

การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

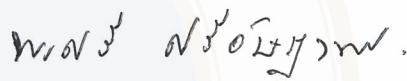
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง



นางสาวศิริลักษณ์ เกตุพินิจ
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์พรศรี ศรีอัญญาพร,
ค.ม. (วิจัยทางการศึกษา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์,
Ph. D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.,ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

นางสาวศิริลักษณ์ เกตุพินิจ
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,
Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์พรศรี ศรีอภัยพร,
ค.ม. (วิจัยทางการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันิดา เสนะสุทธิพันธุ์,
Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุณี พงศ์จตุรวิทย์,
Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.,ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์พรศรี ศรีอภัยพร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำและให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำชี้แนะเพิ่มเติม เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรรพตพิสัย ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย เจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยในหญิงทุกท่าน และที่ได้อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์ ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่ง ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้ให้ชีวิต ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจและคอยอยู่เคียงข้าง รวมถึงให้การสนับสนุนในด้านการเงินมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้มาตั้งแต่วัยเยาว์ จนประสบความสำเร็จ ขอขอบคุณญาติพี่น้อง ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ทุกคนที่มีส่วนเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอด

ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ

การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

PERCEPTION OF ILLNESS AND ADAPTATION BEHAVIORS OF SIBLINGS OF CHRONICALLY ILL CHILDREN

ศิริลักษณ์ เกตุพิณี 4836888 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : พรศรี ศรีธัญญาพร, ค.ม. (วิจัยทางการศึกษา), วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นพี่หรือน้องวัยเรียนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 123 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม ถูกต้องปานกลาง และรายด้าน พบว่า มีการรับรู้ถูกต้องปานกลาง ยกเว้น ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี มีการรับรู้ไม่ถูกต้อง

2. พฤติกรรมปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยรวม มีพฤติกรรมปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องดี และรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องดี ยกเว้น

ด้านอัตมโนทัศน์ มีพฤติกรรมปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลเด็ก รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้องโดย จัดทำคู่มือ จัดกิจกรรม รวมถึงจัดอบรมครูและผู้ปกครองเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ทั้งเรื่องการดูแลพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมปรับตัวที่ถูกต้อง รวมถึงการสร้างเครือข่ายสุขภาพตามชุมชนต่างๆ เพื่อสามารถให้การดูแลช่วยเหลือแก่พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังได้มากขึ้น

คำสำคัญ : การรับรู้การเจ็บป่วย / พฤติกรรมปรับตัว / พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง / เด็กวัยเรียน

PERCEPTION OF ILLNESS AND ADAPTATION BEHAVIORS OF SIBLINGS OF
CHRONICALLY ILL CHILDREN

SIRILUK KETPINIT 4836888 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PORNSRI SRIUSSADAPORN, M.Ed.
(EDUCATIONAL RESEARCH), WANIDA SANASUTTIPUN, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The study was descriptive research which aimed at investigating perception of illness and adaptation behaviors of siblings of chronically ill children. The subjects of the study were 123 school-age siblings of chronically ill children. The instruments used in the data collection consisted of the demographic characteristics questionnaire, perception of illness of siblings of chronically ill children questionnaire, and adaptation behaviors of siblings of chronically ill children interview. Percentage was used to analyze the collected data.

Regarding perception of illness of siblings of chronically ill children, the overall perception was accurate at a moderate level, and each aspect of the perception was also accurate at a moderate level. However, the perception of severity of the illness and inability to control the illness/symptoms of chronically ill children were inaccurate.

With regard to adaptation behaviors of siblings of chronically ill children, their overall adaptation behaviors were correct at a good level. When considering four aspects of adaptation behaviors, it was found that three aspects were correct at a good level except the self-concept aspect, which was correct at a moderate level.

Based on the findings of this study, it is recommended that pediatric nurses as well as related personnel should promote accurate perceptions of illness among siblings of chronically ill children. Manuals should be compiled and activities should be organized. Also, education training should be provided to teachers and parents to disseminate knowledge about chronic illnesses, including care for chronically ill siblings and self-care when a family member is sick with chronic illness. These strategies would enhance siblings of chronically ill children to have correct adaptation behaviors. In addition, various health networks in the community should be established to gain better access to siblings of chronically ill children.

KEY WORDS: PERCEPTION OF ILLNESS / ADAPTATION BEHAVIORS /
SIBLING OF CHRONICALLY ILL CHILDREN / SCHOOL-AGE
CHILDREN

142 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตของการศึกษา	9
นิยามตัวแปร	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	11
ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็ก	11
ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็ก	13
พัฒนาการของเด็กวัยเรียนต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง	17
การรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามแนวคิดของเบคเกอร์	19
การปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามแนวคิดของรอย	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	40
ลักษณะประชากร	40
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย	46

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	49
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
บทที่ 5 การอภิปรายผล	81
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	86
สรุปผลการวิจัย	86
ข้อเสนอแนะ	88
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	90
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	104
บรรณานุกรม	121
ภาคผนวก	128
ภาคผนวก ก เครื่องมือในการวิจัยดำเนินการวิจัย	129
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	136
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	137
ภาคผนวก ง หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ	139
ภาคผนวก จ คำอธิบายโครงการวิจัยและการขอความยินยอม สำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี	141
ประวัติผู้วิจัย	142

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาลำดับที่เกิด และการทราบความเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง	51
2	จำนวน และร้อยละของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับที่เกิด ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนและการมาตรวจตามแพทย์นัด	52
3	จำนวน และร้อยละของบิดามารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนบุตร อายุ ระยะเวลาในการแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ และชนิดของครอบครัว	53
4	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับการรับรู้	56
5	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับการรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมและรายด้าน	57
6	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ	59
7	จำนวน และร้อยละของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดีของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ	61
8	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ที่เจ็บป่วยเรื้อรังและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ	63

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของเด็กที่ เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี รายชื่อ	65
10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามแรงจูงใจในด้านสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ที่มีสุขภาพดี รายชื่อ	67
11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้าน	69
12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตาม ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรัง ของพี่น้องของตน ด้านสรีระ รายชื่อ	70
13 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านสรีระ	71
14 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรัง ของพี่น้องของตน ด้านอ้อมโนทัศน์	73
15 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านอ้อมโนทัศน์	74
16 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการเคยหรือไม่เคยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลัง การเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านบทบาทหน้าที่	75

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
17 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการเคยหรือไม่เคยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลัง การเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านบทบาทหน้าที่	76
18 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการเคยหรือไม่เคยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลัง การเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านความสัมพันธ์พี่พี่ระหว่างกัน	78
19 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านความสัมพันธ์พี่พี่ระหว่างกัน	79

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลได้รับการพัฒนามากขึ้น ส่งผลให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถรักษาพยาบาลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันรวมถึงเด็กที่มีความผิดปกติหรือได้รับบาดเจ็บจากการตั้งครรภ์และการคลอดให้มีชีวิตรอด และยืดชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ยาวนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศไทย

จากการสำรวจสถิติในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ 1-18 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้ ปี พ.ศ.2547 มีโรคหอบหืด 529 คน โรคหัวใจ 17 คน โรคธาลัสซีเมีย 16 คน โรคเบาหวาน 9 คน ปี พ.ศ.2548 มีโรคหอบหืด 579 คน โรคหัวใจ 13 คน โรคธาลัสซีเมีย 11 คน โรคเบาหวาน 9 คน ปี พ.ศ.2549 มีโรคหอบหืด 631 คน โรคหัวใจ 25 คน โรคธาลัสซีเมีย 17 คน โรคเบาหวาน 13 คน และปี พ.ศ.2550 มีโรคหอบหืด 657 คน โรคหัวใจ 25 คน โรคธาลัสซีเมีย 18 คน โรคเบาหวาน 12 คน (งานสถิติและเวชระเบียนโรงพยาบาลบรรพตพิสัย, 2550) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล บรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้นด้วยเช่นกัน

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้น นอกจากจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ/ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยเด็กแล้ว ความเจ็บป่วยเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดา และผู้เลี้ยงดูเด็กด้วย นอกจากนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับเด็กยังส่งผลกระทบต่อพี่น้องหรือน้องของเด็กโรคเรื้อรังเหล่านี้ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่เด็กโรคเรื้อรังได้รับการตรวจวินิจฉัย เริ่มมีอาการของการเจ็บป่วยเรื้อรัง บิดามารดาก็มักจะให้การดูแลเอาใจใส่เด็กที่เจ็บป่วยเหล่านี้อย่างใกล้ชิด จนทำให้เวลาและความใกล้ชิด รวมไปถึงการดูแลเอาใจใส่ที่มีให้กับลูกที่ไม่เจ็บป่วยมีน้อยลง ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้พี่น้องหรือน้องของเด็กป่วยคิดว่าบิดามารดาไม่สนใจตน และรักตนน้อยกว่าเด็กป่วย จึงอาจแสดงพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจมากขึ้น ซึ่งในระยะแรกๆ บิดามารดาอาจทนหรือเข้าใจพฤติกรรมของบุตรได้ แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง บิดามารดาอาจทน

ไม่ได้และใช้การคว่ำหรือลงโทษ ซึ่งอาจทำให้สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและบุตร รวมทั้งสัมพันธภาพระหว่างพี่น้องและเด็กป่วยเลวลง เนื่องจากพี่น้องของเด็กป่วยคิดว่าตนเองถูกลงโทษ เพราะเด็กป่วย (สกวรัตน์ พวงจันทร์, 2538) ในทางตรงข้ามเด็กที่เป็นพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง บางราย พบว่ามีพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นโดยมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเด็กป่วย อยากปกป้อง มีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลช่วยเหลือเด็กป่วย มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และรู้คุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี (Wong, 1995)

จากประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังและได้พูดคุยสอบถามจากมารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังบนหอผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กชั้นสูง 2 (ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ, 2549) เกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กต่อพี่น้องของเด็กป่วยในมุมมองของมารดาพบว่า พี่น้องของเด็กป่วยส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน เช่น พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังรับรู้ว่ามารดาใช้เวลาดูแลเอาใจใส่ตนเองน้อยลง ตนเองต้องทำงานบ้านแทนเด็กป่วย รับผิดชอบงานภายในบ้านเพิ่มมากขึ้น สัมพันธภาพระหว่างพี่น้องของเด็กป่วยกับเด็กป่วยและครอบครัวแย่ลง และผลการเรียนลดลง เป็นต้น นอกจากนี้พี่น้องเด็กป่วยบางคนจะมีความเข้าใจว่าเด็กป่วยได้รับอภิสิทธิ์ในการทำสิ่งต่างๆ ได้มากกว่าตน ไม่ว่าจะเป็นการใช้ห้องน้ำ การนอน การรับประทานอาหาร ว่าจะต้องให้เด็กป่วยได้รับสิทธิเหล่านั้นก่อน ในทางตรงข้ามพบว่า พี่น้องเด็กป่วยบางคนกลับมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านบวก เช่น มีความเป็นห่วงเป็นใยในตัวเด็กป่วยมากขึ้น ซึ่งแสดงออกโดยการโทรศัพท์ถามอาการและความเป็นอยู่ในขณะที่พักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และจากการทำ group support ในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สะท้อนให้เห็นว่าพี่น้องของเด็กป่วยที่อยู่ที่บ้านส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของพี่น้องของตนเอง โดยพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังคิดว่ามารดาจะให้ความสนใจเอาใจใส่เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าตน และพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะแสดงออกโดยการคือ ไม่ค่อยเชื่อฟังบิดามารดา ไม่สนใจการเรียน ทำให้ผลการเรียนแย่ลง

นอกจากนี้จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ที่ออกไปปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมบ้านของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบรรพตพิสัยพบว่า พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปหลังจากที่มีเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว ทั้งจากการบอกเล่าของบิดามารดาและการสังเกตของเจ้าหน้าที่เอง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การพูดคำหยาบคาย การเอาแต่ใจตนเอง การแกล้งเด็กป่วย การไม่ยอมไปโรงเรียน ผลการเรียนตกต่ำ มีบางรายที่พบว่า พี่น้องเด็กป่วยบางคนมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ช่วยเหลือพ่อแม่ทำงานบ้านเพิ่มขึ้น แสดงความห่วงใยในตัวเด็กป่วย มีความรักความผูกพันระหว่างพี่น้องและเด็กป่วยมากขึ้น (งานเวช

ปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบรรพตพิสัย, 2549) ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้ระบบครอบครัวเสียคุณภาพได้เพราะครอบครัวจัดเป็นระบบสังคมระบบหนึ่ง ที่ประกอบไปด้วย ระบบย่อยของสมาชิกครอบครัว ที่ต่างมีอิทธิพลต่อกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสมาชิก 1 คนในระบบ ก็จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบครอบครัว (Stair, 1972 cited in Menke, 1986)

จากการศึกษาของมัลคาร์นี (Malcarne, 2002) ที่ศึกษาในเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของเด็กที่เกิดจากการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยนั้น จะมีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกของพี่น้องของเด็กป่วย ซึ่งจะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้พี่น้องของเด็กป่วยเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และมีปัญหาทางการเรียนตามมาได้ นอกจากนี้ยังพบว่า พี่น้องของเด็กป่วยโรคเรื้อรังมักจะมีความอิจฉา ริษยา โกรธ คับข้องใจ ขุ่นเคืองใจ ตกใจ อึดอัดใจ เศร้า รู้สึกผิด ไร้อำนาจ ไม่สามารถช่วยเหลือเด็กป่วยได้ ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกเหล่านี้ เป็นอารมณ์ ความรู้สึกพื้นฐานที่พบมากในพี่น้องของเด็กป่วย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของสถาบันเด็กแห่งชาติในอเมริกา (American Academy of Pediatric, 2006) พบว่า เมื่อมีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกิดขึ้นในครอบครัว พี่น้องของเด็กป่วยเหล่านี้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านบวกและด้านลบ โดยผลกระทบทางด้านบวกนั้น พี่น้องของเด็กป่วยจะรู้สึกรักและอยากช่วยเหลือเด็กป่วย มีความเป็นห่วงเป็นใยในตัวเด็กป่วยมากขึ้น ซึ่งบทบาทเหล่านี้จะส่งผลให้พี่น้องของเด็กป่วยรู้สึกมั่นใจในตนเอง มีการปรับตัวที่ดี และมีทักษะในการเผชิญปัญหาที่ดี ส่วนผลกระทบทางด้านลบ พี่น้องของเด็กป่วยจะรู้สึกเครียด โกรธตนเอง โทษตนเองที่ไม่ได้ป่วย (คนที่ป่วยทำไมไม่เป็นตนเอง) บางคนจะคิดว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยมาจากอากาศที่เปลี่ยนแปลงบ้าง ปัสสาวะรัยบ้าง ทำให้พวกเขารู้สึกว่าความเจ็บป่วยกำลังเข้าใกล้ตนเองทุกขณะ บางคนจะรู้สึกโกรธ ไม่พอใจถ้ามีใครมาถามถึงความเจ็บป่วยของพี่น้องของตน เพราะมันทำให้เขารู้สึกว่าเขาแตกต่างจากคนอื่น ซึ่งผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่เกิดจากการรับรู้หรือความเข้าใจของเด็กที่มีต่อความเจ็บป่วยของพี่น้องของตนเอง ผลที่ตามมาคือปัญหาพฤติกรรมการปรับตัว ซึ่งปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยในพี่น้องของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง คือ ซึมเศร้า แยกตัว เครียด ไม่สนใจเพื่อน การเรียนแย่ลง มีความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลง โทษตนเอง เป็นต้น ซึ่งปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวบ่งชี้อย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า พี่น้องของเด็กป่วยโรคเรื้อรังได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพี่น้องของตน

การที่ครอบครัวมีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีอิทธิพลต่อครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังย่อมต้องการการช่วยเหลือดูแลมากกว่าปกติ บิดามารดาจึงต้องให้ความสนใจและเอาใจใส่ดูแลมากเป็นพิเศษ ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยเรื้อรังรับรู้และเข้าใจผิดคิดว่าบิดามารดารักตนน้อยลง จากการศึกษาของวราภรณ์ หมั่นสา

(2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคมะเร็ง พบว่า พฤติกรรมของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีปัญหาด้านความสัมพันธ์พี่พาระหว่างกัน ซึ่งพี่น้องของเด็กป่วยจะทะเลาะกัน และจะแสดงความอิจฉาเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และจากการศึกษาของพัชราพรรณ ทิพวงศา (2542) พบว่า น้องวัยเรียนของเด็กป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะเครียดเนื่องจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่พี่น้อง โดยน้องของเด็กป่วยต้องแยกจากพี่บ่อยๆ ทำให้รู้สึกเหงาเหมือนถูกทอดทิ้ง เนื่องจากพี่ป่วยหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้องของเด็กป่วยจะทะเลาะและขัดแย้งกับพี่ และน้องของเด็กป่วยจะไม่มีโอกาสได้เล่นกับพี่เหมือนเดิม เนื่องจากพี่อ่อนเพลีย ไม่แข็งแรงเหมือนเดิม หรือถูกบิดามารดาห้าม และจากการศึกษาของ วรณา เรืองลาภ อนันต์ (2543) พบว่า พี่น้องของเด็กป่วยโรคหอบหืดจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจโดยเรียกร้องความสนใจจากบิดามารดามากขึ้น ทำให้บิดามารดาที่มีอารมณ์ตึงเครียดอยู่แล้ว อาจทนไม่ได้จึงโกรธและลงโทษว่ากล่าวพี่น้องของเด็กป่วย ส่งผลให้พี่น้องของเด็กป่วยโกรธและเห็นเด็กป่วยเป็นศัตรู เนื่องจากเป็นต้นเหตุให้ตนเองถูกลงโทษ ทำให้สัมพันธภาพระหว่างคู่พี่น้องเลวลง ซึ่งปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวบ่งชี้อย่างหนึ่ง que แสดงให้เห็นว่า การที่พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังแสดงพฤติกรรมดังกล่าว อาจเกิดจากการรับรู้ที่ผิดหรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกกลัวและมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล ต่อตัวเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง รวมไปถึงบิดามารดา เด็กอาจเกิดความรู้สึกผิด มองว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการลงโทษ การกระทำของพี่น้องของตนเองที่ไม่เชื่อฟังหรือปฏิบัติตามบิดามารดา การรับรู้ดังกล่าวนี้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ตั้งแต่เริ่มแรกและปล่อยให้เกิดเป็นเวลานานจะแก้ไขยาก และมีผลต่อการปรับตัวของเด็ก (Berry et al., 1993)

อย่างไรก็ตามถ้าพี่น้องของเด็กป่วยมีการรับรู้อย่างถูกต้องจะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดี ผลกระทบด้านบวกที่ตามมา คือพี่น้องของเด็กป่วยมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ดูแลปกป้องห่วงใยเด็กป่วย และมีกิจกรรมร่วมกับเด็กป่วยมากขึ้น (Faux, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมินากาวา (Minagawa, 1997) พบว่าเด็กวัยเรียนในครอบครัวที่มีพี่น้องเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พี่น้องของเด็กป่วยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ผลกระทบด้านดีต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่พี่น้องในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง พบว่าเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งกล่าวว่า มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เข้าใจที่ผู้ป่วยรู้สึกแย่ที่ถูกเพื่อนล้อเลียน ตระหนักถึงสิ่งที่ไม่ดีที่ผู้ป่วยได้รับ รับรู้และเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร และตนเองก็รู้สึกอย่างนั้นด้วย รู้สึกเห็นอกเห็นใจอยากปกป้องผู้ป่วยที่ตนเองรัก มีความเป็นห่วงผู้ป่วยอย่างมาก กลัวผู้ป่วยตาย (Chesler, 1991; Havermans & Eiser, 1994; Sargent, 1995)

จึงอาจสรุปได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็ก ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยและเด็กที่มีสุขภาพดีทั้งด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือ พี่น้องของเด็กป่วยแสดงความเห็นอกเห็นใจ สงสารให้ความช่วยเหลือ และทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็กป่วยมากขึ้น แต่ในทางตรงข้าม พี่น้องของเด็กป่วยอาจจะเกิดความอิจฉาริษยา และโกรธเด็กป่วย ที่บิดามารดาให้ความรัก และเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าตน

การรับรู้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง การรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกัน แม้ว่าจะรับรู้ในเรื่องเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ใช้ในการรับรู้ ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก และการสัมผัส ระบบประสาทรับรู้สัมผัส สมรรถนะหรือสติปัญญาของแต่ละบุคคล จะเข้าใจหรือมีความคิดแตกต่างกันไปตามการรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ได้แก่ ประสบการณ์ในอดีต ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง กรรรมพันธุ์ ภูมิหลังทางการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจสังคม (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528) สำหรับการรับรู้ของเด็กเพียเจต์ (Piaget) กล่าวว่า ระดับพัฒนาการทางสติปัญญา แต่ละระดับจะแสดงคุณลักษณะเกี่ยวกับการรับรู้และการปรับตัวที่แตกต่างกัน ผลของการเรียนรู้ในระดับเบื้องต้นจะเป็นพื้นฐานสำหรับการเรียนรู้ในระดับต่อไป (Maier, 1969 อ้างถึงใน ศิริลักษณ์ แก้วครามครัญ, 2531) การรับรู้ของเด็กวัยเรียน จะมีการพัฒนามากขึ้นกว่าเด็กเล็ก เนื่องจากกระบวนการรู้คิดและสังคมของเด็กพัฒนาสูงขึ้น และซับซ้อนขึ้น ความคิดและสติปัญญาของเด็กวัยนี้อยู่ในขั้นปฏิบัติการรูปธรรม (the concrete operations period) (ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์, 2526) ความคิดของเด็กจะเป็นเชิงรูปธรรม คือเด็กจะคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เด็กมองเห็นได้ สัมผัสได้โดยตรงและการแสดงเหตุผลขึ้นกับสิ่งที่ปรากฏอยู่ การรับรู้การเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียนนั้น ในเด็กวัยเรียนตอนต้น สามารถแยกความแตกต่างระหว่างสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเจ็บป่วยได้ เด็กจะคิดว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของตนเอง หรือเกิดจากการกระทำของสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งมีเพียงสาเหตุเดียวและสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยนั้น สำหรับเด็กวัยเรียนตอนปลายสามารถอธิบายได้ว่า เชื้อโรคเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย และความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในร่างกาย โดยร่างกายจะสัมผัสกับเชื้อโรคโดยตรง แต่เด็กวัยนี้ยังอธิบายลักษณะอาการเจ็บป่วยคลุมเครือ รวมทั้งไม่สามารถระบุความรู้สึกของตนต่อความเจ็บป่วยได้ (Bibace., & Walsh, 1980; Perrin., & Berrity, 1981; Peters, 1978)

การศึกษาวัยครั้งนี้ ศึกษาในเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตช่วงหนึ่ง เพราะเป็นวัยที่เพิ่งผ่านวัยเด็กเล็ก และกำลังก้าวเข้าสู่วัยรุ่น ต้องปรับตัวเผชิญกับสังคมใหม่ที่โรงเรียน ต้องทำตามกฎระเบียบและคำสั่ง แทนที่จะได้ทำตามใจตนเองได้อย่างเคย อาจมีผลทำให้เกิดความคับข้องใจและความวิตกกังวลที่ตนเองคาดไม่ถึง เด็กวัยนี้มักจะแสวงหาความรัก ความอบอุ่น และการยอมรับจากเพื่อนด้วยวิธีการที่ไม่นุ่มนวล

เมื่อเกิดอารมณ์จะแสดงออกในรูปของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ทั้งทางหน้าตา ท่าทาง และคำพูด ถ้าเด็กมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม อาจเกิดผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดจากปัญหาทางจิต (Psychophysiological disorders) ได้ (อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2548) หรืออาจถูกเก็บกดไว้ภายใต้จิตใจได้สำนึก แล้วแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เมื่อมีภาวะความกดดันทางจิตใจ หรืออาจกลายเป็นบุคลิกภาพที่เบี่ยงเบนได้ในภายหลัง (มงคล หลัคำ, 2536) จะเห็นได้ว่าเด็กในวัยนี้อยู่ในช่วงกลางของการปรับเปลี่ยนพัฒนาการ (the mid of a developmental transition) เด็กจึงมีความอดทนต่อความเครียด และยังคงเผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่หรือน้องอีกด้วย ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะทำให้เด็กเกิดภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติ และอาจมีปัญหาด้านพฤติกรรมการปรับตัวได้ (ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, 2541)

การวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมา มักมุ่งเน้นให้ความสนใจแก่เด็กป่วยและบิดามารดา เป็นส่วนใหญ่ สำหรับงานวิจัยที่มีอยู่เป็นการศึกษาผลกระทบต่อพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยจากบิดามารดา หรือการรับรู้การเจ็บป่วยของตัวเด็กป่วยเอง การศึกษาที่เกี่ยวกับพี่น้องของเด็กป่วยยังมีรายงานอยู่น้อยมาก การศึกษาครั้งนี้จะศึกษาในพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่เด็กมีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะมากน้อยแตกต่างกันไปตามสถานการณ์นั้น มาจากการรับรู้การเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้พี่น้องของเด็กป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมปรับตัวแตกต่างกัน นอกจากจะต้องเผชิญกับการปรับตัวตามขั้นพัฒนาการแล้ว ยังต้องปรับตัวกับการอยู่ร่วมกับเด็กป่วยด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาว่า การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ว่าพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างไรและมีพฤติกรรมปรับตัวเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพในทีมสุขภาพ ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังในการวางแผนพัฒนากิจกรรมการพยาบาล ในการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมแก่เด็กที่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังอย่างไรบ้าง
2. พี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมการปรับตัวอย่างไรบ้าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้นจะส่งผลกระทบต่อพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม บิดามารดามักจะให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ในตัวเด็กเจ็บป่วยอย่างใกล้ชิด จนทำให้เวลา ความใกล้ชิด และความเอาใจใส่ที่มีให้กับพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังลดลง พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยบางรายอาจจะต้องรับผิดชอบงานบ้านแทนเด็กที่เจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้อาจทำให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วย เข้าใจว่าบิดามารดารักตนน้อยลง เกิดความอิจฉา ริษยา โกรธ หรือคับข้องใจ และแสดงออกในรูปของพฤติกรรมการปรับตัวที่เป็นปัญหา ตามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเด็กมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ถูกต้องและเหมาะสม พฤติกรรมการปรับตัวที่แสดงออกมา ก็จะเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) และการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) มาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ โดยกรอบแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) ประกอบไปด้วยการรับรู้ 5 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนจะรับรู้ของตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ในขณะที่บางคนยอมรับว่าตนเองมีโอกาสรiskต่อการเจ็บป่วย
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived severity) ถึงแม้ว่าบางคนจะรับรู้ของตนเองมีโอกาสรiskต่อการเจ็บป่วย แต่พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยจะไม่เกิดขึ้น หาก

บุคคลนั้นขาดการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป บุคคลจะรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการ หรือมีผลต่อการเรียน การงาน ครอบครัว และสัมพันธภาพในสังคม

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived benefits) บุคคลที่รับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสี่ยงต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นสามารถลดภาวะการคุกคามของการเจ็บป่วย

4. การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติ (Perceived barriers) บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นสามารถลดภาวะการคุกคามของการเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันการปฏิบัติก็อาจทำให้เกิดผลในด้านลบ เช่น ความไม่สะดวกสบาย มีค่าใช้จ่ายสูง ไม่สบายใจ ได้รับความเจ็บปวด เสียเวลา เป็นต้น นั่นหมายถึงเกิดอุปสรรคในการปฏิบัติเกิดขึ้น จะมีผลทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วย

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Motivation) ความแตกต่างของอารมณ์ในแต่ละบุคคลที่มีสาเหตุมาจากการถูกกระตุ้นของสิ่งเร้าบางอย่าง ที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วย สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้น อาจเป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคล เช่น ความสนใจ ความห่วงใย สุขภาพของตนเอง ความตั้งใจปฏิบัติตามคำแนะนำ และสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งเร้าหรือสถานการณ์หนึ่งที่บุคคลต้องเผชิญ ทำให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจที่จะแก้ไขปัญหา และการสนองตอบทางอารมณ์โดยมีการรับรู้เป็นสื่อกลาง เมื่อเกิดกลไกเผชิญความเครียดจะส่งผลให้เกิดการปรับตัวเพื่อคงสภาวะสมดุลทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999) จะประกอบไปด้วยการปรับตัว (adaptation modes) 4 ด้าน ได้แก่

1. การปรับตัวด้านสรีระ (physiological mode) เป็นการตอบสนองของบุคคล ที่แสดงออกทางร่างกาย ในระดับ เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่างๆ ของร่างกาย ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพื่อความมั่นคงทางสรีระ (physiological integrity) ได้แก่ ออกซิเจน อาหาร แร่ธาตุ การกำจัดของเสีย กิจกรรมและการพักผ่อน การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ในเด็กที่มีภาวะเครียดและมีปัญหาการปรับตัว พบว่ามีปัญหาการนอนหลับ ปวดศีรษะหรือปวดท้อง เป็นต้น

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นลักษณะทางจิตวิญญาณของบุคคล เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิต (psychic integrity) อัตมโนทัศน์ ประกอบไปด้วย ความเชื่อ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดจากการรับรู้ด้วยตนเอง หรือจากบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วยมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) คือ ความรู้สึกด้านภาพลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเอง ในด้านความรู้สึกนึกคิด (personal self) เช่น ความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ความคิด ศีลธรรมจรรยา ในเด็กที่มีปัญหาการปรับตัว จะมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในด้านลบ มีระดับความวิตกกังวลสูง รู้สึกผิดและซึมเศร้าอย่างมาก เป็นต้น

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นการแสดงบทบาทหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม (social integrity) ในเด็กที่มีปัญหาการปรับตัว พบว่ามีผลการเรียนลดลง ไม่เชื่อฟังผู้ใหญ่ ไม่ช่วยทำงานที่ได้รับมอบหมาย ไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของทางโรงเรียน ไม่ช่วยเหลือดูแลพี่หรือน้องที่เจ็บป่วย เป็นต้น

4. การปรับตัวด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน (interdependent mode) เป็นความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด (significant others) และจากระบบสนับสนุน (support system) โดยเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ได้แก่ ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า เป็นต้น ในเด็กที่มีปัญหาการปรับตัวมักจะรู้สึกโดดเดี่ยว เล่นกับเพื่อนลดลง เป็นต้น

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบรรพพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาจากพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ พี่หรือน้องวัยเรียนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาพยาบาลด้วยโรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคธาลัสซีเมีย และโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบรรพพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

นิยามศัพท์

การรับรู้การเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อควบคุมโรคของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดี ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ถ้าได้ค่าคะแนนรวมการรับรู้

การเจ็บป่วยมาก แสดงถึงระดับการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องมาก คะแนนรวมการรับรู้การเจ็บป่วยน้อยแสดงถึงระดับการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้องน้อย

พฤติกรรมการปรับตัว หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในด้านสรีระ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ถ้าคะแนนรวมพฤติกรรมการปรับตัวมากแสดงว่า เด็กมีพฤติกรรมการปรับตัวถูกต้องดี คะแนนรมน้อยแสดงว่า เด็กมีพฤติกรรมการปรับตัวไม่ถูกต้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำไปใช้วางแผนพัฒนากิจกรรมการพยาบาล และการปฏิบัติงานในการบริการชุมชน การเยี่ยมบ้านหรือครอบครัวที่มีเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อป้องกันพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่ให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแสดงในหัวข้อต่อไปนี้คือ

- ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กและผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก
- พัฒนาการของเด็กวัยเรียนต่อการเจ็บป่วย
- การรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามแนวคิดของเบคเกอร์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม

แรงจูงใจด้านสุขภาพ

- การปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามแนวคิดของรอย

การปรับตัวด้านสรีระ

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

การปรับตัวด้านความสัมพันธ์พี่น้องระหว่างกัน

ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็ก

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) มีลักษณะที่แตกต่างจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute illness) ซึ่งความเจ็บป่วยเฉียบพลันมีเวลาของการเสร็จสิ้นความเจ็บป่วยหรือมีอาการดีขึ้น เกิดใน ช่วงเวลาจำกัด อาจสิ้นสุดด้วยการตายภายในเวลารวดเร็วหรือไม่ก็หายสนิท แต่ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป การรักษาด้วยยา หรือการผ่าตัดในปัจจุบันทำได้เพียงทุเลาอาการหรือความรุนแรงของโรคเท่านั้น พยาธิสภาพอาจพยากรณ์ได้

ไม่ชัดเจนหรือไม่แน่นอน ผู้ป่วยจะสูญเสียการสมดุลของการทำหน้าที่ตามปกติทั้งร่างกายและจิตใจ มีผู้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังในลักษณะต่างๆ ดังนี้

แมททสัน (Mattson, 1972) กลาสค็อก (Glasscock, 1982) และฮอบส์ (Hobbs, 1984) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้คล้ายกันว่า เป็นโรคหรือภาวะเจ็บป่วยของบุคคลที่ทำให้ร่างกายมีการเบี่ยงเบนการทำงานที่ ในระยะเวลาที่ยืดเยื้อ หรือยาวนานกว่าการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งอาจจะยาวนานเป็นปีหรือตลอดชีวิต และผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้การดำเนินชีวิตเบี่ยงเบนไปจากปกติ ทำให้มีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายหรือจิตใจ หรือเกิดความฟิการขึ้นได้ อาจรุนแรงจนเสียชีวิตได้ในที่สุด

โทมัส (Thomas, 1987) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นโรคที่เกิดขึ้นแล้วมีผลให้ร่างกายมีรูปร่างหรือการทำงานของอวัยวะเสียหาย ขัดขวางต่อการดำรงชีวิตในสังคม สิ่งแวดล้อม และการเจ็บป่วยนั้นจะต้องมีอาการของโรค ซึ่งต้องการการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน การพยากรณ์โรคจะแตกต่างกันไป ตั้งแต่มีชีวิตอยู่เหมือนคนปกติ หรืออาจเสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว และการเจ็บป่วยนั้นยากที่จะรักษาให้หายได้ ตัวผู้ป่วยและญาติจะต้องให้การดูแลเป็นอย่างดี ไฮโมวิช และฮาโปเปียน (Hymovich & Hapopian, 1992) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นปัญหาสุขภาพหรือโรคหรือภาวะที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ของร่างกาย

แชนวิลล์ (Ashwill, 1997) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยเป็นเวลานาน และความเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดผลกระทบหรือความจำกัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

เคอร์ตินและลัคิน (Curtin & Lubkin, 1998) ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะที่มีความเจ็บป่วยหรือโรคที่เกิดขึ้นเป็นเวลานาน สามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปมาได้ มีผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลตนเอง เพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้และป้องกันความฟิการที่จะเกิดขึ้นต่อไป

รัชนี สีดา (2548) ได้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังไว้ว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเป็นระยะเวลานาน ความเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดผลกระทบหรือความจำกัดต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ต้องการการช่วยเหลือเป็นพิเศษหรือการฟื้นฟูสภาพที่เฉพาะ เพื่อทำให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่อยู่ได้ และป้องกันความฟิการที่จะเกิดขึ้นต่อไป

สรุปได้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ร่างกายมีความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไปโดยมีความเจ็บป่วยหรือเกิดโรคเป็นระยะเวลานาน ผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกาย

ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ อาจเกิดความพิการหรือ อาจรุนแรงจนเสียชีวิตได้ในที่สุด ทำให้ต้องการการช่วยเหลือและฟื้นฟูเป็นพิเศษ เพื่อให้มีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายหรือจิตใจ หรือ

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก

เมื่อมีเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวเด็กที่เจ็บป่วย และครอบครัวซึ่งประกอบไปด้วยบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก และพี่น้องของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง ผลกระทบดังกล่าวจะแตกต่างกันไปตามองค์ประกอบของครอบครัวและสถานการณ์ความเจ็บป่วย ขณะเดียวกันผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว จะครอบคลุมทั้งผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อเด็ก

ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อเด็กจะแตกต่างกันในเด็กแต่ละคนและแต่ละวัย โดยผลกระทบนั้นจะมีผลต่อการพัฒนาการของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของความเจ็บป่วยเรื้อรัง อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง การรักษาและการพยากรณ์โรคของความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละประเภท เช่น เด็กที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด ด้วยพยาธิสภาพของโรค จะทำให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการบางด้านของเด็กไม่เป็นไปตามวัย ในขณะเดียวกันเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ส่วนใหญ่จะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กน้อยกว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังประเภทอื่น และยังมีผลทำให้เกิดความจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ไม่สามารถออกกำลังกายทุกประเภทได้เต็มที่เหมือนเด็กปกติ และเมื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง เด็กจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะความสามารถในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ รวมทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การที่เด็กต้องเข้ารับการตรวจและวินิจฉัยในโรงพยาบาล เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจะเริ่มถูกแยกจากครอบครัวและเพื่อนๆ โดยเฉพาะเด็กวัยเรียน ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังกับครอบครัว หรือเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังกับเพื่อน ต้องหยุดชะงักหรือเปลี่ยนแปลงไป (พัชรพวรรณ ทิพวงศา, 2542) ส่งผลต่อพัฒนาการด้านสังคมของเด็ก และเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจะมีความกลัวและความวิตกกังวล เริ่มตั้งแต่การทำหัตถการบางอย่าง เช่น การเจาะเลือด การฟ่นละอองยาทางจมูก การฉีดยา เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ระดับความเครียดของเด็กเพิ่มมากขึ้น บางโรคต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยและนาน จะทำให้เด็กมีความวิตกกังวลจากการต้องแยกจากครอบครัวและเพื่อนๆ บ่อยครั้ง ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นภาพรวมที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตของเด็กเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กต่อครอบครัว

เมื่อมีเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว ถือเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวตามสถานการณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว ทันททีที่บิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ทราบว่าลูกเริ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นโรคใดก็ตาม จะทำให้เกิดความไม่สมดุลในครอบครัวทันที ครอบครัวจะมีความเครียด และความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อนุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรังแสดงอาการหรือภาวะสุขภาพ เบี่ยงเบนที่ชัดเจนมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรังแต่ละประเภท ทำให้สมาชิกของครอบครัวที่อยู่ในภาวะปกติ มีการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้บทบาทหน้าที่ของแต่ละคนเปลี่ยนแปลงไป เมื่อนุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง บิดามารดาบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแลบุตร หรือบางคนเปลี่ยนแปลงอาชีพที่เคยทำงานนอกบ้าน อาจต้องปรับเปลี่ยนเป็นการทำงานภายในบ้าน เพื่อดูแลบุตรที่เจ็บป่วยที่บ้านด้วย แต่บิดามารดาบางคนมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่สามารถลาออกจากงานได้ ต้องขาดงานทำให้เกิดรายได้ลดลง หรือมีปัญหาในการทำงานเกิดขึ้น ทำให้เกิดความเครียดได้ (วราภรณ์ หมั่นสา, 2540) นอกจากนี้การที่บิดามารดาต้องดูแลรับผิดชอบทั้งเด็กป่วย พี่น้องเด็กป่วย และภาระหน้าที่ต่างๆ ที่หนักอึ้งอย่างต่อเนื่อง จะทำให้บิดามารดามีปัญหาสุขภาพสุขภาพได้ เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร วิตกกังวลและเกิดความเครียด จนบางครั้งอาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า เป็นต้น จากการศึกษาของรูกา ภูไพบูลย์ (2543) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ บิดา มารดา มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต เช่น ต้องหยุดงานมาเพื่อดูแลบุตร มีภาระเพิ่มมากขึ้น มีหนี้สินและมีปัญหาสุขภาพ มีความเครียดในบทบาทของแต่ละคน รวมทั้งมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย ในฐานะของสามีภรรยาที่ต้องร่วมกันประคับประคองชีวิตครอบครัว ให้ก้าวผ่านภาวะวิกฤตของครอบครัวไปได้ แต่เนื่องจากทั้งบิดามารดา อยู่ในภาวะเครียดที่ต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เวลาที่จะเอาใจใส่ สนใจซึ่งกันและกันลดน้อยลง รวมทั้งมารดาที่ต้องทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ให้นุตรที่เจ็บป่วย และบิดาต้องทุ่มเทเวลาให้กับการทำงานเพื่อหารายได้เพิ่มเติม จึงทำให้โอกาสที่จะเกิดความขัดแย้งระหว่างสามีภรรยามีมากขึ้น และหากสามีภรรยาไม่สามารถประคับประคองชีวิตครอบครัวให้ผ่านพ้นจุดวิกฤตไปได้ ย่อมทำให้เกิดปัญหาครอบครัว เช่น การหย่าร้าง การเกิดขัดแย้ง เป็นต้น ซึ่งจะนำไปสู่การล่มสลายของครอบครัวได้เช่นกัน

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กต่อพี่น้องของเด็กป่วย

เมื่อมีเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นในครอบครัว ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้ส่งผลต่อตัวเด็กที่เจ็บป่วย และบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว อาจจะมีผลกระทบมากกว่าครอบครัวแบบขยาย ในช่วงที่เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในระยะการตรวจวินิจฉัยและเริ่มมีอาการของ

การเจ็บป่วยเรื้อรัง บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก จะให้การดูแลเอาใจใส่กับเด็กที่เจ็บป่วยอย่างใกล้ชิด ทุ่มเวลาส่วนใหญ่ให้กับเด็ก ขณะเดียวกันอาจทำให้เวลาและความใกล้ชิดที่ให้กับลูกที่ไม่เจ็บป่วย ลดน้อยลงไป และหากความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นมีรุนแรงมากขึ้น ยังจะทำให้ผลกระทบต่อพี่น้องที่ปกติมีมากขึ้นด้วย

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับรู้สถานการณ์หรือมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นที่ส่งผลต่อร่างกายของเด็กให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ตามกระบวนการรับรู้ แต่จะเข้าสู่ภาวะสมดุลเมื่อร่างกายมีการปรับตัวที่ดีตามมา การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กวัยเรียนถือเป็นสิ่งเร้าหนึ่ง ที่ทำให้ร่างกายเกิดความเครียด ที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกาย ที่ทำให้สภาวะร่างกายเสียสมดุลเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบทางระบบไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบประสาทอัตโนมัติต่อสิ่งเร้า ไม่ว่าสิ่งเร้าจะเป็นประเภทใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบเช่นเดียวกันและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เช่น การเต้นของหัวใจ ผื่นงาหลอดเลือด การทำงานของระบบทางเดินอาหารและการหายใจ (Selye, 1974) ทำให้ร่างกายแสดงอาการทางกายต่างๆ กัน ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่า ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ นอนไม่หลับ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นการเปลี่ยนแปลงเพียงชั่วคราว และจะหายไปเมื่อร่างกายมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุล ส่งผลให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพอยู่ได้ (Selye, 1976) แต่เนื่องจากพลังงานในการตอบสนองของร่างกายมีจำกัด ซึ่งถ้าบุคคลตกอยู่ภายใต้สภาพเครียดเรื้อรัง จะส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคต่ำลง อาจส่งผลต่อร่างกายโรค หรือความผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกายได้ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นชั่วคราวจะเปลี่ยนเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร (Zohourex, 1988)

2. ผลกระทบด้านอารมณ์ เป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจ/อารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับรู้สถานการณ์หรือมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นที่ส่งผลต่ออารมณ์ของเด็กให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมตามกระบวนการรับรู้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ทักษะของบิดามารดามีส่วนสร้างอารมณ์ของเด็กอยู่มาก เด็กที่ถูกบิดามารดาทอดทิ้ง บิดามารดาไปทำงานทั้งวัน หรือบิดามารดาดูแลเอาใจใส่มากเกินไป ก็กลายเป็นเด็กก้าวร้าวได้ เด็กที่เป็นลูกคนโตบางคนมักเป็นคนเจ้าอารมณ์มากกว่าเด็กคนหลังๆ เพราะเขาต้องการร้องไห้ทำให้เขาได้ในสิ่งที่ต้องการ นอกจากนี้ลูกคนเล็กภายในครอบครัวก็มักจะเป็นเด็กอยู่ตลอดเวลา และกลายเป็นเด็กที่เอาแต่ใจตนเองอยู่ตลอดเวลา เพราะเห็นว่าตนได้รับความเอาใจใส่ตามใจจากบิดามารดานั่นเอง จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าลักษณะทางอารมณ์ของเด็กวัยเรียน นอกจากขึ้นอยู่กับปัจจัยดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อสภาวะทางอารมณ์ของเด็กวัยเรียน คือ การเจ็บป่วยเป็นเรื้อรังในพี่น้องของตนเอง (Malcarne, 2002)

เบค, โรวลิน และวิลเลียม (Beck, Rowlin, & Williams, 1988) กล่าวว่า “การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการเข้าโรงพยาบาลของพี่น้องเป็นภาวะวิกฤตในเด็กอายุ 6-11 ปี และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กวัยนี้มีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม” และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อเด็กวัยเรียนมีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อเด็กวัยเรียนทำให้พี่น้องของเด็กป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อจิตใจ หรือความมั่นคงทางอารมณ์ของเด็กโดยตรง ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กเป็นสิ่งเร้าที่ไปกระตุ้นให้พี่น้องของเด็กป่วยเกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกต่างๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความโกรธ ความสับสน ความขัดแย้ง หรือความสูญเสีย ความรู้สึกเหล่านี้จะกลายเป็นสิ่งคุกคามต่อความผาสุก และกิจวัตรประจำวันของเด็ก (American Academy of Pediatric, 2006) จากการศึกษาของพัชรพรณ ทิพวงศา (2542) ที่ได้ทำการศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญปัญหาของน้องวัยเรียนที่มีพี่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคหอบหืด โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน พบว่า น้องของเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความเครียดจากการที่บิดามารดาไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ และจิตใจให้แก่ตนเอง เช่น บิดามารดาจำเป็นต้องลดหรืองดเว้นการพาไปเที่ยวนอกบ้านในวันหยุด เนื่องจากมารดาต้องดูแลเด็กป่วย และครอบครัวต้องใช้จ่ายอย่างประหยัดเพื่อเก็บเงินเป็นค่ารักษาเด็กที่ป่วย และมีความวิตกกังวลจากการที่ไม่ทราบว่าพี่ของตนเองป่วยเป็นโรคอะไร ห่วงว่าพี่จะตาย ไม่สามารถไปเยี่ยมพี่ที่โรงพยาบาลได้ กลัวว่าต่อไปตนเองจะติดโรคจากพี่ที่เจ็บป่วยได้ และเกิดความรู้สึกเสียใจรู้สึกผิดคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุให้พี่เจ็บป่วย และจากการศึกษาของ คัดแมน (Cadman, 1988) ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะทางกาย และจิตใจของเด็กอายุ 4-16 ปีที่มีและไม่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง และโรคหอบหืด พบว่าพี่น้องของเด็กป่วยจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ คือ พี่น้องของเด็กป่วยจะมีความซึมเศร้า วิตกกังวล และมีการย้ำคิดย้ำทำมากกว่าเด็กที่ไม่มีพี่น้องเจ็บป่วย และจากการศึกษาของ วรรณา เรืองลาภอนันต์ (2543) พบว่าพี่น้องเด็กวัยเรียนของเด็กป่วยโรคหอบหืดมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในด้านลบ คือ พี่น้องของเด็กป่วยจะเรียกร้องความสนใจจากบิดามารดา และรู้สึกอิจฉาเด็กป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่มากกว่าตน นอกจากนี้จากการศึกษาของกาลโล (Gallo et al., 1991) ที่ศึกษาความรู้สึกตีตราจากสังคม (stigma) ของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพบว่าพี่น้อง ร้อยละ 42 เกิดความรู้สึกอับอายขึ้นจากการที่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรัง และไม่ยอมเปิดเผยเรื่องการเจ็บป่วยของพี่น้องตนให้คนอื่นรับรู้ เนื่องจากกลัวเด็กป่วยจะถูกล้อเลียน กลัวการถูกปฏิเสธจากบุคคลอื่นและกลัวถูกนำไปบอกต่อผู้อื่น

3. ผลกระทบด้านสังคม เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่หรือน้องของเด็กวัยเรียนในเรื่องของสังคม ทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมในโรงเรียน หรือเพื่อน ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากพัฒนาการของเด็กวัยเรียน สิ่งหนึ่งคือการค้นหา

วิธีที่ควรทำตนเองอย่างไรจึงจะเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นและสังคม มีความเชื่อมั่นในตนเอง เด็กวัยนี้มีความคิดสร้างสรรค์ ความรู้สึกผิดชอบชั่วดี มีคุณธรรม และคุณค่าทางสังคม เรียนรู้เกี่ยวกับการเสียสละเพื่อส่วนรวม เรียนรู้เกี่ยวกับคุณธรรมที่ได้รับการสั่งสอนจากบ้าน โรงเรียน และสังคม เด็กไทยในฐานะสมาชิกหนึ่งของสังคม สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการปฏิบัติตามวัฒนธรรม หลักศีลธรรม และกฎหมายของชุมชน-สังคม โดยปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบของชุมชนอย่างเคร่งครัด ช่วยเหลือกิจกรรมชุมชน โดยเข้าร่วมในกิจกรรมประเพณีนิยมเช่น งานสงกรานต์ งานวันลอยกระทง เป็นต้น รวมทั้งกิจกรรมทางศาสนาที่จัดตั้งขึ้นในชุมชน นอกจากนี้ยังเข้าร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกัน เช่น ออกไปเที่ยวนอกบ้าน เล่นกีฬา เป็นต้น (พัชรพรพรรณ ทิพวงศา, 2542) การที่บิดามารดาจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ดูแลบุตรที่ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำบทบาทอื่นในครอบครัวที่สมบูรณ์แบบได้ สมาชิกในครอบครัวจึงต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังต้องรับบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การทำกิจกรรมในโรงเรียนและสังคม เช่น การไปเที่ยวหรือการสมาคมกับเพื่อน ต้องลดน้อยลง (Williams, 1993) นอกจากนี้การที่บิดามารดาต้องพาเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจึงต้องพักอยู่ที่บ้าน อยู่บ้านญาติหรืออยู่ตามบ้านเพื่อน จากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้รับกวนหรือกระทบต่อกิจวัตรของครอบครัว เช่น ทำให้ต้องระงับงานรื่นเริงต่างๆ ในครอบครัว การไปเที่ยวพักผ่อน หรือวันสำคัญอื่นๆ มีผลให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดความรู้สึกขุ่นเคือง จำต้องสละความต้องการส่วนตัวไว้ บิดามารดาอาจไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมที่ทางโรงเรียนจัดขึ้นได้ เช่น งานกีฬาสี กิจกรรมวันแม่ เป็นต้น อาจทำให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมไม่เพียงพอได้ (Wong, 1995) จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังได้รับผลกระทบทางด้านสังคม โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่มีอารมณ์สนุกสนาน (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2545) เด็กยังชอบเล่น และมักมีกิจกรรมทางสังคมและกลุ่มเพื่อนๆ อยู่เสมอ เมื่อเด็กต้องมาช่วยบิดามารดาหรือรับผิดชอบในการทำงานบ้านมากขึ้น อาจทำให้กิจกรรมที่เด็กเคยปฏิบัติต้องลดลง หรือควั่นไป ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยเกิดความไม่พอใจที่ได้รับผลกระทบทางด้านสังคมของตนเอง

พัฒนาการของเด็กวัยเรียนต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง

เด็กวัยเรียน (School age children) หมายถึงเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-12 ปี หรือเด็กที่อยู่ในระยะการศึกษาระดับประถมศึกษา (ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, 2541) วัยนี้เป็นวัยที่เด็กเริ่มค้นคิด และมีเหตุผลตามความจริงที่สามารถพิสูจน์ได้ (inductive logic) เป็นวัยที่ต้องออกจากบ้านไปสู่โรงเรียน

และภายนอกครอบครัว การที่เด็กไปโรงเรียนทำให้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักการปรับตัวตามกฎเกณฑ์และปฏิบัติตนให้เป็นที่ยอมรับของสังคม การยึดตนเองเป็นศูนย์กลางลดลง (ego centric or self center) มีการเล่นหรือกิจกรรมกันระหว่างเด็กวัยเดียวกันและเพศเดียวกันเป็นส่วนมาก เด็กวัยนี้ถือเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต คือ เมื่อเด็กเข้าโรงเรียนเด็กจะต้องเรียนรู้การปรับตัวที่ต่างจากประสบการณ์เก่า ให้เข้ากับประสบการณ์ใหม่ๆ หลายอย่าง เช่น ครู บทเรียน สถานที่ ตลอดจนระเบียบวินัย เด็กวัยเรียนยังเป็นวัยที่เริ่มรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ เมื่อเริ่มเข้าโรงเรียนก็ต้องเปลี่ยนเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การตื่น การกินอยู่ การขับถ่าย มาเป็นการที่ต้องปฏิบัติให้ตรงเวลา และภายในระยะเวลาที่จำกัด ต้องทำตามกฎระเบียบหรือคำสั่ง แทนที่จะได้ทำตามความต้องการของตนเองดังที่เคย อาจมีผลทำให้เกิดความคับข้องใจ มีความวิตกกังวลที่ตนคาดไม่ถึง และสิ่งที่ตนทำไม่ได้ตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ยิ่งถ้ามีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังของพี่หรือน้องของตน เป็นต้น อารมณ์ที่เกิดก็อาจรุนแรงยิ่งขึ้น สิ่งแวดล้อมใหม่ดังกล่าว จะทำให้เด็กมีการแสดงออกในรูปของอารมณ์และพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป (สุชา จันทรเฒ, 2543) และเมื่อเด็กเจริญเติบโตขึ้นได้เรียนรู้มากขึ้น เด็กจะสามารถปรับตัวได้ดีเป็นลำดับ จะเปลี่ยนความรู้สึกที่ว่าต้องการให้ผู้อื่นรักใคร่สนใจตัวเองแต่ผู้เดียว ต้องการมีหรือทำกิจกรรมก่อนคนอื่น เป็นความรู้สึกที่ว่าต้องการให้ผู้อื่นรักและพอใจในตัวเขาด้วย เพื่อที่จะได้มีเพื่อนรัก มีคนรัก เมื่อเด็กพัฒนาการมาถึงขั้นนี้ เด็กจะรู้จักยับยั้งชั่งใจได้ดีขึ้น อารมณ์จะค่อยๆ สงบและคงที่ ไม่ทำตามใจตนเองหรือเอาแต่ใจตนเอง (กิติกร มีทรัพย์, 2540) เด็กจะเข้าใจบทบาทของตนเองมากขึ้น มีทักษะการพิจารณาเหตุผลเพิ่มมากขึ้น อารมณ์โกรธของเด็กจะพัฒนาจากการลงมือลงเท้า ร้องกรี๊ดๆ เป็นการเรียนรู้การควบคุมความรู้สึกได้ดีขึ้น เด็กจะมีทางระบายอารมณ์และความรู้สึกออกมาทั้งในลักษณะการพูดคุย และการเล่น เด็กทุกคนควรได้รับการปล่อยให้มีโอกาสได้ระบายอารมณ์ในทางที่เหมาะสม มิฉะนั้นอาจจะเกิดอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกาย (psychosomatic disorders) ได้ แล้วแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเมื่อมีภาวะกดดันทางจิตใจ (ทิพย์ภา เชษฐไชยลิต, 2541: สุชา จันทรเฒ, 2543)

การรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์

การรับรู้การเจ็บป่วย

การรับรู้ (Perception) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้ตัวบุคคลทางจิตวิทยาพิจารณาว่าเป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้า โดยอาศัยประสบการณ์เดิม ความจำ หรือความรู้เดิม ตลอดจนสถานการณ์ในขณะนั้นมาเป็นเครื่องช่วยโดยใช้กระบวนการจัดกระทำกับข้อมูล (Information Processing) คือ เมื่อมีสิ่งเร้าหรือข้อมูลถูกป้อนเข้ามา กระบวนการภายในก็จะดำเนินการจัดกระทำข้อมูลเหล่านั้นเป็นลำดับหลายขั้นตอน ข้อมูลหรือตัวป้อน (Input) จะถูกลงรหัส (Code) แล้วเก็บรวบรวมไว้และนำไปใช้ภายหลัง (Dember & Warm, 1979) บุคคลจะใช้อวัยวะสัมผัส (Sense Organs) ได้แก่ หู ตา จมูก ปาก ผิวหนัง เป็นเครื่องมือสำหรับรับรู้สิ่งเร้าต่างๆ การรับรู้จะสมบูรณ์ได้จะต้องมีอวัยวะสัมผัสสมบูรณ์ด้วย ถ้าอวัยวะใดบกพร่องไป สมรรถภาพการรับรู้ก็จะลดน้อยตามลงไปด้วย และการรับรู้จะต้องมีอารมณ์เข้าไปเกี่ยวข้อง คือ บุคคลเกิดความรู้สึกอย่างไรต่อสิ่งนั้น รู้สึกพอใจ รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกเฉยๆ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ในลักษณะต่างๆ กันดังนี้

ฮิลการ์ด (Hilgard, 1962) ให้ความหมายว่า การรับรู้ คือ ขบวนการในการรับรู้เกี่ยวกับวัตถุ คุณภาพ หรือความสัมพันธ์ต่างๆ โดยทางอวัยวะสัมผัสทั้งหลาย

แกรริสัน (Garrison, 1972) ให้ความหมายว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการที่สมองตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสของร่างกายกับสิ่งแวดล้อม ทำให้ทราบว่าสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และการที่จะรับรู้สิ่งเร้าที่สัมผัสได้นั้นต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความ ถ้าไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน บุคคลก็ไม่สามารถรับรู้ได้ว่าสิ่งนั้นมีความหมายว่าอย่างไร

การรับรู้ตามความหมายในพจนานุกรมของ เวบสเตอร์ (New Webster's Dictionary, 1975) คือ การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล

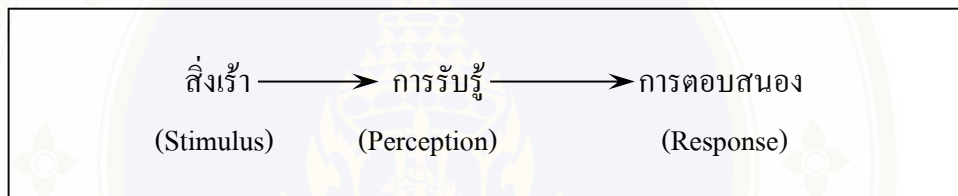
ลินด์เกรน และฮาร์วี (Lindgren & Harvey, 1981) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการตอบสนองโดยการแสดงออกซึ่งเป็นผลมาจากการสัมผัส ซึ่งการแสดงออกนั้นต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการแปลความหมายจากการสัมผัสนั้น

คิง (King, 1981) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดหมาย แรงผลักดันการรับรู้ของบุคคลแต่ละคนเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ของบุคคลนั้น กระบวนการรับรู้ทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากภายนอกโดยทางประสาทสัมผัส

กันยา สุวรรณแสง (2532) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิมแปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึก ระบุรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภากรณ์ (2532) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่อินทรีย์ หรือสิ่งมีชีวิตพยายามทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านทางประสาทสัมผัส กระบวนการเริ่มจากอวัยวะรับสัมผัส (Sensory Organ) สัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วส่งกระแสไปยังระบบประสาทส่วนกลาง จากนั้นสมองอาศัยประสบการณ์เดิม แรงจูงใจ อารมณ์ สติปัญญาเพื่อแปลความหมายจากการรับสัมผัสออกมาเป็นการรับรู้

สุชา จันทร์เอม (2533) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรมกรรับรู้เป็นขบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้า ดังรูปภาพ



รูปภาพ : แสดงพฤติกรรมกรรับรู้

ที่มา : สุชา จันทร์เอม (2533)

รอย (Roy, 1991) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้นเป็นการตอบสนอง ภายใต้สติสัมปชัญญะ อันเป็นผลจากการทำงานของเซลล์ประสาทของสมองในส่วนคอร์เท็กซ์

สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดของบุคคลที่ตีความหรือแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์ แรงจูงใจ อารมณ์ สติปัญญา เพื่อแปลความหมายจากการรับสัมผัสออกมาเป็นการรับรู้ ตามความเข้าใจและตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น

กระบวนการของการรับรู้

กระบวนการของการรับรู้ ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน (สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2524)

1. การเลือก (selection) เป็นกระบวนการเลือกเพื่อที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางอย่างจากบรรดาสสิ่งเร้าทั้งหลาย

2. การจัดระบบ (organization) โดยทั่วไปคนเรามักจะจัดระบบสิ่งเร้า 2 วิธี คือ บุคคลเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้า และแยกสิ่งเร้าที่เลือกออกมาเป็นส่วนของสนใจ แล้วมุ่งความสนใจไปยังส่วนนั้น

เป็นพิเศษ ส่วนอีกวิธีหนึ่งคือการจัดสิ่งเร้านั้นๆ ให้อยู่ในรูปที่ง่ายมากขึ้น ดัดสิ่งที่ละเอียดซับซ้อน หรือสับสนทิ้งไป ซึ่งมักเป็นแนวโน้มของคนไทยทุกๆ ไป

3. การแปลความ (interpretation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการรับรู้ ขั้นนี้บุคคลจะอาศัยคุณสมบัติที่มีอยู่ในตัว เช่น ทักษะการรับรู้ ประสิทธิภาพ ความต้องการ ค่านิยม ฯลฯ เพื่อช่วยในการพิจารณาสิ่งเร้าภายนอก เพื่อผสมผสานสิ่งเร้าภายนอกให้เข้ากับคุณสมบัติภายใน ดังนั้นการแปลความจึงขึ้นอยู่กับอัตวิสัย (subjective) ของผู้รับรู้สิ่งเร้าเดียวกัน ที่เสนอต่อบุคคลต่างๆ กัน บุคคลเหล่านี้จึงแปลความหมายต่างกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะมีความถูกต้อง หรือแตกต่างกันอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ (กรรณิการ์ สุวรรณโคตร, 2527) ได้แก่

1. **ลักษณะของสิ่งเร้า** โดยสิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดความสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ซึ่งลักษณะของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดการรับรู้ได้นั้น ต้องเป็นสิ่งเร้าที่มีความเข้มข้นมาก มีการเคลื่อนไหว มีการเร้าซ้ำบ่อยๆ และสิ่งเร้านั้นมีความแตกต่างจากสิ่งอื่น จะกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ได้ดี และรวดเร็ว

2. **ลักษณะของผู้รับรู้** ซึ่งมีปัจจัยด้านกายภาพ และปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง ต้องสมบูรณ์ หากสิ่งเหล่านี้ผิดปกติ จะทำให้การรับรู้ผิดไป ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นสิ่งที่ผู้รับเลือกสรรสัมผัสเฉพาะที่ต้องการ และแปลความหมายให้กับตัวเอง โดยมีอิทธิพลจากความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีต ความจำ ความต้องการ อารมณ์ เจตคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี ความตั้งใจ

การรับรู้ของบุคคลต่อเรื่องราว เหตุการณ์และสภาวะแวดล้อมต่างๆ มีความแตกต่างกันมากน้อยอย่างไร ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่

1) **ลักษณะของสิ่งเร้า** คือ สิ่งเร้าที่ดึงดูดความสนใจได้ดีจะต้องมีความเข้มข้นกว่า มีการเปลี่ยนแปลง เป็นสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นบ่อยๆ หรือเป็นสิ่งที่ขัดกันกับสิ่งเร้าอื่น

2) **ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้รับรู้** แยกเป็นสองด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ และด้านจิตวิทยา ด้านกายภาพ คือ ลักษณะของตัวรับสัมผัสของผู้รับ ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยา มี 5 อย่าง ดังนี้

1. **ประสบการณ์เดิม** ครั้งแรกที่ได้สัมผัสกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง เด็กได้รับคำบอกเล่าจากผู้ใหญ่ ทำให้เด็กเกิดการรับรู้ แล้วสมองจะสะสมประสบการณ์เดิมเก็บไว้ใช้ในการแปลความหมายของสิ่งเร้าใหม่ๆ ต่อไป ถ้าคนเรามี

ประสบการณ์ที่คล้ายๆ กัน เกี่ยวกับสิ่งเร้าหนึ่งๆ การรับรู้สิ่งเร้านั้นย่อมมีความคล้ายคลึงกันด้วย (ชัยพร วิชาวุธ, 2521)

2. ความต้องการ (Need) บุคคล 2 คน มีความต้องการแตกต่างกัน แต่ถูกเร้าด้วยสิ่งเร้าเดียวกัน การแสดงของบุคคลทั้งสองต่อสิ่งเร้าเดียวกันจะแตกต่างกัน

3. ทักษะคติ (Attitude) ทักษะคติที่มีอยู่เป็นเครื่องรับสิ่งเร้าและเลือกสิ่งเร้า เช่น เรามีทักษะคติไม่ดีต่อคนๆ หนึ่งอยู่แล้ว แม้ว่าเขาจะประพฤติปฏิบัติต่อเราดี เราก็มักจะมองไม่เห็นลักษณะการกระทำนั้นในทางที่ดี

4. ภาวะอารมณ์ (Emotion) เมื่อคนอารมณ์ดี มีความสบายใจ มักจะไม่พิจารณารายละเอียดของสิ่งเร้ามากนัก แต่หากอยู่ในอารมณ์ที่ไม่ดีอาจมองเห็นสิ่งต่างๆ ไม่น่าชอบใจ ไปหมด หรือถ้าอารมณ์เสียมากๆ อาจไม่รับรู้อะไรเลย หรือรับรู้ผิดพลาด

5. ลักษณะของวัฒนธรรม สิ่งต่างๆ จะมีคุณสมบัติตามคุณสมบัติหลักของของส่วนใหญ่ที่รวมกันอยู่ จารีตประเพณี หรือค่านิยมต่างๆ ในสังคมจะเป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของบุคคล บุคคลมีกรอบอ้างอิง (Frame of reference) ต่างกัน กรอบการอ้างอิงนั้น เรานำมาเป็นเครื่องวัดสิ่งต่างๆ ที่เราพบเห็น เพื่อพิจารณาตัดสินคุณภาพของสิ่งนั้นว่าเป็นเช่นไร มุสเสน (Mussen, 1963) กล่าวว่า ความคิดของเด็กนั้น เป็นผลจากอิทธิพลของวัฒนธรรมส่วนหนึ่ง และประสบการณ์ในอดีตส่วนหนึ่ง เด็กแต่ละชาติแต่ละภาษาจะมีความคิดในเรื่องเดียวกันต่างกันได้

นอกจากปัจจัยทางด้านกายภาพและด้านจิตวิทยาดังกล่าวแล้ว ระยะเวลาของการได้พิจารณาสิ่งเร้าโดยรอบคอบก็จะช่วยให้การรับรู้ได้ถูกต้องยิ่งขึ้น เช่น ถ้าเด็กไม่เคยเจ็บป่วยหรือเด็กที่ผ่านการเจ็บป่วยเล็กน้อยและหายอย่างรวดเร็วแล้ว เขาจะไม่รู้สึกถึงประสบการณ์นั้นพอที่จะเกิดความรู้สึกรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ และเด็กที่มีสุขภาพดี สมบูรณ์ มองภาวะสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแตกต่างจากเด็กที่อยู่ในระยะป่วย (Lasky & Eichelberger, 1985) นอกจากนั้นสภาวะการณียังเป็นอันตรายต่อตัวบุคคลหรือความคิดก็จะทำให้การรับรู้ผิดไปด้วย

ความคิดจากประสบการณ์การเจ็บป่วยจะอยู่กับเด็กได้นานเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

1. ความรุนแรงของโรคที่เด็กเจ็บป่วย
2. ระยะเวลาที่เด็กเจ็บป่วย
3. ความยุ่งยากของการรักษา และการที่ต้องปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย
4. การรักษาตัวที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล
5. การเปลี่ยนแปลงภายหลังการเจ็บป่วยกลับสู่สภาพปกติหรือมีผลกระทบต่อร่างกายของเด็กอย่างถาวร

ลักษณะการรับรู้การเจ็บป่วยของเด็ก อายุ 7 - 10 ปี จะเป็นจริงขึ้นเรื่อยๆ ตามประสบการณ์ เด็กจะเข้าใจว่าการรักษาจะช่วยให้หายจากการเจ็บป่วย เมื่ออายุ 11 ปีขึ้นไป เข้าใจวิธีการรักษา เข้าใจผู้รักษาและร่วมมือการรักษา แต่ก็ยังมีความกังวลเกี่ยวกับรูปร่าง ความแข็งแรง และหน้าที่การทำงาน อวัยวะเพศ บางครั้งความเจ็บป่วยทำให้เด็กมีความรู้สึกเป็นปมด้อย ซึ่งถ้าไม่ได้รับคำอธิบายให้เข้าใจอาจทำให้เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (อำพล สุอำพัน, 2530) การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยและการรักษาที่เช่นกัน เด็กวัยเรียนสามารถบอกถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง บรอดอร์ (Broeder, 1985) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ของเด็กวัยเรียนต่อการอยู่ห้องแยกพบว่า เด็กอายุ 9 ปี สามารถบอกเหตุผลการอยู่ห้องแยกได้ว่า เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น แต่เด็ก 6 - 7 ปี ยังไม่เข้าใจเหตุผลของการอยู่ห้องแยก เด็กอายุ 7 - 10 ปี สามารถบอกความแตกต่างระหว่างสาเหตุของความเจ็บป่วยและลักษณะของความเจ็บป่วย สาเหตุของความเจ็บป่วยที่เด็กวัยนี้คิดก็คือ การสัมผัสกับบุคคลหรือวัตถุหรือเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย จึงทำให้เด็กได้รับความเจ็บป่วย แต่การอธิบายถึงความเจ็บป่วยภายในยังคลุมเครือไม่ชัดเจน ในเด็กอายุ 11 ปี สามารถแยกความแตกต่างระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นชัดเจน จะบอกได้ว่าจุลชีพอยู่รอบๆ ตัวเอง การอธิบายความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายในนั้นสามารถบอกได้ว่า อวัยวะภายในไม่ทำหน้าที่หรือทำหน้าที่บกพร่อง การศึกษาของ แคมเบลล์ (Campbell, 1976) ซึ่งทำการเก็บข้อมูลจากเด็กอายุ 6 - 12 ปี จำนวน 261 คน พบว่า เด็กวัยเรียนตอนต้น บอกสาเหตุของความเจ็บป่วยไม่ชัดเจน แต่เด็กวัยเรียนตอนกลาง และตอนปลายสามารถบอกได้เฉพาะเจาะจง และยังสามารถบอกได้อีกว่าการเจ็บป่วยทำให้การมีบทบาทเปลี่ยนไป พิเจียน (Pidgeon, 1985) ได้กล่าวว่าเด็กวัยเรียนถ้ามีการเจ็บป่วยขึ้นจริง มโนทัศน์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยก็จะชัดเจนยิ่งขึ้น และเด็กอายุ 6 - 7 ปี สามารถบอกได้ว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อโรค แต่ไม่ชัดเจนนัก เด็กอายุ 8 - 12 ปี บอกว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจุลินทรีย์ สำหรับเด็กอายุ 11 12 ปี บอกว่าการเจ็บป่วยที่ต่างกัน มีสาเหตุต่างกัน และแยกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากโรค หรือปฏิกิริยาของร่างกาย และจากการศึกษาของวูด (Wood, 1983) พบว่า ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก อายุ 9 - 10 ปี แตกต่างจากการรับรู้ของเด็กอายุ 5 - 6 ปี และ 7 - 8 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของบีเลส และคณะ (Beales, et al., 1983) ทำการสัมภาษณ์เด็กอายุ 7 - 17 ปี จำนวน 75 คน ซึ่งป่วยเป็นโรคข้ออักเสบเรื้อรัง (Juvenile chronic arthritis) พบว่าเด็กในกลุ่มอายุ 7 - 11 ปี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เห็นอาการแสดงชัดเจนมากกว่าความผิดปกติภายในร่างกาย และสามารถเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษา

เด็กวัยเรียนสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยว่าจะทำให้สูญเสียตำแหน่งในครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อมาอยู่โรงพยาบาล กล่าวว่าบิดามารดาจะหันไปสนใจพี่น้องของตน

มากกว่า กล่าวว่าจะต้องขาดโรงเรียน กลัวสังคมไม่ยอมรับ การเจ็บป่วยทำให้ไม่ได้เข้ากลุ่มกับเพื่อน และถ้าเจ็บป่วยเป็นเวลานาน กลัวว่าความสามารถในการทำงาน หรือกิจกรรมต่างๆ จะไม่เหมือนเดิม ส่วนพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ที่บ้านเมื่อเห็นบิดามารดามาอยู่โรงพยาบาลเพื่อดูแลเด็ก ก็จะเข้าใจว่า บิดาเอาใจใส่และรักพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าตนเอง กลัวเพื่อนๆ และสังคมจะรังเกียจ ไม่ยอมรับ ที่ตนเองมีพี่น้องเจ็บป่วย กลัวว่าจะไม่สามารถออกไปเรียนกับเพื่อนๆ ได้เพราะต้องดูแลหรือทำงานแทนพี่น้องที่เจ็บป่วย ยิ่งถ้ามีการรักษาที่ยุ่งยากมาก ความกลัวก็จะยิ่งมากขึ้น (Steele, 1971) เด็กวัยเรียนนี้ยังสามารถรับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เด็กรู้ว่าบิดามารดาต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อหาเงินมาเป็นค่ารักษาอาการเจ็บป่วย ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมและร่างกาย เด็กจะมีการรับรู้ที่เป็นจริงเกี่ยวกับร่างกาย สามารถบอกได้ว่าการเจ็บป่วยทำให้เกิดผลเสียต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีสุขภาพดี แต่ถ้าเด็กวัยนี้รับรู้ว่าการเจ็บป่วยมีผลต่อสุขภาพไปในทางไม่ถูกต้องกับสภาพความเป็นจริง นอกจากนี้เด็กวัยนี้เด็กวัยนี้ยังเชื่อว่าร่างกายของคนมีพลังที่จะป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญในการป้องกันร่างกาย (Reichenbach, 1986)

การรับรู้ยังเป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การที่บุคคลนึกคิดหรือเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ จะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวทางการคิด และความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2527) โรเคิช (Rokeach, 1970) กล่าวว่า ความเชื่อมีอิทธิพลอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยของบุคคล ในด้านการป้องกันโรค (Becker & Maiman, 1975) ต่อมา เบคเกอร์ ได้ปรับปรุงแบบแผนการรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และจะต้องมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมอนามัยร่วมกับ การรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย (Becker, 1974)

องค์ประกอบที่สำคัญในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) มีดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วนั้น มโนทัศน์ในการวัดด้านนี้ สามารถวัดได้ 3 ทาง คือ

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคหรือข้อสรุปของแพทย์ ซึ่งอาจจะทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคผิดไป

1.2 การคาดคะเนของบุคคล ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือโอกาสที่จะเป็นซ้ำ

1.3 ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังที่เบคเกอร์ และคณะ (Becker, Haefner, Kirscht & Drachman, 1977) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองมีโอกาสดังกล่าวได้ง่าย เมื่อมีน้ำหนักเกิน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือทั้งในการควบคุมอาหารทำให้น้ำหนักตัวของบุตรลดลง และในการมาตรวจตามนัด เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1988) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับความร่วมมือในการเดินออกกำลังกาย และฮาลาล (Hallal, 1982) รายงานว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมรั้งในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าว แม้บุคคลจะมีการรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองมีโอกาสดังกล่าวได้ง่าย แต่เขาจะต้องเชื่อว่า โรคที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมความร่วมมือเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ในด้านนี้ เป็นเรื่องราวของความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง ดังเช่นที่ ไฮเซลมานน์ (Heinzelmann, 1962) พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณสมบัติมีความรุนแรง ทั้งในด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของเขาเอง และเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ จะให้ความร่วมมือในการรับประทายยาเพนนิซิลิน เพื่อป้องกันโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา/การปฏิบัติ (Perceived benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980) พบว่า การรับรู้ถึงประสิทธิผลของการออกกำลังกายตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฮาลาล (Hallal, 1982) ที่พบว่า ผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) การรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลที่มีต่อการปรับตัวทางด้านสุขภาพของบุคคลในทางลบ อาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย และเวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ความไม่สะดวกหรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ความยากลำบากในการปฏิบัติตาม การลืมการปฏิบัติที่ต้องใช้เวลานานหรือขัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้ถ้ามีมากจะทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้อีกหลายประการ เช่นที่ คลิงเกอร์ (Klinger, 1984) พบว่า เวลาและความไม่สบายจากโรคและความ

เจ็บป่วยต่างๆ การลืม และการได้คำแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

5. แรงจูงใจ (Motivation) แรงจูงใจในที่นี้ หมายถึงความแตกต่างของอารมณ์ในแต่ละบุคคลที่ถูกเร้าโดยสิ่งเร้าบางอย่าง เช่น เรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วยนั้น การวัดแรงจูงใจมักจะวัดในเรื่องความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปและความต้องการหรือความตั้งใจที่จะร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ ไฮน์เซลมานน์ และ บากเลย์ (Heinzemann & Bagley , 1970) พบว่า เหตุผลของผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายเพราะต้องการมีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค ใช้เป็นเครื่องหย่อนใจและให้ความสนุกสนานด้วย เช่นเดียวกับ โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1975) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางพันธุกรรมแก่ประชาชน เป็นแรงจูงใจให้บุคคลที่สนใจเข้าร่วมในโปรแกรมการตรวจหาความผิดปกติของโรคนี้

แบบแผนการรับรู้นี้ได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางในผู้ใหญ่ที่ปกติ ผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วย และเด็กที่เจ็บป่วย จนเป็นที่ยอมรับกันว่าสามารถทำนายการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยได้ แต่การนำรูปแบบโครงสร้างการรับรู้มาอธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติในเด็กปกติหรือเด็กที่มีสุขภาพดีนั้น ยังไม่มีการนำเสนอ หรือศึกษามาก่อน จึงยังต้องการการศึกษากันอีกมาก (Kelly, et al. 1976) ลีวิส และคณะ (Lewis, et al 1977) ได้ทำการศึกษาและสรุปว่าเด็กวัยเรียนนั้นสามารถใช้โครงสร้างเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ และเด็กวัยนี้สามารถที่จะตัดสินใจในการดูแลตนเองเพื่อดำรงภาวะสุขภาพได้ (Lasky & Eichellberger 1985) ส่วนการศึกษาของกอกซ์แมน (Gochman) ในปีค.ศ. 1971 และ ค.ศ. 1972 การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากอุบัติเหตุและโรคต่างๆ ของเด็กวัยเรียนสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัย และการรับรู้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม (Gochman, 1970; Gochman, 1971; Gochman, 1972; Gochman & Bagramina, 1972) นอกจากนี้ เรเดียส และคณะ (Radius et al.1980) พบว่า ความเชื่อของเด็กกับพฤติกรรมอนามัยไม่สัมพันธ์กัน ส่วนไรน์เฮนบาค (Reihenbach, 1986) ศึกษาในปีค.ศ. 1985 การรับรู้ภาวะสุขภาพจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาของเวเซนเบิร์ก และคีเกลส์ (Weisenberg & Kegeles, 1980) ซึ่งทำการศึกษาศูนย์เด็กวัยเรียนเกรด 7 เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันปัญหาโรคฟัน พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัย ไม่ได้เป็นเหตุเป็นผลต่อกันแต่มีการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน

การปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามแบบแผนการปรับตัวของรอย

ความสำคัญของการปรับตัว

จากแนวความคิดของรอย (Roy & Andrews, 1999) กล่าวว่าบุคคลเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าหรือการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ย่อมต้องการการปรับตัวต่อสิ่งเร้า หรือการเปลี่ยนแปลงนั้น โดยแสดงออกในแง่ของพฤติกรรมกระทำ หรือการแสดงความรู้สึทางด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านความสัมพันธ์ซึ่งพาระหว่างกัน โดยรอยมีความเชื่อว่า บุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบด้านชีว-จิต-สังคม (bio-psycho-social) มีความสัมพันธ์เป็นหน่วยเดียวกัน สิ่งใดก็ตามที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ก็จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ/อารมณ์ และสังคมด้วย นอกจากนี้บุคคลยังถือเป็นระบบเปิด ที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลจึงมีความจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อการมีชีวิตรอด (survival) การเจริญเติบโต (growth) การสืบทอดเผ่าพันธุ์ (reproduction) และความรอบรู้เพื่อเอาชนะอุปสรรคต่างๆ (mastery) การปรับตัวที่เหมาะสมจะทำให้เกิดความมั่นคง (integrity) และการเกิดภาวะสุขภาพที่ดี (wholness) ส่วนการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้นจะทำให้เกิดผลในทางตรงกันข้ามคือ มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้สึกลดทอน ต่อต้านไม่เป็นมิตร (Gordon. M, 1982 อ้างใน Bomar, p. 181) ส่งผลให้ไม่บรรลุเป้าหมายของการปรับตัวได้

กระบวนการของการปรับตัวของบุคคลที่เปรียบเสมือนระบบ

รอยได้ประยุกต์ทฤษฎีระบบมาใช้อธิบายถึงสิ่งนำเข้า (inputs) กระบวนการควบคุม (control process) สิ่งนำออก (outputs) และกระบวนการย้อนกลับ (feedback process) ซึ่งสิ่งนำเข้าหมายถึงสิ่งเร้า (stimuli) และระดับของการปรับตัว (adaptive level)

1. สิ่งเร้า หมายถึง สิ่งที่เกิดกระตุ้นการปรับตัวของบุคคล ซึ่งมีทั้งสิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายใน โดยสิ่งเร้าภายนอกมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ส่วนสิ่งเร้าภายในจะมาจากภายในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งเร้าทางกายภาพ สรีรภาพ จิตสังคม หรือหลายอย่างรวมกัน โดยสามารถแบ่งออกได้ 3 ชนิด คือ

(1) สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าภายในหรือภายนอกที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้นโดยตรง โดยสิ่งเร้านี้เปรียบได้กับระดับของการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปรับตัว

(2) สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่นๆ ที่อยู่ในสภาพการณ์นั้นๆ แล้วมีผลต่อสิ่งเร้าตรง โดยอาจจะมีผลทางบวกหรือทางลบต่อการปรับตัวก็ได้ สิ่งเร้าร่วมทางบวกจะช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวได้เหมาะสม ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งที่จะช่วยลดอิทธิพล

จากสิ่งเร้าตรงทำให้ปัญหาในการปรับตัวลดน้อยลง ส่วนสิ่งเร้าร่วมทางลบเปรียบเสมือนเสริมความรุนแรงของสิ่งเร้าตรง ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดปัญหาการปรับตัวเพิ่มขึ้น

(3) สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) นับว่าเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่อาจจะมียุทธพิพลต่อสถานการณ์ในขณะนั้น ซึ่งอาจมีผลต่อการปรับตัวที่ไม่ชัดเจน อาจตรวจสอบได้ยาก หรือตรวจสอบไม่ได้เลย เช่น ทักษะคติ ค่านิยม ความเชื่อ เป็นต้น

ผลที่เกิดจากสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิด ที่กล่าวมานั้นจะก่อให้เกิดเป็นระดับการปรับตัว (adaptation level) ซึ่งหมายถึง ขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่ง ถ้าสิ่งเร้าอยู่ในขอบเขตความสามารถในการปรับตัว บุคคลจะมีการตอบสนองในทางบวกหรือเกิดพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นอกขอบเขตแล้ว บุคคลจะตอบสนองในทางลบ หรือมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ระดับของการปรับตัวของบุคคลมีขอบเขตจำกัดไม่เหมือนกัน ขอบเขตการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่จะกว้างขึ้น แต่ถ้าหากบุคคลเคยมีประสบการณ์การปรับตัวที่ผ่านมา ก็จะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Roy & Andrews, 1999)

2. กระบวนการควบคุม

เมื่อเกิดสิ่งนำเข้า คือสิ่งเร้า และก่อให้เกิดระดับของการปรับตัวขึ้น บุคคลจะมีกระบวนการควบคุมสิ่งเร้าเกิดขึ้นเรียกว่า กลไกการเผชิญความเครียด (coping mechanism) โดยกลไกนี้อาจมีมาแต่กำเนิด (innate coping mechanism) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีผลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ หรืออาจเกิดขึ้นในภายหลัง (acquired mechanism) ที่เกิดจากการเรียนรู้หรือพัฒนาการของบุคคลก็ได้ รอยได้จำแนกกลไกการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ระบบ หนึ่งคือระบบการควบคุม (regulator subsystem) หมายถึงการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ อันเป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาทซาร์เคมี และต่อมไร้ท่อ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามาในระบบการควบคุม ระบบประสาทจะรับและส่งผ่านความรู้สึกไปกระตุ้นการทำงานของซาร์เคมีและระบบต่อมไร้ท่อเพื่อที่จะควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายให้อยู่ในสภาวะสมดุล ส่วนอีกระบบหนึ่งคือ ระบบการรับรู้ (cognator subsystem) หมายถึง การตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยผ่านกระบวนการ 4 อย่างคือ การรับรู้หรือการรับข้อมูล (perceptual/ information processing) การเรียนรู้ (learning) การตัดสินใจ (judement) และการตอบสนองทางอารมณ์ (emotion) ซึ่งการเรียนรู้หรือการรับข้อมูลนั้นจะเกี่ยวกับกิจกรรมการพิจารณาเลือก รวบรวม และจดจำในสิ่งที่บุคคลนั้นสนใจ การเรียนรู้เป็นลักษณะของการลอกเลียนแบบ การเสริมแรงทางบวก และการหยั่งรู้ที่ลึกซึ้ง ส่วนการตัดสินใจนั้นเป็นกิจกรรมของการแก้ไขปัญหา และการตอบสนองทางอารมณ์ จะเป็นกลไกการใช้การป้องกันหรือกระบวนการทางจิตที่บุคคลใช้

บรรเทาความวิตกกังวล และประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งระบบของการรับรู้จะมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำหน้าที่เสมือนหน่วยเดียวกันที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ โดยมีการรับรู้เป็นสื่อกลาง เมื่อเกิดกลไกเผชิญความเครียดจะส่งผลให้เกิดการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน (adaptive mode) ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและประเมินได้ (Roy & Andrews, 1999) ซึ่งการปรับตัวทั้ง 4 ด้านได้แก่

(1) การปรับตัวด้านร่างกาย (physiologic mode) เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มาจากสิ่งแวดล้อม โดยจะเป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่างๆ ในร่างกายของบุคคล ซึ่งจะเป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย (physiologic integrity) อันจะตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย 5 ชนิด คือ ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน และการป้องกัน อีกทั้งยังรวมถึง การทำหน้าที่ของระบบควบคุม คือ การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำและเกลือแร่ การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อ

(2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นการปรับตัวที่มุ่งรักษาความมั่นคงทางจิตใจ (psychic integrity) ที่เน้นในด้านจิตใจและจิตวิญญาณของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ และความรู้สึกที่บุคคลยึดเหนี่ยวเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง โดยจะเป็นการรับรู้ทั้งที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และการรับรู้ปฏิกิริยาจากบุคคลอื่นๆ ที่มีต่อตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. อัตมโนทัศน์ด้านกายภาพ (physical self) เป็นความรู้สึกของตนเองต่อรูปร่าง การทำหน้าที่ ความรู้สึก ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งอัตมโนทัศน์ด้านกายภาพจะประกอบไปด้วย ด้านการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (body sensation) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถภาพของร่างกาย ด้านภาพลักษณ์ (body image) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับขนาดรูปร่างหน้าตา และท่าทางของตนเอง

2. อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ด้านความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย ด้านความสม่ำเสมอแห่งตนหรือความมั่นคงในตนเอง (self-consistency) ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในตนเอง หรือมีความสม่ำเสมอในชีวิต ถ้าความรู้สึกนี้ถูกคุกคามจะทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว และความไม่แน่ใจ ด้านปณิธานแห่งตนหรือปณิธานความคาดหวัง (self-idea) เป็นสิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือมุ่งหวังที่จะเป็น ซึ่งจะ เป็นพื้นฐานในการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ได้มุ่งหวังไว้ ถ้าบุคคลไม่สามารถประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังและไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะมีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และเบื่อหน่ายชีวิต ด้านศีลธรรม จรรยา (moral-

ethical self) บุคคลจะใช้คุณธรรมจรรยาของตนเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติและพิจารณาตัดสินสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นสิ่งถูกหรือผิด ดีหรือเลว ร่วมกับความเชื่อที่ตนเองยึดถืออยู่ ถ้าบุคคลรู้สึกว่าจะเมิดกฎเกณฑ์และมาตรฐานทางศีลธรรมที่ได้กำหนดไว้ จะเกิดความรู้สึกผิดและติเตียนตนเอง นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ยังเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลต่อคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกที่ตนเองมีประโยชน์ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นๆ หรือไม่ มากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลมีการพัฒนาในส่วนของอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายดังที่กล่าวมาแล้วดี ก็จะมีการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีด้วย เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นจะประกอบอยู่ในทุกส่วนของอัตมโนทัศน์

(3) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านสังคม (social integrity) โดยเป็นการปรับตัวทางสังคมที่เน้นบทบาทและตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นๆ ซึ่งจะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสม และแสดงออกเป็นพฤติกรรมเครื่องชี้นำ (instrument behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ที่สังคมกำหนดไว้ และพฤติกรรมที่มีความหมาย (expressive behavior) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกตามความรู้สึกหรือตามทัศนคติ ความชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับบทบาทที่ตนเองได้รับ รอยได้กล่าวถึงบทบาทของบุคคลว่ามีอยู่ 3 ระดับคือ

1. เพศ และระดับพัฒนาการ (primary role) บทบาทเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลในช่วงหนึ่งๆ ของชีวิต เช่น บทบาทเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

2. บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ กัน ที่เกี่ยวกับงานตามระดับพัฒนาการและตามบทบาทปฐมภูมิ ได้แก่ บทบาทในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บทบาทตามอาชีพ เช่น ครู พยาบาล เป็นต้น

3. บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับ เช่น บทบาทสมาชิกสมาคม ชมรม หรือองค์กรต่างๆ บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

ปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การแสดงบทบาทที่ถือว่าเหมาะสมนั้นประกอบด้วยพฤติกรรมแสดงออกตามบทบาท (instrumental behavior) ต้องเป็นไปตามที่คาดหวังและต้องมีการแสดงออกที่ดีต่อบทบาทที่ตนดำรงอยู่ (expressive behavior) ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลมีปัญหาในการ

ปรับตัวตามบทบาทจะทำให้บุคคลนั้นอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ที่จะแสดงออกใน 4 รูปแบบ คือ

1) การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ineffective role transition) หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากไม่เข้าใจ ขาดความรู้ หรือไม่มีบทบาทในแบบอย่างนั้น

2) การแสดงบทบาทที่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (role distance) หมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงบทบาทได้เหมาะสมทั้งด้านพฤติกรรมและวาจา แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง เช่น ผู้ป่วยแสดงกิริยาสดชื่นแจ่มใส เพื่อปกปิดความวิตกกังวล และความกลัวที่ตนมีอย่างมากต่อความเจ็บป่วย เป็นต้น

3) ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเต็มที่ตามที่ควรจะเป็น เนื่องจากเกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทนั้น เช่น ผู้หญิงที่ใช้เวลาส่วนใหญ่กับการทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาเลี้ยงดูบุตรเท่าที่ควร จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้ง

4) ความล้มเหลวในบทบาท (role failure) หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ตามที่ควรจะเป็นได้เลย เช่น ผู้ชายที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งต้องเลี้ยงดูบุตรและภรรยาแต่มาเกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้วไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้อีกเลย

(4) การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน (interdependence mode) เป็นการปรับตัวที่เน้นในด้านของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการให้และการรับ ความรัก ความเคารพ และการมองเห็นคุณค่า โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมการปรับตัวด้าน พฤติกรรมการรับ (receptive behavior) และพฤติกรรมการแสดงความช่วยเหลือ (contributive behavior) เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของการให้ได้ความรัก ความเคารพ และมองเห็นคุณค่า ในการรักษา ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต (significant others) และบุคคลที่เกี่ยวข้องในระบบของการเกื้อหนุน (support systems)

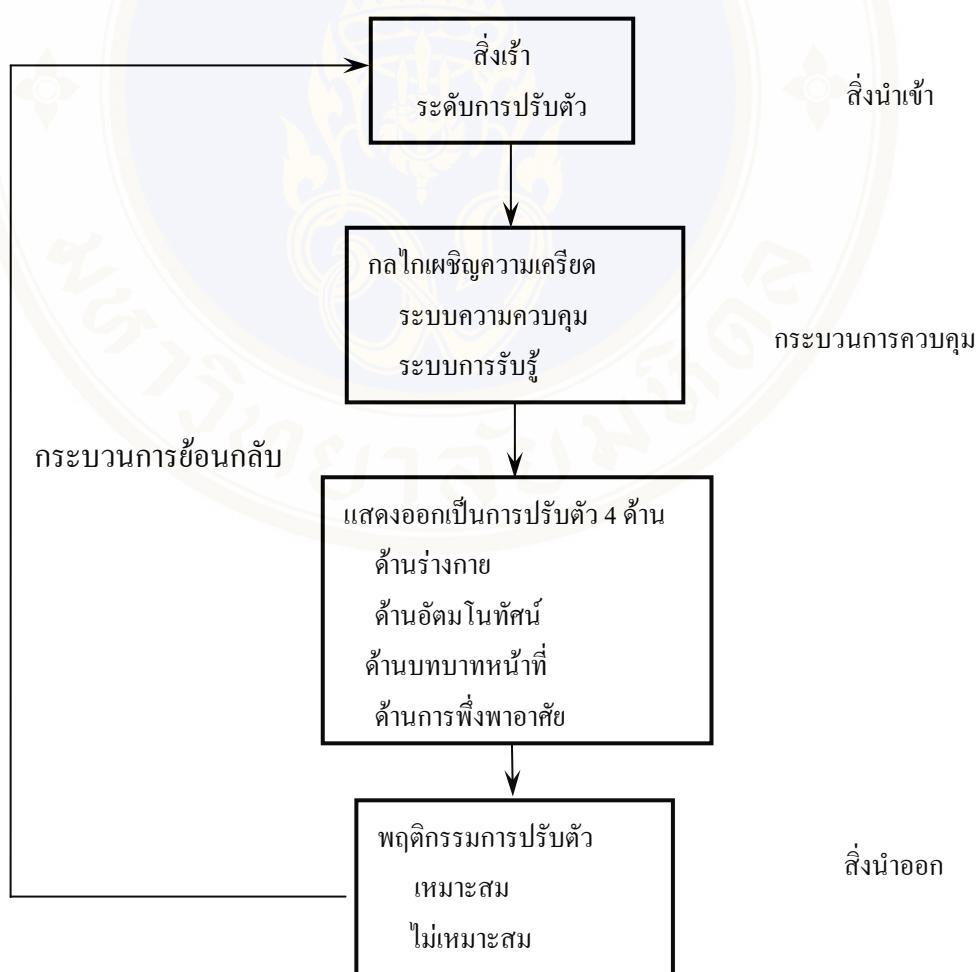
ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการปรับตัวทางด้านนี้จะแสดงออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (dysfunction dependence) หมายถึง การที่บุคคลมีการแสดงออกของการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากเกินไป จนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การพัฒนาการ และระดับวุฒิภาวะได้

2. การพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (dysfunction independence) หมายถึง ความรู้สึกขัดแย้งที่เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถมีอิสระในการช่วยเหลือตนเองตามที่ต้องการได้จึงแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว โกรธ หงุดหงิด และทำร้ายผู้อื่น บางรายอาจเฉยเมย แยกตัวเอง

3. สิ่งนำออก การปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ที่แสดงออกมานั้นจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล โดยจะเป็นสิ่งที่สังเกต ตรวจสอบ หรือวัดได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกมา ในการตัดสินใจประสิทธิภาพของพฤติกรรมจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงการประเมินด้วยตนเองหรือการรับรู้ของบุคคลและภาวะแวดล้อมในขณะนั้นๆ ด้วย ซึ่งพฤติกรรมการปรับตัวจัดเป็นสิ่งนำออกของระบบการปรับตัว ถ้ามีพฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองของบุคคลที่ส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงตามเป้าหมายของการปรับตัว จัดว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม (adaptive behavior) แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นตอบสนองออกมาในทางตรงกันข้ามจัดได้ว่าเป็น พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (ineffective behavior)

4. กระบวนการย้อนกลับ เมื่อเกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม และพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้น จะย้อนกลับเป็นสิ่งที่นำเข้าสู่ระบบเพื่อการปรับตัวต่อไป ซึ่งสามารถแสดงเป็นรูปภาพได้ดังนี้



รูปภาพ : แสดงการปรับตัวของบุคคลที่เปรียบเสมือนระบบ

ที่มา : Andrews & Roy, 1999

การปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย การเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กในครอบครัว จัดได้ว่าเป็นสิ่งเร้าตรงต่อพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนั้น และมีความจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ได้แก่การปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านความสัมพันธ์พึ่งพาสัมพันธระหว่างกัน ดังนี้

1. การปรับตัวด้านสรีระ

การปรับตัวด้านสรีระตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายของบุคคล ทั้งในระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่างๆ ของร่างกาย ว่าสามารถทำหน้าที่ในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมจากภายนอกได้หรือไม่ โดยการตอบสนองความต้องการ ด้านร่างกาย 5 ประการ ที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย ได้แก่ความต้องการออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย กิจกรรมการพักผ่อนและการป้องกัน และกระบวนการซับซ้อนอีก 4 กระบวนการตอบสนอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก น้ำและอิเล็กโทรลิตส์ การทำงานของระบบประสาท การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ (Roy & Andrews, 1999)

จากการวิจัยเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งของ เซลท์เซอร์ และคณะ (Zeltzer et al., 1996) ในโครงการร่วมจากหลายสถาบัน โครงการศึกษาเด็กที่มีพี่น้องน้องเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 254 คน อายุ 4-18 ปี เปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับกลุ่มเด็กที่ไม่มีพี่น้องน้องเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า เด็กที่มีพี่น้องป่วยมีภาวะสุขภาพดีปานกลาง และพบว่าปัญหาสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลับพบว่าได้รับการดูแลรักษาน้อยมาก โดยบิดามารดามักจะไม่ค่อยได้พาไปพบแพทย์ เมื่อเปรียบเทียบกับบิดามารดาของกลุ่มควบคุม และพบว่าภาวะสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยของพี่น้องที่เป็นโรคมะเร็ง

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ตามทฤษฎีของรอย ประกอบด้วยการปรับตัว 2 ส่วน คือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) มีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ ความรู้สึกต่อร่างกาย และภาพลักษณ์ ในเด็กวัยเรียนจะเริ่มวิตกกังวลกับรูปร่างของตนเอง อยากสวย อยากแข็งแรง (สุชา จันทรเฒ, 2543) ในเด็กอายุ 4-11 ปี ที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคมะเร็งจากการศึกษาของ วอล์คเกอร์ (Walker, 1998) พบว่ามีความเครียดจากการกลัวความตาย และจากงานศึกษาอื่นพบว่า เด็กที่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรังมีความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง มีภาพลักษณ์ต่อร่างกายตนเองในทางลบ (a negative body image) เนื่องจากเห็นสภาพการ

เปลี่ยนแปลงของร่างกายของเด็กป่วย เช่น อ้วนขึ้นอย่างรวดเร็ว มีแผลเปื่อย ผอมร่างจนหมดศีรษะ ได้รับความเจ็บปวดจากการรักษา บางรายถูกตัดแขน ตัดขา เป็นต้น มีผลให้พี่น้องเป็นห่วงสุขภาพของตนเองกลัวว่าจะเป็นเช่นเดียวกับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีความวิตกกังวลอย่างมาก บางรายอาจแสดงออกเป็นความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ (physical symptoms) ในเด็กบางรายก็เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีของตนเองเมื่อเห็นความทุกข์จากการเจ็บป่วยของพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Sargent, 1995)

2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ด้านความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่

2.2.1 ความมั่นคงในตนเอง (self consistency) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง ในการคงไว้ซึ่งความมั่นคงหรือความปลอดภัยของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ หากบุคคลรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม เกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงของตนเอง จะแสดงพฤติกรรมออกมาให้เห็นเป็นความวิตกกังวล ความไม่สบายใจหรือความเจ็บปวดด้านจิตใจ

2.2.2 ปณิธานความคาดหวัง (self-ideal expectancy) เป็นการรับรู้ตนเองในเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด และความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองด้วย หากบุคคลไม่บรรลุตามที่นึกคิดหรือคาดหวัง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เหนื่อยหน่ายชีวิต หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่างๆ หรือเกิดภาวะไร้อำนาจ (powerlessness) ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่า ตนเองขาดอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ

2.2.3 ศีลธรรมจรรยา (moral-ethical self) หมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับศีลธรรม จรรยา กฎเกณฑ์ต่างๆ ค่านิยมทางสังคม ศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้ละเมิดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรม จรรยา ที่เรียนรู้และสะสมไว้แล้ว จะเกิดความรู้สึกผิด มีบาป ตีเดียมนตนเอง ทำให้เกิดความทุกข์ใจ และมีความตึงเครียดทางจิตใจเกิดขึ้น ดังนั้นความรู้สึกผิด เป็นภาวะที่บุคคลประเมินตัดสินการกระทำของตนเองที่ทำผิดไปและลงโทษตัวเองในการกระทำนั้นๆ

ผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลโดยรวมของเด็กที่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อเด็กเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กรู้เพียงว่าพี่หรือน้องของเขาเจ็บป่วยแต่ไม่ได้มีส่วนร่วมด้วยในสถานการณ์ที่โรงพยาบาล ไม่ทราบการวินิจฉัยโรค เด็กอาจคิดถึงสาเหตุและความเจ็บป่วยของพี่น้องตามที่เขาได้รับ หรือได้ยินมาจากการพูดคุยกันของบิดามารดาหรือจากบุคคลอื่นหรืออาจจะคิดเอาเองตามความคิดและจินตนาการของเขา ทำให้เด็กเกิดความสับสน หวาดกลัว เมื่อพี่น้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน เขาก็จะรู้ว่าพี่น้องของเขาเจ็บป่วยรุนแรงหรือคงจะเสียชีวิต ก็ยังมีความตื่นตระหนก บางคนคิดว่าเขาเป็นสาเหตุให้พี่หรือน้องของเขาเจ็บป่วย รู้สึกผิดที่ตนเองแข็งแรง ในขณะที่พี่หรือน้องของเขาเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออาการของเด็กป่วยเลวลง (American

Academy of Pediatric, 2006) ผลจากการสัมภาษณ์เด็กที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 254 คน ศึกษาโดยซาร์เจนต์ (Sargent, 1995) พบว่า เด็กมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ สอดคล้องกับผล การศึกษาของวอล์กเกอร์ (Walker, 1988) ที่ศึกษาในเด็กอายุ 4-6 ปี ที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่ามีระดับคะแนนอัตมโนทัศน์ต่ำ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ และกล่าวว่าบิดามารดา มีความ ห่วงเหินด้านจิตใจต่อตนเองมากกว่าพี่หรือน้องที่ป่วย แต่ในเด็กบางราย จากการศึกษาของเชสเลอร์ (Chesler, 1991) ที่ศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์ พบว่าเด็กบางคนมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองดีขึ้น เช่น มี วุฒิภาวะเพิ่มขึ้น

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

เด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีบทบาทปฐมภูมิตามเพศและวัย คือเป็นวัยที่ ออกจากบ้านไปสู่โรงเรียนและสังคมภายนอกครอบครัว ทำให้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จัก ปรับตัวตามกฎเกณฑ์ของสังคม และปฏิบัติตัวให้เป็นที่ยอมรับของสังคม มีการอยู่ร่วมกันระหว่าง เด็กวัยเดียวกันและเพศเดียวกันเป็นส่วนมาก มีการเล่นแบบรวมกลุ่มมากกว่าเล่นคนเดียว (สุชา จันทรเฒ, 2543) และมีบทบาทหัตถิภูมิ คือเป็นนักเรียน เป็นบุตร เป็นพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง และบางคนอาจมีบทบาทหัตถิภูมิ คือ เป็นกรรมการนักเรียน เป็นหัวหน้าชั้น เป็นนักกีฬาโรงเรียน เป็นต้น ซึ่งแต่ละบทบาทก็มีหน้าที่แตกต่างกันออกไป ถ้าเด็กที่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถ ปรับตัวรับบทบาทต่างๆ ได้พร้อมกันก็สามารถปรับตัวได้ แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ก็สามารถ ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมได้

โดยเฉพาะเด็กโตที่เป็นผู้หญิง มักถูกคาดหวังจากครอบครัวให้มีหน้าที่รับผิดชอบงาน ภายในบ้านเพิ่มขึ้น เช่น ให้งานบ้านเพิ่มขึ้น ให้อยู่ดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวรวมทั้งให้อยู่ ดูแลเด็กป่วยด้วย อาจทำให้รู้สึกไม่พอใจที่ตนเองต้องทำหน้าที่แทนมารดาตั้งแต่อายุน้อยๆ ถ้าเป็น เด็กวัยเรียนหรือวัยรุ่น อาจมีผลต่อการเรียนได้ เพื่อนที่โรงเรียนห่วงเหินเพราะกลัวว่าพี่น้องของเขา อาจเป็นโรคที่ติดต่อกันได้ เพื่อนๆ อาจล้อเลียนที่พี่หรือน้องของเขามีการเปลี่ยนแปลงจากการ เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผอมร่าง อ้วน แขน-ขาขาด เป็นต้น ขณะเดียวกันตัวพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วย เรื้อรังอาจมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปเพราะความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น กลายเป็นเด็กหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า แยกตัว ทำให้เพื่อนๆ ไม่กล้าเข้าหา หรือเล่นด้วย สิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กไม่อยากไปโรงเรียน ในรายที่ ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัวมากขึ้น หรือบิดามารดาไม่มีเวลาที่จะให้ความสนใจกับการ เรียนของเขา เด็กอาจมีความสนใจในการเรียนลดลง ทำให้ผลการเรียนแย่ลงแต่ในทางตรงกันข้าม เด็กบางคน อาจตั้งใจเรียนมากขึ้นเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดเช่นนี้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสามารถ ควบคุมตนเองหรือสถานการณ์ได้ (Chesler, 1991)

จากการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กชั้นสูง 2 (ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ, 2549) ได้ศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กต่อพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในมุมมองของมารดาพบว่า พี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ต้องทำงานบ้านแทนเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังรับผิดชอบงานภายในบ้านเพิ่มมากขึ้น และในการดูแลมารดาของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้มีการทำ group support ในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า พี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ที่บ้านส่วนใหญ่ ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่หรือน้องของตนเอง โดยมารดาจะให้ความสนใจเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าตน และพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจะแสดงออกโดยการคือ ไม่ค่อยเชื่อฟังบิดามารดา ไม่สนใจการเรียน ทำให้ผลการเรียนลดลง

4. การปรับตัวด้านความสัมพันธ์พี่พาระหว่างกัน

การมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างบุคคล โดยเน้นเฉพาะสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลสำคัญ (significant other) และระบบสนับสนุน (support system) ซึ่งบุคคลสำคัญหมายถึงบุคคลที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนสำคัญที่สุดในชีวิต ส่วนระบบสนับสนุนหมายถึง บุคคล กลุ่ม หรือสิ่งของ สัตว์เลี้ยงต่างๆ เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความเต็มใจของบุคคลที่จะให้ความรัก คุณค่า และความนับถือบุคคลอื่นอย่างจริงใจและเกิดจากการเต็มใจในการยอมรับความรัก คุณค่าและความนับถือจากบุคคลอื่นด้วยความยินดี แต่ในขณะที่บุคคลแสวงหาความสุขทางใจ อาจเกิดความรู้สึกเหงา เปล่าเปลี่ยว เดียวดาย และท้อแท้ได้

ในเด็กมักพบว่า มีปัญหาการอิจฉากันระหว่างพี่น้อง (sibling rivalry) การขัดแย้ง ทะเลาะกัน การแก่งแย่งแข่งขันระหว่างพี่หรือน้องพบได้เสมอ แต่ถ้าความไม่ลงรอยกันรุนแรงมากจนถึงขั้นเป็นศัตรูกัน ไม่เคารพนับถือ ไม่สามารถแบ่งปันกันได้เลยหรือถึงขั้นทำร้ายกัน จัดว่าเป็นความผิดปกติ มีความก้าวร้าว จะเป็นปัญหาเมื่อเกิดขึ้นบ่อยหรือรุนแรง ในเด็กวัยเรียนพบน้อยลง และแสดงออกได้หลายแบบ เช่น คือเจิบ ใช้อำนาจแทนพฤติกรรมก้าวร้าว (Sargent, 1995)

การที่มารดาต้องไปอยู่กับพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในโรงพยาบาล เด็กต้องอยู่กับบิดามารดาที่บ้าน ในบางครอบครัวต้องอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติคนอื่นๆ โอกาสที่จะได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมีน้อยมาก หรืออาจไม่ได้ไปเลย ความสัมพันธ์ระหว่างพี่หรือน้อง กับบิดามารดา และเด็กลดลง เกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว ขณะเดียวกันก็รู้สึกโกรธทั้งบิดามารดาและเด็กป่วยที่ทำให้ชีวิตครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป กิจกรรมประจำวันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม งานบ้านที่เพิ่มขึ้น ไม่มีโอกาสได้เล่นสนุกสนานเหมือนเพื่อนๆ การสมาคมกับเพื่อนๆ ลดลง การสังคมหรือกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ที่โรงเรียน ลดลง งดการไปเที่ยวหรือการพักผ่อนนอกบ้านด้วยเหตุผลทั้งจากภาวะของผู้ป่วยและทางด้านเศรษฐกิจ เมื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีอาการดีและกลับมาอยู่บ้าน พี่น้องของ

เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังก็ต้องปรับตัวใหม่ต่อการที่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในครอบครัว บิดาจะให้เวลาตามใจและปกป้องเด็กป่วยมาก ไม่ใช้ระเบียบ กฎเกณฑ์และวินัยใดๆ กับเด็กป่วย ในขณะที่พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังต้องช่วยเหลือตนเอง ทำให้เกิดความไม่พอใจ มักแยกตัวบ่อยๆ รู้สึกว่าตนเองถูกลืม บิดามารดาไม่ยอมรับ และไม่รักอีกต่อไป รู้สึกถูกขับไล่ แทนที่ ไม่มีความสำคัญ แข่งขันและอิจฉาเด็กป่วย (Sargent, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา เรื่องลาภอนันต์ (2543) ซึ่งพบว่า พี่หรือน้องของเด็กป่วยโรคหอบหืดจะมีปฏิกริยาทางด้านจิตใจโดยเรียกร้องความสนใจจากบิดามารดามากขึ้น ทำให้บิดามารดาที่มีอารมณ์ตั้งเครียดอยู่แล้ว อาจทนไม่ได้จึงโกรธและลงโทษว่ากล่าวพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังโกรธและเห็นเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นศัตรู เนื่องจากเป็นต้นเหตุให้ตนเองถูกลงโทษ ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่พี่น้องแย่งและจากการศึกษาของพัชรพรพรรณ ทิพวงศา (2542) พบว่า น้องวัยเรียนของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะเครียดเนื่องจากปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่พี่น้อง โดยน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังต้องแยกจากพี่บ่อยๆ ทำให้รู้สึกเหงาเหมือนถูกทอดทิ้ง เนื่องจากพี่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจะทะเลาะและขัดแย้งกับพี่ และน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจะไม่ได้เล่นกับพี่เหมือนเดิม เนื่องจากพี่อ่อนเพลีย ไม่แข็งแรงเหมือนเดิม หรือถูกบิดามารดาห้ามและจากการศึกษาของวราภรณ์ หมั่นสา (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคมะเร็ง พบว่าพฤติกรรมของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีปัญหาด้านความสัมพันธ์พี่พาระหว่างกัน ซึ่งพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจะทะเลาะกัน และจะแสดงความอิจฉาเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และจากการทำ group support ในมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ, 2549) พบว่านี่พี่น้องเด็กป่วยบางคนจะมีความรู้สึกว่าการป่วยได้รับอภิสิทธิ์ในการทำสิ่งต่างๆ ได้มากกว่าตน ไม่ว่าจะเป็นการใช้ห้องน้ำ การนอน การกิน ว่าจะต้องให้เด็กป่วยได้รับสิทธิเหล่านั้นก่อน แต่ในขณะที่พี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังกลับไม่ได้รับสิทธิพิเศษใดๆ เลย ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยคิดว่าบิดามารดารักตนน้อยกว่าเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง และแสดงพฤติกรรมโดยการไม่เชื่อฟังบิดามารดา สัมพันธภาพภายในครอบครัวแย่ง

การปรับตัวด้านความสัมพันธ์พี่พาระหว่างกันในทางบวก เด็กที่มีพี่น้องเป็นโรคมะเร็งกล่าวว่า มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เข้าใจที่เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังรู้สึกแย่มากที่เพื่อนล้อเลียน คิดถึงสิ่งไม่ดีที่ผู้ป่วยจะได้รับและเข้าใจว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรและตนเองก็รู้สึกอย่างนั้นด้วย จากประสบการณ์การดูแลเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังและการพูดคุยกับบิดามารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังบนหอผู้ป่วยเด็ก ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลวิชาการพยาบาลเด็กชั้นสูง 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ, 2549) เกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กต่อพี่น้องของเด็กป่วยในมุมมองของมารดาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างพี่หรือน้องของเด็ก

เจ็บป่วยเรื้อรังกับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังบางคนกลับมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านบวก เช่น มีความเป็นห่วงเป็นใยในตัวเด็กป่วยมากขึ้น ซึ่งแสดงออกโดยการโทรศัพท์ถามอาการและความเป็นอยู่ในขณะที่พักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล

การเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กในครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรงต่อพี่หรือน้อง ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน โดยแสดงออกในรูปของพฤติกรรมทั้งการปรับตัวได้และการปรับตัวไม่ได้ ทั้งด้านสรีระ ได้แก่ มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง มีอาการทางร่างกายคล้ายกับผู้ป่วย เช่น ผอมลง บวม เป็นต้น มีปัญหาการนอน ปัสสาวะรดที่นอน เป็นต้น ด้านอารมณ์ได้แก่ วิตกกังวลในสุขภาพของตนเอง กลัวจะเป็นโรคเช่นเดียวกับเด็กป่วย กลัวความตาย มีทัศนคติต่อตนเองในทางลบ ด้านบทบาทหน้าที่ ได้แก่ มีงานบ้านเพิ่มขึ้น มีผลการเรียนดีขึ้นหรือลดลง ด้านความสัมพันธ์พี่ระหว่างกัน ได้แก่ มีความสัมพันธ์กับครอบครัวลดลง แยกตัว บางรายกล่าวว่ามี ความผูกพันกันมากขึ้น ซึ่งการปรับตัวในแต่ละด้านก็มีความสัมพันธ์กัน

การที่ครอบครัวมีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีอิทธิพลต่อครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากการตอบสนองของครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น การที่เด็กป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน หรือไปตรวจตามแพทย์นัด มารดาต้องเฝ้าดูเด็กป่วยที่โรงพยาบาล ทำให้พี่หรือน้องต้องอยู่ตามลำพังกับบิดาที่บ้านหรืออยู่กับญาติ โอกาสที่พี่หรือน้องจะได้ไปเยี่ยมเด็กป่วยที่โรงพยาบาลมีนานๆ ครั้ง หรือไม่ได้ไปเยี่ยมเลย ทำให้พี่หรือน้องเกิดการแยกจากเด็กป่วย (Jame & Mott, 1988) และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจะเกิดความตึงเครียดขึ้นเนื่องจากบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องการความช่วยเหลือดูแลมากกว่าปกติ บิดามารดาจึงต้องให้ความสนใจและเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษ ทำให้พี่หรือน้องเข้าใจผิดคิดว่าบิดามารดารักตนน้อยลง เด็กอาจแสดงพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ อิจฉาริษยา มีการกลั่นแกล้งหรือรังแกเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง บิดามารดาที่มีความเครียดอยู่แล้วอาจทนไม่ได้ จึงลงโทษว่ากล่าวพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่พี่น้องเลวลงได้ (อัมพล สุอำพัน และวาสนา สรมณี, 2535) จากการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็กจะส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่พี่น้องทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า พี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังจะรู้สึกโกรธและอิจฉาเด็กป่วย (Gallo, 1992; Menke, 1987; Walker, 1988) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ หมีนสา (2540) และวรรณ เรืองลาอนันต์ (2543) พบว่าเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังและพี่หรือน้องวัยเรียนจะมีปัญหาในเรื่องของพฤติกรรมและสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่พี่น้องดังที่กล่าวมาข้างต้น

นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมการปรับตัวในทางตรงกันข้าม คือ พี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ดูแลปกป้องห่วงใยเด็กป่วย และมีกิจกรรมร่วมกับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น (Faux, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มินากาวา (Minagawa, 1997)

พบว่าเด็กวัยเรียนในครอบครัวที่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พี่หรือน้องของเด็กป่วยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ผลกระทบด้านดีต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่พี่น้องในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง พบว่าเด็กที่มีพี่หรือน้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง กล่าวว่า มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เข้าใจที่ผู้ป่วยรู้สึกแย่ที่ถูกเพื่อนล้อเลียน คิดถึงสิ่งที่ไม่ดีที่ผู้ป่วยได้รับ และเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร และตนเองก็รู้สึกอย่างนั้นด้วย รู้สึกเห็นอกเห็นใจ อยากปกป้องผู้ป่วยที่ตนเองรัก มีความเป็นห่วงผู้ป่วยอย่างมาก กลัวผู้ป่วยตาย (Chesler, 1991; Havermans & Eiser, 1994; Sargent, 1995) จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กป่วย และเด็กที่มีสุขภาพดีให้มีพฤติกรรมการปรับตัวทั้งทางด้านบวก เช่น พี่หรือน้องของเด็กป่วยแสดงความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน สงสารให้ความช่วยเหลือ และทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น และพฤติกรรมทางด้านลบ เช่น พี่หรือน้องจะเกิดความอิจฉาริษยา และโกรธเด็กป่วย เนื่องจากบิดามารดาให้ความรัก และเอาใจใส่เด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าตน

การเจ็บป่วยเป็นเรื้อรังในเด็ก มักส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ต่อพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้มีการแสดงออกในรูปของพฤติกรรมการปรับตัวทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ตามการรับรู้ของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพในทีมสุขภาพที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังในการวางแผนพัฒนากิจกรรมการพยาบาล ในการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมแก่เด็กที่มีพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการป่วยเรื้อรังของเด็กต่อพี่น้องในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ลักษณะประชากร

ประชากรเป็นเด็กวัยเรียนที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจโรคหอบหืด และโรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีลักษณะที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า : กลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าศึกษาครั้งนี้ คือ พี่หรือน้องของเด็กป่วยเรื้อรังดังกล่าว มีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

1. อายุระหว่าง 6 – 12 ปี
2. เป็นพี่หรือน้องร่วมสายโลหิตของเด็กป่วย
3. อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กป่วย
4. มีสุขภาพปกติ ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีประวัติเป็นโรคทางจิต
5. ฟังและพูดภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก : กลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากศึกษาครั้งนี้ คือ พี่หรือน้องของเด็กป่วยเรื้อรังดังกล่าว มีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

เด็กที่มีเขavnปัญญาต่ำกว่าปกติซึ่งตรวจสอบจากแฟ้มหลักประกันสุขภาพ

เกณฑ์การถอน : กลุ่มตัวอย่างที่ถอนออกจากศึกษาครั้งนี้ คือ พี่หรือน้องของเด็กป่วยเรื้อรังดังกล่าว มีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

ระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ พี่หรือน้อง ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สบาย เช่น เป็นหวัด ปวดศีรษะ มีไข้ ที่เป็นเหตุให้พี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม

ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ไม่มีเหตุการณ์ในกรณีนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. ค้นหาข้อมูลของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอายุ 1-18 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จากข้อมูลสถิติและเวชระเบียน ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 712 คน
2. นำรายชื่อและบ้านเลขที่ของเด็กป่วยเรื้อรังในข้อ 1 ไปค้นหาจำนวนพี่น้องวัยเรียนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจากข้อมูลหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย ได้จำนวนพี่น้องวัยเรียนของเด็กป่วยเรื้อรังจำนวน 186 คน
3. นำจำนวนพี่น้องวัยเรียนของเด็กป่วยเรื้อรังจำนวน 186 คน ไปคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size calculation)

หาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ของ Krejcie และ Morgan (อ้างใน ชานินทร์ ศิลปจารุ, 2551) โดย จำนวนประชากร 186 คน จากตารางจะต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 123 คน

สถานที่ที่ใช้ในการทำวิจัย

บ้านของกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งมีบ้านพักอาศัยกระจายอยู่ในตำบลต่างๆ รวมทั้งสิ้น 13 ตำบล มีถนนลาดยางไปถึงตามตำบลต่างๆ ทุกตำบล และหมู่บ้านส่วนใหญ่ก็มีถนนคอนกรีตตัดผ่านทุกหมู่บ้าน ตามโครงการพัฒนาชนบทขององค์การบริหารส่วนตำบล สามารถเดินทางไปถึงได้โดยรถยนต์ ส่วนทางเข้าบ้านของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถขับรถเข้าไปถึงได้โดยสะดวก มีบ้านของกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ที่ทางเข้าบ้านแคบ รถยนต์ไม่สามารถเข้าถึงได้ ต้องจอดรอไว้บริเวณริมทาง แล้วเดินเข้าซอยไป ประมาณ 100 – 200 เมตร ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่ รวมถึงการรับจ้างทำนาหรือทำไร่ มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน ซึ่งการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัวของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (กลุ่มตัวอย่าง) ของบิดามารดา และของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และ 3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (กลุ่มตัวอย่าง) เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับที่เกิด และการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของตน
2. ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เกี่ยวกับ จำนวนบุตร อายุ ระยะเวลาในการแต่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ และชนิดของครอบครัว
3. ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เกี่ยวกับ เพศ อายุ ลำดับที่เกิด ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนและการมาตรวจตามแพทย์

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนี้สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) และแนวคิดการพยาบาลเด็กโรคเรื้อรัง โดยได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้ 5 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดี มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – ข้อ 5
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 – ข้อ 10
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11 – ข้อ 15
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16 – ข้อ 20
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21 – ข้อ 25

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ คือ

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเข้าใจ ความคิดเห็นของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเข้าใจ ความคิดเห็นของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ไม่แน่ใจ หมายถึง พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นตรงกับความเข้าใจความคิดของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ไม่ทราบ หมายถึง พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่ทราบว่าข้อความนั้นตรงกับความเข้าใจความคิดของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

โดยให้เด็กเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ตัวเลือก เมื่อพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังมีความเข้าใจหรือมีความคิดเห็นตรงกับข้อความในแบบสอบถามอย่างไร และในการให้คะแนนจะพิจารณาตามความหมายของข้อความ ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

ข้อความเชิงบวก : เป็นข้อความที่แสดงถึงการรับรู้หรือความเข้าใจที่ถูกต้องได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 ถ้าตอบ

ใช่ 1 คะแนน

ไม่ใช่ 0 คะแนน

ไม่แน่ใจ 0 คะแนน

ไม่ทราบ 0 คะแนน

ข้อความเชิงลบ : เป็นข้อความที่แสดงถึงการรับรู้หรือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5 ถ้าตอบ

ใช่ 0 คะแนน

ไม่ใช่ 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ 0 คะแนน

ไม่ทราบ 0 คะแนน

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้ค่าคะแนนมากแสดงถึงระดับการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องมาก คะแนนรวมน้อยแสดงว่าพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้องน้อย และเกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ จากค่าคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างกำหนดไว้ ดังนี้

1. การรับรู้ถูกต้องดี หมายถึง มีค่าคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง ร้อยละ 80 - 100 (20-25 คะแนน)
2. การรับรู้ถูกต้องปานกลาง หมายถึง มีค่าคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60 - 79 (15-19 คะแนน)
3. การรับรู้ไม่ถูกต้อง หมายถึง มีค่าคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-14 คะแนน)

ในกรณีที่พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตอบ “ไม่แน่ใจ” หมายความว่า พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดความลังเล หรือยังมีการรับรู้การเจ็บป่วยในเรื่องนั้นๆ ไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะให้ความรู้ เพื่อแก้ไขความเข้าใจของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้ถูกต้องภายหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว

ในกรณีที่พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตอบ “ไม่ทราบ” หมายความว่า พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยในเรื่องนั้นๆ ผู้วิจัยจะให้ความรู้ เพื่อสร้างความเข้าใจของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้ถูกต้องภายหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model, 1999) และแนวคิดการพยาบาลเด็กโรคเรื้อรัง โดยได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ประเมินการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่

1. การปรับตัวด้านสรีระ มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ
2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ มีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ
3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ มีจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ
4. การปรับตัวด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ซึ่งแบบ

สัมภาษณ์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังนี้ การสัมภาษณ์มี 2 ขั้นตอน
ขั้นตอนที่ 1 ให้พี่หรือน้องวัยเรียนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังระบุว่ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่หรือน้องของตนหรือไม่ โดยในขั้นตอนที่ 1 จะมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก ให้เด็กเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก คือ

มี / เคย / มีโอกาส หมายถึง เป็นพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ที่เคยมีหรือเกิดขึ้นกับพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ตั้งแต่พี่/น้องของตนเจ็บป่วยเรื้อรัง

ไม่มี / ไม่เคย / ไม่มีโอกาส หมายถึง เป็นพฤติกรรมหรือเหตุการณ์ที่ไม่เคยมีหรือไม่เกิดขึ้นกับพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ตั้งแต่พี่/น้องของตนเจ็บป่วยเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 ถ้าพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตอบว่า “ไม่เคย/ ไม่มีโอกาส” จะข้ามไปถามในข้อต่อไป แต่ถ้าพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตอบว่า “เคย / มีโอกาส” ก็จะดำเนินการสัมภาษณ์ในขั้นตอนที่ 2 ซึ่งเป็นการสอบถามความสม่ำเสมอในการกระทำกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรม โดยพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ดังนี้

บ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบกระทำกิจกรรมที่ระบุไว้อย่างสม่ำเสมอทุกวัน หรือทำทุกครั้งที่มีเหตุการณ์

นานๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบกระทำกิจกรรมที่ระบุไว้บ้างเป็นบางวันหรือบางครั้งที่มีเหตุการณ์

ไม่เคยเลย หมายถึง ผู้ตอบกระทำกิจกรรมที่ระบุไว้เป็นส่วนน้อย หรือนานๆ ครั้ง หรือไม่ได้กระทำเลยเมื่อมีเหตุการณ์

เกณฑ์การให้คะแนนกำหนดไว้ดังนี้ คือ

ข้อความที่มีความหมายในด้านบวก ถ้าเลือกตอบ

บ่อยครั้ง	ให้	3 คะแนน
นานๆ ครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้	1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายในด้านลบ ถ้าเลือกตอบ

บ่อยครั้ง	ให้	1 คะแนน
นานๆ ครั้ง	ให้	2 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้	3 คะแนน

พฤติกรรมของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังบอก นอกเหนือจากพฤติกรรมที่ระบุไว้ในแบบสัมภาษณ์ จะบันทึกไว้โดยไม่นำมาคิดคะแนน คะแนนรวมพฤติกรรมการปรับตัวมาก แสดงว่า เด็กมีพฤติกรรมปรับตัวถูกต้องดี คะแนนรวมน้อยแสดงว่า เด็กมีพฤติกรรมปรับตัวถูกต้องน้อย

เกณฑ์ในการแบ่งระดับพฤติกรรมปรับตัวของเด็ก แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. พฤติกรรมปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ถูกต้องดี มีคะแนนพฤติกรรมปรับตัวอยู่ระหว่างร้อยละ 80 – 100 (63-78 คะแนน)

2. พฤติกรรมปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ถูกต้องปานกลาง มีคะแนนพฤติกรรมปรับตัวอยู่ระหว่างร้อยละ 60 – 79 (49-62 คะแนน)

3. พฤติกรรมการปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่ถูกต้อง มีค่าคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 49 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไปตรวจสอบความครอบคลุมและความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำกลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 1 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลบรรพตพิสัย 1 ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการชี้แนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งทางด้านภาษา และความถูกต้องของเนื้อหาตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 20 ราย หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้สูตรของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) K-R 20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

ส่วนแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่ได้นำมาหาความเชื่อมั่น เนื่องจากลักษณะของแบบสัมภาษณ์นี้มีข้อคำถามจำนวนมาก และเป็นการสัมภาษณ์หลายขั้นตอน เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์จึงมีมติเห็นสมควรให้ยกเว้นการหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว โดยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มหลักประกันสุขภาพของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังและครอบครัว เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ และคัดเลือกเด็กป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคธาลัสซีเมีย โรคเบาหวาน จากแผนกเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย
2. เมื่อได้รายชื่อแล้ว คัดเลือกเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แต่ในกรณีที่มีพี่หรือน้องที่อยู่ในวัยเรียนมากกว่า 1 คนจะใช้วิธีจับฉลาก นำรายชื่อและบ้านเลขที่ของเด็กป่วยเรื้อรังไปค้นหาจำนวนพี่น้องวัยเรียนจากข้อมูลหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย ได้จำนวนพี่น้องวัยเรียนของเด็กป่วยเรื้อรังจำนวน 186 คน แล้วนำไปคำนวณหาประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ krejcie และ morgan ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 123 คน
3. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ นำไปตรวจสอบดูวันนัดตรวจครั้งต่อไป (follow up) ที่แผนกผู้ป่วยนอก และเมื่อถึงกำหนดที่เด็กป่วยมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยจะเข้าไปชี้แจงโครงการวิจัยแก่บิดามารดาของเด็ก สอบถามถึงพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ในวัยเรียนตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) และขออนุญาตเชิญชวนเด็กในปกครองซึ่งเป็นพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังเข้าร่วมการวิจัย เมื่อบิดามารดาอนุญาตให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายกับบิดามารดาของเด็กเพื่อที่จะไปเชิญชวนและเก็บข้อมูลกับพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยคำนึงถึงความสะดวกและเหมาะสมของเด็กและครอบครัวที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย
4. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ นำผู้ปกครองที่ยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย มาจัดกลุ่มตามบ้านเลขที่ โดยผู้ปกครองที่มีบ้านเลขที่ใกล้เคียงกัน อยู่ตำบลเดียวกัน จัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกันเพื่อสะดวกและเหมาะสมในการเก็บข้อมูล
5. ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากบิดามารดาให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้านพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยแนะนำตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลและระยะเวลาในการสอบถามและสัมภาษณ์อีกครั้ง และขอให้บิดา หรือมารดาลงลายมือชื่อในใบพิกัดสิทธิ์ หลังจากนั้นให้บิดามารดาและเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

6. เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในกรณีที่พี่น้องของเด็กป่วยที่มีอายุ 6-9 ปี (วัยเรียนตอนต้น) ไม่สามารถอ่านหรือเข้าใจแบบสอบถามที่มีข้อความยาวมากได้นั้น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังฟัง แล้วให้เด็กตอบตามความรู้สึก ส่วนพี่น้องของเด็กป่วยที่มีอายุ 10-12 ปี ที่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ก็จะตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เงียบและเป็นส่วนตัวภายในบริเวณบ้านของกลุ่มตัวอย่าง หรืออาจจะมีบิดา มารดา อยู่ด้วยหากเป็นความประสงค์ของบิดามารดา หรือพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับเด็กก่อนโดยการเล่น หรือพูดคุยกับเด็กในเรื่องทั่วไปจนเด็กเริ่มคุ้นเคยกับผู้วิจัย และกล้าตอบคำถาม ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยถามตามแบบสัมภาษณ์ แล้วให้เด็กตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึกของตัวเอง ถ้าคำตอบของเด็กตรงกับคำตอบที่เตรียมไว้ ก็ใส่เครื่องหมาย “✓” และจะถามต่อไปว่าทำบ่อยเพียงใด ถ้าคำตอบของเด็กไม่ตรงกับคำตอบที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยจะบันทึกเพิ่มเติม

ในกรณีที่เด็กขาดความเป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ช่วยวิจัยช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากบิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวของเด็ก เพื่อให้เด็กมีอิสระในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

ในกรณีที่ไม่มีพบบิดามารดา และพี่น้องของเด็กป่วย ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวันเวลาใหม่ และออกเยี่ยมบ้านตามวันเวลาที่นัดหมายไว้

7. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยไปเยี่ยมพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และครอบครัวที่บ้าน ในช่วงนอกเวลาราชการ (หลังโรงเรียนเลิก และในวันเสาร์ - วันอาทิตย์) หรือวัน เวลาที่พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และครอบครัวสะดวก

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับบิดามารดา และพี่น้องเด็กป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเข้าร่วมวิจัยโดยละเอียดและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และมอบแบบฟอร์ม consent ยินยอมด้วยความสมัครใจที่จะให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นถามเด็กว่ายินดีที่จะให้สัมภาษณ์หรือไม่ ถ้ายินดีก็จะดำเนินการสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยแจ้งให้บิดามารดา และพี่น้องของเด็กป่วยทราบว่าการเข้าร่วมในงานวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ โดยบิดามารดา และพี่น้องของเด็กป่วยสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการพยาบาลใดๆ ที่เด็กป่วยพึงได้รับ

4. ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าจะเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบิดามารดา เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และพี่น้องของเด็กที่ป่วยไว้เป็นความลับ โดยจะมีการเปิดเผยในรูปแบบที่เป็นผลสรุปผลการวิจัยทั้งนี้ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์การรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยใช้ค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยใช้ค่าร้อยละ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาจากพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ พี่หรือน้องวัยเรียนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลด้วยโรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคธาลัสซีเมีย และโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 123 คน ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ผลการวิจัย

- นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้
- ส่วนที่ 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง, เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง, และบิดามารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง นำเสนอในตาราง 1 - 3
 - ส่วนที่ 2. ผลการวิเคราะห์การรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยรวมและรายด้าน นำเสนอในตาราง 4 - 10
 - ส่วนที่ 3. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยรวมและรายด้าน นำเสนอในตาราง 11 - 19

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง, เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และบิดามารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง นำเสนอในตาราง 1 - 3

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับที่เกิด และการทราบความเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=123)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	43.1
หญิง	70	56.9
อายุ (ปี)		
6 – 9	59	48.0
10 – 12	64	52.0
ระดับการศึกษา		
อนุบาลศึกษา	8	6.5
ประถมศึกษาปีที่ 1 – 3	50	40.7
ประถมศึกษาปีที่ 4 – 6	65	52.8
ลำดับที่เกิด		
คนที่ 1	9	7.3
คนที่ 2	35	28.5
คนที่ 3	52	42.3
คนที่ 4	23	18.7
คนที่ 5	3	2.4
คนที่ 6	1	0.8
การทราบความเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง		
ไม่ทราบ	82	66.7
ทราบ	41	33.3

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.0 อายุ 10-12 ปี ร้อยละ 52.8 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 42.3 เป็นบุตรคนที่ 3 ร้อยละ 66.7 ไม่ทราบความเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับที่เกิด ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนและ การมาตรวจตามแพทย์นัด

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=123)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	52.0
หญิง	59	48.0
อายุ (ปี)		
1 – 3	8	6.5
4 – 6	39	31.7
7 – 9	17	13.8
10 – 12	28	22.8
13 – 15	16	13.0
16 – 18	15	12.2
ลำดับที่เกิด		
คนที่ 1	31	25.2
คนที่ 2	61	49.6
คนที่ 3	25	20.3
คนที่ 4	3	2.5
คนที่ 5	1	0.8
คนที่ 6	2	1.6
ระดับการศึกษา		
ยังไม่ได้เข้าเรียน	31	25.2
อนุบาล	61	49.6
ประถมศึกษาตอนต้น	25	20.3
ประถมศึกษาตอนปลาย	3	2.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	0.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ป.ว.ช./หรือเทียบเท่า	2	1.6

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับที่เกิด ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนและ การมาตรวจตามแพทย์นัด (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=123)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
โรคหอบหืด	92	74.8
โรคธาลัสซีเมีย	14	11.4
โรคหัวใจ	9	7.3
โรคเบาหวาน	8	6.5
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (ปี)		
น้อยกว่า 1	8	6.5
1 – 2	52	42.3
2 – 3	39	31.7
3 – 4	24	19.5
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
ไม่มี	106	86.2
มี	17	13.8
การมาตรวจตามแพทย์นัด		
ทุก 2 สัปดาห์	24	19.5
ทุก 1 เดือน	66	53.6
ทุก 2 เดือน	29	23.6
มาพบแพทย์เมื่อมีอาการ	4	3.3

จากตาราง 2 พบว่า เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 31.7 อายุ 4 – 6 ปี ร้อยละ 49.6 เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 49.6 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาล ร้อยละ 74.8 เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 42.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-2 ปี ร้อยละ 86.2 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 53.6 มาตรวจตามแพทย์นัดมาทุกเดือน

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ ของบิดามารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนบุตร อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้โดยเฉลี่ย และลักษณะครอบครัว

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=123)	ร้อยละ
จำนวนบุตร		
2 คน	36	29.3
3 คน	79	64.2
4 คน	4	3.3
5 คน	2	1.6
6 คน	2	1.6
อายุของบิดามารดา (ปี)		
≤ 20	5	4.1
21 – 30	30	24.3
31 – 40	46	37.4
41 – 50	37	30.1
> 50	5	4.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	3.3
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	41	33.3
รับจ้าง	26	21.1
เกษตรกรรม	50	40.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	6	4.9
ประถมศึกษา	88	71.5
มัธยมศึกษา/ป.ว.ช./หรือเทียบเท่า	20	16.3
อนุปริญญา/ป.ว.ส./หรือเทียบเท่า	6	4.9
ปริญญาตรี/หรือเทียบเท่า	3	2.4

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ ของบิดามารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนบุตร อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้โดยเฉลี่ย และลักษณะครอบครัว (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=123)	ร้อยละ
รายได้โดยเฉลี่ย (บาท/เดือน)		
≤ 5,000	2	1.6
5,001 – 10,000	68	55.3
10,001 – 15,000	34	27.6
> 15,000	19	15.5
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	55	44.7
ครอบครัวขยาย	68	55.3

จากตาราง 3 พบว่า บิดาหรือมารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.2 มีบุตรจำนวน 3 คน ร้อยละ 37.4 อายุอยู่ระหว่าง 31 ปี – 40 ปี ร้อยละ 40.7 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 71.5 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.3 รายได้โดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 55.3 ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยรวมและรายด้าน นำเสนอในตาราง 4 - 10

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับการรับรู้การเจ็บป่วย

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้การเจ็บป่วย		
ถูกต้องดี (คะแนน 20-25)	44	35.8
ถูกต้องปานกลาง (คะแนน 15-19)	72	58.5
ไม่ถูกต้อง (คะแนน 0-14)	7	5.7

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.5 มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องปานกลาง

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับการรับรู้การเจ็บป่วย รายด้าน (N = 123)

การรับรู้การเจ็บป่วย	ถูกต้องดี		ถูกต้องปานกลาง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดี	11	8.9	75	61.0	37	30.1
- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี	17	13.8	43	35.0	63	51.2
- ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี	22	17.9	82	66.7	19	15.4
- ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี	21	17.1	73	59.3	29	23.6
- ด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี	15	12.2	77	62.6	31	25.2

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องปานกลางเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี มีการรับรู้ไม่ถูกต้อง



ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- เด็กที่มีสุขภาพดีใช้ของใช้ เช่น ผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า ถุงเท้า กระเป๋านักเรียน และหนังสือร่วมกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้ไม่สบายเช่นเดียวกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้	101	82.1	8	6.5	5	4.1	9	7.3
- เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ถ้าไปเล่นคลุกคลีกับเด็กอื่นที่ไม่สบาย จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น/ไม่สบายมากขึ้น	99	80.5	9	7.3	5	4.1	10	8.1
- การเล่นกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้เด็กที่มีสุขภาพดีไม่สบายเช่นเดียวกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้	97	78.9	7	5.7	9	7.3	10	8.1

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ (ต่อ)

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- การนอนในห้อง/เตียงเดียวกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้เด็กที่มีสุขภาพดีไม่สบายเช่นเดียวกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้	89	72.4	12	9.8	7	5.6	15	12.2
- เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ถ้าไปอยู่ในบริเวณที่มีคนอยู่รวมกันมากๆ เช่น ตลาดสด งานวัด ห้างสรรพสินค้า จะทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย	77	62.6	22	17.9	11	8.9	13	10.6

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 82.1 มีการรับรู้ที่ถูกต้องเรื่อง เด็กที่มีสุขภาพดีใช้ของใช้ เช่น ผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า ถุงเท้า กระเป๋านักเรียน และหนังสือ ร่วมกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้ไม่สบายเช่นเดียวกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ถ้าเด็กที่มีสุขภาพดีไม่สบาย อาจทำให้เด็กที่มีสุขภาพดีไม่สามารถไปเรียนหนังสือได้ เช่นเดียวกับเพื่อนๆ	102	82.9	9	7.3	8	6.5	4	3.3
- ถ้าเด็กที่มีสุขภาพดี ไม่สบาย อาจทำให้เด็กที่มีสุขภาพดีไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวัน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน	101	82.1	10	8.1	4	3.3	8	6.5
- ถ้าเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดูแลสุขภาพของตนเองไม่ดี อาจทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นได้	100	81.3	12	9.7	7	5.7	4	3.3
- ถ้าเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดอาการของโรครุนแรงมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุให้เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน	99	80.5	17	13.8	5	4.1	2	1.6

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ (ต่อ)

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ถ้าเด็กที่มีสุขภาพดีไม่สบาย อาจทำให้เด็กที่มีสุขภาพดีไม่สามารถเล่นกีฬา หรือออกกำลังกายได้เช่นเดียวกับเพื่อนๆ	86	69.9	19	15.5	11	8.9	7	5.7

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 82.93 มีการรับรู้ที่ถูกต้องเรื่อง ถ้าเด็กที่มีสุขภาพดีไม่สบาย อาจทำให้เด็กที่มีสุขภาพดีไม่สามารถไปเรียนหนังสือได้เช่นเดียวกับเพื่อนๆ

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ถ้าเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไปตรวจที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง จะทำให้เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	97	78.9	11	8.9	8	6.5	7	5.7
- เมื่อเด็กที่มีสุขภาพดีรับประทานอาหารร่วมกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือเด็กคนอื่นๆ จะต้องใช้ช้อนกลางในการตักอาหารเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เช่น ใช้หัด เจ็บคอ	92	74.8	21	17.0	6	4.9	4	3.3
- ถ้าเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง รับประทาน (กิน หรือ นิด หรือ ฟัน) ตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้อาการของโรคดีขึ้น	80	65.0	26	21.1	12	9.8	5	4.1

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ (ต่อ)

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ถ้าเด็กที่มีสุขภาพดี รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ นม ฯลฯ จะทำให้ ร่างกายแข็งแรงมีภูมิ ต้านทานโรค	80	65.0	28	22.8	6	4.9	9	7.3
- เด็กที่มีสุขภาพดีควร ออกกำลังกาย/เล่น กีฬาทุกวัน จะทำให้ ร่างกายแข็งแรงและมี การเจริญเติบโต	76	61.8	19	15.4	15	12.2	13	10.6

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 78.9 มีการรับรู้ที่ถูกต้องเรื่อง ถ้าเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไปตรวจที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด ทุกครั้ง จะทำให้เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- เด็กที่มีสุขภาพดีต้องใช้เวลาว่างออกกำลังกาย แทนการทำกิจกรรมอื่นที่ไม่สำคัญ เช่น การเล่นเกม เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง	96	78.0	16	13.0	7	5.7	4	3.3
- การรับประทานยาตามแพทย์สั่งเป็นเรื่องน่าเบื่อ แต่ก็จำเป็นประโยชน์ ต่อพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง	94	76.4	14	11.4	6	4.9	9	7.3
- เด็กที่มีสุขภาพดี ต้องดูแลความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอ เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ล้างมือก่อนรับประทาน อาหาร หรือหลังออกจากห้องน้ำ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ไม่ติดเชื้อได้ง่าย	93	75.6	13	10.6	6	4.9	11	8.9
- เด็กที่มีสุขภาพดี ควรรับประทานผักทุกวันเป็นประจำ แม้ว่าเด็กจะไม่ชอบ	83	67.5	24	19.5	8	6.5	8	6.5

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ 9 (ต่อ)

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- เด็กที่มีสุขภาพดี ต้องช่วยเหลือตนเอง มากขึ้น เนื่องจากคุณ พ่อคุณแม่จะต้องพา เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไปตรวจที่ โรงพยาบาลตาม แพทย์นัด	75	61.0	21	17.1	16	13.0	11	8.9

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 78.0 มีการรับรู้ที่ถูกต้องเรื่อง เด็กที่มีสุขภาพดีต้องใช้เวลาว่างออกกำลังกาย แทนการทำกิจกรรมอื่นที่ไม่สำคัญ เช่น การเล่นเกม เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามแรงจูงใจด้านสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- การปฏิบัติตามคำแนะนำของพ่อแม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งที่เด็กที่มีสุขภาพดีควรปฏิบัติตาม เพราะจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้	99	80.5	9	7.3	6	4.9	9	7.3
- การอาบน้ำ ตัดเล็บให้สั้น ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และหลังออกจากห้องน้ำ เป็นสิ่งที่เด็กที่มีสุขภาพดีต้องปฏิบัติ เพราะจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคที่อาจทำให้เด็กที่มีสุขภาพดีเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	97	78.9	13	10.5	8	6.5	5	4.07
- การช่วยดูแลพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การจัดอาหารที่ทำสำเร็จแล้ว การเก็บล้างถ้วยชาม สามารถช่วยให้พี่น้องไม่เจ็บป่วยมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	93	75.6	12	9.8	8	6.5	10	8.1

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามแรงจูงใจด้านสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี รายข้อ (ต่อ)

การรับรู้การเจ็บป่วย	ตอบถูก		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ		ไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- การที่เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงจะทำให้มีโอกาเล่นกับเด็กที่มีสุขภาพดีและเพื่อนคนอื่นๆ	89	72.4	18	14.6	5	4.1	11	8.9
- เด็กที่มีสุขภาพดีควรดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพราะจะทำให้สามารถเล่นหรือทำกิจกรรมต่างๆ กับเพื่อนคนอื่นได้	77	62.6	17	13.8	13	10.6	16	13.0

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 80.5 มีการรับรู้ที่ถูกต้องเรื่อง การปฏิบัติตามคำแนะนำของพ่อแม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งที่เด็กที่มีสุขภาพดีควรปฏิบัติตาม เพราะจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยรวมและรายด้าน นำเสนอในตาราง 11 - 19

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้าน (N = 123)

พฤติกรรมกรรมการปรับตัว	ถูกต้องดี		ถูกต้องปานกลาง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	70	56.9	34	27.6	19	15.5
รายด้าน						
- ด้านสรีระ	64	52.0	36	29.3	23	18.7
- ด้านอัฒโนทัศน์	52	42.3	53	43.1	18	14.6
- ด้านบทบาทหน้าที่	80	65.0	27	22.0	16	13.0
- ด้านความสัมพันธ์พึ่งพา ระหว่างกัน	84	68.3	20	16.3	19	15.4

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวโดยรวมและรายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับถูกต้องดี ยกเว้น ด้านอัฒโนทัศน์ ที่มีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านสรีระ รายชื่อ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท/ มีฝันร้าย	114	92.7	9	7.3
- อาการท้องผูก หรือถ่ายลำบากกว่าปกติ	112	91.1	11	8.9
- อาการท้องเสีย หรือถ่ายอุจจาระเป็นก้อน/ เลอะเลื้อยผ้าที่สวมใส่	112	91.1	11	8.9
- เบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทานอาหาร	110	89.4	13	10.6
- อาการเหนื่อยง่าย เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	110	89.4	13	10.6
- ปัสสาวะรดที่นอนหรือทำเสื้อผ้าเปื้อนเลอะจากปัสสาวะของตนเอง	107	87.0	16	13.0
- อาการปวดท้อง คลื่นไส้/ อาเจียน	106	86.2	17	13.8
- อาการแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	105	85.4	18	14.6

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านสรีระ จำนวนมากที่สุด ร้อยละ 92.7 คือ นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท/ มีฝันร้าย

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านสรีระ

ลักษณะกิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท/ มีฝันร้าย (n=114)		
- สวดมนต์ ไหว้พระก่อนนอน	87	70.7
- หากคนมานอนเป็นเพื่อน หรือไปนอนกับพ่อแม่พี่น้อง	67	54.5
เบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทานอาหาร (n=112)		
- รับประทานอาหารนมหรืออาหารว่างระหว่างมื้อ	79	58.5
- จะรับประทานอาหารเมื่อรู้สึกอยากรับประทานอาหารเท่านั้น	72	64.2
อาการท้องผูก หรือถ่ายลำบากกว่าปกติ (n=112)		
- ดื่มน้ำมากๆ	77	62.6
อาการท้องเสีย หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ/ เลอะเลื่อยผ้าที่สวมใส่ (n=112)		
- เปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเลอะ/เปื้อน	101	82.1
- ไม่รับประทานอาหารที่รสจัด เช่น ส้มตำ ต้มยำ	78	63.4
- เมื่อเริ่มรู้สึกปวดถ่ายจะรีบเข้าห้องน้ำทันที	70	56.9
อาการเหนื่อยง่าย เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ (n=110)		
- หายใจเข้าออกถี่ๆ พยายามไม่คิดถึงเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ	23	18.7
- นอนหรือนั่งพัก	23	18.7
ปัสสาวะรดที่นอนหรือทำเสื้อผ้าเปื้อนเลอะจากปัสสาวะของตน (n=107)		
- เปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเลอะ/เปื้อนปัสสาวะ	83	67.5
- ไม่ดื่มน้ำก่อนนอน	83	67.5
- เมื่อเริ่มรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะก็จะรีบเข้าห้องน้ำทันที	72	58.5
อาการปวดท้อง คลื่นไส้/ อาเจียน (n=106)		
- รับประทานอาหารให้เป็นเวลา และย่อยง่าย	84	68.3
- นั่งหรือนอนพักสักครู่ หากปวดมากขึ้นหรือไม่ทุเลาจะบอกพ่อแม่ให้พาไปหาหมอ	66	53.7

ตาราง 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านสรีระ (ต่อ)

ลักษณะกิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ (n=105)		
- หายใจเข้าออกถี่ๆ พยายามไม่คิดถึงเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ	78	63.4
- นอนหรือนั่งพัก	65	52.8

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านสรีระ ลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท/ มีฝันร้าย จะสวมคัมภีร์หัวใจพระก่อนนอน เมื่อเบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทานอาหาร จะรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ เมื่อมีอาการท้องผูก หรือถ่ายลำบากกว่าปกติ จะดื่มน้ำมากๆ เมื่อมีอาการท้องเสีย หรือถ่ายอุจจาระเป็น/เลอะเสื้อผ้าที่สวมใส่ จะเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเลอะ/เปื้อน เมื่อมีอาการเหนื่อยง่าย หรือมีเรื่องไม่สบายใจ จะหายใจเข้าออกถี่ๆ พยายามไม่คิดถึงเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ เมื่อปัสสาวะรดที่นอนหรือทำเสื้อผ้าเปื้อนเลอะจากปัสสาวะของตน จะเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อเลอะ/เปื้อนปัสสาวะ เมื่อมีอาการปวดท้องคลื่นไส้/อาเจียน จะรับประทานอาหารให้เป็นเวลา และย่อยง่าย เมื่อมีอาการแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ จะหายใจเข้าออกถี่ๆ พยายามไม่คิดถึงเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านอัตมโนทัศน์

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- อายุ/ กลัวคนอื่นจะรู้ว่าพี่หรือน้องของตนเจ็บป่วย	115	93.5	8	6.5
รู้สึกเหงา	114	92.7	9	7.3
- กลัวว่าจะเจ็บป่วยเช่นเดียวกับพี่/ น้องของตน	111	90.2	12	9.8
- น้อยใจที่พ่อแม่สนใจตนน้อยลง	111	90.2	12	9.8
- หงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี	105	85.4	18	14.6

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านอัตมโนทัศน์ จำนวนมากที่สุดร้อยละ 93.5 คือ อายุ/ กลัวคนอื่นจะรู้ว่าพี่หรือน้องของตนเจ็บป่วย

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านอัตมโนทัศน์

ลักษณะกิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ/ กลัวคนอื่นจะรู้ว่าพี่หรือน้องของตน (n=115)		
- ปกป้องพี่หรือน้องของตน ไม่ให้ใครมาล้อ	82	66.7
- บอกให้ผู้อื่นเข้าใจถึงความเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่หรือน้องของตน	60	48.8
รู้สึกเหงา (n=114)		
- ไปหาเพื่อนเล่นแถวละแวกบ้านใกล้เคียง	65	52.8
- ทำกิจกรรมอื่นทำ เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ	64	52.0
กลัวว่าจะเจ็บป่วยเช่นเดียวกับพี่หรือน้องของตน (n=111)		
- พยายามดูแลตนเองให้แข็งแรง	74	60.2
- ถามพ่อแม่ถึงความเจ็บป่วยที่พี่หรือน้องของหนูเป็น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันตนเอง	60	48.8
น้อยใจที่พ่อแม่สนใจตนน้อยลง (n=111)		
- เข้าใจว่า พ่อแม่จำเป็นต้องดูแลพี่หรือน้องที่ป่วย	57	46.3
- ช่วยดูแลพี่หรือน้องที่ป่วยมากขึ้น เพื่อให้พ่อแม่มีเวลามาสนใจตน	55	44.7
หงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี (n=105)		
- ไม่คิดมากหรือสนใจมาก	63	51.2
- เดินหลีกหนีออกมาจากเหตุการณ์นั้น ๆ	50	40.7

จากตาราง 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านอัตมโนทัศน์ ลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่ออายุ/ กลัวคนอื่นจะรู้ว่าพี่หรือน้องของตน จะปกป้องพี่หรือน้องของตน ไม่ให้ใครมาล้อ เมื่อรู้สึกเหงา จะไปหาเพื่อนเล่นแถวละแวกบ้านใกล้เคียง เมื่อกลัวว่าจะเจ็บป่วยเช่นเดียวกับพี่หรือน้องของตน จะพยายามดูแลตนเองให้แข็งแรง เมื่อน้อยใจที่พ่อแม่สนใจตนน้อยลง จะเข้าใจว่า พ่อแม่จำเป็นต้องดูแลพี่หรือน้องที่ป่วย เมื่อหงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี จะไม่คิดมากหรือสนใจมาก

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามการเคยหรือไม่เคยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านบทบาทหน้าที่

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	เคยมี / มีโอกาส		ไม่เคยมี / ไม่มีโอกาส	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- พ่อแม่เคยบอกให้ตนทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม	115	93.5	8	6.5
- ผลการเรียนของตนเคยลดลงจากเดิม	114	92.7	9	7.3
- มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน เช่น ทัศนศึกษา กีฬา กีฬา เข้าค่ายลูกเสือ/เนตรนารี นิทรรศการ คนตรี หรือกีฬา	114	92.7	9	7.3
- มีโอกาสเข้าร่วมบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ ที่โรงเรียนจัดขึ้น เช่น รมรงค์ปลูกต้นไม้ ช่วยเก็บขยะในโรงเรียน	112	91.1	11	8.9
- มีโอกาสเข้าร่วมประชุม หรือกิจกรรมของโรงเรียนตามที่ตนเองมีหน้าที่รับผิดชอบ	110	89.4	13	10.6
- มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น งานวัด งานผ้าป่าสามัคคี กีฬาหมู่บ้าน	99	80.5	24	19.5

จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านบทบาทหน้าที่ จำนวนมากที่สุดร้อยละ 93.5 คือ พ่อแม่เคยบอกให้ตนทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะกิจกรรมกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านบทบาทหน้าที่

ลักษณะกิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พ่อแม่เคยบอกให้ตนทำงานเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม (n=115)		
- ยอมทำแต่บ่นต่อว่าที่ให้ทำงานเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม	101	82.1
- ยอมทำงานบ้านแต่จะต่อรองหรือมีข้อแลกเปลี่ยนกับพ่อแม่	84	68.3
ผลการเรียนของตนเคยลดลงกว่าเดิม (n=114)		
- ตั้งใจเรียนและอ่านหนังสือให้มากขึ้นกว่าเดิม	96	78.0
- พยายามทำการบ้านให้เสร็จ โดยให้เพื่อนช่วยทำการบ้านให้	94	76.4
เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน โรงเรียน เช่น ทักษะศึกษา กีฬา		
เข้าค่ายลูกเสือ/เนตรนารี นิทรรศการ คนตรี หรือกีฬา (n=114)		
- พยายามหลบหน้าคุณครู	102	87.0
- ไม่ไปโรงเรียนในวันที่มีกิจกรรม	73	59.3
เข้าร่วมบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ ที่โรงเรียนจัดขึ้น เช่น รมรงค์ปลูก		
ต้นไม้ ช่วยเก็บขยะในโรงเรียน (n=112)		
- ไม่ไปโรงเรียนในวันที่มีกิจกรรม	105	85.4
- พยายามหลบหน้าคุณครู	83	67.5
เข้าร่วมประชุม หรือกิจกรรมของโรงเรียนตามที่ตนเองมีหน้าที่		
รับผิดชอบ (n=110)		
- ไม่ไปโรงเรียนในวันที่มีกิจกรรม	104	84.6
- พยายามหลบหน้าคุณครู	96	78.0
เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น งานวัด งานผ้าป่าสามัคคี กีฬา		
หมู่บ้าน (n=99)		
- ต่อรองหรือมีข้อแลกเปลี่ยนกับพ่อแม่แทน ว่าหากหนูทำงานเสร็จ	79	64.2
ตามที่พ่อแม่บอก แล้วหนูจะไปเข้าร่วมกิจกรรมได้		
- หากิจกรรมอื่นทำแทน เช่น อ่านหนังสือการ์ตูน รดน้ำต้นไม้	58	47.2

จากตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านบทบาทหน้าที่ ลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ เมื่อพ่อแม่เคยบอกให้ตนทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม จะยอมทำแต่บ่นต่อว่าที่ให้ทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม เมื่อผลการเรียนของตนเคยลดลงจากเดิม จะตั้งใจเรียนและอ่านหนังสือให้มากขึ้นกว่าเดิม เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน โรงเรียน เช่น ทักษะศึกษา กีฬาสี เข้าค่ายลูกเสือ/เนตรนารี นิทรรศการ คอนเสิร์ต หรือกีฬา จะพยายามหลบหน้าคุณครู เมื่อเข้าร่วมบำเพ็ญประโยชน์ต่างๆ ที่โรงเรียนจัดขึ้น เช่น วรรณคดีปลูกต้นไม้ ช่วยเก็บขยะในโรงเรียน จะไม่ไปโรงเรียนในวันที่มีกิจกรรม เมื่อเข้าร่วมประชุม หรือกิจกรรมของโรงเรียนตามที่ตนเองมีหน้าที่รับผิดชอบ จะไม่ไปโรงเรียนในวันที่มีกิจกรรม เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น งานวัด งานผ้าป่าสามัคคี กีฬาหมู่บ้าน จะต่อรองหรือมีข้อแลกเปลี่ยนกับพ่อแม่แทน ว่าหากหนูทำงานเสร็จตามที่พ่อแม่บอก แล้วหนูจะไปเข้าร่วมกิจกรรมได้

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านความสัมพันธ์พี่น้องระหว่างกัน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- รู้สึกว่าพ่อแม่หรือคนรอบข้าง ไม่ยุติธรรม เข้าข้างพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยมากกว่าตน	118	95.9	5	4.1
- รู้สึกไม่พอใจ/อิจฉา เมื่อพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลเป็นพิเศษหรือมากกว่า	116	94.3	7	5.7
- เมื่อกลับจากโรงเรียนหรือเมื่อมีเวลาว่าง เคยทำกิจกรรมร่วมกับพี่หรือน้องที่เจ็บป่วย	114	92.7	9	7.3
- เคยจัดงานเลี้ยงหรืองานสังสรรค์ภายในบ้าน เช่น งานวันเกิด งานปีใหม่	113	91.9	10	8.1
- เคยออกไปเล่นที่บ้านเพื่อน หรือเล่นกับเพื่อน ๆ ละแวกบ้าน	110	89.4	13	10.6

จากตาราง 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านความสัมพันธ์พี่น้องระหว่างกัน จำนวนมากที่สุดร้อยละ 95.9 คือ รู้สึกว่าพ่อแม่หรือคนรอบข้าง ไม่ยุติธรรม เข้าข้างพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยมากกว่าตน

ตาราง 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำแนกตามลักษณะกิจกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านความสัมพันธ์พี่พี่ระหว่างกัน

ลักษณะกิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รู้สึกว่าคุณแม่หรือคนรอบข้าง ไม่ยุติธรรม เข้าข้างพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยมากกว่าตน (n=118)		
- แสดงให้คุณแม่รู้ว่าไม่พอใจ เช่น งอน ไม่ยอมพูดด้วย	99	80.5
- ต่อว่าคุณแม่ และคนรอบข้าง	90	73.2
รู้สึกไม่พอใจ/อิจฉา เมื่อพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลเป็นพิเศษหรือมากกว่า (n=116)		
- ต่อว่าคุณแม่ว่าไม่รักหนู/ไม่สนใจหนูเลย	106	86.2
- แอบเกลียดพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยเมื่อคุณแม่ผลอ	102	82.9
เมื่อกลับจากโรงเรียนหรือเมื่อมีเวลาว่าง จะทำกิจกรรมร่วมกับพี่หรือน้องที่เจ็บป่วย (n=114)		
- รีบออกไปเล่นกับเพื่อนทันที	101	82.1
- เล่นกับพี่หรือน้องของตน	82	62.6
จัดงานเลี้ยงหรืองานสังสรรค์ภายในบ้าน เช่น งานวันเกิด งานปีใหม่ (n=113)		
- ต่อรองกับคุณแม่ให้ซื้อของขวัญให้หนูแทน ถ้าไม่จัดงานเลี้ยงหรืองานสังสรรค์ให้	93	75.6
- เข้าใจ และขอให้คุณแม่จัดงานสังสรรค์ให้ภายหลังเมื่อคุณแม่มีเวลาว่างมากขึ้น	90	13.0
ออกไปเล่นที่บ้านเพื่อน หรือเล่นกับเพื่อนๆ สะเวกบ้าน (n=110)		
- เข้าใจ และเล่นกับพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยแทน	89	72.4
- ต่อรองกับคุณแม่ว่าถ้าหากหนูทำงานเสร็จแล้ว หนูจะไปเล่นกับเพื่อนได้	82	66.7

จากตาราง 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน ด้านความสัมพันธ์พึงพาระหว่างกัน ลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง คือ เมื่อรู้สึกว่ามีพ่อแม่หรือคนรอบข้างไม่ยุติธรรม เข้าข้างพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยมากกว่าตน จะแสดงให้พ่อแม่รู้ว่าไม่พอใจ เช่น เงย ไม่ยอมพูดด้วย เมื่อรู้สึกไม่พอใจ/อิจฉา เมื่อพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลเป็นพิเศษหรือมากกว่า จะต่อว่าพ่อแม่ว่า ไม่รักหนู/ไม่สนใจหนูเลย เมื่อกลับจากโรงเรียนหรือเมื่อมีเวลาว่าง จะทำกิจกรรมร่วมกับพี่หรือน้องที่เจ็บป่วย จะรีบออกไปเล่นกับเพื่อนทันที เมื่อจัดงานเลี้ยงหรืองานสังสรรค์ภายในบ้าน เช่น งานวันเกิด งานปีใหม่ จะต่อรองกับพ่อแม่ให้ซื้อของขวัญให้หนูแทน ถ้าไม่จัดงานเลี้ยงหรืองานสังสรรค์ให้ เมื่อออกไปเล่นที่บ้านเพื่อน หรือเล่นกับเพื่อนๆ ละแวกบ้าน จะเข้าใจ และเล่นกับพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยแทน

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาจากพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาพยาบาลด้วยโรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคธาลัสซีเมีย และโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 123 คน ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลการศึกษาพบว่าพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้การเจ็บป่วยในภาพรวมถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 58.5 อาจอธิบายได้ว่า พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นวัยเรียนตอนปลาย ซึ่งเด็กในวัยนี้สามารถบอกถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน สามารถแยกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากโรคหรือจากปฏิกิริยาทางร่างกาย ความคิดและสติปัญญาของเด็กวัยนี้ อยู่ในขั้นปฏิบัติการรูปธรรม (ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์, 2526) เด็กจะคิดถึงเกี่ยวกับสิ่งที่มองเห็นได้ สัมผัสได้โดยตรง และการแสดงเหตุผลขึ้นกับสิ่งที่ปรากฏ เด็กสามารถอธิบายได้ว่าเชื้อโรคเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในร่างกาย โดยร่างกายจะสัมผัสกับเชื้อโรคโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของแคมเบลล์ (Campbell, 1976) ที่ทำการเก็บข้อมูลจากเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 261 คน พบว่า เด็กในวัยเรียนตอนปลาย มีการรับรู้การเจ็บป่วยและสามารถบอกได้เฉพาะเจาะจงว่าการเจ็บป่วยนั้นจะเกิดขึ้นได้อย่างไร และสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรต่อมาได้บ้าง การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 ไม่ทราบว่าพี่น้องของตนเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังใด ดังนั้นการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้อง จึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ที่เกิดจากการรับรู้ความเจ็บป่วยของพี่น้องตนเอง แต่น่าจะมาจากพื้นฐานความรู้และความเข้าใจที่เกิดจากการเรียนรู้ในชั้นเรียนและสังคมรอบข้าง ประกอบกับวัยของเด็กที่สามารถเรียนรู้ เข้าใจ และค้นหาสาเหตุของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของเด็กที่มีสุขภาพดีนั้นได้

เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่า การที่พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดีได้ถูกต้องปานกลาง จึงส่งผลให้เกิดแรงจูงใจด้านสุขภาพที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพดี เช่น การดูแลตนเองให้แข็งแรง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การปฏิบัติตามคำแนะนำของพ่อแม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นต้น ประกอบกับพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนตอนปลาย ร้อยละ 52.8 ซึ่งเด็กจะมีความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยได้มากขึ้น สามารถบอกสาเหตุและผลของการเจ็บป่วยได้ชัดเจน (Wood, 1983) นอกจากนี้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 3 ร้อยละ 42.3 เมื่อพิจารณาแล้วอาจอธิบายได้ว่า เด็กสามารถเรียนรู้ได้จากคำบอกเล่าหรือได้รับอิทธิพลมาจากพี่คนแรกๆ ซึ่งเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่จะสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพที่ดีให้แก่เด็ก (Williams, 1997) ส่งผลให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพถูกต้องปานกลาง และจากการศึกษาของ สตีล (Steele, 1971) พบว่า เด็กวัยเรียนสามารถรับรู้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว รับรู้ถึงความยุ่งยาก และความกลัวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เด็กสามารถรับรู้ได้ว่าสิ่งเหล่านี้มีผลต่อพี่น้องที่เจ็บป่วยและตนเอง เช่น การที่ต้องรับประทานผักทุกวัน ทั้ง ๆ ที่ตนเองไม่ชอบรับประทาน หรือการที่เห็นพี่น้องตนเองรับประทานตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสร้างความเบื่อหน่ายให้แก่ตนเอง แต่ก็ต้องปฏิบัติเพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งภาวะความมีสุขภาพที่ดี

เมื่อพิจารณาการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังในแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดี, ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี, ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี, และด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องปานกลาง มีเพียงด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี เท่านั้นที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้การเจ็บป่วยไม่ถูกต้อง ทั้งนี้อาจจะมีผลมาจากประสบการณ์เดิมของเด็ก เช่น ถ้าเด็กไม่เคยเจ็บป่วยหรือเด็กที่ผ่านการเจ็บป่วยเล็กน้อยและหายอย่างรวดเร็ว เด็กจะรู้สึกถึงประสบการณ์นั้นพอที่จะเกิดความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นเด็กที่มีสุขภาพดี ดังนั้นอาจอธิบายได้ว่า เด็กกลุ่มนี้มองภาวะ

สุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแตกต่างจากเด็กที่อยู่ในระยะป่วย (Lasky & Eichelberger, 1985) ซึ่งนอกจากประสบการณ์การเจ็บป่วยแล้ว การที่พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะมีการรับรู้และความเข้าใจในความรุนแรงของโรคได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ทั้งทางด้านพยาธิวิทยาและสรีรวิทยา ซึ่งเกินขีดความสามารถการเรียนรู้ของเด็กในวัยนี้ที่จะเข้าใจได้ สาเหตุเหล่านี้จึงส่งผลให้เด็กมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดีไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ : จากการศึกษาพบว่า พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในภาพรวมถูกต้องดี ร้อยละ 56.91 อาจอธิบายได้ว่า พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนตอนปลาย เป็นวัยที่มีความคิดและมีเหตุผลตามความเป็นจริงที่พิสูจน์ได้ (Inductive Logic) มีประสบการณ์จากระยะเปลี่ยนผ่าน (transition) มาแล้ว จากวัยก่อนเรียนมาเป็นวัยเรียน ต้องออกจากบ้านมาสู่โรงเรียนและภายนอกครอบครัว ทำให้เด็กเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักการปรับตัวตามกฎเกณฑ์ และการปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับของสังคม การยึดตนเองเป็นศูนย์กลางลดลง (ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, 2541) การที่เด็กเจริญเติบโตขึ้นทำให้ได้เรียนรู้มากขึ้น เด็กจะสามารถปรับตัวได้ดีเป็นลำดับ จะเปลี่ยนความรู้สึกที่ว่าการให้ผู้อื่นรักใคร่สนใจตนเองแต่เพียงผู้เดียวเป็นความรู้สึกที่ว่าการให้ผู้อื่นรักและพอใจในตัวเองด้วย เด็กจะรู้จักยับยั้งชั่งใจได้ดีขึ้น อารมณ์จะค่อย ๆ สงบและคงที่ ไม่ทำตามใจตนเองหรือเอาแต่ใจตนเอง (กิตติกร มีทรัพย์, 2540) จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ถูกต้อง นอกจากนี้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 55.3 ซึ่งลักษณะของสังคมไทยในชนบทส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวขยาย มีการอาศัยอยู่ร่วมกันของ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่คอยดูแลเอาใจใส่เมื่อพ่อแม่ต้องพาพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรังไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังไม่รู้สึกรำคาญ โดดเดี่ยว หรือรู้สึกถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังคนเดียว (Friedman, 1992) ทำให้เด็กไม่รู้สึกลำบากใจ ไม่รู้สึกว่าเด็กป่วยแย่งความรักไปหมดแต่เพียงผู้เดียว รวมถึงการบอกเล่าหรือการให้คำแนะนำสั่งสอนของบุคคลในครอบครัวถึงสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปรับตัว ที่ส่งผลให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง มีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่าพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.9 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ธรรมชาติของเพศหญิงมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย รักสวยรักงามมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะเมื่อได้รับการปลูกฝังหรือสอนเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ทำให้เพศหญิงมีความสนใจที่จะดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทั้งทาง

ร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสินี บุญวัฒนากุล (2541) ที่พบว่า เด็กเพศหญิงมีการปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าเด็กเพศชาย

อย่างไรก็ตาม ลำดับการเกิดเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมปรับตัวในด้านต่างๆ อย่างถูกต้อง เพราะจากพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่า เป็นบุตรลำดับที่ 3 ร้อยละ 42.3 เป็นบุตรลำดับที่ 2 ร้อยละ 28.5 มีเพียงร้อยละ 7.3 เป็นบุตรลำดับที่ 1 เมื่อพิจารณาแล้วสามารถอธิบายได้ว่า ลำดับการเกิดมีผลต่อพฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากการที่มีพี่น้องป่วยเพียง 1 คน กลุ่มตัวอย่างยังมีพี่น้องที่มีสุขภาพดีอีก 1 คน คอยอยู่เคียงข้างตนเอง พุดคุย ช่วยเหลือ เป็นเพื่อนเวลาที่พ่อแม่พาพี่น้องที่เจ็บป่วยไปรับการรักษา ทำให้ไม่รู้สึกเหงาหวาดกลัวหรือถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง (Sargent, 1995) จากการศึกษาของ พัทธพรพรณ ทิพวงศา (2542) พบว่า น้องวัยเรียนของเด็กเจ็บป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะเครียดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่พี่น้อง โดยน้องของเด็กป่วยต้องแยกจากพี่บ่อย ๆ ทำให้รู้สึกเหงาเหมือนถูกทอดทิ้ง เนื่องจากพี่ป่วยหรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล น้องของเด็กป่วยจะทะเลาะและขัดแย้งกับพี่ และน้องของเด็กป่วยจะไม่เล่นกับพี่เหมือนเดิมหรือถูกบิดามารดาห้ามเนื่องจากการอ่อนแอของพี่ที่ป่วย ดังนั้นการที่เด็กที่มีสุขภาพดีมีพี่น้องที่มีสุขภาพดีอีกคนอยู่เป็นเพื่อนคอยดูแล เล่น หรือช่วยเหลือกันในเวลาที่เด็กเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรืออ่อนแอจากการเจ็บป่วย จะส่งผลให้พี่น้องของเด็กป่วยมีพฤติกรรมปรับตัวที่ถูกต้องตามมาได้

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมปรับตัวในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวด้านสรีระ, พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่, และพฤติกรรมการปรับตัวด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างกัน มีพฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องดี มีเพียงพฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เท่านั้นที่อยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้เพราะ อัตมโนทัศน์เป็นเรื่องของ อารมณ์ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง การที่พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง รับรู้เพียงว่าพี่หรือน้องของตนเองเจ็บป่วยแต่ไม่ได้มีส่วนร่วมด้วยในสถานการณ์ที่โรงพยาบาล ไม่ทราบการวินิจฉัยโรคเด็กอาจคิดถึงสาเหตุและความเจ็บป่วยของพี่น้องตามที่ตนเองได้รับ หรือได้ยินมาจากการพูดคุยกันของบิดามารดาหรือจากบุคคลอื่นหรืออาจจะคิดเอาเองตามความคิดและจินตนาการของเขา ทำให้เด็กเกิดความสับสน หวาดกลัว รู้สึกผิดที่ตนเองแข็งแรงในขณะที่พี่หรือน้องของเขาเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออาการของเด็กป่วยเลวลง (American Academy of Pediatric, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา เรืองลาภอนันต์ (2543) พบว่าพี่น้องเด็กวัยเรียนของเด็กป่วยโรคหอบหืดมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในด้านลบ คือ พี่น้องของเด็กป่วยจะเรียกร้องความสนใจจากบิดามารดา และรู้สึกอิจฉาเด็กป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่มากกว่าตน นอกจากนี้จากการศึกษาของเกลโล (Gallo et al., 1991) ที่ศึกษาความรู้สึกผิดจากสังคม (stigma) ของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยเป็น

โรคเรื้อรัง โดยพบว่าพี่น้องจำนวน 42% เกิดความรู้สึกอับอายขึ้นจากการที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และไม่ยอมเปิดเผยเรื่องการเจ็บป่วยของพี่น้องตนให้คนอื่นรับรู้ เนื่องจากกลัวเด็กป่วยจะถูกล้อเลียน กลัวการถูกปฏิเสธจากบุคคลอื่นและกลัวถูกนำไปบอกต่อผู้อื่น

ตรงกันข้ามกับการศึกษาของเชสเลอร์ (Chesler, 1991) ที่ศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าเด็กบางคนมีทัศนคติต่อตนเองดีขึ้น เช่น มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมการปรับตัวในทางตรงกันข้าม คือ พี่หรือน้องของเด็กป่วยมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ดูแลปกป้องห่วงใยเด็กป่วย และมีกิจกรรมร่วมกับเด็กป่วยมากขึ้น (Faux, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มินากาวา (Minagawa, 1997) พบว่าเด็กวัยเรียนในครอบครัวที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคเบาหวาน พี่หรือน้องของเด็กป่วยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เข้าใจที่ผู้ป่วยรู้สึกแย่ที่ถูกเพื่อนล้อเลียน คิดถึงสิ่งที่ไม่ดีที่ผู้ป่วยได้รับและเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร และตนเองก็รู้สึกอย่างนั้นด้วย รู้สึกเห็นอกเห็นใจ อยากปกป้องผู้ป่วยที่ตนเองรัก มีความเป็นห่วงผู้ป่วยอย่างมาก กลัวผู้ป่วยตาย (Chesler, 1991; Havermans & Eiser, 1994; Sargent, 1995) จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็ก ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยและเด็กที่มีสุขภาพดีให้มีพฤติกรรมปรับตัวทั้งทางด้านบวกและด้านลบ แต่ด้วยปัจจัยทางด้านอายุ และลักษณะครอบครัว ของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ทำให้เด็กเรียนรู้การปรับตัวตามกฎเกณฑ์ และการปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับของสังคม จึงส่งผลให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมปรับตัวด้านทัศนคติ อยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรม การปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัดสัสมิเย โรคหัวใจโรคหอบหืด และโรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 123 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ของบิดามารดา 2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่ เจ็บป่วยเรื้อรัง และ 3) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้รับการตรวจสอบความ ครบคลุมและความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หาค่าความ เชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น .85 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ตรวจสอบความครบคลุมและความตรง ตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้เด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใน กรณีที่พี่น้องของเด็กป่วยไม่สามารถอ่านหรือเข้าใจแบบสอบถามที่มีข้อความยาวมากได้นั้น ผู้วิจัย เป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังฟัง แล้วให้เด็กตอบตามความรู้สึก ถ้า คำตอบของเด็กตรงกับคำตอบที่เตรียมไว้ ก็ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” และจะถามต่อไปว่าทำบ่อย เพียงใด ถ้าคำตอบของเด็กตรงกับคำตอบที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยจะบันทึกเพิ่มเติม จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 123 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.0 อายุ 10-12 ปี ร้อยละ 52.8 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 42.3 เป็นบุตรคนที่ 3 ร้อยละ 66.7 ไม่ทราบความเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

2. เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 31.7 อายุ 4 ปี– 6 ปี ร้อยละ 49.6 เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 49.6 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาล ร้อยละ 74.8 เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 42.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-2 ปี ร้อยละ 86.2 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร้อยละ 53.7 มาตรวจตามแพทย์นัดมาทุกเดือน

3. บิดาหรือมารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.2 มีบุตรจำนวน 3 คน ร้อยละ 37.4 อายุอยู่ระหว่าง 31 ปี – 40 ปี ร้อยละ 40.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 71.5 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.3 รายได้โดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 55.3 ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย

4. กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.5 มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องปานกลางเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี ที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยไม่ถูกต้อง

5. กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.91 มีพฤติกรรมปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องดี เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีพฤติกรรมปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องดีเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านอัตมโนทัศน์ ที่มีพฤติกรรมปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง

6. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านสรีระที่พบมากที่สุดคือ นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท/ มีฝันร้าย ร้อยละ 92.7 และลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท/ มีฝันร้าย จะสวมชุดผ้าห่มก่อนนอน เมื่อเบิ้อาหาร ไม่อยากรับประทานอาหาร จะรับประทานอาหารหรืออาหารว่างระหว่างมือ

7. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านอัตมโนทัศน์ที่พบมากที่สุด คือ อาย/ กลัวคนอื่นจะรู้ว่าพี่หรือน้องของตนเจ็บป่วย ร้อยละ 93.5 และลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่ออาย/ กลัวคนอื่นจะรู้ว่าพี่หรือน้องของตน จะปกป้องพี่หรือน้องของตน ไม่ให้ใครมาล้อ

8. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านบทบาทหน้าที่ที่พบมากที่สุด คือ พ่อแม่เคยบอกให้ตน

ทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ร้อยละ 93.5 และลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อพ่อแม่เคยบอกให้ตนทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม จะยอมทำแต่บ่นต่อว่าที่ให้ทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม

9. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านความสัมพันธ์ที่พัวพันระหว่างกันที่พบมากที่สุด คือ รู้สึกว่าพ่อแม่หรือคนรอบข้าง ไม่ยุติธรรม เข้าข้างพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยมากกว่าตน ร้อยละ 95.9 และลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อรู้สึกว่าคุณแม่หรือคนรอบข้างไม่ยุติธรรม เข้าข้างพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยมากกว่าตน จะแสดงให้พ่อแม่รู้ว่าไม่พอใจ เช่น งอน ไม่ยอมพูดคุยด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อส่งเสริมให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องตนเอง ถูกต้องปานกลาง 4 ด้านและมี 1 ด้าน ที่มีการรับรู้ไม่ถูกต้อง ดังนั้นเพื่อให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องดีทุกด้าน ควรมีแนวปฏิบัติดังนี้

1. ควรจัดทำคู่มือเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ทั้งเรื่องการดูแลพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยเนื้อหาที่ใช้ต้องเป็นเนื้อหาที่เด็กสามารถเข้าใจได้ง่าย หรืออาจมีรูปภาพประกอบเพื่อดึงดูดความสนใจของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง แจกให้แก่ครอบครัวของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน เพื่อให้ครอบครัวของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถอธิบาย หรือให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวได้ถูกต้อง ส่งเสริมให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของพี่น้องของตนเองอย่างถูกต้อง และส่งผลถึงการปรับตัวที่เหมาะสมตามมา

2. รมรงค์ให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ทั้งเรื่องการดูแลพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยการจัดให้มีนิทรรศการเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ตามโรงเรียนประถมศึกษาต่าง ๆ ในเขตพื้นที่ เช่น การจัดนิทรรศการเบาหวาน ในวันเบาหวานโลก เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของพี่น้องของตนเอง และส่งผลถึงการปรับตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมตามมา

3. พยาบาลแผนกผู้ป่วยในควรจัดให้ผู้ปกครองของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีการนำพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมาเยี่ยมเด็กป่วยในเวลาที่เหมาะสม เช่น ช่วงเวลาหลังเลิกเรียนหรือวันเสาร์ อาทิตย์ ทั้งนี้ต้องระมัดระวังเรื่องการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นด้วย โดยพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องมีสุขภาพแข็งแรงและเด็กป่วยอยู่ในช่วงที่อาการของโรคทุเลาลง เพื่อให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องตนเองอย่างถูกต้อง ควรจัดกลุ่มให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับพี่น้องที่เจ็บป่วย รวมถึงการดูแลตนเองและพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ โดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มและสรุปประเด็นให้

4. จัดอบรมผู้ปกครองและครู เพื่อให้ผู้ปกครองและครูมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และเห็นความสำคัญในการดูแลพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังทั้งที่บ้านและโรงเรียน สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นความรู้ สังเกตพฤติกรรม ดูแลและให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ด้านการวิจัย

1. เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดีของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี ไม่ถูกต้อง ดังนั้นควรมีการศึกษารูปแบบหรือวิธีการในการให้ความรู้เพื่อสร้างการรับรู้การเจ็บป่วยในด้านนี้ให้ถูกต้อง เช่น การใช้ภาพการ์ตูน วิดีโอเทป การใช้กลุ่มช่วยเหลือ การจัดทำคู่มือ และประเมินผลการรับรู้การเจ็บป่วยในภายหลังว่าดีขึ้นหรือไม่ เพื่อส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยให้ถูกต้องในทุกๆด้าน

2. การทำวิจัยในพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังยังมีอยู่น้อยมาก เพราะการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างยาก การทำวิจัยในกลุ่มนี้จึงค่อนข้างยาก ดังนั้นพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดทำเครือข่ายทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล จนถึงระดับหมู่บ้าน โดยการขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน รวมถึงครูตามโรงเรียนต่างๆในชุมชน เพื่อให้การเข้าถึงพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังง่ายขึ้น เป็นแนวทางในการทำวิจัยเพื่อส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวที่ถูกต้อง เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

PERCEPTION OF ILLNESS AND ADAPTATION BEHAVIORS OF SIBLINGS OF
CHRONICALLY ILL CHILDREN

ศิริลักษณ์ เกตุพินิจ 4836888 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : พรศรี ศรีอัญญาพร, ค.ม. (วิจัยทางการศึกษา),
วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลของประเทศไทยได้รับการพัฒนามากขึ้น ส่งผลให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถรักษาพยาบาลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันรวมถึงเด็กที่มีความผิดปกติหรือได้รับบาดเจ็บจากการตั้งครรภ์และการคลอดให้มีชีวิตรอด และยืดชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ยาวนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี

จากการสำรวจสถิติในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ 1-18 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2546- 2550 มีจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาล บรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้น นอกจากจะทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ/ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยเด็กแล้ว ความเจ็บป่วยเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดา และผู้เลี้ยงดูเด็กด้วย นอกจากนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับเด็กยังส่งผลกระทบต่อพี่น้องหรือน้องของเด็กโรคเรื้อรังเหล่านี้ด้วย บิดามารดาก็มักจะให้การดูแลเอาใจใส่เด็กที่เจ็บป่วยเหล่านี้อย่างใกล้ชิด จนทำให้เวลาและความใกล้ชิด รวมไปถึงการดูแลเอาใจใส่ที่มีให้กับลูกที่ไม่เจ็บป่วยมี

น้อยลง ไปถึงยี่หล่นนี้อาจทำให้พี่หรือน้องของเด็กป่วยคิดว่าบิดามารดาไม่สนใจตน และรักตนน้อยกว่าเด็กป่วย จึงอาจแสดงพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจมากขึ้น บิดามารดาอาจทนไม่ได้และใช้การคว่ำหรือลงโทษ ซึ่งอาจทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาและบุตร รวมทั้งสัมพันธ์ภาพระหว่างพี่น้องและเด็กป่วยเลวลง เนื่องจากพี่น้องของเด็กป่วยคิดว่าตนเองถูกลงโทษเพราะเด็กป่วย (สกวรัตน์ พวงจันทร์, 2538) ในทางตรงข้ามเด็กพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังบางราย พบว่ามีพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นโดยมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจเด็กป่วย อยากปกป้อง มีความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลช่วยเหลือเด็กป่วย มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และรู้คุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี (Wong, 1995)

จากประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังและได้พูดคุยสอบถามจากมารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังบนหอผู้ป่วยเด็ก ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา วิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กชั้นสูง 2 (ศิริลักษณ์ เกตุพิณี, 2549) เกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กต่อพี่น้องของเด็กป่วยในมุมมองของมารดาพบว่า พี่น้องของเด็กป่วยส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของตน เช่น พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังรับรู้ว่ามีเวลาดูแลเอาใจใส่ตนเองน้อยลง ต้องทำงานบ้านแทนเด็กป่วย รับผิดชอบงานภายในบ้านเพิ่มมากขึ้น สัมพันธ์ภาพระหว่างพี่น้องของเด็กป่วยกับเด็กป่วยและครอบครัวแย่ลง และผลการเรียนลดลง เป็นต้น นอกจากนี้พี่น้องเด็กป่วยบางคนจะมีความเข้าใจว่าเด็กป่วยได้รับอภิสิทธิ์ในการทำสิ่งต่างๆ ได้มากกว่าตน ไม่ว่าจะเป็นการใช้ห้องน้ำ การนอน การรับประทานอาหาร ว่าจะต้องให้เด็กป่วยได้รับสิทธิเหล่านั้นก่อน ในทางตรงกันข้ามพบว่า พี่น้องเด็กป่วยบางคนกลับมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านบวก เช่น มีความเป็นห่วงเป็นใยในตัวเด็กป่วยมากขึ้น ซึ่งแสดงออกโดยการโทรศัพท์ถามอาการและความเป็นอยู่ในขณะที่พักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และจากการทำ group support ในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สะท้อนให้เห็นว่าพี่น้องของเด็กป่วยที่อยู่ที่บ้านส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของพี่น้องของตนเอง โดยพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังคิดว่ามารดาจะให้ความสนใจเอาใจใส่เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าตน และพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะแสดงออกโดยการคือ ไม่ค่อยเชื่อฟังบิดามารดา ไม่สนใจการเรียน ทำให้ผลการเรียนแย่ลง

นอกจากนี้จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ที่ออกไปปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมบ้านของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบรรพตพิสัยพบว่า พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปหลังจากที่มีเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นในครอบครัว ทั้งจากการบอกเล่าของบิดามารดาและการสังเกตของเจ้าหน้าที่เอง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การพูดคำหยาบคาย การเอาแต่ใจตนเอง การแกล้งเด็กป่วย ไม่ยอมไปโรงเรียน ผลการเรียนตกต่ำ มีบางรายที่พบว่า พี่น้องเด็กป่วยบางคนมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ช่วยเหลือพ่อแม่ทำงานบ้าน

เพิ่มขึ้น แสดงความห่วงใยในตัวเด็กป่วย มีความรักความผูกพันระหว่างพี่น้องและเด็กป่วยมากขึ้น (งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบรรพตพิสัย, 2549) ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อาจทำให้ระบบครอบครัวเสียดุลยภาพได้เพราะครอบครัวจัดเป็นระบบสังคมระบบหนึ่ง ที่ประกอบไปด้วย ระบบย่อยของสมาชิกครอบครัว ที่ต่างมีอิทธิพลต่อกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสมาชิก 1 คนในระบบ ก็จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ ครอบครัว (Stair, 1972 cited in Menke, 1986)

อย่างไรก็ตามถ้าพี่น้องของเด็กป่วยมีการรับรู้อย่างถูกต้องจะส่งผลให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดี ผลกระทบด้านบวกที่ตามมา คือพี่น้องของเด็กป่วยมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ดูแลปกป้องห่วงใยเด็กป่วย และมีกิจกรรมร่วมกับเด็กป่วยมากขึ้น (Faux, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมินากาวา (Minagawa, 1997) พบว่าเด็กวัยเรียนในครอบครัวที่มีพี่น้องเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พี่น้องของเด็กป่วยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ผลกระทบด้านจิตต่อสัมพันธ์ระหว่างคู่พี่น้องในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง พบว่าเด็กที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็งกล่าวว่า มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เข้าใจที่ผู้ป่วยรู้สึกแย่ที่ถูกเพื่อนล้อเลียน ตระหนักถึงสิ่งที่ไม่ดีที่ผู้ป่วยได้รับ รับรู้และเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร และตนเองก็รู้สึกอย่างนั้นด้วย รู้สึกเห็นอกเห็นใจอยากปกป้องผู้ป่วยที่ตนเองรัก มีความเป็นห่วงผู้ป่วยอย่างมาก กลัวผู้ป่วยตาย (Chesler, 1991; Havermans & Eiser, 1994; Sargent, 1995)

จึงอาจสรุปได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็ก ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยและเด็กที่มีสุขภาพจิตทั้งด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือ พี่น้องของเด็กป่วยแสดงความเห็นอกเห็นใจ สงสารให้ความช่วยเหลือ และทำกิจกรรมร่วมกันกับเด็กป่วยมากขึ้น แต่ในทางตรงข้าม พี่น้องของเด็กป่วยอาจเกิดความอิจฉาริษยา และโกรธเด็กป่วย ที่บิดามารดาให้ความรัก และเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าตน

การรับรู้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง การรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกัน แม้ว่าจะรับรู้ในเรื่องเดียวกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ใช้ในการรับรู้ ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก และการสัมผัส ระบบประสาทรับความรู้สึก สมองหรือสติปัญญาของแต่ละบุคคลจะเข้าใจหรือมีความคิดแตกต่างกันไปตามการรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ได้แก่ ประสบการณ์ในอดีต ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง กรรรมพันธุ์ ภูมิหลังทางการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจสังคม (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528) การรับรู้ของเด็กวัยเรียนจะมีการพัฒนามากขึ้นกว่าเด็กเล็ก เนื่องจากกระบวนการรู้คิดและสังคมของเด็กพัฒนาสูงขึ้นและซับซ้อนขึ้น ความคิดและสติปัญญาของเด็กวัยนี้อยู่ในขั้นปฏิบัติการรูปธรรม (the concrete

operations period) (ดวงเดือน ศาสตรภัทร, 2526) ความคิดของเด็กจะเป็นเชิงรูปธรรม สามารถแยกความแตกต่างระหว่างสาเหตุของการเจ็บป่วยและอาการเจ็บป่วยได้ เด็กจะคิดว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของตนเอง หรือเกิดจากการกระทำของสิ่งแวดล้อมรอบตัว และสามารถอธิบายได้ว่า เชื้อโรคเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในร่างกาย โดยร่างกายจะสัมผัสกับเชื้อโรคโดยตรง แต่เด็กวัยนี้ยังอธิบายลักษณะอาการเจ็บป่วยคลุมเครือ รวมทั้งไม่สามารถระบุความรู้สึกของตนต่อความเจ็บป่วยได้ (Bibace., & Walsh, 1980; Perrin., & Berrity, 1981; Peters, 1978)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตช่วงหนึ่ง เพราะเป็นวัยที่เพิ่งผ่านวัยเด็กเล็ก และกำลังก้าวเข้าสู่วัยรุ่น ต้องปรับตัวเผชิญกับสังคมใหม่ที่โรงเรียน ต้องทำตามกฎระเบียบและคำสั่ง แทนที่จะได้ทำตามใจตนเองได้อย่างเคย อาจมีผลทำให้เกิดความคับข้องใจและความวิตกกังวลที่ตนเองคาดไม่ถึง เด็กวัยนี้มักจะแสวงหาความรัก ความอบอุ่น และการยอมรับจากเพื่อนด้วยวิธีการที่ไม่นุ่มนวล เมื่อเกิดอารมณ์จะแสดงออกในรูปของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ทั้งทางหน้าตา ท่าทาง และคำพูด ถ้าเด็กมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม อาจเกิดผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดจากปัญหาทางจิต (Psychophysiological disorders) ได้ (อัจฉรา สิริวิทยวงศ์, 2548) หรืออาจถูกเก็บกดไว้ภายใต้จิตใจได้สำนึก แล้วแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เมื่อมีภาวะความกดดันทางจิตใจ หรืออาจกลายเป็นบุคลิกภาพที่เบี่ยงเบนได้ในภายหลัง (มงคล หลักคำ, 2536) จะเห็นได้ว่าเด็กในวัยนี้อยู่ในช่วงกลางของการปรับเปลี่ยนพัฒนาการ (the mid of a developmental transition) เด็กจึงมีความอดทนต่อความเครียด และยังคงเผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่หรือน้องอีกด้วย ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะทำให้เด็กเกิดภาวะทางอารมณ์ที่ผิดปกติ และอาจมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมการปรับตัวได้ (ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, 2541)

การวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมามักมุ่งเน้นให้ความสนใจแก่เด็กป่วยและบิดามารดา เป็นส่วนใหญ่ สำหรับงานวิจัยที่มีอยู่เป็นการศึกษาผลกระทบต่อน้องของเด็กเจ็บป่วยจากบิดามารดา หรือการรับรู้การเจ็บป่วยของตัวเด็กป่วยเอง การศึกษาที่เกี่ยวกับพี่น้องของเด็กป่วยยังมีรายงานอยู่น้อยมาก การศึกษาครั้งนี้จะศึกษาในพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่เด็กมีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะมากขึ้นแตกต่างกันไปตามสถานการณ์นั้น มาจากการรับรู้การเจ็บป่วยที่ต่างกันของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้พี่น้องของเด็กป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมปรับตัวแตกต่างกัน นอกจากจะต้องเผชิญกับการปรับตัวตามขั้นพัฒนาการ

แล้ว ยังต้องปรับตัวกับการอยู่ร่วมกับเด็กป่วยด้วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาว่า การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ว่าพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างไรและมีพฤติกรรมการปรับตัวเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพในทีมสุขภาพ ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังในการวางแผนพัฒนากิจกรรมการพยาบาล ในการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมแก่เด็กที่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

คำถามการวิจัย

1. พี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. พี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมการปรับตัวเป็นอย่างไร

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นเด็กวัยเรียนที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจโรคหอบหืด และโรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีลักษณะที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า : กลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าศึกษาครั้งนี้ คือ พี่หรือน้องของเด็กป่วยเรื้อรังดังกล่าว มีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

1. อายุระหว่าง 6 – 12 ปี

2. เป็นพี่หรือน้องร่วมสายโลหิตของเด็กป่วย
3. อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กป่วย
4. มีสุขภาพปกติ ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีประวัติเป็นโรคทางจิต
5. ฟังและพูดภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก : กลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากศึกษาครั้งนี้ คือ พี่หรือน้องของเด็กป่วยเรื้อรังดังกล่าว มีลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้

1. เด็กที่มีเขavnปัญหาด้านสติปัญญาที่ตรวจสอบจากแฟ้มหลักประกันสุขภาพ
2. ระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ พี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สบาย เช่น เป็นหวัด ปวดศีรษะ มีไข้ ที่เป็นสาเหตุให้พี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนที่มีพี่หรือน้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย โรคหัวใจโรคหอบหืด และโรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 123 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และของบิดามารดา
2. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว โดยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอใช้เวชระเบียนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคดังกล่าว และข้อมูลหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ และคัดเลือกเด็กป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคธาลัสซีเมีย โรคเบาหวานจากแผนกเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย

2. เมื่อได้รายชื่อแล้ว คัดเลือกพี่หรือน้องของเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แต่ในกรณีที่พี่หรือน้องที่อยู่ในวัยเรียนมากกว่า 1 คนจะใช้วิธีจับฉลาก นำรายชื่อและบ้านเลขที่ของเด็กป่วยเรื้อรังไปค้นหาจำนวนพี่น้องวัยเรียนจากข้อมูลหลักประกันสุขภาพของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย ได้จำนวนพี่น้องวัยเรียนของเด็กป่วยเรื้อรังจำนวน 186 คน แล้วนำไปคำนวณหาประชากรกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ krejcie และ morgan ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 123 คน

3. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ นำไปตรวจสอบคว้นนัดตรวจครั้งต่อไป ที่แผนกผู้ป่วยนอก และเมื่อถึงกำหนดที่เด็กป่วยมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยจะเข้าไปชี้แจงโครงการวิจัยแก่บิดามารดาของเด็ก สอบถามถึงพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ในวัยเรียนตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) และขออนุญาตเชิญชวนเด็กในปกครองซึ่งเป็นพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังเข้าร่วมการวิจัย เมื่อบิดามารดาอนุญาตให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายกับบิดามารดาของเด็กเพื่อที่จะไปเชิญชวนและเก็บรวบรวมข้อมูลกับพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยคำนึงถึงความสะดวกของเด็กและครอบครัวที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย

4. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ นำรายชื่อของผู้ปกครองที่ยินดีสมัครใจให้พี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังเข้าร่วมโครงการวิจัย มาจัดกลุ่มตามบ้านเลขที่ โดยนำรายชื่อผู้ปกครองที่มีบ้านเลขที่ใกล้เคียงกัน อยู่ตำบลเดียวกัน จัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกันเพื่อสะดวกในการเก็บข้อมูล

5. ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากบิดามารดาให้เด็กในปกครองเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยไปเยี่ยมบ้านพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยแนะนำตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการสอบถามและสัมภาษณ์อีกครั้ง และขอให้กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงบิดาหรือมารดาลงลายมือชื่อในใบพินัยสิทธิ์ หลังจากนั้นให้บิดามารดาและเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

6. เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ในกรณีที่พี่น้องของเด็กป่วยที่มีอายุ 6-9 ปี (วัยเรียนตอนต้น) ไม่สามารถอ่านหรือเข้าใจแบบสอบถามที่มีข้อความยาวมากได้นั้น ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังฟัง แล้วให้เด็กตอบตามความรู้สึก ส่วนพี่น้องของเด็กป่วยที่มีอายุ 10-12 ปี ที่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ก็จะตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เงียบและเป็นส่วนตัวภายในบริเวณบ้านของกลุ่มตัวอย่าง หรืออาจจะมิบิดา มารดา อยู่ด้วยหากเป็นความประสงค์ของบิดามารดา หรือพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับเด็กก่อนโดยการเล่น หรือพูดคุยกับเด็กในเรื่องทั่วไปจนเด็กเริ่มคุ้นเคย

กับผู้วิจัย และกล้าตอบคำถาม ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยถามตามแบบสัมภาษณ์ แล้วให้เด็กตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึกของตัวเอง ถ้าคำตอบของเด็กตรงกับคำตอบที่เตรียมไว้ ก็ใส่เครื่องหมาย “ ✓ ” และจะถามต่อไปว่าทำบ่อยเพียงใด ถ้าคำตอบของเด็กไม่ตรงกับคำตอบที่เตรียมไว้ ผู้วิจัยจะบันทึกเพิ่มเติม

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความเป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะให้ผู้ช่วยเหลือช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากบิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวของเด็ก เพื่อให้เด็กมีอิสระในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

ในกรณีที่ไม่มีพบบิดามารดา และพี่น้องของเด็กป่วย ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวันเวลาใหม่ และออกเยี่ยมบ้านตามวันเวลาที่นัดหมายไว้

7. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS (Statistical Package for the Social Science) โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์การรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยใช้ค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยใช้ค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.9 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.0 อายุ 10-12 ปี ร้อยละ 52.8 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ร้อยละ 42.3 เป็นบุตรคนที่ 3 และร้อยละ 66.7 ไม่ทราบความเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
2. เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.0 เป็นเพศชาย ร้อยละ 31.7 อายุ 4 ปี- 6 ปี ร้อยละ 49.6 เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 49.6 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาล ร้อยละ 74.8 เป็นโรคหอบหืด ร้อยละ 42.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-2 ปี ร้อยละ 86.2 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ 53.7 มาตรวจตามแพทย์นัดมาทุกเดือน
3. บิดาหรือมารดาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.2 มีบุตรจำนวน 3 คน ร้อยละ 37.4 อายุอยู่ระหว่าง 31 ปี – 40 ปี ร้อยละ 40.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 71.5

การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.3 รายได้โดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 55.3 ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย

4. กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.5 มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องปานกลางเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดี มีการรับรู้การเจ็บป่วยไม่ถูกต้อง

5. กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.91 มีพฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องดี เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีพฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องดีเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านอัตมโนทัศน์ มีพฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง

6. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านสรีระที่พบมากที่สุดคือ นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท/ มีฝันร้าย ร้อยละ 92.7 และลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อนอนไม่หลับ หลับไม่สนิท/ มีฝันร้าย จะสวมชุดผ้าไหม้พระก่อนนอน เมื่อเบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทานอาหาร จะรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ

7. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านอัตมโนทัศน์ที่พบมากที่สุด คือ อายุ/ กลัวคนอื่นจะรู้ว่าพี่หรือน้องของตนเจ็บป่วย ร้อยละ 93.5 และลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่ออายุ/ กลัวคนอื่นจะรู้ว่าพี่หรือน้องของตน จะปกป้องพี่หรือน้องของตน ไม่ให้ใครมาล้อ

8. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านบทบาทหน้าที่ที่พบมากที่สุด คือ พ่อแม่เคยบอกให้ตนทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม ร้อยละ 93.5 และลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อพ่อแม่เคยบอกให้ตนทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม จะยอมทำแต่บ่นต่อว่าที่ให้ทำงานเพิ่มมากขึ้นจากเดิม

9. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายหลังการรับรู้การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านความสัมพันธ์พึงพาระหว่างกันที่พบมากที่สุด คือ รู้สึกว่าพ่อแม่หรือคนรอบข้าง ไม่ยุติธรรม เข้าข้างพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยมากกว่าตน ร้อยละ 95.9 และลักษณะกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อรู้สึกพ่อแม่หรือคนรอบข้างไม่ยุติธรรม เข้าข้างพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยมากกว่าตน จะแสดงให้พ่อแม่รู้ว่าไม่พอใจ เช่น เงยหน้า ไม่ยอมพูดด้วย

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาจากพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาพยาบาลด้วยโรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคธาลัสซีเมีย และโรคเบาหวาน ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 123 คน ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1 ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง : ผลการศึกษาพบว่าพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้การเจ็บป่วยในภาพรวมถูกต้องปานกลาง ร้อยละ 58.5 อาจอธิบายได้ว่า พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นวัยเรียนตอนปลาย (อายุ 10-12 ปี) ซึ่งเด็กในวัยนี้สามารถบอกถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน สามารถแยกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากโรคหรือจากปฏิกิริยาทางร่างกาย ความคิดและสติปัญญาของเด็กวัยนี้ อยู่ในขั้นปฏิบัติการรูปธรรม (ดวงเดือน ศาสตรภัทร, 2526) เด็กจะคิดเกี่ยวกับสิ่งที่มองเห็นได้ สัมผัสได้โดยตรง และการแสดงเหตุผลขึ้นกับสิ่งที่ปรากฏ เด็กสามารถอธิบายได้ว่าเชื่อโรคเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยและความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในร่างกาย โดยร่างกายจะสัมผัสกับเชื้อโรคโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของแคมเบลล์ (Campbell, 1976) ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 261 คน พบว่า เด็กในวัยเรียนตอนปลาย มีการรับรู้การเจ็บป่วยและสามารถบอกได้เฉพาะเจาะจงว่าการเจ็บป่วยนั้นจะเกิดขึ้นได้อย่างไร และสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรต่อมาได้บ้าง การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 ไม่ทราบว่าพี่น้องของตนเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังใด ดังนั้นการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้อง จึงไม่น่าจะเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการรับรู้ความเจ็บป่วยของพี่น้องตนเอง แต่น่าจะมาจากพื้นฐานความรู้และความเข้าใจที่เกิดจากการเรียนรู้ในชั้นเรียนและสังคมรอบข้าง ประกอบกับวัยของเด็กที่สามารถเรียนรู้ เข้าใจ และค้นหาสาเหตุของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดีนั้นได้

เมื่อพิจารณาการรับรู้การเจ็บป่วยในรายด้านแล้ว พบว่า การที่พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดีได้ถูกต้องปานกลาง ซึ่งอาจเนื่องมาจากพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี เช่น การดูแลตนเองให้แข็งแรง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การปฏิบัติตามคำแนะนำของพ่อแม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เป็นต้น ประกอบกับพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในวัยเรียนตอนปลาย(อายุ

10-12 ปี) ร้อยละ 52.8 ซึ่งเด็กเหล่านี้จะมีความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยได้มากขึ้น สามารถบอกสาเหตุและผลของการเจ็บป่วยได้ชัดเจน (Wood, 1983) นอกจากนี้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 3 ร้อยละ 42.3 เมื่อพิจารณาแล้วอาจอธิบายได้ว่า เด็กสามารถเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพหรือเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้จากคำบอกเล่าหรือจากพี่คนแรกๆ ซึ่งเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่จะสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพที่ดีให้แก่เด็ก (Williams, 1997) ซึ่งอาจส่งผลให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้การเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพถูกต้องปานกลาง เด็กสามารถรับรู้ได้ว่าสิ่งเหล่านี้มีผลต่อพี่น้องที่เจ็บป่วยและตนเอง เช่น การที่ต้องรับประทานผักทุกวันทั้ง ๆ ที่ตนเองไม่อยากรับประทาน หรือการที่เห็นพี่น้องตนเองรับประทานตามที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสร้างความเบื่อหน่ายให้แก่ตนเอง แต่ก็ต้องปฏิบัติเพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งภาวะความมีสุขภาพที่ดี

เมื่อพิจารณาการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในแต่ละด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยเรื้อรังของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี และด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กที่มีสุขภาพดี มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องปานกลาง มีเพียงด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดีเท่านั้นที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้การเจ็บป่วยไม่ถูกต้อง ทั้งนี้อาจจะมีผลมาจากประสบการณ์เดิมของเด็ก เช่น ถ้าเด็กไม่เคยเจ็บป่วยหรือเด็กที่เคยประสบกับการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยและทุเลาอย่างรวดเร็ว ก็อาจอธิบายได้ว่า เด็กกลุ่มนี้มองภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแตกต่างจากเด็กที่อยู่ในระยะป่วย (Lasky & Eichelberger, 1985) ซึ่งนอกจากประสบการณ์การเจ็บป่วยแล้ว การที่พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะมีการรับรู้และความเข้าใจในความรุนแรงของโรคได้นั้น ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ทั้งทางด้านพยาธิวิทยาและสรีรวิทยา ซึ่งเกินขีดความสามารถการเรียนรู้ของเด็กในวัยนี้ที่จะเข้าใจได้ สาเหตุเหล่านี้จึงส่งผลให้เด็กมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือการควบคุมโรค/อาการไม่ได้/ไม่ดี ของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กที่มีสุขภาพดีไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง : จากการศึกษาพบว่า พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมการปรับตัวในภาพรวมถูกต้องดี ร้อยละ 56.91 อาจอธิบายได้ว่า พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนตอนปลาย เป็นวัยที่มีความคิดและมีเหตุผลตามความเป็นจริงที่พิสูจน์ได้ (Inductive Logic) มีประสบการณ์จากระยะเปลี่ยนผ่าน (transition) มาแล้ว จากวัยก่อนเรียนมาเป็นวัยเรียน ต้องออกจากบ้านมาสู่โรงเรียนและภายนอกครอบครัว ทำให้เด็กเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น รู้จักการปรับตัวตามกฎหมาย และการปฏิบัติให้เป็นที่ยอมรับของสังคม การยึดตนเองเป็นศูนย์กลางลดลง (ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต, 2541) การที่เด็กเจริญเติบโตขึ้นทำให้ได้เรียนรู้มากขึ้น เด็กจะสามารถปรับตัวได้ดีเป็นลำดับ จะเปลี่ยนความรู้สึกที่ว่าการให้ผู้อื่นรักใคร่สนใจตนเองแต่เพียงผู้เดียว เป็นความรู้สึกที่ว่าการเป็นผู้ให้ความรักแก่ผู้อื่นด้วย เด็กจะรู้จักยับยั้งชั่งใจได้ดีขึ้น อารมณ์จะค่อย ๆ สงบและคงที่ไม่ทำตามใจตนเองหรือเอาแต่ใจตนเอง (กิติกร มีทรัพย์, 2540) จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ถูกต้อง นอกจากนี้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 55.3 ซึ่งลักษณะของสังคมไทยในชนบทส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวขยาย มีการอาศัยอยู่ร่วมกันของ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่คอยดูแลเอาใจใส่เมื่อบิดามารดาต้องพำพิน้องที่เจ็บป่วยเรื้อรังไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล และช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังไม่รู้สึกเหงาเหว่ โดดเดี่ยว หรือรู้สึกถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังคนเดียว (Friedman, 1992) ทำให้เด็กไม่รู้สึกคับข้องใจ ไม่รู้สึกว่าเด็กป่วยแย่งความรักไปหมดแต่เพียงผู้เดียว รวมถึงการบอกเล่าหรือการให้คำแนะนำสั่งสอนของบุคคลในครอบครัวถึงสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปรับตัว ที่ส่งผลให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง มีพฤติกรรมการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่าพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.9 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ธรรมชาติของเพศหญิงมีความเป็นระเบียบเรียบร้อย รักสวยรักงามมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะเมื่อได้รับการปลูกฝังหรือสอนเรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ทำให้เพศหญิงมีความสนใจที่จะดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี บุญวัฒนากุล (2541) ที่พบว่า เด็กเพศหญิงมีการปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าเด็กเพศชาย

อย่างไรก็ตาม ลำดับการเกิดเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีพฤติกรรมการปรับตัวในด้านต่างๆ อย่างถูกต้อง เพราะจากพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่าเป็นบุตรลำดับที่ 3 ร้อยละ 42.3 เป็นบุตรลำดับที่ 2 ร้อยละ 28.5 มีเพียงร้อยละ 7.3 เป็นบุตรลำดับที่ 1 เมื่อพิจารณาแล้วสามารถอธิบายได้ว่า ลำดับการเกิดมีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากว่าการที่มีพี่น้องป่วยเพียง 1 คน กลุ่มตัวอย่างยังมีพี่น้องที่มีสุขภาพดีอีก 1 คน

คอยอยู่เคียงข้างตนเอง พุดคุย ช่วยเหลือ เป็นเพื่อนเวลาที่พ่อแม่พาพี่น้องที่เจ็บป่วยไปรับการรักษา ทำให้ไม่รู้สึกลัวหวาดโศกเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง (Sargent, 1995) จากการศึกษาของ พัชราพรรณ ทิพวงศา (2542) พบว่า น้องวัยเรียนของเด็กเจ็บป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะเครียดจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง โดยน้องของเด็กป่วยต้องแยกจากพี่บ่อยๆ ทำให้รู้สึกเหงาเหมือนถูกทอดทิ้ง เนื่องจากพี่ป่วยหรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล น้องของเด็กป่วยจะทะเลาะและขัดแย้งกับพี่ และน้องของเด็กป่วยจะไม่เล่นกับพี่เหมือนเดิมหรือถูกบิดามารดาห้าม เนื่องจากการอ่อนเพลียของพี่ที่ป่วย ดังนั้นการที่เด็กที่มีสุขภาพดีมีพี่น้องที่มีสุขภาพดีอีกคนอยู่เป็นเพื่อนคอยดูแล เล่น หรือช่วยเหลือกันในขณะที่เด็กเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรืออ่อนเพลียจากการเจ็บป่วย จะส่งผลให้พี่น้องของเด็กป่วยมีพฤติกรรมปรับตัวที่ถูกต้องตามมาได้

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมปรับตัวในแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมปรับตัวด้าน สรีระ พฤติกรรมปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมปรับตัวด้านความสัมพันธ์พึ่งพา ระหว่างกัน มีพฤติกรรมปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องดี มีเพียงพฤติกรรมปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เท่านั้นที่อยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้เพราะ อัตมโนทัศน์เป็นเรื่องของ อารมณ์ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม และความคาดหวัง การที่พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง รับรู้เพียงว่าพี่หรือน้องของตนเองเจ็บป่วยแต่ไม่ได้มีส่วนร่วมด้วยในสถานการณ์จริงที่โรงพยาบาล จึงไม่ทราบการวินิจฉัยโรค ได้ยินมาจากการพูดคุยกันของบิดามารดา หรือจากบุคคลอื่นหรืออาจจะคิดเอาเองตามความคิดและจินตนาการของเขา ทำให้เด็กเกิดความสับสน หวาดกลัว รู้สึกผิดที่ตนเองแข็งแรงในขณะที่พี่หรือน้องของเขาเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่ออาการของเด็กป่วยเลวลง (American Academy of Pediatric, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา เรืองลาภอนันต์ (2543) ซึ่งพบว่า พี่น้องเด็กวัยเรียนของเด็กป่วยโรคหอบหืดมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในด้านลบ คือ พี่น้องของเด็กป่วยจะเรียกร้องความสนใจจากบิดามารดา และรู้สึกอิจฉาเด็กป่วยที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่มากกว่าตน นอกจากนี้จากการศึกษาของแกลโล (Gallo et al., 1991) ที่ศึกษาความรู้สึกผิดจากสังคม (stigma) ของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยพบว่าพี่น้องร้อยละ 42 เกิดความรู้สึกอับอายขึ้นจากการที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และไม่ยอมเปิดเผยเรื่องการเจ็บป่วยของพี่น้องตนให้คนอื่นรับรู้ เนื่องจากกลัวเด็กป่วยจะถูกล้อเลียน กลัวการถูกปฏิเสธจากบุคคลอื่นและกลัวถูกนำไปบอกต่อผู้อื่น

ตรงกันข้ามกับการศึกษาของเชสเลอร์ (Chesler, 1991) ที่ศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าเด็กบางคนมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองดีขึ้น เช่น มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมปรับตัวในทางตรงกันข้าม คือ พี่หรือน้องของเด็กป่วยมีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ดูแลปกป้องห่วงใยเด็กป่วย และมีกิจกรรมร่วมกับเด็กป่วยมากขึ้น

(Faux, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มินากาวา (Minagawa, 1997) พบว่าเด็กวัยเรียนในครอบครัวที่มีพี่หรือน้องเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พี่หรือน้องของเด็กป่วยจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ เข้าใจที่ผู้ป่วยรู้สึกแย่ที่ถูกเพื่อนล้อเลียน คิดถึงสิ่งที่ไม่ดีที่ผู้ป่วยได้รับและเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไร และตนเองก็รู้สึกอย่างนั้นด้วย รู้สึกเห็นอกเห็นใจ อยากปกป้องผู้ป่วยที่ตนเองรัก มีความเป็นห่วงผู้ป่วยอย่างมาก กลัวผู้ป่วยตาย (Chesler, 1991; Havermans & Eiser, 1994; Sargent, 1995)

ข้อสรุป

จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ มีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้องปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างพี่หรือน้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการปรับตัวอยู่ในระดับถูกต้องดี ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดทำเอกสารหรือคู่มือให้ความรู้ รวมถึงการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ทั้งเรื่องการดูแลพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถอธิบาย หรือให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัวได้ถูกต้อง ส่งเสริมให้พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของพี่น้องของตนเองอย่างถูกต้อง และส่งผลถึงการปรับตัวที่เหมาะสมตามมา

ในอนาคต ควรส่งเสริมให้พยาบาลเด็ก และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ให้มีการศึกษาผลของการสอนทั้งในเรื่องการดูแลพี่น้องที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อรังในรูปแบบต่าง ในลักษณะของงานวิจัย รวมถึงการจัดทำเครือข่ายทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล จนถึงระดับหมู่บ้าน เพื่อให้การเข้าถึงพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังง่ายขึ้น เป็นแนวทางในการทำวิจัย เพื่อส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวที่ถูกต้อง เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

PERCEPTION OF ILLNESS AND ADAPTATION BEHAVIORS OF SIBLINGS
OF CHRONICALLY ILL CHILDREN

SIRILUK KETPINIT 4836888 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PORNSRI SRIUSSADAPORN, M.Ed.
(EDUCATIONAL RESEARCH), WANIDA SANASUTTIPUN, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

At present, advancement in medical and nursing sciences and technology in Thailand health care provider to pediatric patients more effective. Children illness with acute illness can be treated in time, patients with abnormality or injury during pregnancy and childbirth are saved, and the life of patients with a chronic illness can be prolonged. Thus, the number of chronically ill children increases each year.

The statistics of Banpotpisai Hospital, Nakhon Sawan Province, has shown that the numbers of children aged 1-18 years who had a chronic illness and who attention at the outpatient department between 2003 and 2007 increased every year.

An illness that occurs to children not only causes physical, psychological, emotional, and social discomfort to the children, but it also affects the children's parents or caregivers. In addition, a chronic illness has a major impact on siblings of chronically ill children. For example, parents tend to pay close attention and give continue care to these ill children, making them have less time to pay attention to and care for the other children who are not sick. Such a factor may make siblings of chronically ill children feel that the parents do not care for them or love them less, so they may express certain behaviors to attract the parents' attention. Parents may become impatient and scold or punish them, hence adversely affecting the relationship

between parents and children and between siblings because the siblings may assume that the chronically ill children are the cause of their punishment (Sakowrat Puangchan, 1995). On the other hand, it is possible that siblings of chronically ill children may develop positive behaviors as they sympathize and want to protect the chronically ill children and feel proud that they are able to assist their sick siblings, hence more self-confidence and awareness of the value of having good health (Wong, 1995).

Based on the researcher's experience in taking care of chronically ill children and talking to mothers of chronically ill children hospitalized at a tertiary hospital as part of a project for the Advanced Pediatrics Nursing 2 (Siriluk Katepinit, 2006) regarding the effects of chronic illness on siblings of chronically ill children in the mothers' perspectives, it was found that most of the siblings of chronically ill children suffered from the effects of having a chronically ill sibling in the family. For example, they felt that their parents had less time to spend with them and they had to do more household works to cover sick a patients job. In addition, the relationships between sick and healthy siblings were affected, and the healthy siblings had poorer academic performances in school. Moreover, some siblings felt that the chronically ill children had more privilege in life when it came to using the bathroom, sleeping, and food intake, etc. However, it was also found that some siblings of chronically ill children had positive behavioral changes such as having more concern for their sick siblings. They may make a telephone call to ask about their siblings' conditions while they were hospitalized. Furthermore, a group support organized among the mothers of chronically ill children showed that siblings of chronically ill children who were at home mostly suffered the effects of the illness. They tended to think that their mothers paid more attention to their chronically ill siblings and they showed their displeasure by becoming disobedient and stubborn, not listening to their parents, and paying less attention to their studies, hence poorer learning outcomes in school.

In addition, the family and community healthcare staff of Banpotpisai Hospital who paid a visit to the homes of chronically ill children who had been discharged from the hospital found that siblings of chronically ill children mostly had behavioral changes after their siblings became sick. According to the talks with the parents as well as the staff's own observations, it was discovered that some children

became more aggressive, used rude language, became more self-centered, teased or bullied the sick siblings, and refused to go to school and suffered bad grades. However, some siblings of chronically ill children, in contrast, developed positive behaviors such as helping their parents with household chores more and showed more concern about their siblings' condition. Some also had more love and attachment with their chronically ill siblings (Family and Community Healthcare Work, Banpotpisai Hospital, 2006). It can be stated that the effects of having chronically ill children in the family can adversely affect the balance in the family. This is because family is a social unit that consists of family members who have influence on one another. When changes happen to one of the members in the system, the whole family system will be affected (Stair, 1972 cited in Menke, 1986).

However, it is believed that if siblings of chronically ill children have accurate perception, they will have good mental health. The following positive effects that follow are that the siblings of chronically ill children will have compassion and sympathy for their sick siblings and become more protective. They may have more activities to do with their chronically ill siblings (Faux, 1993). Similarly, Minagawa (1997) found that school-age children who had diabetic siblings paid more attention to the illness by learning about the disease, helped with self-care practices, and assisted the siblings in food intake and exercise. Other studies have revealed that children whose siblings were stricken with cancer had better understanding of the disease their siblings were facing, understood the siblings' bad feelings caused by teasing from other children, became aware of the bad things their siblings were encountering, perceived how the siblings felt, felt more protective of their beloved siblings, and were scared that their siblings would die (Chesler, 1991; Havermans & Eiser, 1994; Sargent, 1995).

Therefore, it can be concluded that a chronic illness in children has an effect on not only the sick children but also the healthy siblings, both positively and negatively. That is, siblings of chronically ill children showed compassion, helped, and did more activities with chronically ill children. However, some siblings may feel jealous that the siblings of chronically ill children received more attention and care from their parents.

Perception is a phenomenon that takes place within individuals, and it cannot be directly observed. Individuals' perception varies even though they are perceiving the same thing, depending on the organs with sensory perceptions including eyes, mouth, ears, nose, and touch. Neurological system and cognition of individuals vary depending on their sensory perception. In addition, there are other factors that influence individuals' perception such as past experience, self-concept, heredity, educational background, and socioeconomic status (Kobkul Panchareonvorakul, 1985). Perception of school-age children is more developed than that of young children as the cognitive process and social process of older children are more developed and complex. Children's thoughts are in the concrete operations period (Duangduan Satrapat, 1983). These subject are able to distinguish between causes and symptoms of a sickness. They are able to explain that germs are causes of an illness and symptoms that happen to their body when their body is directly exposed to germs. However, children at this age are not able to explain the characteristics of symptoms clearly, and they are not able to describe their feelings toward the sickness (Bibace., & Walsh, 1980; Perrin., & Berrity, 1981; Peters, 1978).

In the present study, school-age siblings of chronically ill children were recruited as the study sample because they were at a transition period in life. They have past their toddler years and will eventually enter adolescence. They have to adjust themselves to a new environment in school and have to obey rules and regulations rather than do anything wish to do. In general, children at this age tend to search for love, warmth and acceptance from their friends in ways that may be not so gentle. When they have some unpleasant emotions, they may express them in positive behaviors such as facial expressions, non-verbal language, and verbal language. If they do not have appropriate adaptation, their autonomous nervous system may be negatively affected, thus leading to psychophysiological disorders (Achara Seehiranyawong, 2005). Their displeasure may be suppressed in their subconsciousness and expressed in the forms of problematic behaviors. These subject may later on develop deviant behaviors (Mongkol Lakkam, 1993). Thus, it can be seen that the children are in the middle of a developmental transition that can cause them stress. So, if they have to live with a chronic illness of their siblings, they can be in a critical

condition that leads to abnormal emotional condition and problematic adaptation behaviors (Tippa Chetchaovalit, 1998).

A review of literature has shown that previous research in Thailand tended to emphasize chronically ill children and their parents. There were very few studies on siblings of chronically ill children. The present study was directly conducted with siblings of chronically ill children. According to the literature review, when children have chronically ill siblings, they will be physically, psychologically, emotionally, and socially affected to a certain extent depending on the perceptions of siblings of chronically ill children. This can affect their adaptation behaviors. It can be stated that in addition to adaptation in age-appropriate developmental stages, siblings of chronically ill children have to have adaptation due to their siblings' chronic illness. For this reason, the researcher was interested in investigating perception of illness and adaptation behaviors of siblings of chronically ill children. It is anticipated that the findings of this study can be used as baseline data for nurses and healthcare team members to devise nursing care plans to prevent physical and psychological problems that may take place with siblings of chronically ill children and enable siblings of chronically ill children to have appropriate adaptation behaviors. The findings of the present study can also be implemented as a guideline for further research to expand the existing body of knowledge on other aspects of perception of illness and adaptation behaviors of siblings of chronically ill children.

Research Objectives

1. To investigate perception of illness of siblings of chronically ill children
2. To study adaptation behaviors of siblings of chronically ill children

Research Questions

1. What is the perception of illness of siblings of chronically ill children?
2. What are the adaptation behaviors of siblings of chronically ill children?

Research Methodology

The present study was descriptive research which aimed at examining perception of illness and adaptation behaviors of siblings of chronically ill children.

Population and Sampling

The population of the present study consisted of school-age children whose siblings had one of the following chronic illnesses—Thalassemia, heart disease, asthma, and diabetes who were diagnosed by a physician and attended at the outpatient department of Banpotpisai Hospital, Nakhon Sawan Province, for at least six months. The inclusion criteria of the study sample who were siblings of chronically ill children were the following:

1. They were between 6-12 years old.
2. They were blood siblings of chronically ill children.
3. They had good health with no physical or mental illnesses.
4. They were able to listen to and speak the Thai language.

The exclusion criteria were as follows:

1. Their intellectual level was lower than normal, as specified in the health assurance file.
2. During data collection using the questionnaires and the interview protocol, the siblings of chronically ill children became sick with a common cold, headache, or fever, which made it inconvenient for them to respond to the data collection instruments.

In conclusion, the sample of this study was composed of 123 school-age children who were siblings of chronically ill children diagnosed with Thalassemia, heart disease, asthma, and diabetes by a physician and who had been attended at the outpatient department of Banpotpisai Hospital, Nakhon Sawan Province, for at least six months.

Research Instruments

The instruments used to collect data in this study consisted of three questionnaires and interview protocol as follows:

1. The demographic characteristics questionnaire eliciting data regarding demographic characteristics of siblings of chronically ill children, chronically ill children, and their parents
2. The perception of illness of siblings of chronically ill children questionnaire
3. The adaptation behaviors of siblings of chronically ill children

Data Collection

The research conducted data collection by herself after the research proposal had been approved by the Ethical Committee of Research Involving Human Subjects of Mahidol University. An introductory letter issued by the Graduate School of Mahidol University was submitted to the Director and Head Nurse of Banpotpisai Hospital, Nakhon Sawan Province, to ask for permission to collect data from the registration of chronically ill children as well as data regarding health assurance of the hospital. After permission was granted, data collection proceeded in the following manners:

1. The researcher examined the name lists and selected 712 chronically ill children from the Office of Registrar of Banpotpisai Hospital.
2. After the names of the chronically ill children were obtained, only those who met the inclusion criteria would be selected. In cases the chronically ill children had more than one brother or sister who were in their school age, drawing would be used. The names and addresses of chronically ill children were used to search for the number of school-age siblings based on the data on health assurance of Banpotpisai Hospital. The total number of siblings of chronically ill children was 186. After that, the sample size was determined by using the sample size table of Krejcie and Morgan. The sample size of the present study was 123.
3. Once the researcher obtained the desired sample who met the inclusion criteria, the researcher checked for the next appointment of their follow-up

examination at the outpatient department. On the day that the children came to the hospital for a follow-up, the researcher approached their parents and described the research project to the parents and inquired about the siblings of chronically ill children who were in their school age. If they met the inclusion criteria, the researcher invited them to participate in the study. After the parents allowed their children participation the study subjects, the researcher made an appointment with the parents to collect data from siblings of chronically ill children at home to ensure convenience of the children and their family.

4. After the subjects who met the inclusion criteria were recruited, the researcher grouped them according to their house addresses. For instance, the subjects who lived nearby one another or in the same Tambon were grouped together for ease and convenience in data collection.

5. The researcher made a visit to the house of siblings of chronically ill children on the day of the appointment. The researcher introduced herself and asked for cooperation in data collection from the parents and siblings of chronically ill children. After they agreed to participate in the study, the researcher explained steps involving in data collection and duration and asked the parents to sign the informed consent form. In cases that the siblings of chronically ill children were 6-9 years old (early school age) and were unable to read or understand a long questionnaire, the researcher would read the items to them and asked them to respond as they felt. As for siblings of chronically ill children who ranged in age from 10 to 12 years old and who were able to read by themselves, the researcher let them respond to the questionnaires in a quiet and private corner at home. Their parents may be present if they wished to do so. The researcher established a relationship with the children by playing with them or talking about something in general with them until the children became familiar with the researcher and dared to respond to questions before the researcher started to collect data from them. The researcher asked them questions based on the interview protocol and told the children to respond in ways that best reflect their feelings.

In cases that the parents or siblings of chronically ill children were not at home, the researcher would made another house visit on the date and time previously selected. If the responses of the children matched the prepared responses, the symbol

“✓” would be used. The researcher then asked the children how often they did it. If the subjects' responses matched the prepared responses, data would be recorded.

6. All the collected data in this study were then analyzed using a statistical package.

Data Analysis

The SPSS (Statistical Package for the Social Science) computer program was used to analyze data as follows:

1. The data regarding demographic characteristics of the siblings of chronically ill children were analyzed in terms of frequency and percentage.
2. The data regarding perception of illness of siblings of chronically ill children were analyzed in terms of percentage.
3. The data regarding adaptation behaviors of siblings of chronically ill children were analyzed in terms of percentage.

Findings

1. As regards demographic characteristics of siblings of chronically ill children, more than half, or 56.9% of, were female. Also, 52% of were 10-12 years old, 52.8% of were studying in grades 4- 6, 42.3% of were the third child in the family, and 66.7% of did not know what chronic illness their sibling had.

2. When considering chronically ill children, the findings showed that 52.0% of were male, 31.7% of ranged in age from 4-6 years old, 49.6% of were the second child in the family, and 49.6% of were in the kindergarten. As for their chronic illnesses, 74.8% of had asthma, 42.3% of had been sick for 1-2 years, 86.2% of did not suffer from any complications that required hospitalization in the past six months, and 53.7% of came to the doctor's appointment on a monthly basis.

3. When it came to the parents of chronically ill children, 64.2% of had three children, 37.4% of were between 31 and 40 years of age, 40.7% of were agriculturists, 71.5% of completed elementary education, 55.3% of had an average

income between 5,001 and 10,000 baht per month, and 55.3% of lived in an extended family.

4. Most of the subjects (58.5% of) had correct perception of illness at a moderate level. When considering each aspect of perception of illness, it was discovered that the aspects that siblings of chronically ill children had correct perception at a moderate level were perceived risks of complications of chronically ill children, perceived risks of sickness of healthy siblings, perceived benefits of chronically ill children's adherence to the doctor's treatment plan and healthcare practice of healthy siblings, and health-related motivation. They had inaccurate perception of severity of illness and inability to control the illness/symptoms of chronically ill children as well as severity of illness that may take place with healthy siblings.

5. Most of the subjects (56.91% of) of siblings of chronically ill children had correct overall adaptation behaviors at a good level. When considering each aspect of adaptation behaviors, the findings revealed that siblings of chronically ill children had correct adaptation behaviors at a good level when it came to self-concept, and had correct adaptation behaviors at a moderate level in terms of physiology, role functioning, and interdependence.

6. The adaptation behaviors after siblings of chronically ill children had perception of illness of their siblings were as follows: In terms of physiological aspect, 92.7% of had insomnia, poor sleep quality, and nightmares, they prayed and paid homage to the Lord Buddha before going to bed.

7. The adaptation behaviors after siblings of chronically ill children had perception of illness of their siblings were as follows: In terms of self-concept aspect, 93.5% of felt embarrassed or afraid that others would know that their siblings were sick, they were protect their sibling from someone who teased about a disease of their sibling.

8. The adaptation behaviors after siblings of chronically ill children had perception of illness of their siblings were as follows: In terms of role functioning aspect, 93.5% of were told by their parents to work more, they did a task but they complained about task.

9. The adaptation behaviors after siblings of chronically ill children had perception of illness of their siblings were as follows: In terms of interdependence aspect, 95.9% of felt that their parents and surrounding persons were unfair and took side with their chronically ill siblings more than them, they did let the parents or surrounded persons how they know felt by not talk to them or show displeasure and blame their parent about parent do not love them.

Discussion of Findings

The present study aimed at investigating perception of illness and adaptation behaviors of siblings of chronically ill children who attention at Banpotpisai Hospital, Nakhon Sawan Province. Data were collected from siblings of chronically ill children who were treated for asthma, Thalassemia, heart disease, and diabetes at the outpatient department of Banpotpisai Hospital, Nakhon Sawan Province. The total number of study sample was 123. The findings of the present study can be discussed based on the research objectives as follows:

Research Objective 1: To investigate perception of illness of chronically ill children

The findings revealed that 58.5 % of the siblings of chronically ill children had accurate overall perception of illness. This may be explained that more than half of the subjects were late school-age children who, at this age, are able to clearly indicate the cause of illness, explaining whether the symptoms result from the illness or physical reactions. It can be said that the cognition and intellectuality of the children at this age is in the concrete operational stage (Duangduan Satrapat, 1983). Children can think about what they directly see or touch, and are able to come up with reasons to explain what they see or touch. Besides, these children are able to explain that a disease is a cause of illness and symptoms that take place in a human's body after the body have directly been exposed to germs. Campbell (1976) conducted a study with 261 children aged 6-12 years and found that children in the late school age had perception of illness and were able to specifically explain how such illness had taken place and what complications may follow. In another study, Broeder (1986) found that 9 year-old children were able to differentiate causes of illness and nature of

illness that being exposed to human beings or objects or being in a dangerous situation could make children sick. In the present study, two-thirds of the siblings of chronically ill children, or 66.7% of, did not know the type of chronic illness their siblings were having. Therefore, it could be concluded that accurate perception of illness is not associated with children's direct experience of illness, but it should result from the children's background knowledge and understanding derived from their learning both in classes and outside classes. Furthermore, the children at this age are able to learn, understand, and search for causes and risk factors for an illness and possible complications caused by such as illness that may happen to healthy children.

According to the study findings, siblings of chronically ill children had accurate perception of risk of complications of chronically ill children and risk of illness of healthy siblings at a moderate level. This may have given them health motivation to adopt different behaviors to maintain their health such as taking care of themselves to make themselves strong, taking care to personal hygiene, following parents' advice on self-care, etc. In addition, 52.8% of the children were in the late school age, which meant they were able to understand sickness better and to indicated the causes and effects of a sickness (Wood, 1983). Furthermore, close to half, (about 42.3% of), of the subjects were the third child in the family. This may have enabled them to receive explanations or influences on healthcare practices from their older siblings, hence another good health motivation for them (Williams, 1997). For this reason, the siblings of chronically ill children had accurate perception of health motivation at a moderate level. A study carried out by Steele (1971) showed that school-age children were able to have perception of their family's economic status. Also, they were able to perceive difficulty and fear of healthcare practices. For instance, they were able to perceive that their sick siblings had to take medications on a regular basis even though they did not want to, so they tried to perform self-care such as eating vegetables everyday even though they did not want to but they had to do it to maintain their good health.

When considering each aspect of perception of illness of siblings of chronically ill children, it was found that the subjects had accurate perception at a good level when it came to risk of complications of chronically ill children and risk of illness of healthy siblings, perceived benefits of adherence to the treatment plan of

chronically ill children and self-care practices of healthy siblings, perceived barriers to adherence to the treatment plan of ill children and self-care practices of healthy siblings, and health motivation of chronically ill children and self-care practices of healthy siblings. Moreover, they had accurate perception of illness at a moderate level, but they had inaccurate perception of illness when it came to severity of illness and inability to control disease/symptoms of chronically ill children and severity of illness that may happen to healthy siblings. One plausible explanation is that such inaccurate perception may have resulted from past experiences of these children. For example, if the children had never been sick or had been sick with a minor illness and recovered in a short period of time, they would not have experienced the sickness condition long enough to develop a concept of illness. The subjects of this study were healthy siblings of chronically ill children, so it may be possible that their perception of health and illness was different from that of sick children (Lasky & Eichelberger, 1985). In addition to sickness experience, in order for siblings of chronically ill children to develop perception and understanding of severity of illness depends on a learning process of human's physiology and pathology, which may be too difficult for these children to comprehend at this age. For these reasons, these children had inaccurate perception of severity of illness or inability to control disease/symptoms of chronically ill children and severity of illness that may happen to healthy siblings. Therefore, healthcare personnel including physicians, nurses, and public health officials should offer support, assistance, and encouragement to family of chronically ill children and help siblings of chronically ill children learn and perceive their siblings' illness by giving them opportunity to ask questions and to take part in provision of care to their chronically ill siblings correctly and appropriately.

Research Objective 2: To study adaptation behaviors of siblings of chronically ill children

The findings showed that most subjects (56.91% of), of the siblings of chronically ill children had correct overall adaptation behaviors. This may be explained majority of the subjects were in their late school age, so they are at the period in life when they have cognition and inductive logic. They have also experienced transition from the pre-school age to the school age, and they had left

their home to school and the outside world. As a result, the children at this age know how to live with others, adjust themselves in accordance with social rules, do things to be accepted by society, and have less self-centeredness (Tippa Chetchaovalit, 1998). When children become older, they have a chance to learn more and have better adaptation. They change their feeling from needing to be loved and cared for solely by others to the feeling that they need others to be loved and cared for by themselves as well. For this reason, they are better able to control their emotions and become more emotionally stable, and they will be less self-centered (Kitikorn Meesap, 1997). As a consequence, these children are able to have correct adaptation behaviors. In addition, in Thai society, most of the people in rural areas live in extended families with grandparents and relatives who can help take care of healthy siblings when the parents have to take sick children to the hospital. Thus, healthy siblings do not feel lonely or neglected (Friedman, 1992), and they do not feel that their chronically ill siblings steal all parents' love and attention from them. Furthermore, the children have a chance to receive teaching and explanation from family members, which also helps with their adaptation, so siblings of chronically ill children in this study had correct adaptation behaviors. In addition, more than half of the siblings of chronically ill children in this study, or 56.9% of, were female. It may be explained that the nature of girls makes them like beauty and tidiness even when they are still very young. Therefore, when they are taught about personal hygiene and self-care, they are likely to adapt their behaviors to take appropriate care of themselves to maintain physical and psychological balance. A study conducted by Kesinee Boonyawattanakul (1998) revealed that girls had better adaptation of health behaviors to take care of themselves than boys.

However, it may be concluded that the birth order in the family may be one reason that affects adaptation behaviors of siblings of chronically ill children. This is because closet to half of the subjects in this study, or 42.3% of, were the third child in the family, and more than one-fourth, or 28.5% of, were the second child in the family. Only 7.3% of them were the firstborn child. This may be explained that the birth order affects adaptation behaviors of siblings of chronically ill children because even though the children have one sick sibling, they still have one healthy sibling who can be by their side and help them and keep them company when their

parents take the chronically ill sibling to the doctor. As a result, they do not feel lonely or neglected (Sargent, 1995). A study of Patcharawan Tipwongsa (1999) revealed that school-age younger siblings of chronically ill children suffered from stress caused by problems of relationships between siblings. When they were separated from their older siblings who were sick and needed to be hospitalized, they felt neglected and lonely. They also fought with their older siblings and would not play with their sick siblings like they used to. Sometimes they were told by their parents not to disturb their sick siblings because they were exhausted and needed a rest. For this reason, when siblings of chronically ill children have other healthy siblings in the family to keep them company and help them when the sick siblings were hospitalized or too exhausted to play with them, they were able to develop correct adaptation behavior.

When considering each aspect of adaptation behaviors, it was found that physiological adaptation, role functioning adaptation, and interdependence adaptation of siblings of chronically ill children were correct at a good level. Only the self-concept adaptation was correct at a moderate level. This may be because self-concept involves emotion, feelings, values, beliefs, and expectation. When their chronically ill siblings are admitted into the hospital, their healthy siblings only perceive that their siblings are sick but since they are not at the hospital with them, they do not have a chance to learn about the diagnosis. They may then think about the causes or symptoms based on the information they may have received when they listen to their parents' or others' talks. They may develop their own ideas or imaginations which make them confused, scared, or guilty that they are healthy while their siblings are sick, especially when their siblings' conditions become worsened (American Academy of Pediatric, 2006). A study of Sargent (1995) showed that children who have a sibling who has cancer are likely to develop a negative self-concept. Likewise, Walker (1988) conducted a study with children aged 4-6 years old who had siblings suffering from cancer and found that they had a low score of self-concept, negative feelings about themselves, and believed that their parents were more psychologically aloof to them than to their sick siblings. Similar findings were reported by Wanna Ruanglarpanan (2000) who found that school-age siblings of children stricken with asthma had negative emotional changes. That is, they tried to attract more attention

from their parents and felt jealous of their sick siblings who received more attention and care than them. A study by Gallo et al. (1991) confirmed such findings. They explored stigma of school-age children who had chronically ill siblings and discovered that 42% of the siblings felt embarrassed that they had chronically ill siblings and did not reveal their siblings' sickness status to others because they were afraid that their siblings would be teased or rejected by others.

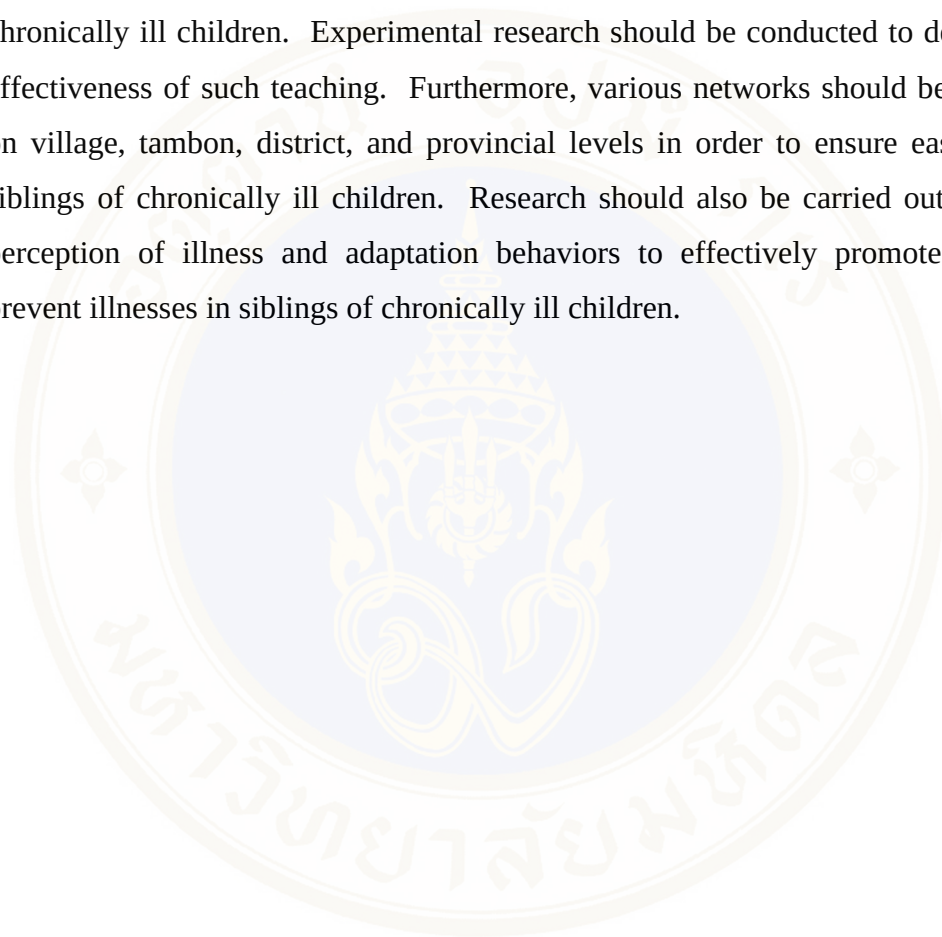
On the other hand, Chesler (1991) interviewed school-age children with chronically ill siblings and reported that some of the children had better self-concept such as increased maturity. The findings also revealed that some children had opposite adaptation. That is, the siblings of chronically ill children had more compassion and became more protective of their sick siblings. They also had more activities together (Faux, 1993). Similarly, Minagawa (1997) found that school-age children who had diabetic siblings paid more attention to the sickness and tried to learn about the disease and healthcare practices of food intake and exercise. They also had better understanding of the disease their siblings were living with and understood the siblings who felt bad when they were teased by their friends. Also, they thought about bad things that their sick siblings were experiencing and understood how their siblings might have felt. Moreover, they shared the same feelings, had more compassion, felt protective, and had a great concern for the sick siblings for fear that their siblings would be dead (Chesler, 1991; Havermans & Eiser, 1994; Sargent, 1995).

Conclusion

The findings of the present study showed that most of the siblings of chronically ill children had accurate perception of illness at a moderate level and correct adaptation behaviors at a good level. The findings of the study can be used in nursing practices. Nurses can develop a manual or documents to disseminate knowledge and organize activities to provide information on chronic illnesses and care of siblings who are chronically ill, as well as self-care practices when they are chronically ill children in the family so as to enable family members of chronically ill children to develop necessary knowledge and understanding and to make them able to give correct explanation of chronic illnesses to others. Nurses can also help siblings of

chronically ill children develop accurate perception of chronic illness of their siblings, hence more appropriate adaptation behaviors of siblings of chronically ill children.

In the future, nurses and other healthcare team members involving in care of siblings of chronically ill children should be encouraged to assist siblings of chronically ill children by giving them knowledge on how to provide care to chronically ill children. Experimental research should be conducted to determine the effectiveness of such teaching. Furthermore, various networks should be established on village, tambon, district, and provincial levels in order to ensure easy access to siblings of chronically ill children. Research should also be carried out to promote perception of illness and adaptation behaviors to effectively promote health and prevent illnesses in siblings of chronically ill children.



บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. (2527). *การพยาบาลกับพฤติกรรมของบุคคล*. ในเอกสารการสอนชุดวิชา
มโนคติและกระบวนการพยาบาลหน่วยที่ 1 - 7 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช (หน้า 467). กรุงเทพมหานคร : หนึ่งเจ็ดการพิมพ์.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2528). *ทฤษฎีคิง ใน สัมพันธ์ วิทยุระนันท์ (บรรณาธิการ) การพยาบาล
กับการนำไปใช้*. (หน้า 377-378). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- กันยา สุวรรณแสง. (2532). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บำรุงสารสน.
- กิติกร มีทรัพย์. (2540). *การอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยเรียน*. ในเอกสารการสอนชุดพัฒนาการเด็กและการ
เลี้ยงดู หน่วยที่ 1-7 (หน้า 305-337). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- งานสถิติและเวชระเบียน. (2549). *ข้อมูลเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลบรรพตพิสัย* : นครสวรรค์.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2527). *ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก*. ในเอกสารชุดวิชาพัฒนาการ
เด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8 - 15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย-
ธรรมาธิราช (หน้า 141). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2532). *จิตวิทยาเบื้องต้น*. สงขลา : คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.
- ทิพย์ภา เชษฐไชยลิต. (2541). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- ปริศนา สุนทรไชย. (2534). *ผู้ป่วยเด็กโรคความเครียดและครอบครัว ภาวะจิตสังคมและการพยาบาล*.
เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชราภรณ์ เชนใจวิทย์. (2542). *การอิจฉาพี่น้อง (Sibling rivalry)*. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 22(3), 1-7.
- พัชราพรรณ ทิพวงศา. (2542). *ความเครียดและวิธีการเผชิญปัญหาของน้องที่มีพี่เจ็บป่วยเรื้อรัง*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มงคล หลักคำ. (2536). *การศึกษาพฤติกรรมเด็กในชุมชนชั้นกลาง กรุงเทพมหานครด้วยวิธีการ
สังเกตโดยตรง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2539). เอกสารการสอนชุดวิชา พฤติกรรมวัยเด็ก หน่วยที่ 8-15. (พิมพ์ครั้งที่ 13). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- รัชนี สีดา. (2548). การพยาบาลเด็กโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว : แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- วรรณา เรืองลาภอนันต์. (2543). ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนและครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ หมื่นสา. (2540). พฤติกรรมการปรับตัวของเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน, และนงพงา ลิ้มสุวรรณ. (2538). จิตเวชสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์การพิมพ์.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2553). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์การพิมพ์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย : แนวคิดเชิงทฤษฎีวัยเด็กตอนกลาง. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริลักษณ์ เกตุพิณิจ. (2549). ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กต่อพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง ในมุมมองของมารดา. รายงานการศึกษาปรากฏการณ์บนหอผู้ป่วย วิชาพยาบาลเด็กชั้นสูง 2 : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ แก้วครามกรัญ. (2535). การศึกษาความคิดรวบยอดด้านความเจ็บป่วยในเด็กวัยเรียน ที่มี ความเจ็บป่วยที่ยาวนานและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สกาวิรัตน์ พวงจันทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตร ต่อครอบครัว กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2524). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานครการพิมพ์.
- สุชา จันทรเฒ. (2541). จิตวิทยาทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชา จันทรเฒ. (2543). จิตวิทยาเด็ก. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำหรับการดูแล*. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- อัญญา สี่หิรัญวงศ์. (2548). *การประเมินจิตสังคม*. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลเด็ก ชั้นสูง, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพล สุอำพัน. (2530). *จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- อำพล สุอำพัน และวาสนา สรมน. (2535). *จิตวิทยากับการเจ็บป่วย*. ในเอกสารประกอบชุดวิชา สุขภาพเด็ก หน่วยที่ 8-15 (หน้า 235-265). นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2536). *วัยเรียนพัฒนาการทางจิต-สังคม ปัญหาและแนวทางแก้ไข*. ในจันทร์จิตา พฤษณานนท์ และประสพศรี อึ้งถาวร (บรรณาธิการ). *การดูแลเด็ก* (หน้า 179-190). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2530). *ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วารสารพยาบาล, 30(3), 238-247.
- American Academy of Pediatric. (2006). *The effect of Chronic Illness on Siblings*. Caring for your School – Age child, New York.
- Andrews, H.A., & Roy, S. C. (1999). *The Roy Adaptation Model*. California : U.S.A.
- Beales, J. G., et al. (1983). *Children with Juvenile Chronic Arthritis : Their belief about their illness and therapy*. Annual of the Rheumatic Disease, 12, 481-486.
- Beck, C. K., Rowlin, R. P., & Williams, S. R. (1988). *Mental health psychiatric nursing*. St. Louis : The C. V. Mosby.
- Becker. M. H., & Maiman, L. A. (1975). *Socio – behavior Determinants Compliance with Health and Medical Care Recommendations*. Medical Care, 8(1), 10-24.
- Becker, M. H., (1974). *The Health Belief Model and Sick Person of Behavior*. New Jersey : Charles B. Slack.
- Becker, et. al., (1978). *The health Belief Model and Perception of Dietary Compliance : A Field Experiment*. Journal of Health and Social Behaviors, 18, 274-348.
- Beker, M. H., Haefner, D. P., Maiman, L. A., Kirscht, J. P. & Drachman, R. H. (1977). *The Health belief Model and prediction of dietary Compliance : A Field experiment*. Journal of Health and Social Behavior. 18, 348-366.
- Berry & et. al. (1993). *Conceptions of illness by children with Jurenile rheumatoid arthrih's : A cognitive developmental approach*. Journal of Rediatric Psychology. 18(1), 83-97.

- Bibace., & Walsh. (1980). Development of children's concepts of illness. *Journal of Pediatrics*, 66(6), 912-917.
- Cadman, D. (1988). The Ontario child health study : Social adjustment and mental health of siblint of children with chronic health problem. *Developmental and Behavior Pediatrics*, 9, 112-117.
- Campbell, S. (1995). Bronchial asthma. In L. F. Wholly & D. L. Wong (Eds.), *Children nursing* (pp.542-546).
- Chesler, M. A. (1991). Voice from the margin of the Family : Sibling of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 19-42.
- Eiser, C. (1985). The psychology of choldhood illness. New York : Springer – Verlag.
- Eiser, C. (1991), Discipline strategies and parental perception of preschool children with asthma. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 45-53.
- Faux, S. A. (1993). Sibling relarionship in families with congenital impaired children. *Jounal of Pediatric Nursing*, 6(3), 175-184.
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing theory and practice (3rd ed.)*. Nerwalk : Appleton Century Crafts.
- Furman, W,& Burhmester, D. (1985). *Children's of the qualities of sibling relarionships*. Children Development, 56, 448-461.
- Gallo, A. M. (1988). *The special sibling relationship in chronic illness and cisability Parental communication with well siblings*. Holistic Nursing Pracrice, 2(2), 28-37.
- Gallo, A. M.& et al. (1991). *Stigma in childhood chronic illness : A well sibling perspecrive*. Pediatric Nursing, 7(1), 21-25.
- Gallo, A. M.(1992). *Well siblings of children with chronic illness : parent report of their psychological adjustment*. Pediatric Nursing, 18(1), 23-27.
- Glasscock, J. A. (1982). *The chronicafly ill child*. Child and Family : Concepturl of nursing Practice, pp. 502-515.
- Gochman, D. S.& Bagramina, J. L. (1972). *Con sistency in children's Perceptions of Vulnerability to health preblem*. Health service report, 87, 282-288.
- Gochman, D. S. (1970). *Children's Perception of Vulnerability to Illness and Accidents*. Public Health Reports, 85, 69-73.

- Gochman, D. S. (1972). Organizing Role of Motivation in Health Beliefs and Intention. *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 285-293.
- Haverman S, T., & Eiser, C. (1994). Sibling of a child with cancer. *Child Care Health Development*, 20, 309-322.
- Hobbs, D. F. (1984), School Absence among Children with Chronic Illness. *Journal school Health*. 55, 206-209.
- Honor, M. M. (1987). How Parents of children with Chronic Conditions Perceive Their Own Needs. *Maternal and Child Nursing*. 12, 40-44
- Hymovich, D. P. (1983). Development of the Chronicity Impact and Coping Instrument : Parent Questionnaire (CICI : PQ). *Nursing Research*, 33(4), 218-222.
- Hymovich, D. P. (1992). *Chronic Illness in Children And Adult : Psychosocial approach*. Philadelphia : W. b. Saunders.
- Jame, S. R., & Mott, S. R. (1988), *Childhealth nursing essential care of Children and Family*. California : Addeson Wesley.
- Jerette, M. D., & Costello, E. A., (1996). Gaining control parents, experience of Accommodating children's Asthma. *Clinical Nursing Research*, 5(3), 294-308.
- Kalinins, I., & Rhonda, L., (1982). Children's perceptions of health and illness and Implications for health education : An overview. *Health Education Quartar*, 9(2, 3), 8/104-19/115.
- Kurnat, E. L., & Moore, C. M. (1999). The impact of a chronic condition on the families of children with Asthma. *Pediatric Nursing*, 25(3), 288-292.
- King, I. M. (1981). *A Theory of Nursing*. New York : John wiley & Sons.
- Klinger. (1984). Compliance and Post M. I. Patient. *The Canadian Nurse*, 80, 32-38.
- Lasky, P. A., & Eichehelberger, K. M. (1985). Health – Related Views and Self – Care Behaviors of Young Children. *Family Relation*, 34, 13-14.
- Lewis, C. E., & et al. (1977). Child – Initiated Care : The use of school nursing services by children in an adult – free system. *Pediatric*, 60, 499-507.
- Mattson, A, (1972), Long – Term Physical Illness in Childhood : A Challenge to Psychosocial Adaptation. *Pediatrics*, 50, 801-819.
- Malcarne, V, (2002). *Sibling of Children with Chronic Illness*. Juvenile Scleroderma Network. Nuw York.

- Mcleeve, P. (1983). Siblings of chronec illness children : A literature review with Implications for research and pediatric. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 209-218.
- McMabon, M, A.,& et al. (2001). Sibling Adjusment of Pediatric Traumaric Brain Injury : A Case – Controlled Pilot Study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16(6), 587-594.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Zendi, M.,& Small, L. (2001). Coping in Parents of Children Who Are Chronically Ill : Strategies for Assessment and Intervention. *Rediatric Nursing*, 27(4), 548-557.
- Menke, K. (1987). The impact of a child's chronic illness on school aged sibling. *Children's Health Care*, 15(3), 132-140.
- Minagawa, M. (1997). Sibling relationship of Japanese children with disabilites. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(5), 311-316.
- Webster's Dictionary. (1975). USA : Macmillan.
- Webster's Dictionary. (1985). USA : Macmillan.
- Perrin, E. C.,& Berrity, P. S.(1981). *There's a demen in your belly : Children's Understanding of illness. Pediatrics*, 67(6), 841-849.
- Peter, B.M. (1978). School aged children's beliefs about causality of illness : A review of the literature. *Maternal Child Nursing Journal*, 7(3), 143-151.
- Rollin, J. A. (1990). Childhood. Canner : Sibling draw and tell. *Pediatric Nursing*, 16(1), 21-27.
- Roy, C.,& Roberts, S. L.(1980). *Theory construction in nursing and adaptation model*. New Jersey : Prentice Hall.
- Sahler, O.,& Carpenter, P.(1987). Developmental differences among sibling's perceptions of the pediatric cancer experience. *Journal of Developmental and Behavior of Pediatries*, 8, 121.
- Sargent, J.R. (1995). Sibling adaptation ot childhood cancer collaborative study : Siblings perception of the cancer experience. *Journal of Pediatric Psychology*, 24. 45-54.
- Sidhu, R., Passmore, A.,& Baker, D. (2006). The effectiveness of a peer support camp for siblings of children with cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 47(5), 537-538.
- Stawski, M.,& Auerbach, J.E.(1997). Behavioral problems of Children with chronic psysical illness and their.siblings. *European Child and Adoliseent Psychiatry*, 6(1), 20-25.

- Svavardottier, E.K., McCubbin, M.A., & Kame, J.H.(200). Well-being of parents of young children with asthma. *Research on Nursing & Health*, 23,346-358.
- Thompson, V.L., Hupcey, J.E., & Clark, M.B.(2002). The Development of Trust in Parents of Hospitalized Children. *Journal of the Society of Pediatric Nurse*, 8(4), 137-137.
- Walker, C.L.(1988). Stress and coping in sibling of childhood. Cancer patients. *Nursing Research*, 37(4), 208-212.
- Williams, P.D.(1993). Pediatric chronic illness : Effects on siblings and mothers. *Maternal – Child Nursing Journal*, 21(4),111-121.
- Williams, P.D. (1997) . Sibling and Pediatric chronic illness : A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 34(4), 312-323.
- Williams, P.D.(1999). Maternal mood, family functioning and perceptions of social Support, Self – esteem and mood among sibling of chronically ill children. *Children's Health Care*, 28(4), 297-310.
- Womg, D.L.(1995). *Nursing Care for infant and childhood* (5th ed.) St. Louis : Mosby – Year Book.
- Wood, S.P.(1983). School age Children Perception of the Cause of Illness. *Pediatric Nursing*, 9,101.
- Dunn, J.(1988). Sibling influences on childhood development. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 29(2), 119-127.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

ชุดที่ 1
แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง

- 1.1 เพศ.....
- 1.2 อายุ.....ปี
- 1.3 เป็นบุตรคนที่.....
- 1.4 ระดับการศึกษา.....
- 1.5 การวินิจฉัยโรค.....
- 1.6 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
- 1.7 ใน 6 เดือนที่ผ่านมา มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - () ไม่มี
 - () มี โปรดระบุ.....
จำนวน.....ครั้ง เฉลี่ยครั้งละประมาณ.....วัน
- 1.8 การมาตรวจตามแพทย์นัด
 - () ทุก 2 สัปดาห์
 - () ทุก 1 เดือน
 - () ทุก 2 เดือน
 - () อื่นๆ โปรดระบุ.....

2. ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง

- 2.1 จำนวนบุตร.....คน
- 2.2 อายุของมารดา.....ปี
- 2.3 ระยะเวลาในการแต่งงาน.....ปี
- 2.4 อาชีพ.....

2.5 ระดับการศึกษา.....

2.6 รายได้โดยเฉลี่ย.....บาท/เดือน

2.7 ชนิดของครอบครัว

() ครอบครัวเดี่ยว

() ครอบครัวขยาย

3. ข้อมูลทั่วไปของพี่น้องวัยเรียนของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง (กลุ่มตัวอย่าง)

3.1 เพศ.....

3.2 อายุ.....ปี

3.3 ระดับการศึกษา.....

3.4 เป็นบุตรคนที่.....

3.5 หนูทราบหรือไม่ว่า ค.ช./ค.ญ. เจ็บป่วยเป็นโรคอะไร

() ไม่ทราบ

() ทราบว่าเจ็บป่วยเป็นโรค.....

หมายเหตุ : 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสอบถามบิดามารดาของเด็ก

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสอบถามพี่น้องวัยเรียนของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง

ชุดที่ 2

แบบสอบถาม

การรับรู้การเจ็บป่วยของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

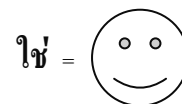


คำชี้แจง

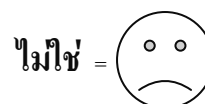
แบบสอบถามนี้ต้องการถามความคิด ความเข้าใจของหนู เกี่ยวกับ “การเจ็บป่วยของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังและการเจ็บป่วยของเด็กที่มีสุขภาพดี” โดยจะขอให้หนูอ่านคำถามแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่า หนูมีความคิด ความเข้าใจ ต่อข้อความนั้นอย่างไร

คำอธิบาย

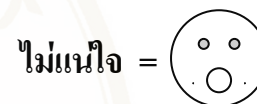
ถ้าหนูมีความคิด ความเข้าใจ ตรงกับข้อความนั้น ให้ขีด “✓” ลงในช่อง



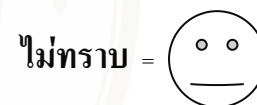
ถ้าหนูมีความคิด ความเข้าใจ ไม่ตรงกับข้อความนั้น ให้ขีด “✓” ลงในช่อง



ถ้าหนูไม่แน่ใจเกี่ยวกับข้อความนั้น ให้ขีด “✓” ลงในช่อง



ถ้าหนูไม่ทราบเกี่ยวกับข้อความนั้น ให้ขีด “✓” ลงในช่อง



ตัวอย่าง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ
0. เมื่อเด็กที่มีสุขภาพดีเจ็บป่วย จะต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง				

หมายความว่า

“หนูมีความคิด ความเข้าใจว่าใช่ เมื่อเด็กที่มีสุขภาพดีเจ็บป่วย จะต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง”

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ทราบ
1. เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ถ้าไปเล่นคลุกคลีกับเด็กอื่นที่ไม่สบาย จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น/ไม่สบายมากขึ้น 				
25. การอาบน้ำ ตัดเล็บให้สั้น ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และหลังออกจากห้องน้ำ เป็นสิ่งที่เด็กที่มีสุขภาพดีต้องปฏิบัติ เพราะจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคที่อาจทำให้เด็กที่มีสุขภาพดีเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้				

ชุดที่ 3

แบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อจะถามว่าตั้งแต่พี่หรือน้องเจ็บป่วยเรื้อรัง หนูเคยมีอาการหรือความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่ และหนูรู้สึกหรือทำอะไร โดยพี่จะอ่านให้หนูฟังทีละข้อ แล้วให้หนูตอบตรงกับความรู้สึกของหนู

หมวดที่ 1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปรับตัวด้านสรีระ

1. ตั้งแต่พี่/น้องของหนูเจ็บป่วยเรื้อรัง หนูเคยรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่อยากรับประทานอาหารหรือไม่

() ไม่เคย () เคย

เมื่อหนูรู้สึกเบื่อ ไม่อยากรับประทานอาหาร หนูทำอย่างไร

- ก. รับประทานขนมขบเคี้ยวแทน

() บ่อยครั้ง () นานๆ ครั้ง () ไม่เคยเลย

- ข. จะรับประทานอาหารเมื่อรู้สึกอยากรับประทานอาหารเท่านั้น

() บ่อยครั้ง () นานๆ ครั้ง () ไม่เคยเลย

- ค. รับประทานขนมหรืออาหารว่างระหว่างมือ

() บ่อยครั้ง () นานๆ ครั้ง () ไม่เคยเลย

- ง. รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

() บ่อยครั้ง () นานๆ ครั้ง () ไม่เคยเลย

- จ. อื่นๆ โปรดระบุ.....

() บ่อยครั้ง () นานๆ ครั้ง () ไม่เคยเลย

ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ดร. อาภาวรรณ หนูคง
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉริยา ปทุมวัน
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยูนี พงศ์ตุรวิทย์
กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
4. รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. นางสาวนิมล ชีระไตรรักษ์
พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัว
โรงพยาบาลบรรพตพิสัย

ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริลักษณ์ เกตุพินิจ

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

เด็กผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลบรรพตพิสัย อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ 60180
เบอร์โทร 081-7070433, 056-279028

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เพราะการที่เด็กที่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะมากขึ้นแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของพี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้พี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังเหล่านี้มีพฤติกรรมปรับตัวแตกต่างกันไป ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนากิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมแก่เด็กที่มีพี่น้องเจ็บป่วยเรื้อรัง

เด็กในปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยนี้ เพราะเด็กในปกครองของท่าน มีพี่น้องเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัย อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ มาแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

ในการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 123 คน

หากท่านตัดสินใจยินยอมให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอข้อมูลของเด็กจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ขอสอบถามข้อมูลทั่วไปของท่าน 7 ข้อ แล้วขอสอบถาม/สัมภาษณ์เด็กในปกครองของท่าน โดยใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 20-30 นาที ซึ่งข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ การรับรู้การเจ็บป่วย จำนวน 25 ข้อ และข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การปรับตัว จำนวน 26 ข้อ

ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัย อาจทำให้เด็กในปกครองของท่านเสียเวลาไปบ้าง แต่ไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อเด็กในปกครองของท่าน

หากท่านไม่ยินดีให้เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เด็กในปกครองของท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาโรคตามปกติ เหมือนเดิมทุกประการ

หากท่านหรือเด็กในปกครองของท่านมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับนางสาวศิริลักษณ์ เกตุพินิจ หมายเลขโทรศัพท์ 081-7070433, 056-279028

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน

โครงการนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพหลโยธิน สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6241, 02-849-6066 โทรสาร 02-849-6247 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมวิจัย/ ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) วันที่.....

ภาคผนวก ง

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่

บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้า เข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของพี่น้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบาย และตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับ นางสาวศิริลักษณ์ เกตุพินิจ ที่เบอร์ 081-7070433 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากเด็กในปกครองของข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กองบริหารงานวิจัย สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทร. 02-849-6241-6, 02-849-6066 โทรสาร. 02-849-6247

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูล เพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคตและยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนา
ยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/ หัวหน้าโครงการวิจัย/

(.....) วันที่.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย
คือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)วันที่.....

ภาคผนวก จ

คำอธิบายโครงการวิจัยและการขอความยินยอมสำหรับเด็กอายุ 6-12 ปี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้น เพื่อจะศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวของ
พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ที่ชวนน้องเข้าร่วมโครงการนี้เพราะว่าน้องมีอายุระหว่าง 6-12 ปี มีสุขภาพแข็งแรงและ
เป็นพี่หรือน้องของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง

ซึ่งพี่อยากจะศึกษาน้องๆ มีการรับรู้การเจ็บป่วยของพี่หรือน้องของหนูอย่างไรและ
น้องมีพฤติกรรมการปรับตัวภายหลังจากที่พี่หรือน้องของหนูป่วยอย่างไรบ้าง

ถ้าน้องยินดีร่วมโครงการนี้ พี่จะถามคำถามน้อง 56 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20-30
นาที โดยพี่จะถามเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของน้อง จำนวน 5 ข้อการรับรู้การเจ็บป่วยของน้อง จำนวน
25 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัว จำนวน 26 ข้อ

การเข้าร่วมการวิจัยอาจทำให้น้องเสียเวลาไปบ้าง แต่ไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อ
น้อง พี่จะคอยดูแลน้องอย่างดี ไม่ให้น้องเหนื่อยเกินไป แต่ถ้าน้องรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัด ไม่อยากเข้า
ร่วมในการวิจัยนี้ น้องสามารถบอกพี่ได้ตลอดเวลา และถ้าน้องหรือผู้ปกครองมีเรื่องสงสัยประการ
ใดสามารถถามได้ พี่ชื่อ นางสาวศิริลักษณ์ เกตุพินิจ โทรศัพท์ 08-1707-0433

พี่จะเก็บเรื่องส่วนตัวน้องเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ใครทราบ

น้องอ่านรายละเอียดแล้วเข้าใจหรือไม่

☐ เข้าใจ..... ☐ ไม่เข้าใจ

มีข้อสงสัยต้องการซักถามหรือไม่

☐ ต้องการถาม..... ☐ ไม่ต้องการถาม

น้องได้อ่านและเข้าใจรายละเอียดของโครงการแล้ว

☺ถ้าน้องเต็มใจเข้าร่วมในโครงการนี้ลงชื่อ.....

☹ถ้าน้องไม่เต็มใจเข้าร่วมโครงการนี้ลงชื่อ.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวศิริลักษณ์ เกตุพินิจ
วัน เดือน ปีเกิด	5 มิถุนายน พ.ศ. 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดนครสวรรค์ ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548 – 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ตึกผู้ป่วยในหญิง โทรศัพท์ 056-279028 ต่อ 142, 152 E-mail: sk_seahorse@hotmail.com
ที่อยู่ปัจจุบัน	70/1 หมู่ 2 ต. หูกวาง อ. บรรพตพิสัย จ. นครสวรรค์ 60180