ขาดอาหารรุนแรง ซึม และการเจ็บป่วยเฉียบพลันจากการติดเชื้อทางเดินหายใจจะเป็นการเจ็บป่วยในระยะเวลาระยะสั้นๆ ส่วนใหญ่เด็กจะมีอาการดีขึ้นภายใน 7-8 วัน (Thompson, Vodicka, Blair, Buckley, & Heneghan, 2013) ดังนั้นปัจจัยอื่นๆ จึงอาจไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเด็ก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เด็กได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบหรือมีอาการไม่ยอมดูดนมหรือไม่รับประทานอาหาร ดูดนมหรือรับประทานอาหารน้อยลงได้น้อยลง พยาบาลควร



ส่งเสริมหรือสอนให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ อาการและอาการแสดง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้เหมาะสม

เดินทางใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเด็กมีอาการไม่รุนแรง ดังนั้นควรมีการศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่มีอาการรุนแรง หรือ ศึกษาหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และอาการและอาการแสดง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อทาง

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา กันทาหงษ์, สุธิศา ล่ามช้าง, และศรีมณา นิยมคำ. (2557). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2555). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2555. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- จันทิพา พุกพานานนท์, บานชื่น เบญจสุวรรณเทพ, และพัฏฐ์ โรจน์มงามงคล. (2554). ปัญหาการกิน. ในทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพบรวัทย์, ชาศรียา อธิเนตรม อติศรีสุตา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และพงศ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (หน้า 170-183). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วาสนา ไชยวงศ์, สุธิศา ล่ามช้าง, และวิมล ธนสุวรรณ. (2547). สิ่งก่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน. *พยาบาลสาร*, 31(3), 29-45.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยในเด็กไทย. Retrieved July 16, 2013, from <http://www.boe.moph.go.th>.
- สุคนธา คุณาพันธ์. (2545). การปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธิศา ล่ามช้าง, อรพิน จันทรปัญญาสกุล, นิภาพร ศิริเผ่า, ปรีชา ล่ามช้าง, และนันทา เลี้ยววิริยะกิจ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 22(1), 51-66.
- ศิริณี อม่น้ำขาว, สุพรรณิ สุ่มเล็ก, อนันท์ ตรีวานิช และศิริจิตต์ วาสนะวัฒน์. (2548). การรับรู้อาการและแบบแผนการดูแลเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของผู้ดูแล: การศึกษาในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*,
- Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2003). *Pediatric nursing: Caring for children*. New Jersey: Pearson Education.
- Blacklock, C., Mayon-White, R., Coad, N., & Thompson, M. (2011). Which symptoms and clinical features correctly identify serious respiratory infection in children attending a paediatric assessment unit. *Archives of Disease in Childhood*, 96(8), 708-714.



- House, J. S. (1981). *Work stress a social support*. California: Addison-Wesley.
- Ingram, J., Cabral, C., Hay, A., Lucas, P.J., & Horwood, J. (2013). Parents' information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infections: A qualitative study. *Bio Med Central Family Practice*, 14, (106), 1-9.
- Miles, M.S., Carlson, J., & Brunssen, S. (1999). The nurse parent support tool. *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 44-50.
- Pillitteri, A. (1999). *Maternal & child health nursing: Care of childbearing & childrearing family*. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*, (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Potts, N. L., Mandelco, B. L. (2002). *Pediatric nursing caring for children and their families*. New York: Delmar.
- Saunders, N. R., Tennis, O., Jacobson, S., Gans, M., & Dick, P. T. (2003). Parents' responses to symptoms of respiratory tract infection in their children. *Canadian Medical Association Journal*, 168(1), 25-30.
- Shepperd, S., Perera, R., Bates, S., Jenkinson, C., Hood, K., Harnden, A., & Mant, D. (2004). A children's acute respiratory illness scale (CARIFS) predicted functional severity and family burden. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(8), 809-814.
- Streisand, R., Kazak, A. E., & Tercyak, P. K. (2003). Pediatric – specific parenting stress and family functioning in parents of children treated for cancer. *Children's Health Care*, 32(4), 245 – 256.
- Thompson, M., Vodicka, T. A., Blair, P.S., Buckley, D.K., & Heneghan, C. (2013). Duration of respiratory tract infections in children: Systematic review. *British Medical Journal*, 347: f 7027 (Published 11 December 2013), 2-19.
- World Health Organization [WHO]. (2001). *Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children*. Retrieved May 20, 2015, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66856/1/WHO_FCH_CAH_01.02.pdf?ua=1.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Pneumonia*. Retrieved May 20, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en>.