



28 ส.ค. 2534

ข้าพเจ้าขอสำนึก

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนคติและปัจจัยบางประการกับ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

A Study of Relationship between Self Concept, Selected
Factors and Self Care in Thalassemic Children

อุภินันท์นาการ

จาก

ภาควิชาจิตวิทยา ม.มหิดล

สรีศา อารยพิทยา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานโยบายศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2533

ISBN 974 - 586 -779 -9

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

19813

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับ
การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคซาล์สซีเมีย

.....
.....

สุธิตา อารยพิทยา
ผู้วิจัย

.....
.....

ฉล่องรัฐ อินทรีย์, วท.บ., M.S.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

พรศรี ศรีอัญญาพร, วท.บ., ค.ม.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ค.บ., วท.ม.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.
ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 28 มีนาคม 2533

.....

สุธิศา อารยพิทยา

ผู้วิจัย

.....

ฉลองรัฐ อินทรีย์, วท.บ., M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

พรเสรี ศรีอัญญาพร, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....


สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ค.บ., วท.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อัมพล สูย์เพน, พ.บ.

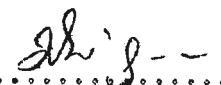
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ.,

M.S., Ph.D.

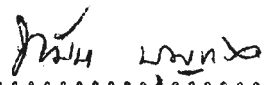
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

ทัศนา บุฏทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

- ชื่อ : สุรริศา อารยพิทยา
- วัน เดือน ปีเกิด : 18 พฤศจิกายน 2502
- สถานที่เกิด : กรุงเทพมหานคร
- ประวัติการศึกษา : วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2525
- ทุนการศึกษา : โครงการผลิตและพัฒนาอาจารย์ทบวงมหาวิทยาลัย
(U.D.C)
- ทุนวิจัย : ทุน China Medical Board of New York, Inc.
- ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน : อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ฉลองรัฐ อินทรีย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัษฎาพรและผู้ช่วยศาสตราจารย์ สายนิม เกษมกิจวัฒนา ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุลและรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อัมพล สุอำพันธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบ ความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมกันนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาพรตนครเชียงใหม่ ที่กรุณาอนุญาตให้เก็บข้อมูลที่ห้องตรวจเด็กโรคเลือด แผนกผู้ป่วยนอก และขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ต่อพงศ์ สงวนเสริมศรี หัวหน้าพยาบาล พยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในห้องตรวจเด็กโรคเลือดทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่กรุณาให้ใช้คอมพิวเตอร์ของคณะพยาบาลศาสตร์ และขอขอบพระคุณจำนง เกียวกิ่งแก้ว และคุณจักรภพ ธาตุสุวรรณ ที่ได้ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ล้ำค่าที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยเด็กและบิดามารดาเด็ก ในกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือ จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ครู อาจารย์ ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้อันเป็นพื้นฐานในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตลอดมา ขอขอบคุณโครงการผลิตและพัฒนาอาจารย์ ทบวงมหาวิทยาลัย ที่กรุณาเอื้อเฟื้อทุนการศึกษา และ China Medical Board of New York, Inc. ที่กรุณาเอื้อเฟื้อทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สุธิตา อารยพิทยา

ชื่อวิทยานิพนธ์ : การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัมโนไทด์ และปัจจัยบางประการกับการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราส์ซีเมีย

ผู้วิจัย : สุริศา อารยพิทยา

ปริญญา : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

: ฉลองรัฐ อินทรีย์, ว.ท.บ. M.S.

: พรศรี ศรีอัฐษาพร, ว.ท.บ. ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

: สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ค.ม., ว.ท.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา : 28 มีนาคม พ.ศ. 2533 .

บทคัดย่อ

ธาลัสซีเมีย เป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงมากในประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี โรคนี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการรักษาที่เป็นแบบประคับ ประคอง ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยเด็กเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยเด็ก มีแนวโน้มที่จะมีอัมโนไทด์ต่ำ เนื่องจากมีลักษณะรูปร่างหน้าตาที่แตกต่างจาก เพื่อน ๆ รวมทั้งไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเพื่อน ๆ ซึ่งอัมโนไทด์จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้และสนใจที่จะดูแลตนเอง การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจะสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อน และลดจำนวนครั้งของการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ฉะนั้น จึงควรตระหนักถึงอัมโนไทด์และปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราส์ซีเมีย เพื่อให้เป็นแนวทางใน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัมโนไทด์ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว กับการดูแลตน

เอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 103 ราย อายุระหว่าง 8-14 ปี ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่ห้องตรวจเด็กโรคเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม อັตมโนทัศน์เด็กของปีแอร์เอริส และแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และเลือกตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยใช้เทคนิค วิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนและแบบเชิงขั้น

ผลการวิจัยดังนี้

1. อັตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, P < .01$)
2. อายุและผลการเรียนของผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, P < .01$ และ $r = .24, P < .01$ ตามลำดับ)
3. รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, P < .05$)
4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อັตมโนทัศน์และอายุของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบาย ความผันแปรของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 46 ($F = 42.51, P < .05$) แต่เมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงขั้น พบว่า อັตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็กคือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 50.2 ($F = 11.936, P < .001$)

จากผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลควรตระหนักถึง อັตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือระดับการศึกษา

รายได้ ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งนำปัจจัยดังกล่าว มาเป็นพื้นฐานในการวางแผน และให้การพยาบาล โดยเฉพาะอ้อมโนทัศน์พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีอ้อมโนทัศน์ใน ทางที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและควรให้คำแนะนำการปฏิบัติดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเด็กโดยตรง ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะ อายุ และรายได้ของครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำได้อย่าง เหมาะสมกับบุคลิกภาวะของผู้ป่วยเด็ก และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสภาพที่เป็นจริงของผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้ควรมีการศึกษาต่อไปเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะมีผลต่อการดูแลตนเอง เช่น การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ป่วยเด็กกับเพื่อนและลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของเด็ก

Thesis Title : A Study of Relationship between Self Concept,
Selected Factor and Self care in Thalassemic
Children

Name : Suthisa Arayapitaya

Degree : Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

: Chalongrut Intree, B.Sc. (Nursing), M.S.

: Pornsri Sriaussadaporn, B.Sc. (Nursing), M.Ed.
(Educational Research)

: Saipin Gasemgitvatana, B.Ed., M.S.

Date of Graduation : 28 March B .E . 2533 (1990).

ABSTRACT

Thalassemia, an inherited disease with high incidence in children, is an important health problem in the country. It is an incurable disease and it requires supportive treatment. It strongly affects children well being physiologically and psychologically. The thalassemic children tend to have low self concept because their appearances differ from their peers and are unable to perform many activities as their peers are able to. It is believed that self concept motivates pediatric patients to perceive and conduct their own self care. Adequate self care performance helps to prevent complications and decrease the number

of hospitalization. Therefore, self concept and some factors may have impact on self care ability .

The purpose of this study was to investigate the relationships between self concept, selected children factors i.e. sex, age, learning achievement, number of hospitalizations and maternal factors, i.e. maternal education level, family income, family structure, and self care of Thalassemic patients. The sample consisted of 103 thalassemic children, age ranged from 8 to 14 years who followed up at Pediatric Hematological Clinic, out patient department, Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital. The instruments included the demographic data form, the Piers-Harris children's self concept scale and self care assessment form. Data were analysed by using SPSS program for percentage, arithmetic mean, standard deviations, Pearson product moment correlation coefficient, stepwise and hierarchical multiple regression. The results were as follows.

1. There was a significantly positive correlation between self concept and self care ($r = .64, P < .01$).

2. There was a significantly positive correlation between children's age, learning achievement and self care ($r = .26, P < .01$ and $r = .24, P < .01$ respectively).

3. There was a significantly positive correlation between family income and self care ($r = .20, P < .05$).

4. The result of stepwise multiple regression analysis showed that self concept and children's age were significant predictors which were accounted for the variance of thalassemic children's self care at 46 percent ($F = 42.51, P < .05$). However, hierachical multiple regression analysis revealed that all

factor were able to predict the variance of thalassemic children's self care at 50.2 percentage ($F = 11.836, P < .001$)

The recommendations from this study for caring thalassemic children include the following : nurses should be aware of self concept, children factors, maternal factors in planning and conducting nursing intervention. Nurse should promote pediatric patients positive self concept for effectiveness of their self care performance. Nurse should supervise pediatric patients how to practice in caring for themselves in concerns with children's age and family income in order that suitable advice will be given according to maturity and will be applicable in real situation. For further study , it is recommended that other factors that may influence self care such as child-rearing practice, peer group relationship, knowledge, children temperament should be also explored.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิจกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	๘
สารบัญแผนภูมิ	๙
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	4
นิยามตัวแปร	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
โรคธาลัสซีเมีย	8
แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	16
แนวความคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์	36
ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และการดูแลตนเอง	42
ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	56
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	67
การอภิปรายผล	79
บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปการวิจัย	94
ข้อเสนอแนะ	95
บรรณานุกรม	100
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	117
ข. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและมารดา	120
ค. ตัวอย่างแบบสอบถามอ้อมในทัศนสำหรับเด็กอายุ 8-16 ปี	123
ง. ตัวอย่างแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรค ธาลัสซีเมีย	127

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นใหม่ในแต่ละปีและจำนวนผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่	9
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ผลการเรียนรู้ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 1 ปี	68
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะของครอบครัว	69
4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัทมโนทัศน์ และคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย	70
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัทมโนทัศน์และคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามอายุ	71
6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อัทมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็กและปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก กับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	73
7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย	75
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน	76
9 อิทธิพลของอัทมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียนรู้ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัวต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย	77

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงถึงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม	31
2	แสดงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง	33
3	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราลัสซีเมีย	55

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงมากในประเทศไทย จากการประเมินสถานการณ์โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในประเทศไทย ของศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุดสาคร ตูจินดา และคณะ (2532) พบอัตราการเกิดโรคธาลัสซีเมีย ประมาณ ปีละ 12,125 คน ต่อเด็กที่เกิดใหม่ 1 ล้านคน และจากสถิติผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527-2530 ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มาตรวจรักษาในแต่ละปี มีจำนวน 3,151 3,673 3,710 และ 3,728 ราย ตามลำดับจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งนี้เพราะโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ทั้งจากบิดามารดาที่เป็นพาหะหรือบิดามารดาที่เป็นโรคนี้และเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาส่วนใหญ่จะเป็นแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดำรงชีวิตอยู่ได้นานที่สุด และมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ น้อยที่สุด

โรคธาลัสซีเมียนี้เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างฮีโมโกลบินทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางเรื้อรัง มีอาการซีด เหลือง อ่อนเพลียง่ายการเจริญเติบโตไม่สมอายุ ตับม้ามโต และมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย จากการศึกษาของ โฉมศรี ชื่นเชิงกิจ และทิพย์สุดากมลพรวัฒนา (2520) ไพบูลย์ คำพันธ์ และธรรุศักดิ์ รั้งสินรหม (2523) พบว่า การติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมาพบแพทย์ และเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งในทางปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีปัญหาการติดเชื้อต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปีละหลาย ๆ ครั้ง ดังการศึกษาของ ไพเราะ เกตุวิรัช(2529) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรคเบต้าธาลัสซีเมียอี พบว่าผู้ป่วยบางรายต้องมาพบแพทย์ด้วย ปัญหาการติดเชื้อเกินกว่า 25 ครั้งขึ้นไป ปัญหาดังกล่าวนี้อาจเกิดเนื่องจากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ทำให้การรักษาพยาบาลไม่ได้ผล อาการของโรครุนแรงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา โอเรม (Orem 1980 : 6) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มขึ้น และกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงการมี

สุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีของตนไว้ ความสามารถในการดูแลตนเองนี้จะพัฒนามาตลอด
อย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก สำหรับเด็กวัยเรียนมีความสามารถที่จะตัดสินใจในการดูแล
ตนเอง (Koster 1993 : 30) เนื่องจากมีพัฒนาการด้านสติปัญญาเจริญมากขึ้น มีความเข้าใจ
เหตุผล และความคิดที่เป็นรูปธรรม รวมทั้งร่างกายมีการเจริญเติบโตและพัฒนามากขึ้น
สามารถเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว มีการประสานงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทดีขึ้น เมื่อ
เด็กวัยนี้เจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคราไส้ซีเมียซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ควรส่งเสริมให้เด็กมี
การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตของร่างกาย
ช่วยให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงและเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น ลดการใช้ออกซิเจนที่เกินจำเป็น รวมทั้ง
ป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ

นักจิตวิทยาส่วนใหญ่เชื่อว่าพฤติกรรมทุกอย่างที่บุคคลแสดงออกเป็นผลเนื่องจากอัต-
มโนทัศน์ (Coombs, Avila & Purkey 1971 : 39) ถ้าบุคคลมีความรู้สึกหรือเชื่อว่า
ตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ มีคุณค่า มีรูปร่างหน้าตาและลักษณะท่าทางดี บุคคลนั้นก็จะเป็
คนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าแสดงออกเข้ากับบุคคลอื่นในสังคมได้ดี แต่ถ้าบุคคลนั้นมีความ
รู้สึกหรือเชื่อว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ต่ำต้อยต่อความสามารถ บุคคลนั้นก็จะเป็นคนไม่มีความ
มั่นใจ ไม่กล้าแสดงออก เก็บตัว และหลบหนีจากสังคม (อ่ำไพ ศิริพันธ์ 2515 : 91) บุคคล
ที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย
จิตใจและสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้สมรรถภาพในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง
จากการศึกษาปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเด็กโรค cystic fi-
brosis (McAnarney 1974 : 523-527) ผู้ป่วยเด็กโรค sickle cell anemia
(Morgan 1986 : 429-440 ; Lemaneck et al. 1986 : 397-440 ; Hurtig &
White 1986 : 41-427) พบว่า ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้มีอุบัติการณ์การเกิดปัญหาด้านจิตสังคม
มากกว่าเด็กปกติคือ มีอัตมโนทัศน์ต่ำ มีความวิตกกังวล สูง ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม หรือ
ก้าวร้าว และมีสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนไม่ดี ปัญหาทางด้านจิตสังคมดังกล่าวโดย
เฉพาะอัตมโนทัศน์ต่ำนั้น จะมีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยเด็ก ที่สำคัญคือ พฤติกรรม
การดูแลตนเอง อาจจะไม่ปฏิบัติตนไม่เหมาะสม เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิบัติตนไม่
ถูกต้อง ดังนั้น อัตมโนทัศน์จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเองของ
ผู้ป่วย ผู้ป่วยเด็กโรคราไส้ซีเมียก็เช่นเดียวกับผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องต่อสู้กับโรคและ

เผชิญกับภาวะเครียดเป็นเวลานาน จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ในขณะที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลก็ต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และติดตามการตรวจรักษาที่แผนกตรวจเฉพาะโรค สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันจากเพื่อน ๆ ต้องขาดโรงเรียนบ่อย ๆ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อน ๆ เป็นบางครั้ง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะมีรูปร่างเตี้ยเล็กกว่าเพื่อน ๆ และบางรายมีลักษณะหน้าตาแบบธาลัสซีเมียคือ สันจมูกและโหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้างใหญ่ ฟันยื่นเขยิบเรียงตัวไม่เรียบ หน้าผากและท้ายทอยยื่นเป็นปุ่ม ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย มีปมด้อย ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง และไม่ยอมเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ๆ มากขึ้น ดังการศึกษาของ แมสซาเกลีย และคาร์พินาโน (Messaglia & Carpinano 1987 :69) ซึ่งศึกษาสภาวะจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียพบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองป่วยมาก เนื่องจากอ่อนเพลีย และไม่สามารถมีกิจกรรมเช่นเดียวกับเพื่อน ๆ รวมทั้งรู้สึกอับอายลักษณะหน้าตาและสีผิวของตนเอง ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจึงมีแนวโน้มที่จะมีอัตมโนทัศน์ต่ำ และอาจจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการดูแลตนเอง และปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กคือปัจจัยทางด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน และ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยพื้นฐานทางด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้และลักษณะครอบครัว ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาของผู้ป่วยเด็กคือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียโดย-ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณ มีปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็กคือ อັตมโนทัศน์ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว เป็นตัวทำนาย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเป็นตัวเกณฑ์

สมมติฐานของการวิจัย

1. อັตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็กคือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
3. ปัจจัยด้านมารดาของผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
4. ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ อັตมโนทัศน์ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอັตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วยเด็ก คืออັตมโนทัศน์

เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยทางด้านมารดาผู้ป่วยเด็กคือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว รวมทั้งนำเอาปัจจัยดังกล่าวนี้ มาเป็นส่วนหนึ่งในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลให้เข้าใจและตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วยเด็กคือ อ้อมโนทัศน์ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยทางด้านมารดาผู้ป่วยเด็กคือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว รวมทั้งนำเอาปัจจัยดังกล่าวนี้ มาเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินวางแผน และการให้พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และผู้ป่วยเด็กโรคอื่น ๆ

นิยามตัวแปร

1. อ้อมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีต่อตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามอ้อมโนทัศน์ สำหรับเด็กซึ่งผู้วิจัยได้รับปรุงมาจากแบบสอบถามอ้อมโนทัศน์เด็กที่ สงครี ศรีมุกดา (2511) ได้แปลและเรียบเรียงจากแบบประเมินอ้อมโนทัศน์เด็กของ บีแอร์-แฮร์ริส (The Piers-Harris Children's Self Concept Scale) ซึ่งแบ่งอ้อมโนทัศน์ออกเป็น 6 ด้านดังนี้

1.1 ด้านพฤติกรรมการแสดงออก หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง

1.2 ด้านสติปัญญาและสถานภาพในโรงเรียน หมายถึง การรับรู้ และความคิดเห็นของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับความสามารถและความสำเร็จทางการเรียน รวมทั้งได้รับการยอมรับความคิดเห็นจากเพื่อน ๆ

1.3 ด้านรูปร่างและบุคลิกภาพ หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับลักษณะรูปร่าง สุขภาพ และการรับรู้ที่ตนเองเป็นคนอย่างไร

1.4 ด้านความวิตกกังวล หมายถึง การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้

เกิดความวิตกกังวล

1.5 ด้านความเป็นคนน่านิยม หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการได้รับการยอมรับจากเพื่อน ฯ

1.6 ด้านความสุขและความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง ความพอใจในความคิด และ/หรือ การกระทำของตนเอง

2. ปัจจัยบางประการ หมายถึง ปัจจัยทางด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และปัจจัยทางด้านมารดาของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะของครอบครัว

เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วยเด็ก แบ่งเป็นเพศหญิงและเพศชาย

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุผู้ป่วย นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

ผลการเรียน หมายถึง ผลการเรียนที่ผ่านมาของผู้ป่วยเด็ก โดย ประเมินว่าผู้ป่วยเด็กเคยเรียนซ้ำชั้นหรือไม่

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดาของผู้ป่วยเด็ก

รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้ของบิดาและมารดาของผู้ป่วยเด็กรวมกันต่อเดือน หรือรายได้ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในกรณีที่มีอีกฝ่ายหนึ่งไม่มีรายได้

ลักษณะของครอบครัว หมายถึง ลักษณะของกลุ่มคนที่อยู่รวมกันในบ้านเดียวกันกับบิดามารดาและผู้ป่วยเด็ก

แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร

ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร และ

ญาติผู้ใหญ่ฝ่ายบิดาหรือมารดาฝ่ายหนึ่งรวมอยู่ด้วย เช่น ปู่ย่า ตายาย ป้า น้า

3. การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การสังเกตอาการที่ผิดปกติและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินจากแบบประเมินการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย



วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งในการศึกษาวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้คือ

โรคธาลัสซีเมีย

แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

แนวความคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมีย

ธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานในปี พ.ศ.2526 ว่ามีประชากรเป็นผู้นำโรคของธาลัสซีเมีย และภาวะฮีโมโกลบิน ผิดปกติสูงถึง 240 ล้านคน มีทารกแรกเกิดที่เป็นโรคปีละ 200,000 คน (ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา และอำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์ 2530 : 61) ประเทศไทยก็มีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้สูงมากจากการประเมินสถานการณ์โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในประเทศไทยของศาสตราจารย์ แพทย์หญิง สุธาสคร ตูจินดา และคณะ (2532) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นใหม่ในแต่ละปี และจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ที่มีอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นใหม่ ในแต่ละปี และจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ (คำนวณจากเด็กเกิดใหม่ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี ตามอุบัติการณ์เฉลี่ยของยีนผิดปกติแต่ละชนิด)

โรค	คู่สมรสที่มีอัตราเสี่ยง (ต่อปี)	อัตราเกิดโรค (ต่อปี)	จำนวนผู้ป่วยที่มี ชีวิต
ไฮโมซัยกัล-			
เบต้าธาลัสซีเมีย	2,500	625	6,250
ไฮโมซัยกัล-			
เบต้าธาลัสซีเมีย- ฮีโมโกลบินอี	13,000	3,250	97,500
ไฮโมซัยกัล-			
แอลฟาธาลัสซีเมีย	5,000	1,250	0
ฮีโมโกลบิน เอช	28,000	7,000	420,000
รวมทั้งหมด	48,500	12,125	523,750

(สุตสาคร ตูจินดา และ คณะ 2532 : 4)

จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคธาลัสซีเมียมีถึงประมาณปีละ 12,125 คนต่อเด็กที่เกิดใหม่ 1 ล้านคน ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี อัตราส่วนของผู้ป่วยที่พบในแต่ละภูมิภาคของประเทศนั้นจะแตกต่างกันตามแต่ละท้องถิ่นที่ขึ้นอยู่กับเชื้อสายของประชากรในท้องถิ่น และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคที่สำคัญในภาคเหนือ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ สามารถให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนที่อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดใกล้เคียง ก็พบผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ.2527 ถึง 2530 ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาในแต่ละปี มีจำนวน 3151 , 3673 , 3710 และ 3728 ราย ตามลำดับ เหตุที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก็เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด

ได้ เพียงแต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้เท่านั้น และยังเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ทั้งจากบิดามารดาที่เป็นโรค โรคนี้เกิดจากความผิดปกติของกลุ่มยีนเบต้าและ/หรือ แอลฟา โกลบินของโครโมโซมคู่ที่ 11 และ 16 ตามลำดับ ทำให้ฮีโมโกลบินที่เป็นส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดงมีความผิดปกติ

โรคธาลัสซีเมียที่พบมากในประเทศไทย แบ่งตามอาการทางคลินิกได้ดังนี้ (สุดสาคร ตูจินดา ใน จินตนา ศิรินาวัน และ ชนิกา ตูจินดา บรรณาธิการ 2524 : 17 - 20 ; ประเวศ วะสี ใน สุภา ฌ นคร บรรณาธิการ 2513 : 228-231)

1. เบต้าธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติตามจำนวนยีนที่ขาดหายดังนี้

1.1 โอโมซัยกัส เบต้าธาลัสซีเมีย เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดเบต้า 2 ยีน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของโรคอย่างชัดเจนเริ่มมีอาการซีด ตัวเหลือง ตับ ม้ามโต ตั้งแต่เด็ก ร่างกายเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ

1.2 เบต้าธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบิน อี เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดเบต้าร่วมกับฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดอี อาการแสดงทางคลินิกเช่นเดียวกับผู้ป่วยโอโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย

1.3 กลุ่มที่เป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดเบต้า 1 ยีน กลุ่มนี้จะไม่มีอาการแสดงของโรค อาจมีเม็ดเลือดแดงผิดปกติเล็กน้อย

2. แอลฟาธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติตามจำนวนยีนที่ขาดหายดังนี้

2.1 โอโมซัยกัสแอลฟาธาลัสซีเมีย เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดแอลฟา 4 ยีน ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง มักจะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือตายภายหลังคลอดไม่กี่นาที ทารกจะมีอาการซีด บวม น้ำ ตับม้ามโตมาก (Hb Bart's hydrops fetalis)

2.2 ฮีโมโกลบิน เอช เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดแอลฟา 3 ยีน ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตและรูปร่างหน้าตาปกติ แต่เมื่อมีอาการติดเชื้อมีอาการซีดอย่างเฉียบพลัน

2.3 กลุ่มที่เป็นพาหะของแอลฟาธาลัสซีเมีย เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่

ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดแอลฟา 1 หรือ 2 ยีน กลุ่มนี้จะไม่มีการแสดงของโรค อาจมีเม็ดเลือดแดงผิดปกติเพียงเล็กน้อย

พยาธิสภาพของโรค

พยาธิสภาพของโรคธาลัสซีเมีย เกิดจากความผิดปกติของการสังเคราะห์โกลบิน โดยมีสายโกลบินชนิดใดชนิดหนึ่งน้อยลงหรือไม่มีเลย ฮีโมโกลบินที่ผิดปกตินี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญของผนังเม็ดเลือดแดง คือ มีการซึมผ่านของประจุบวก (Cation Permeability) ทำให้ความยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงเสียไป รวมทั้งเม็ดเลือดแดงจะมีลักษณะรูปร่างและขนาดต่าง ๆ กัน (Anisopoikilocytosis) เช่น รูปร่างบิดเบี้ยว เว้าแหว่ง ขนาดต่าง ๆ กันเมื่อเลือดไหลผ่านเส้นเลือดฝอยที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กมาก โดยเฉพาะที่ม้าม จึงถูกกรองและทำลายได้ง่าย ดังนั้นเม็ดเลือดแดงจึงมีอายุสั้นกว่าคนปกติ เนื่องจากฮีโมโกลบินเป็นตัวนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ เมื่อร่างกายมีภาวะฮีโมโกลบินต่ำ จึงทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ภาวะนี้จะเป็นอย่างเรื้อรัง ทำให้การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ และร่างกายก็พยายามปรับโดยมีการขยายตัวของโพรงกระดูก และกระดูกแบนจะทำหน้าที่ผลิตเม็ดเลือดแดงด้วย นอกจากนี้จะมีการสร้างเม็ดเลือดแดงนอกไขกระดูกทำให้ตับม้ามโต อาจจะมีการสะสมของเหล็กในร่างกายมากขึ้น เนื่องจากมีการดูดซึมเหล็กกลับเข้าสู่ทางเดินอาหารมากขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดงมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันจะได้รับเหล็กจากการให้เลือดทดแทนมากขึ้น เหล็กที่สะสมในร่างกายจะไปเกาะตามอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น ตับ ตับอ่อน หัวใจ ม้าม ต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น จากพยาธิสภาพของโรคดังกล่าว ผู้ป่วยจะมีการและอาการแสดงทางคลินิกดังนี้(ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา 2522 : 1635 - 1637)

1. โลหิตจางเรื้อรัง มีอาการซีด เหลือง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ตับและม้ามโต
2. ลักษณะหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย คือ สันจมูกแบน โหนกแก้ม คาง และขากรรไกร กว้างใหญ่ ฟันยื่นเขยิบ และเรียงตัวไม่เรียบ กระดูก กะโหลกศีรษะยื่นเป็นตอนๆ มักพบที่กระดูกพรอนติล และออริบิทัล ซึ่งเป็นผลมาจากการขยายของโพรงกระดูกชนิดแบน ลักษณะหน้าตาที่ผิดปกตินี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะถาวรตลอดไป

3. การเจริญเติบโตช้า ตัวเตี้ยเล็ก และน้ำหนักน้อย
4. มีการคั่งของธาตุเหล็กในร่างกาย ซึ่งเหล็กจะไปจับตามผิวหนังและอวัยวะภายในร่างกาย ทำให้เกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ เช่น หัวใจโต หัวใจวาย ตับแข็ง เบาหวาน ผิวหนังมีสีเทาอมเขียวและมีสีคล้ำง่ายเมื่อถูกแดดเพราะมีเมลานินเพิ่ม
5. มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก ส่วนเนื้อคอร์เทกซ์ของกระดูกจะบาง ทำให้กระดูกหักได้ง่าย
6. มีการเปลี่ยนแปลงของปอด ผู้ป่วยมักจะมีการทำงานของปอดผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย
7. ภาวะวิกฤติจากการทำลายเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีดอย่างรวดเร็ว และรุนแรง ซึ่งมักเกิดภายหลังการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่ง
8. ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น เกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากความต้านทานโรคต่ำ นี้น้ำดีเกิดจากมีการทำลายเม็ดเลือดแดงมาก หรือก้อนเนื้อออกจากโพรงไขกระดูกที่ทำงานมากและโตขึ้นไปกดเบียดอวัยวะใกล้เคียง

การรักษา

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีรักษาโรคให้หายขาด เช่น การปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนสาร ดี เอ็น เอ (D.N.A.) ในยีนเพื่อสร้างสายโกลบินที่ขาดหายไป แต่วิทยาการก้าวหน้าเหล่านั้นยังอยู่ในขั้นศึกษาและจำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่สูงมาก การรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาแบบประคับประคองได้แก่ (ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา และอำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์ 2530 : 91 - 95)

1. การให้เลือด ถ้าผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 - 8 กรัมต่อ 100 มล. ควรจะให้เลือดโดยเฉพาะเด็ก เพื่อให้เด็กมีส่วนสูงและน้ำหนักใกล้เคียงเด็กปกติ มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมียน้อยลง โดยให้ในรูปของเม็ดเลือดแดงเข้มข้น ความถี่ของการให้เลือดจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค
2. ดูแลให้อาหารที่มีโปรตีน วิตามิน และโฟเลตสูง เพราะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยสร้างเม็ดเลือดแดงขึ้นมาทดแทน

3. หลีกเลี้ยงและระมัดระวังการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสจะรับโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย และเมื่อเกิดการติดเชื้อ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการรุนแรงกว่าคนปกติ

4. การตัดม้ามจะทำในรายที่จำเป็นเท่านั้นคือ ในรายที่ม้ามมีขนาดโตจนเกิดอาการกดเบียดอวัยวะภายในช่องท้อง ทำให้แน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก หัวใจเต้นผิดปกติ หรือในรายที่ม้ามมีการทำลายเม็ดเลือดต่างๆมากขึ้น โดยเฉพาะเกล็ดเลือด ทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ดังกล่าว ไม่ควรตัดม้าม เพราะทำให้เกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย

5. ให้อาหารขับเหล็กออกจากร่างกาย ยาที่ใช้ได้ดีคือ desferrioxamine ซึ่งความถี่ของการให้อาหารขับเหล็กขึ้นกับจำนวนเหล็กที่ค้างอยู่ในกระแสเลือด

6. รักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น นิ้วในถุงน้ำดี ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่

1. ภาวะที่มีเหล็กสะสมมากเกินไปในเนื้อเยื่อของร่างกาย สาเหตุเกิดจาก

1.1 มีการดูดซึมเหล็กทางลำไส้เพิ่มขึ้น เนื่องจากกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูกผิดปกติ และเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติ ทำให้มีการเร่งสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น สุมิตร วัฒนวิจารย์ และคณะ (Vatanavicharn et al 1983 : 414 - 416) ศึกษาการดูดซึมเหล็กจากทางเดินอาหารในผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบิน อี ที่ได้รับการผ่าตัดม้ามและไม่ได้รับการผ่าตัดม้าม โดยเปรียบเทียบกับคนปกติ พบว่า เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานเหล็ก (ferrous ascorbate) 3 มิลลิกรัม ผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบิน อี จะมีการดูดซึมเหล็ก เฉลี่ยร้อยละ 62 ขณะที่คนปกติพบว่า มีการดูดซึมเหล็กเพียงร้อยละ 16.5

1.2 การได้รับเลือดบ่อย ทำให้ได้รับเหล็กเพิ่มขึ้นจากเลือดที่ได้รับ เนื่องจากเลือดแต่ละยูนิต (ประมาณ 500 ซีซี) จะมีเหล็กประมาณ 200 - 250 มิลลิกรัม (ปราณีสิงห์ประเสริฐ ในกุมรา ตาละลักษณ์ และคณะบรรณาธิการ 2529 : 71) ในขณะที่ความต้องการเหล็กของเด็กประมาณวันละ 10 มิลลิกรัม (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ ใน จันทรนิวัตร์

เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พาณิชย์ บรรณาธิการ 2522 : 1620) และปริมาณเหล็กที่มากเกินไป ร่างกายไม่มีกลไกในการขับออกเหมือนกับธาตุอื่น ๆ เช่น โซเดียม โปแตสเซียม แคลเซียม นอกจากนี้ร่างกายสามารถขับเหล็กออกได้เพียงวันละ 0.5 - 1.0 มิลลิกรัม (สุภา ๗ นคร และคณะ 2511 : 311 -358) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับเลือดบ่อยครั้ง จึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะเหล็กเกิน และเกิดพยาธิสภาพแก่วัยวะต่าง ๆ ที่เหล็กไปจับ เช่น ตับแข็ง เบาหวาน โรคหัวใจ หรือการทำงานของต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ผิดปกติ

2. มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าปกติ เนื่องจาก

2.1 ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย จะมีภาวะเหล็กเกินในกระแสเลือด(hyperferremia) ซึ่งเหล็กที่อยู่ในพลาสมา นั้น จะมีทรานสเฟอร์ริน ซึ่งเป็นโปรตีนจำเพาะสำหรับเหล็ก พาเหล็กจากตำแหน่งที่มีการดูดซึม หรือจากที่ที่เก็บสะสมไว้ไปสู่ตำแหน่งที่ต้องการใช้ เมื่อปริมาณเหล็กในพลาสมา มากเกินไป จะทำให้ทรานสเฟอร์รินในเลือดต่ำลง (hypotransferrinemia) ทรานส์เฟอร์รินจะเป็นตัวขัดขวางไม่ให้เชื้อโรคนำเหล็กไปใช้ในการเจริญเติบโต เมื่อเหล็กมีปริมาณมากเกินไป และทรานส์เฟอร์รินต่ำในเลือด จึงเป็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย และเชื้อรา

2.2 ม้ามมีภาระต้องทำลายเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น และช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้ม้ามโตกว่าปกติ เนื่องจากม้ามเป็นอวัยวะที่สร้างทูฟต์ซิน (tuftsin) ซึ่งเป็นเตตระเปปไทด์ (tetrapeptide) ที่ทำหน้าที่เป็นอ็อปโซนิน (opsonin) ในการกระตุ้นเม็ดเลือดขาวให้มีปฏิกิริยาเก็บกินเชื้อโรค (phagocytic activity) และม้ามยังเป็นอวัยวะที่สร้างอิมมูโนโกลบูลินชนิด เอ็ม (Ig M) เมื่อม้ามมีความผิดปกติ อาจจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติและผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้มากขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดม้ามออก และจากการศึกษาของ ไพเราะ เกตุวิจิตร (2529) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรคเบต้าธาลัสซีเมีย-ซีโมโกลบินอี ของผู้ป่วยโรคเบต้าธาลัสซีเมีย ซีโมโกลบินอี ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยโลหิตวิทยา ตึกอนันตราช โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 378 ราย พบว่า ปัญหาการติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญที่สุด ที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ โดย-

เฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งบางรายมาพบแพทย์ด้วยปัญหานี้เกิน 25 ครั้งขึ้นไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไพบูลย์ คำพันธ์ และธัญศักดิ์ รังสีพรหม (2523) ซึ่งศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยโลหิตวิทยา ดิโกนนทราช โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี 2515-2519 จำนวน 382 ราย พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ โรคติดเชื้อ และเป็นการติดเชื้อของทางเดินหายใจมากที่สุดถึง 37.17 %

3. โรคแทรกซ้อนของหัวใจ เช่นเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หัวใจวาย อาจเนื่องจากมีเหล็กไปสะสมที่หัวใจมากเกินไป จนเกิดเป็นพังผืด ทำให้ระบบการนำไฟฟ้าในหัวใจผิดปกติ

4. การขาดสารอาหาร เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยอย่างเรื้อรัง และมีเหล็กไปจับที่ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ทำให้ทำงานน้อยกว่าปกติ ได้แก่ ต่อมไต้สมอง ต่อมธัยรอยด์ ต่อมหมวกไต และต่อมเพศ ผู้ป่วยจึงมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ

จากการศึกษาของ ชนิกา ตัญจินดา และคณะ (2526 :983-988) ศึกษาในผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบินอี อายุตั้งแต่ 5-13 ปี และผู้ป่วยโฮโมซัยกัส เบต้าธาลัสซีเมีย อายุ 11-15 ปี พบว่า ผู้ป่วยทุกคน มีการเจริญเติบโตล่าช้า มีส่วนสูง น้ำหนักและการเจริญเติบโตของกระดูกน้อยกว่าอายุจริง เช่นเดียวกับการศึกษาของมาเรียม และคณะ (2531 : 44-51) ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 360 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมีน้ำหนักและส่วนสูงตามอายุต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย 50th percentile ร้อยละ 82.55 และร้อยละ 85.55 ตามลำดับ และผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมีย เมเจอร์จะเจริญเติบโตช้ามากกว่าผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบินอี และฮีโมโกลบิน เอช ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อีก เช่น น้ำน้ำตาล การอักเสบของถุงน้ำดี แผลเรื้อรังที่ขา กระดูกหักหรือปวดกระดูก จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ และอาจจะถึงแก่กรรมด้วยปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้ แต่ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัธยาศัย จากการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน (บุญทิพย์ ลีริธรังศรี 2527) ผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู (รัตนา

ภาคเกษม 2527) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรค (ภัทรา จุลารณ 2529) พบว่าผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองดีจะสามารถควบคุมอาการของโรค และการหายของโรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองไม่ดี นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนได้ ถ้ามีการดูแลตนเองที่ดี ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง ก็คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Concept of self care)

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย ซึ่งบุคคลแต่ละคนเริ่มต้น และยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนไว้ (Orem & Taylor 1986 : 52, Orem 1985 : 84) บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่จะต้องทำกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่อง แต่สำหรับเด็กซึ่งมีความจำกัดในการดูแลตนเองนั้น ผู้ดูแลเด็กจะเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ จนกว่าเด็กจะสามารถดูแลตนเองได้ บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เฉพาะสิ่งที่มีความหมายสำหรับตัวเขา หรือเฉพาะสิ่งที่เขาคาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง เลวิน (Levin) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค และการรักษาเบื้องต้นของระบบบริการสุขภาพในสังคมนั้น ๆ ซึ่งครอบครัวและสังคมแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลแต่ละคน (Hill & Smith 1985 : 8) มัลลิกา มัติโก (2530 : 8) กล่าวว่า การดูแลตนเองนั้นจะเกิดขึ้นทั้งในขณะที่มีสุขภาพดี โดยการส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง รวมทั้งในขณะที่เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งจะเริ่มต้นจากความรู้สึกที่ผิดปกติไปจากเดิม หรือเริ่มมีอาการบ่งบอก จากนั้นบุคคลแต่ละคนจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมในการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป เช่น การซื้อยามารับประทาน การปรึกษาเพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัว การแสวงหาวิธีการรักษาด้วยตนเองต่าง ๆ นอกจากนี้ นอร์ริส (Norris 1979 : 488) กล่าวว่า การดูแลตนเองไม่ได้กระทำเฉพาะความเจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น แม้แต่ความเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย หรือไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยก็สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการรักษา และทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากกว่าการรักษาของแพทย์เพียงอย่างเดียว

นั่นคือ การดูแลตนเองจะเป็นกิจกรรมใด ๆ ก็ตามที่บุคคลนั้นได้ริเริ่มขึ้น และปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ในภาวะที่ปกติ เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือรุนแรง ซึ่งการดูแลตนเองที่ให้ผลในการรักษา จะต้องมึลักษณะดังต่อไปนี้ (Orem 1985 : 90)

1. เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนกระบวนการต่าง ๆ ของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายให้เป็นปกติ
2. เป็นกิจกรรมที่ทำให้พัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เป็นกิจกรรมที่ป้องกันอันตราย และการเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกาย จิตใจของบุคคล
4. เป็นกิจกรรมที่ป้องกันความพิการที่เกิดขึ้น หรือลดหย่อนความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว
5. เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการหายจากโรคและพยาธิสภาพต่าง ๆ ของร่างกาย

โอเรม (Orem 1985 : 90-99) ได้จัดประเภทของความต้องการในการดูแลตนเอง (Self Care Requisties) ไว้ 3 แบบ ดังนี้

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care requisties) เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อสนองตอบความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ อายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ กิจกรรมการดูแลตนเองด้านนี้ ได้แก่

1.1 ให้ร่างกายได้รับ อากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายทำงานตามปกติ และสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกร่างกายได้

1.2 ให้ร่างกายชดเชยของเสีย รวมทั้งสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้น เช่น เหงื่อ ปัสสาวะ เป็นไปอย่างปกติ

1.3 ให้มีความสมดุล ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

1.4 ให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

1.5 ป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี

1.6 ส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล ภายในกลุ่มสังคมที่บุคคลนั้นอยู่โดย

ให้เหมาะสมกับศักยภาพและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้มีความต้องการอยู่อย่างปกติ โดยให้สอดคล้องกับลักษณะทางพันธุกรรม บุคลิกภาพ และความสามารถพิเศษของแต่ละบุคคล

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care requisities) เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

2.1 ต้องการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการของชีวิต ตั้งแต่ระยะที่อยู่ในครรภ์ จนถึงวัยผู้สูงอายุ

2.2 ต้องการปรับสภาพให้สามารถเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ไม่ได้ รับประทานอาหาร มีปัญหาการปรับตัวทางสังคม สูญเสียญาติ พี่น้อง หรือ เพื่อน สูญเสียสมบัติสิ่ง ของส่วนตัว เปลี่ยนที่อยู่อย่างกะทันหัน ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีปัญหาเกี่ยวกับ สถานภาพทางสังคม สุขภาพร่างกายและจิตไม่ดีหรือมีความพิการ มีการดำรงชีวิตที่ถูกกดขี่ทารุณ เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือใกล้ตาย

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care requisities) เป็นการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือมีความ พิจารณารวมทั้งบุคคลที่อยู่ในระหว่างการตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรค ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ในโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านนี้ ได้แก่

3.1 แสวงหาและยึดมั่นในการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล

3.2 ตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

3.3 ปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันหรือ รักษาโรค ควบคุมหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย แก้ไขความพิการหรือความผิดปกติ

3.4 ตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น สิ่งกีด ขวางการผิดปกติที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

3.5 เปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ของตนเอง โดยการยอมรับภาวะ เจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ และ การรักษาพยาบาลที่ เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้พัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

โดยทั่วไปบุคคลมีความต้องการที่จะดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ และหลีกเลี่ยงต่อโรคร้าย หรืออันตรายที่คุกคามต่อชีวิต อีเชลเบอร์เกอร์และคณะ (Eichelberger et al 1980 : 10) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองนั้น จะมีพัฒนาการมาตลอดอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก บุคคลทุกอายุสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งในวัยทารกต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ และการดูแลตนเองต้องได้รับจากผู้ใหญ่ โดยทารกจะแสดงพฤติกรรม ทำให้ผู้ใหญ่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง เช่น ร้องไห้เมื่อหิวหรือเปียกจากปัสสาวะ ใช้ภาษาและท่าทางในการบอกความต้องการของตนเอง เมื่อทารกเจริญเติบโตขึ้น จะเริ่มรู้จักพึ่งตนเองและการพึ่งตนเองจะค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้น เด็กวัยก่อนเข้าเรียนประมาณอายุ 2-6 ปี เริ่มมีทักษะในการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น เช่น สามารถรับประทานอาหารด้วยตนเอง แต่งตัวได้เอง ใส่รองเท้าได้เอง รวมทั้งสามารถหิวผมและอาบน้ำได้ด้วยตนเอง

ความสามารถที่จะเริ่มรับประทานอาหารด้วยตนเอง จะปรากฏเมื่อเด็กอายุระหว่าง 1 ปี 4 เดือน ถึง 2 ปี ด้วยอาการที่เด็กอยากป้อนข้าวเข้าปากด้วยตนเอง แต่เนื่องจากความพร้อมในการใช้มือ และการทำงานสัมพันธ์กันระหว่างตาและมือยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ เด็กอาจจะทำหกเลอะเทอะบ้าง ซึ่งเด็กจะพัฒนาการรับประทานอาหารด้วยตนเองให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อเด็กอายุ 3 ปี จะสามารถนั่งโต๊ะรับประทานอาหารโดยใช้ช้อนส้อมตักอาหารได้เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ (ประดิษฐ์ อุปรมัย 2525 : 50) นอกจากนี้เด็กวัยนี้ เริ่มรู้จักชอบหรือไม่ชอบอาหารชนิดต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ขึ้นกับการฝึกหัดจากผู้เลี้ยงดู

การรักษาความสะอาดของร่างกายและการแต่งตัว เด็กวัยก่อนเข้าเรียนสามารถหิวผมและอาบน้ำได้ด้วยตนเอง ระยะแรก ๆ อาจจะต้องมีผู้ช่วยเหลือแสกผม หรือถูสบู่บริเวณที่เด็กทำไม่ได้ เด็กเริ่มฝึกหัดทักษะการแต่งตัว เมื่ออายุ 2-3 ปี จะเพลินกับการใส่กระดุมเสื้อ โดยเฉพาะกระดุมที่มีรูปร่างหรือสีแปลก ๆ ต่อมา 1-2 ปี เด็กสามารถใส่หรือแกะกระดุมเสื้อได้อย่างคล่องแคล่ว เมื่อเด็กอายุ 6 ปี จะสามารถใส่กระดุมบริเวณที่ยาก ๆ ได้ เช่น กระดุมหลัง กระดุมคอปก เด็กควรสวมเสื้อผ้า อาบน้ำ สวมรองเท้าและหิวผมได้เอง โดยผู้ใหญ่ไม่ต้องช่วยเหลือ เมื่อถึงวัยเข้าโรงเรียนอนุบาล

การรักษาความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน เด็กวัยก่อนเข้าเรียนนี้

สามารถเดินได้อย่างมั่นคงและสนใจกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องใช้กล้ามเนื้อขา เช่น การกระโดด การวิ่ง การเล่นเกมที่ต้องใช้ทักษะการวิ่ง การปีนป่าย การถือจักรยานสามล้อสำหรับเด็ก การนอนหลับและพักผ่อน เด็กวัยนี้ไม่ชอบนอนกลางวันและบางครั้งก็ไม่เข้านอนตามเวลาในตอนกลางคืนมักจะร้องไห้ก่อนนอน แต่พฤติกรรมเช่นนี้จะ เป็นอยู่ไม่นาน เมื่อพ้นวัย 4 ปีก็จะเข้านอนตามเวลาที่กำหนดได้ โดยเด็กสามารถรู้เวลาที่เข้านอนจากการสังเกตนาฬิกาได้

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เด็กวัยนี้จะพยายามเข้าไปเล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกันและรู้จักเล่นเป็นทีม แต่ก็มักจะมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อน ๆ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นเพราะเด็กขาดประสบการณ์ในการเล่นกับเพื่อน

สำหรับการป้องกันอันตรายต่อชีวิต โดยเฉพาะอุบัติเหตุต่าง ๆ ผู้ใหญ่จะต้องคอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการป้องกันอันตรายต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลเด็ก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย เนื่องจากเด็กวัยนี้ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับอันตรายต่าง ๆ สาเหตุของความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยนี้อยู่ในขั้นคิดก่อนปฏิบัติการ (The stage of pre-operational thought) ซึ่งความคิดของเด็กในวัยนี้จะรวมเอาเหตุการณ์ภายนอกที่เด็กประสบ เด็กไม่สามารถจะเข้าใจขบวนการต่าง ๆ เพราะเด็กมองสิ่งต่าง ๆ เพียงด้านเดียว ไม่ได้มองทุกด้าน จากการศึกษาของสุซาดา ธนะพงศ์พร (2531 : 99) พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญาในขั้นคิดก่อนปฏิบัติการจะบอกเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยของตนเองจากคนอื่นบอก หรือจากอาการเจ็บป่วยที่ปรากฏให้เห็นภายนอก คำตอบจะใช้ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย คือ การนอนอยู่บนเตียง สาเหตุของความเจ็บป่วยเนื่องจากตนประพาศิติดระเบียบ และมีความคิดว่าความเจ็บป่วยจะหายโดยการนอนพักหรือรับประทานน้ำซุ๊ป ดังนั้นจึงทำให้เด็กไม่สามารถเข้าใจและดูแลตนเอง เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

ฟอสเตอร์ (Foster 1953) กล่าวว่าไม่ว่าเด็กจะอายุ 1 , 2 หรือ 3 ปี ถ้าเด็กพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดด้วยตนเอง เช่น รับประทานอาหารด้วยตนเอง เล่นตามลำพัง โดยไม่ต้องมีผู้ใหญ่อยู่ใกล้ ๆ นั้นแสดงว่าเด็กมีความสามารถที่จะรับผิดชอบ และเป็นสัญญาณบอกให้ทราบว่าเด็กสามารถที่จะได้รับการฝึกให้มีความรับผิดชอบที่จะดูแลตนเอง

ในบางเรื่องได้ (ประดินันท์ อุปรมัย 2525 : 49) เมื่อเด็กเจริญเติบโตเข้าสู่วัยเรียน จะมีความสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ (Koster 1983 : 30) มีพลังที่จะเรียนรู้ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เนื่องจากเด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกายมากขึ้น มีการเจริญเติบโตในหน้าที่ของระบบสมอง ประสาท ตา กล้ามเนื้อ และข้อต่อต่าง ๆ ดีขึ้น ทำให้เด็กสามารถเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว ทั้งการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ในการทรงตัว การวิ่ง กระโดด ปีนป่าย และการใช้กล้ามเนื้อเล็กในการหยิบจับ ขีดเขียน รวมทั้งพัฒนาการด้านสติปัญญาก้าวสู่วุฒิภาวะอีกระดับหนึ่ง คือ ระดับที่สามารถเข้าใจสิ่งที่ตนได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส หรือได้อ่าน แล้วนำมารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผน มีความหมาย จดจำ และวางแผนกระทำได้อย่างมีเหตุผล (วารุณี อมรทัต 2530 : 41) ดังนั้นเด็กวัยเรียนจึงมีความสามารถดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ได้ เช่น เด็กวัยนี้สามารถที่จะรับประทานอาหารด้วยตนเองและตัดสินใจในการเลือกซื้ออาหารตามที่ตนเองชอบได้ โดยเฉพาะการซื้ออาหารรับประทานเองในขณะที่พักกลางวันที่โรงเรียน นอกจากนี้เด็กบางคนอาจจะช่วยมารดาหุงข้าวและปรุงอาหารง่าย ๆ ได้ เช่น ต้มไข่ เจียวไข่ (ประดินันท์ อุปรมัย 2525 : 51)

สำหรับการรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า เด็กวัยนี้สามารถอาบน้ำและแต่งตัวด้วยตนเอง โดยผู้ใหญ่ไม่ต้องคอยช่วยเหลือ และในด้านการรักษาความสะอาดของฟัน เด็กสามารถที่จะแปรงฟันได้ด้วยตนเอง เนื่องจากเด็กมีพัฒนาการประสานงานของกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ตา และนิ้วมือ ทำให้สามารถเรียนรู้ทักษะที่จะควบคุมกล้ามเนื้อมัดเล็ก สามารถหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ ได้คล่องแคล่ว นอกจากนี้เด็กบางคนอาจจะทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ตนสวมใส่ได้ (ประดินันท์ อุปรมัย 2525 : 51)

การรักษาความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน เด็กวัยเรียนสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ให้ทำงานประสานกันได้ดีขึ้น เด็กจะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวตลอดเวลา เช่น ริ่งไล่จับ การกระโดด สนใจกิจกรรมกลางแจ้ง และเด็กบางคนชอบเล่นที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง เช่น การปีนป่ายในที่สูง การขึ้นต้นไม้ สำหรับการพักผ่อน เด็กต้องการพักผ่อนให้เพียงพอ เนื่องจากเป็นวัยที่ออกกำลังกายด้วยการเล่น และเคลื่อนไหวมาก แต่เด็กมักตามใจตนเอง อดนอนดูรายการแสดงทางโทรทัศน์เสมอ และไม่ยอมเข้านอนตามเวลาทำให้นอนดึกเกินไป ซึ่งบิดามารดาต้องคอยควบคุมอย่างใกล้ชิดและแนะ

นำให้ดูรายการโทรทัศน์เฉพาะที่เป็นประโยชน์

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เด็กวัยเรียนมีการพบปะและคบหาสมาคมกับบุคคลนอกครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเข้าโรงเรียนแล้ว เด็กต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและอยากมีส่วนร่วมในการเล่นหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ กับกลุ่มมากกว่าอยู่คนเดียว หรือทำอะไรตามลำพัง เด็กวัยเรียนตอนต้น จะมีการเล่นต่างคนต่างเล่นเพียงแต่อยู่รวมกลุ่มเท่านั้น วิธีการเล่นก็เปลี่ยนอยู่เสมอ ส่วนมากมักตามใจตนเอง และต้องการเอาชนะแต่ผู้เดียว เมื่ออายุมากขึ้น เด็กจะค่อย ๆ เรียนรู้ถึงความต้องการของสังคม สิ่งที่สังคมยอมรับหรือไม่ยอมรับ พร้อมกับรู้จักพิจารณาตนเองเพื่อปรับปรุงตนเองให้เข้ากับคนอื่นได้ รวมทั้งรู้จักผ่อนปรนและให้ความร่วมมือกับผู้อื่น (วารุณี อมรทัต 2530 : 44)

ซิงคอสเตอร์ (Koster 1983 : 40) กล่าวว่า เด็กวัยเรียนมีความสามารถที่จะรับผิดชอบดูแลตนเอง เกี่ยวกับ อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และการป้องกันอันตรายต่างๆ ได้ สำหรับการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในขั้นคิดปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (The stage of concrete operation) โดยเด็กสามารถแยกแยะปรากฏการณ์ที่เกิดจากภายในและภายนอกตัวเด็กได้ การยึดตัวเองเป็นศูนย์กลางน้อยลง และสามารถเข้าใจปรากฏการณ์จากสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น แต่จะต้องเป็นสิ่งที่สามารถเห็นหรือจับต้องได้ เด็กวัยเรียนตอนปลายก่อนเข้าสู่วัยรุ่น จะเริ่มเข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมได้มากขึ้นและแนวความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เด็กมีความรู้กว้างขวางมากขึ้นเกี่ยวกับร่างกายตนเอง มีความสามารถเข้าใจความหมายของความเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ตรงตามความเป็นจริงมากกว่าเด็กที่อยู่ในวัยเล็กกว่า (Brett 1983 : 561-562) เด็กจะอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วย ว่าเกิดจากร่างกายได้สัมผัสสิ่งสกปรก เช่น ฝุ่นละออง เชื้อโรค หรือจากการกระทำของตนเองและอธิบายถึงการป้องกัน หรือหายจากโรค โดยหลีกเลี่ยงจากเชื้อโรค เช่น ไม่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือรับประทานยา หรือบางคนสามารถบอกได้ว่า การดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง จะช่วยป้องกันหรือให้หายจากโรคได้ (สุชาติา ธนะพงศ์พร 2531 : 99-100) ซึ่งเด็กที่มีความเข้าใจสาเหตุของความเจ็บป่วยและการรักษา จะให้ความร่วมมือในการรักษา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพได้

ดังนั้นเมื่อเด็กวัยเรียนเจ็บป่วย โดยเฉพาะเริ่มป่วยเรื้อรัง บิดามารดาและผู้ดูแลไม่ควรปกป้องเด็กจากความรับผิดชอบกิจกรรมต่าง ๆ และควรอนุญาตให้เด็กได้มีโอกาสปฏิบัติและมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นการเตรียมเด็กให้รับมือกับสุขภาพของตนเองเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โรเบิร์ตและฟลอริดา (Robert & Florida) ได้นำแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม มาสร้างโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังในชนบท (Rural Efforts to Assist Children at home : REACH Project) ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ด้านจิตใจภายในครอบครัวผู้ป่วยเด็ก ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กให้ดีขึ้น และหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยแบ่งการดูแลตนเองตามความต้องการของผู้ป่วยเด็ก เช่นเดียวกับแนวความคิดของโอเรม ดังนี้ (Pierce & Giovinco 1983 : 37-39)

1. ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป
2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ
3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ

แนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการรักษาส่วนใหญ่ จะเป็นแบบประคับประคอง สิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเด็ก คือ การส่งเสริมการเจริญเติบโตของร่างกาย ช่วยให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงและเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น ลดการใช้ออกซิเจนที่เกินจำเป็น รวมทั้งป้องกันอันตราย ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะเหล็กเกิน การติดเชื้อ และควบคุมอาการของโรค ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรปฏิบัติ หรือดูแลตนเองให้ถูกต้องและการดูแลตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการนอนหลับ การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อและการรักษาความสะอาด การป้องกันอุบัติเหตุ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมให้ดียิ่งขึ้น อนึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อาศัยแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรมมาเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยจึงควรมีการปฏิบัติหรือการดูแลตนเองที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1 ให้ร่างกายได้รับอาหารอย่างเพียงพอ อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต ร่างกายต้องการอาหารเพื่อการเจริญเติบโต ซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอ ให้นพลังงาน สร้างสารที่จำเป็นต่าง ๆ เช่น เอนไซม์ ฮอร์โมน และเพื่อให้กระบวนการต่างๆ ในร่างกายดำเนินต่อไปได้ตามปกติ การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอ จะช่วยให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ผู้ป่วยธาลัสซีเมียควรได้รับอาหารครบห้าหมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อช่วยในการสร้างเสริมเม็ดเลือดแดงและเนื้อเยื่อต่าง ๆ อาหารที่ให้โปรตีนอาจเป็นเนื้อสัตว์หรือพืชก็ได้ โปรตีนจากเนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น เนื้อหมู วัว ไก่ เป็ด ปลา และโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วลิสง นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กโรครธาลัสซีเมียควรรับประทานผักใบเขียวและผลไม้ เพื่อเพิ่มโฟเลตและวิตามินต่าง ๆ

อนึ่งผู้ป่วยเด็กโรครธาลัสซีเมีย ไม่ควรรับประทานอาหารที่ให้ธาตุเหล็กมาก ได้แก่ เครื่องในสัตว์ เช่น ตับไก่ ตับหมู ตับวัว เลือดหมู เลือดไก่ เพราะจะทำให้มีการสะสมของเหล็กในร่างกายเพิ่มมากขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนของเหล็กไปจับตามอวัยวะต่าง ๆ ได้

1.2 ให้มีความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

1.2.1 การพักผ่อนและการนอนหลับ การพักผ่อนคือการที่ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่างๆ ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่นการนอนหลับ การทำงานอดิเรก การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การพักผ่อนโดยการนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยธาลัสซีเมีย เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความผิดปกติของฮีโมโกลบิน ทำให้มีภาวะโลหิตจางเรื้อรัง ปริมาณออกซิเจนที่เลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายน้อยกว่าปกติ เมื่อร่างกายพักผ่อนอวัยวะทุกส่วนจะทำงานช้าลง ซึ่งจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย เด็กวัยเรียนถึงวัยรุ่น ต้องการนอนหลับพักผ่อนเฉพาะกลางคืน โดยทั่วไปเด็กอายุ 6-9 ปี ต้องการนอนประมาณวันละ 12-13 ชั่วโมง เด็กอายุ 10-12 ปี ต้องการนอนประมาณวันละ 10-11 ชั่วโมง และเด็กอายุ 12-16 ปี ต้องการนอนประมาณวันละ 9-10 ชั่วโมง (ฉลองรัฐ อินทรีย์ และคณะ 2532 : 29) ดังนั้นผู้ป่วยเด็กโรครธาลัสซีเมียวัยเรียนอายุ 8-14 ปี ควรจะนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 9-12 ชั่วโมง

1.2.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นการทำงาน

ของอวัยวะต่าง ๆ เกือบทุกระบบในร่างกาย ช่วยให้กล้ามเนื้อเกิดความแข็งแรง มีขนาดโตขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ปอด ผ่อนคลายความตึงเครียด และช่วยให้ข้อต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับเด็กเพราะนอกจากจะช่วยในการพัฒนาด้านร่างกายแล้ว ยังส่งเสริมให้เด็กพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมอีกด้วย ทำให้เด็กมีการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เรียนรู้การอยู่ร่วมกันและการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น เด็กที่ไม่สามารถออกกำลังกายหรือเล่นกับเพื่อน ๆ ได้ จะเกิดปมด้อยและมีผลต่อจิตใจของเด็กเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ควรมีการเคลื่อนไหว และออกกำลังกายได้ตามปกติ เท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะเป็นไปได้ ถ้าเด็กไม่มีอาการของโรคอย่างรุนแรง ไม่ควรจำกัดกิจกรรมการออกกำลังกายหรือการเล่นของเด็กแต่ไม่ควรเล่นกีฬาที่โลดโผนหรือใช้กำลังมาก เช่น การปีนป่าย การกระโดดจากที่สูง เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะมีการขยายของโพรงกระดูกมากขึ้น เพื่อเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง ทำให้กระดูกคอerverเทกซ์บางลง อาจเกิดกระดูกหักได้ง่าย นอกจากจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุแล้ว ยังทำให้ความต้องการในการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง การออกกำลังกายหรือการเล่น จะต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล

1.3 ให้มีความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ความเจ็บป่วยทำให้เด็กไม่สามารถมีกิจวัตรประจำวันตามปกติ ต้องมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งทำให้เด็กมีการปฏิบัติและลักษณะรูปร่างหน้าตาที่แตกต่างจากเพื่อน ๆ เด็กอาจเกิดความรู้สึกเป็นปมด้อย อึดอัด ท้อแท้ และผิดหวัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ต้องเผชิญกับการรักษาและ อาการของโรคอย่างไม่สิ้นสุด เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และความสำเร็จในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อนหรือพี่น้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ เหมาะสมแล้ว ยังช่วยป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยได้

1.4 ป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี

1.4.1 การป้องกันการติดเชื้อและการรักษาความสะอาด ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากความผิดปกติในการสร้าง เสิร์มภูมิต้านทานโรคและการติดเชื้อในผู้ป่วยจะทำให้มีอาการเพิ่มมากขึ้น เพราะมีการทำลายของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น จนอาจเกิดภาวะวิกฤต (Hemolysis crisis) ผู้ป่วยจะมีอาการชืดมากขึ้น ตัวเหลือง

ตาเหลือง และมีอันตรายต่อชีวิต ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญ และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อ เช่น หวัด รวมทั้งการรักษาความสะอาดของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การรักษาความสะอาดของร่างกายใน จะช่วยขจัดสิ่งสกปรกไม่ให้มีการหมักหมมของเชื้อโรค เช่น การรักษาความสะอาดของผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ โดยการอาบน้ำทุกวันและฟอกสบู่ทุกครั้ง จะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคผิวหนัง และควรสวมรองเท้าทุกครั้งที่ออกจากบ้าน เพื่อป้องกันพยาธิเข้าสู่ร่างกาย

จากการที่ผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมียมีลักษณะฟันยื่นเขยิบ เรียงตัวไม่เป็นระเบียบอันเป็นผลจากการขยายของโพรงกระดูกแบน เพื่อช่วยให้การเสริมสร้างเม็ดเลือดแดงผู้ป่วยจึงมีโอกาสเกิดฟันผุได้มาก ดังนั้นการดูแลรักษาความสะอาดของช่องปาก และฟัน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายในช่องปาก เช่น ฟันผุ การอักเสบของช่องปาก รวมทั้งช่วยป้องกันการกระจายของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยจึงควรสนใจรักษาสุขภาพของปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งแปรงฟันอย่างถูกวิธี แปรงฟันก่อนเข้านอนทุกครั้ง และบ้วนปากหรือแปรงฟัน ภายหลังจากรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสะสมของเศษอาหาร ที่จะเป็นแหล่งอาหารของแบคทีเรีย

1.4.2 การป้องกันอุบัติเหตุ เด็กวัยเรียนจะมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการของอวัยวะต่าง ๆ ดีขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อประสานกันได้ดี มีการเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว แต่ทั้งนี้ว่าเด็กวัยนี้เกิดอุบัติเหตุบ่อย ดังนั้นจึงควรป้องกันระมัดระวังตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ในขณะที่เล่น หรือออกกำลังกาย ไม่เล่นหรือให้อุปกรณ์ที่เสี่ยงให้เกิดอันตราย เช่น ของมีคมต่าง ๆ ไม่เล่นบนถนน โดยเฉพาะเด็กโรคราสัสซีเมีย ควรระมัดระวังตนเองในขณะที่เล่นหรือออกกำลังกาย เพราะเมื่อเกิดอุบัติเหตุจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น จากการสูญเสียเลือด และอุบัติเหตุที่ควรระวังในผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมียก็คือกระดูกหัก เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะมีเนื้อกระดูกคอร์เทกซ์บางจากการขยายของโพรงกระดูกเพื่อสร้างปริมาณเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้กระดูกเปราะหักได้ง่าย

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ

เด็กเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กจะมีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึง

ควรส่งเสริม และป้องกันไม่ให้เด็กมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการช้ากว่าปกติ การส่งเสริม การเจริญเติบโตนั้น ควรให้เด็กมีการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เหมาะสม เช่นด้านการรับประทานอาหาร การพักผ่อนและการออกกำลังกาย การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ของชีวิต สำหรับด้าน พัฒนาการนั้น การเล่นของเด็กเป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหว การใช้กล้ามเนื้อต่าง ๆ การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของสุขภาพ

3.1 แสวงหาและยึดมั่นในการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล

การมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นถึงแม้ว่าผู้ป่วยเด็กจะ ไม่มีอาการแสดงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างรุนแรง ก็ควรจะมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพราะแพทย์จะได้ติดตามผลของการรักษา ตลอดจนสังเกตภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น การ ติดเชื้อ การคั่งค้างของธาตุเหล็กในร่างกาย นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง ได้ซักถามปัญหาต่าง ๆ จากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ อนึ่งความถี่ของการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยเด็กนั้น ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค บางคนอาจจะมาพบแพทย์ 2-3 ครั้งต่อเดือน หรือ 1 ครั้งต่อ เดือน

3.2 การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

พยาธิสภาพของโรคธาลัสซีเมีย เกิดจากความผิดปกติของการสังเคราะห์ โกลบิน ทำให้กระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูกผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีการซีดอย่าง เรื้อรัง มีการสะสมของเหล็กในร่างกาย และเหล็กอาจจะไปจับตามอวัยวะที่สำคัญ รวมทั้งมีโอกาส ติดเชื้อได้ง่ายมากมาแล้วนั้น ถ้าผู้ป่วยตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นก็ จะช่วยลดความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค การปฏิบัติที่สำคัญ คือ การสังเกตอาการของตนเอง เช่น ผู้ป่วยควรสังเกตว่าตนเองซีดเพิ่มขึ้นหรือไม่ เยื่อบุตา เล็บมือ เล็บเท้า นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย การสังเกตอาการเริ่มแรกของการ ติดเชื้อ จะช่วยป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น โดยเฉพาะการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์บ่อยที่สุด ผู้ป่วยควรสังเกตว่าตนเอง มีไข้ ไอ จาม หรือ มีเสมหะ หรือไม่ เมื่อผู้ป่วยพบว่าตนเองมีอาการผิดปกติ เช่น ซีดหรืออ่อนเพลียมากขึ้น มี ไข้ ก็ควรบอกให้ผู้ปกครองทราบและพามาพบแพทย์ เพื่อตรวจรักษา ไม่ควรปล่อยทิ้งไว้จน

อาการของโรครุนแรงขึ้น หรือซื้อยามารับประทานเอง และควรปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น เมื่อมีไข้สูงก็ให้บิดามารดาเช็ดตัวให้และนอนพัก จนกว่าอาการจะดีขึ้น

3.3 การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย จะมีการชั่งอย่างเรื้อรัง เนื่องจากมีการทำลายของเม็ดเลือดแดง และแพทย์มักจะมีแผนการรักษาให้ยาโฟลิกแอซิด (Folic acid) และวิตามิน เพื่อช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดงผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และกรณีที่มีการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในทางเดินหายใจ แพทย์จะมีแผนการรักษาให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยควรรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่ควรลดหรือเพิ่มจำนวนยาเอง รวมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการแพ้ยา และควรรีบปรึกษาแพทย์ทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ นอกจากนี้ไม่ควรหยุดรับประทานยาเอง เพราะจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลและเชื้อโรคติดต่อยาที่ใช้ในการรักษา อนึ่งผู้ป่วยเด็กหรือผู้ปกครอง ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง โดยเฉพาะยาบำรุงเลือด เนื่องจากยาบำรุงเลือดที่ขายตามร้านขายยาส่วนใหญ่จะมีธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบ และผู้ขายยาอาจจะไม่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเลือดชนิดธาลัสซีเมีย ถ้าผู้ป่วยรับประทานเหล่านั้นมากจะทำให้มีการสะสมของเหล็กในร่างกายเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานยาตามแผนการรักษา และปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกายที่เหมาะสม

3.4 การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการให้เลือด ซึ่งเป็นการรักษาที่ให้ทั้งคุณและโทษ คือช่วยเพิ่มปริมาณของเม็ดเลือดแดงในร่างกาย และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ คือ มีไข้สูง หนาวสั่น จาก แบนด์ที่เรื้อที่ปนอยู่ในเลือด หรือเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้จากเม็ดเลือด มีผื่นแดงขึ้นตามตัวจากการแพ้สารบางอย่างในเลือด อนึ่งแพทย์และพยาบาลจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ นี้ ไม่ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ระวังไม่ให้มีการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในเลือด และอุปกรณ์การให้เลือด ให้เลือดด้วยความระมัดระวัง ความคุมอัตราการไหลของเลือดอย่างเหมาะสม และบางครั้งแพทย์อาจจะให้ยาป้องกันการแพ้ต่าง ๆ ไว้ก่อนที่จะให้เลือด ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดควรจะมีส่วนในการดูแลตนเอง โดยการสังเกตอาการผิดปกติและบอกให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบในกรณีที่ตนสังเกตเห็นอาการผิดปกติได้ก่อน เช่น ระหว่างการให้เลือด อาจจะมีอาการบวมแดงบริเวณที่ให้เลือด เนื่องจากเข็มแทงออกนอกเส้นเลือด เลือดไหลเร็วหรือช้าเกินไป ทั้งนี้เพื่อจะได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที

และป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

ภายหลังจากการให้เลือดแล้ว แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องสังเกตอาการผิดปกติของตนเองต่อไปอีก เนื่องจากปฏิกิริยาบางอย่างต่อการให้เลือดอาจเกิดช้า เช่น ไข้ ตัวเหลือง ตาเหลือง ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดจะมีอาการสดชื่น แข็งแรงขึ้น สามารถมีกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากปริมาณของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยที่สนใจในสุขภาพของตนเอง จะสามารถบ่งบอกสภาพของตนเองและความรู้สึกของตนเองว่าก่อนการได้รับเลือดและภายหลังการได้รับเลือดแตกต่างกันอย่างไร

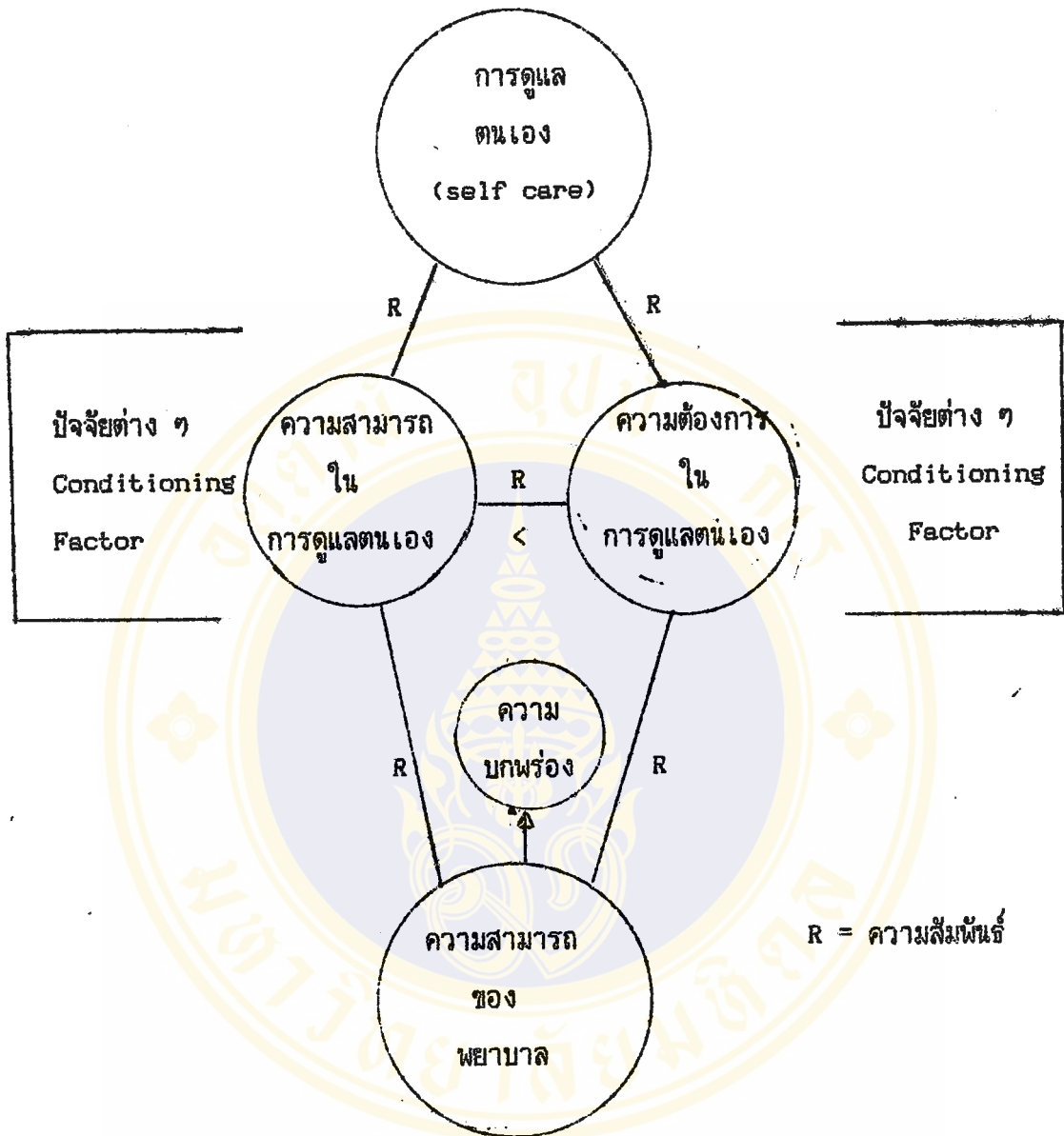
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ที่เริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และจะค่อย ๆ พัฒนาอย่างสมบูรณ์ขึ้นในวัยผู้ใหญ่ พื้นฐานในการแสดงความสามารถของการดูแลตนเองนั้น อาศัย ความรู้ แรงจูงใจ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ซึ่งพัฒนามาจากพลังมนุษย์ (Human Agency) ที่มีอยู่ภายในตนเองในด้านสติปัญญา (Cognitive) อารมณ์หรือความรู้สึก (Emotion, Affective) และทักษะต่าง ๆ (Psychomotor) จากแนวความคิดของโอเรม จุดเริ่มต้นของความต้องการในการดูแลตนเอง มาจากภายในบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม ก็จะมีผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factor) ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลแต่ละคน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับขั้นพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัวและแบบแผนในการดำเนินชีวิต (Orem 1985 : 25-26; Orem & Taylor 1986 : 46-47) นอกจากนี้บุคคลจะมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม คือ มีความสามารถในการริเริ่มการดูแลตนเอง และมีความพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องนั้น จะต้องประกอบด้วย (Hill & Smith 1985 : 10; Orem 1985 : 121)

1. มีความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง
2. มีแรงจูงใจ ที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ

3. ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี
4. รู้ว่าพฤติกรรม การดูแลตนเอง สามารถลดอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้
5. ได้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่อง หรือการลืมน้อยที่สุดจนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ
6. มีกำลังและความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

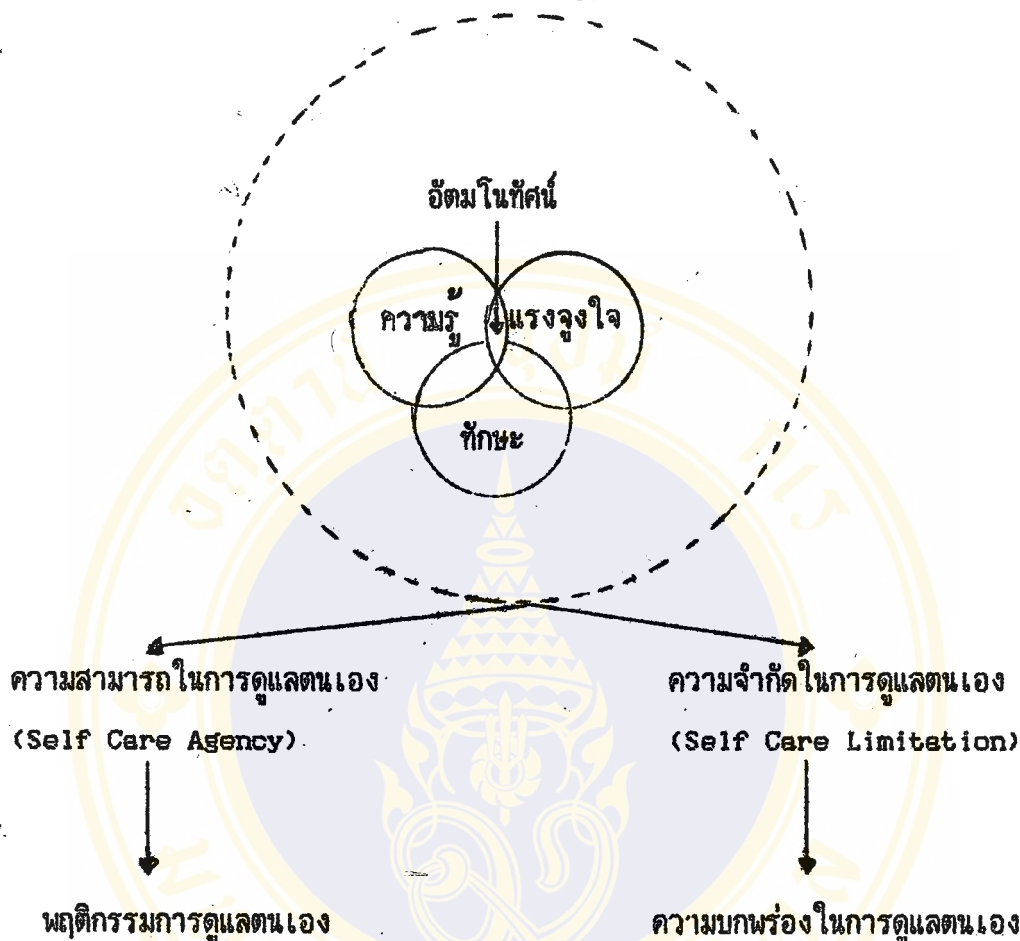
โอเรมเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง รวมทั้งมีความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยมีปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว ความรู้ แรงจูงใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และกำลังในการปฏิบัติ ที่ทำให้บุคคลมีความต้องการในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ถ้าบุคคลมีความต้องการในการดูแลตนเอง (self care demand) มากกว่าความสามารถที่มีอยู่ (self care agency) จะทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง และมีความต้องการการดูแลตนเองในรูปของการรักษาพยาบาลจะเป็นผู้ที่มิบทบาทในการช่วยเหลือ โดยพยาบาลอาจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองแทนผู้ป่วยทั้งหมด หรือทำกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย สนับสนุนหรือประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำหรือความรู้ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสรุปแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเรม ได้ตั้งแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงถึงกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม
(Parse 1987 : 70)

โจเซฟ (Joseph 1980 : 136-137) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นผลจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนั้น เป็นเสมือนระบบท หนึ่งและเป็นระบบเปิด ที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ย่อมมีผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของโอเรม ที่กล่าวว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่ผสม

ผลงานกันอย่างแยกไม่ได้ บุคคลกับสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กัน และแรงผลักดันให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองจากภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ การรู้ตัว และการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งแรงจูงใจและความสนใจที่จะเรียนรู้ตลอดจนประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่และได้รับใหม่ (จินตนา ยูนิพันธ์ 2529 : 127) คอนเนลีย์ (Connelly 1987 : 625) กล่าวว่า อັตมโนทัศน์ซึ่งเป็นประมวลความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ที่มีต่อตนเองนั้น เป็นปัจจัยแรกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เนื่องจากอັตมโนทัศน์เป็นพื้นฐานของการรับรู้ที่ทัศนคติของบุคคลที่มีส่วนทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ และการตัดสินใจในการดูแลตนเอง กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้สึกว่าคุณค่ามีความสำคัญ มีความหมาย และมีประโยชน์ในสังคม รวมทั้งความรู้สึกที่ดีของบุคคลต่อร่างกาย ความสามารถ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เกิดแรงจูงใจ มีกำลังใจ กำลังกายที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับความเครียด อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้สำเร็จ รวมทั้งมีความสนใจที่จะหาความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม แต่ถ้าบุคคลขาดความชื่นชมในตนเอง เห็นตนเองไร้ค่าไร้ความสามารถ ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า มีปมด้อย แยกตัวเองจากสังคม รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่เป็นที่รักใคร่ชื่นชมของผู้ใกล้ชิด ก็จะหมดแรงจูงใจ ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง (สุปราณี พันธุ์น้อย และ กรรณิการ์ สุวรรณโคต 2527 : 959-96๒) อັตมโนทัศน์จึงมีส่วนสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง
 (Joseph 1980 : 136)

นอกจากอัตมโนทัศน์จะมีส่วนสัมพันธ์กับการดูแลตนเองแล้ว ปัจจัยอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กแต่ละคน มีพฤติกรรมและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน โดยเฉพาะพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่

1. ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยเด็กแต่ละคน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และพฤติกรรมแตกต่างกัน ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยเด็กที่สำคัญคือ (อัมพลสุรอำพันธ์ 2530 : 165-166)

1.1 ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งถูกกำหนดโดยพันธุกรรมร่วมกับ

ภาวะแวดล้อม ผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ดี ไม่โกรธง่าย ไม่ก้าวร้าว เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเกิดความรู้สึกทางอารมณ์ไม่รุนแรง ไม่ซุกซนจนเกินไป และมีความรับผิดชอบบ้าง ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยไม่มาก และเชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์ แต่ผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ไม่ดี โกรธง่าย ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ยาก เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเกิดความรู้สึกทางอารมณ์อย่างรุนแรง มีสมาธิสั้น และขาดความรับผิดชอบ ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยได้มาก จะมีอาการหงุดหงิด มีพฤติกรรมพึ่งพาบิดามารดามากขึ้น ปฏิเสธการรักษาและไม่เชื่อฟังคำแนะนำของแพทย์ ทำให้มีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม

1.2 สติปัญญาและความสามารถ ผู้ป่วยเด็กที่มีสติปัญญาต่ำมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาด้านจิตใจและพฤติกรรมมากกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีสติปัญญาปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กที่มีสติปัญญาต่ำมักจะขาดความเข้าใจถึงเหตุผลต่างๆของการเจ็บป่วยและการรักษา สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีสติปัญญาปกติหรือปัญญาดีย่อมมีความเข้าใจเหตุผลได้ดีกว่า ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่มีความเข้าใจสาเหตุของความเจ็บป่วยและการรักษา จะให้ความร่วมมือในการรักษา และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.3 ระดับการพัฒนาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยเด็กในระดับพัฒนาการหรืออายุต่างๆ จะมีการแสดงออกของพฤติกรรม ความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การยอมรับฟังเหตุผลแตกต่างกัน ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุมาก ย่อมสามารถประเมินสถานการณ์และตัดสินใจในการดูแลตนเอง รู้จักรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อย

2. ประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กต่อการเจ็บป่วยในอดีต ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กในครั้งก่อนๆ จะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีแนวความคิดและการแสดงออกต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ผู้ป่วยเด็กที่เคยมีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยครั้งก่อนๆ ดี เช่น เมื่อเด็กเจ็บป่วย บิดามารดาให้ความเอาใจใส่ ไม่เคยเจ็บป่วยหนัก การตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เคยได้รับไม่เจ็บปวด เมื่อเจ็บป่วยอีกครั้ง ผู้ป่วยเด็กก็สามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยเด็กที่เคยมีประสบการณ์ที่หนักอึ้ง หรือหวาดหวั่นในการเจ็บป่วยครั้งก่อนๆ

3. ชนิด ความรุนแรงระยะเวลา และวิธีการรักษาความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยแตกต่างกัน ผู้ป่วยเด็กปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ต่างกัน การเจ็บป่วยเล็กน้อยในระยะสั้นๆ จะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยน้อย แต่การเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือมีความพิการทางกาย หรือ เจ็บป่วยเรื้อรัง จะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยมาก

นอกจากนี้การรักษาที่ยุ่งยาก หรือต้องใช้เครื่องมือในการตรวจพิเศษหลายอย่าง จะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความกลัวและกังวลได้มาก ซึ่งปฏิกิริยาและพฤติกรรมกรรมการแสดงออกต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

4. บิดามารดา บิดามารดาจะมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กทั้งทางตรง โดยการบอกเล่า การอบรมสั่งสอนและทางอ้อมโดยผู้ป่วยเด็กจะประมวลเหตุการณ์ต่างๆ ตลอดจน การปฏิบัติของบิดามารดา มาเป็นแนวทางการปฏิบัติของตนเอง การเลี้ยงดูและทัศนคติของบิดามารดา ที่สามารถสร้างความรู้สึกที่ดีให้กับเด็กในการเผชิญการเจ็บป่วยได้แก่

4.1 การเลี้ยงดูที่เกี่ยวกับการสร้างสุขนิสัยเพื่อป้องกันโรค การระวังอุบัติเหตุ แนะนำอาการนำของโรค รวมทั้งท่าทีของมารดาที่ปฏิบัติต่อการเจ็บป่วย การตัดสินใจในการไปรับการรักษา และการสอนในการปฏิบัติตนเมื่อมีการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติดูแลตนเองที่เหมาะสม

4.2 ลักษณะของการเลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก บิดามารดาที่มีความรักและให้การปกป้องมากเกินไปและคอยช่วยเหลือทำกิจกรรมให้ทุกอย่าง ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่มีโอกาสได้เรียนรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ป่วยเด็กจึงขาดทักษะในการช่วยตนเอง แต่บิดามารดาบางรายอาจจะทอดทิ้ง และไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุตร ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกว่ตนเองไม่มีค่า มีปมด้อย และไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง ผู้ป่วยเด็กจึงขาดทักษะในการช่วยตนเองเช่นกัน

4.3 ความเชื่อของบิดามารดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น ความเชื่อทางไสยศาสตร์ ความเชื่อเรื่องของแสดง บิดามารดาจะปลูกฝังความเชื่อเหล่านี้แก่บุตร ทำให้ผู้ป่วยเด็กขาดเหตุผลที่ถูกต้องต่อการเจ็บป่วย กลัวการเจ็บป่วย และการรักษาอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าอัทมโนทัศน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย และก็ไม่ใช่ว่าปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ดังการศึกษาของซอสซีเออร์ (Saucier 1984 : 135 - 138) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัทมโนทัศน์ และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน อายุ 10-12 ปี พบว่าอายุ กิจกรรมนอกบ้านของเด็กและอัทมโนทัศน์มีส่วนร่วมทำน่ายกิจกรรมการดูแลตนเอง และจากแนวความคิดของไอเรม กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความต้องการในการดูแลตนเอง และความสามารถดูแลตนเองของบุคคลแต่ละคน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับขั้นพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว และแบบแผนในการดำเนินชีวิต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้

ศึกษาอัตมโนทัศน์และปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวด้วย โดยแบ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยพื้นฐานด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและลักษณะของครอบครัว

แนวความคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

เฮอร์ลอค (Hurlock 1974 : 462-463) กล่าวว่าอัตมโนทัศน์เป็นความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ด้านร่างกายนั้นเป็นความนึกคิดเกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะหน้าตา การแสดงบทบาทให้เหมาะสมกับเพศ ความสำคัญของร่างกายส่วนต่าง ๆ ส่วนด้านจิตใจเป็นความนึกคิดเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ความมีคุณค่า และสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับเกล (Gale 1975 : 495) ที่กล่าวว่า อัตมโนทัศน์เป็นลักษณะสำคัญของบุคคลที่ประกอบด้วย ความรู้สึกนึกคิดที่ทำให้บุคคลตระหนักในความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตน มองตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และแอนเดอร์สัน (Anderson 1952 อ้างจาก นิภา นิรายน 2530 : 113) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ เป็นความเข้าใจ หรือ ภาพพจน์ที่บุคคลมีต่อสภาวะทางกายและสภาวะทางจิตใจของตนเอง ภาพพจน์ต่อสภาวะทางกายประกอบด้วย ความรู้สึกความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองที่เกิดจากการได้เห็น ได้รับรู้ และได้ประเมินค่ารูปร่างของตนเองรวมทั้งประเมินค่าส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ทำหน้าที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น หัวใจ ส่วนภาพพจน์ต่อสภาวะทางจิตใจจะรวมถึงลักษณะต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเรา เช่น ความซื่อสัตย์ ความรู้สึกเป็นอิสระ หรือความรู้สึกสิ้นหวัง ที่บุคคลสร้างขึ้นในจิตใจของตนเอง

อัตมโนทัศน์จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใดนั้นขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นมีความเชื่อ หรือมีความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร เช่นถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าคุณเป็นผู้ที่มีความสามารถ ก็พร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างผู้ที่มีความสามารถ แต่ถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าคุณเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถ ก็จะแสดงพฤติกรรมอย่างผู้ที่ไม่มีความสามารถ (พรวิชัย เจนจิต 2531 : 183) อัตมโนทัศน์นี้เป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของชีวิต โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ และบุคคลจะสะสมข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมจนเกิดเป็นอัตมโนทัศน์ (ทีศนา แซมมณี 2526 : 14) ดังที่ เคนด์เลอร์ (Kendler

1963 : 459-461) กล่าวว่า อັตมโนทัศน์นี้จะเกิดขึ้นตามลำดับ ตั้งแต่เล็กจนโต การประเมินค่าเกี่ยวกับตนเองจะเปลี่ยนตามวุฒิภาวะ บุคคลจะค้นพบมิติใหม่ ๆ ในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง นอกจากนี้ ออซูเบล และ โรบินสัน (Ausubel & Robinson 1965 : 405) กล่าวว่า อັตมโนทัศน์นี้อาจจะเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในทางที่ดีและ/หรือทางที่ไม่ดีก็ได้

ดังนั้น อັตมโนทัศน์จึงหมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง ทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลได้รับ หรือเกี่ยวข้องกับ ความรู้สึกนึกคิดนี้ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกับที่ผู้อื่นมีความรู้สึกต่อตนเอง อັตมโนทัศน์ไม่ใช่ตัวจริงของบุคคลนั้น แต่เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เข้าใจว่าตนเอง เป็นคนอย่างไร มีความสามารถอะไร มีปมด้อยอะไร และบุคคลอาจจะมีความรู้สึกนึกคิดหรือรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่ไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงก็ได้

พัฒนาการของอັตมโนทัศน์

อັตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่บุคคลพัฒนาขึ้น เนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก เมื่อแรกทารกยังพึ่งตนเองไม่ได้ จะต้องได้รับความช่วยเหลือและพึ่งพาจากบุคคลอื่น ทารกยังไม่รู้ว่าตนเป็นใครยังไม่สามารถแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อมได้ ต่อมาเด็กจะสามารถแยกคนและสิ่งของหรือตนเองจากคนอื่นได้ ระยะนี้เป็นจุดที่เด็กเริ่มมีอັตมโนทัศน์ คือเด็กเริ่มจำหรือคิดสิ่งที่ต่างกัน จุดมุ่งหมาย เจตนา และความตั้งใจของผู้อื่น กับตน หรือสามารถแยกสิ่งของ 2 สิ่งได้ อັตมโนทัศน์ด้านร่างกายจะพัฒนาก่อนอັตมโนทัศน์ด้านจิตใจ เด็กจะรับรู้ลักษณะทางร่างกายของตนจากการรับรู้ความรู้สึกสัมผัสทางร่างกาย และการสำรวจค้นหาส่วนต่างๆ ของร่างกาย ก่อนที่จะรู้ถึงระดับความสามารถ ความปรารถนา และบทบาทต่าง ๆ ต่อมา การรับรู้ทางร่างกายและจิตใจจะรวมเป็นหน่วยเดียวกันอย่างสมบูรณ์ เด็กสามารถรับรู้คิด สร้างแนวคิดในการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้กว้างขวาง บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะบิดา มารดามีอิทธิพลต่ออັตมโนทัศน์ของเด็กมากที่สุด เมื่อกระบวนการแห่งตนเริ่มขึ้นเด็กจะรับรู้บรรยากาศของครอบครัว และเรียนรู้ที่จะสัมพันธ์กับผู้อื่น ประสบการณ์ในชีวิตประจำวันจะถูกตีความด้วยความคิดของตนเอง เด็กจะรู้ว่า เป็นความจริงสำหรับเขา อັตมโนทัศน์จะเป็นไปในทางบวกหรือลบนั้น ขึ้นอยู่กับว่าเขาได้รับการยอมรับจากการ เป็นสมาชิก

ในครอบครัวเพียงใด (Gale 1974 : 33) ต่อมาเมื่อพัฒนาเข้าสู่วัยเรียน โรงเรียนเป็นแหล่งสำคัญที่รวบรวมประสบการณ์ของเด็ก การเรียนรู้ที่โรงเรียนเด็กจะรับรู้ตีความ ยอมรับ หรือปฏิเสธ หรือต่อต้านสิ่งที่เขาพบในโรงเรียน ในวัยนี้เด็กมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อน ทำให้เด็กได้เรียนรู้หลาย ๆ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น ตนเองเหนือกว่าผู้อื่น ในเรื่องใดบ้าง หรือคนอื่น ๆ เหนือกว่าตนในเรื่องใดบ้าง ความสามารถทางการเรียนของตนมีมากหรือน้อย นับแต่เด็กออกจากสังคมในบ้านสู่สังคมนอกบ้านหรือโรงเรียน เด็กได้มีโอกาสพบปะกับครูและเพื่อน เด็กจะมีความต้องการให้ตนเป็นที่ยอมรับ โดยการทำงานหรือทำสิ่งใดก็ตามให้สำเร็จ ซึ่งจะทำให้เกิดทัศนคติต่อตนเอง นักจิตวิทยาหลายท่าน เช่น มีด (Mead) ซัลลิแวน (Sullivan) และโรเจอร์ (Rogers) กล่าวว่าอัตมโนทัศน์เป็นผลจากการที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นอัตมโนทัศน์ของบุคคลจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมว่ามีปฏิกริยาต่อเขาอย่างไร ซัลลิแวนได้เน้นถึงความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความสำคัญต่อเด็กว่ามีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของเด็กมาก เด็กจะพยายามปฏิบัติตนเพื่อให้เป็นที่พึงพอใจของบุคคลเหล่านี้ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2531 : 84) การพัฒนาอัตมโนทัศน์ จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เกิดจนตาย เมื่อมีการค้นพบ "ตน" ใหม่ ๆ ขึ้น อัตมโนทัศน์ก็จะมี การเปลี่ยนแปลงโดยความรู้สึกนึกคิด ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง จะถูกแทนที่ด้วยความรู้สึกนึกคิดที่เป็นจริงและเหมาะสม

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์

ได้มีผู้แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ต่าง ๆ กันดังนี้

ปีแอร์และแฮริส ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

(Piers & Harris 1964 : 91 - 95)

1. ด้านพฤติกรรมการแสดงออก หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของตนเอง
2. ด้านสติปัญญาและสถานะภาพในโรงเรียน หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของเด็กเกี่ยวกับ ความสามารถและความสำเร็จทางการเรียนรวมทั้งได้รับการยอมรับความคิดเห็นจากเพื่อน ๆ
3. ด้านรูปร่างและบุคลิกภาพ หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของเด็กเกี่ยวกับ

ลักษณะรูปร่าง สุขภาพ และการรับรู้ว่าคุณเป็นคนอย่างไร

4. ด้านความวิตกกังวล หมายถึง การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

5. ด้านความเป็นคนน่านิยม หมายถึง ความคิดเห็นของเด็กเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการได้รับการยอมรับจากเพื่อน ๆ

6. ด้านความสุขและความพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของเด็กเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง ความพอใจในความคิดและการกระทำของตนเอง

โปสเตอร์ และเพอร์รี่ (Potter & Perry 1987 : 272) กล่าวว่าอัตมโนทัศน์ประกอบด้วย

1. ภาพลักษณ์ (Body Image) เป็นความรู้สึกและทัศนคติเกี่ยวกับรูปร่างของแต่ละบุคคลซึ่งเป็นผลจากการมองลักษณะรูปร่างของตนเองและความสามารถของร่างกาย

2. การยอมรับนับถือตนเอง (Self esteem) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะสัมพันธ์กับการประเมินสิ่งที่บุคคลปฏิบัติ ความสำเร็จในการเรียน การทำงาน และกิจกรรมในครอบครัว

3. บทบาท(Role) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลที่มีส่วนร่วมในกลุ่มสังคม อาจจะเป็นพฤติกรรมที่คาดหวังและพฤติกรรมตามที่สังคมกำหนด ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีหลายบทบาท เช่น เด็ก มีบทบาทเป็นบุตร เป็นพี่หรือน้องหรือหลานในครอบครัว

4. ความเป็นเอกลักษณ์ (Identity) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับบุคลิกลักษณะของตนเองที่แตกต่างหรือเหมือนกับบุคคลอื่น ๆ

โรเจอร์ (Rogers) แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 3 ด้าน คือ (Lindzey & Hall 1965 : 429)

1. ด้านคุณค่าตนเองเกี่ยวกับความสัมฤทธิ์ผล (Academic Value) คือ ความรู้สึกต่อตนเองในด้านสติปัญญา นิสัยการเรียน การแข่งขันเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) คือ ความรู้สึกต่อตนเอง เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับคนอื่น เช่น ความสามารถในการคบเพื่อน

3. ด้านการปรับตัวทางอารมณ์ (Emotional Adjustment) คือความรู้สึกต่อตนเอง ด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล ความสุข ความไม่ชอบ

ไดร์เวอร์ (Drierer) ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้านดังนี้

(Roy 1976 : 174-176)

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะรูปร่าง หน้าตา การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งความสัมพันธ์ทางเพศ ทั้งในสภาวะที่ปกติและเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น

1.1 การรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่

1.2 การรับรู้ถึงลักษณะรูปร่าง หน้าตา และอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2. อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (Personal Self) เป็นความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง ทัศนคติ ปณิธานต่าง ๆ เกี่ยวกับตนเองที่บุคคลยึดถืออยู่ แบ่งได้เป็น

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (Self consistency) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในลักษณะประจำตัวที่คงที่ หรือเป็นการรักษาความมั่นคงของอัตมโนทัศน์ของตนเอง ทั้งนี้บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน หรือความสม่ำเสมอของอัตมโนทัศน์ของตน และพยายามที่จะหลีกเลี่ยงภาวะที่ไม่สมดุล

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความหวัง (Self Ideal, Self Expectancy) เป็นความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น รวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนเองด้วย

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับนับถือตนเอง (Self esteem) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสมควรได้รับการยกย่องนับถือ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral ethical self concept) คือ การกำหนดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมจรรยาและสิ่งที่เขาคิดว่ามีคุณค่าตามความสำนึกแห่งตน โดยเฉพาะด้านศาสนาแล้วนำมาเป็นหลักในการยึดถือปฏิบัติและประเมินตนเองในด้านต่าง ๆ

ฟิตส์ (Fitts 1965) แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์โดยพิจารณา 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2531 : 82 - 83)

1. พิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ (Internal frame of reference) ประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นอย่างไร และเป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ที่จะตอบคำถามที่ว่า "ฉันเป็นอะไร"

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง และเป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์เพื่อตอบคำถามว่า "ฉันรู้สึกเกี่ยวกับตนเองอย่างไร"

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ และเป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์เพื่อตอบคำถามว่า "ฉันประพฤติอย่างไร"

2. พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ (External frame of reference) ประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะรูปร่าง ลักษณะของร่างกาย เรื่องเพศ สุขภาพ ความสามารถและทักษะ

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดี หรือคนเลวและความพึงพอใจในศาสนา

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตน หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ประเมินค่าบุคลิกภาพของตนเอง โดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกายและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่าและความพอใจในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว

2.5 อัตมโนทัศน์ด้านสังคม หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจ และความเชื่อมั่น ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2.6 อัตมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง หมายถึง การรับรู้ต่อตนเองที่ชัดเจนทั้งในด้านดี และไม่ดี เป็นส่วนแสดงให้เห็นถึงการยอมรับและกล้าเปิดเผยตัวเองของบุคคล

ซึ่งจะไม่สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ด้านอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้ว

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า อัตมโนทัศน์จะประกอบด้วยความรู้สึกและการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านรูปร่าง ลักษณะภายนอก บุคลิกภาพ ลักษณะอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งความรู้สึกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ ตามแนวความคิดของปีแอร์และเฮริส

ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ต่าง ๆ การเจ็บป่วยของบุคคลเป็นสาเหตุสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ดังการศึกษาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคข้ออักเสบเรื้อรัง (Mc Anarney et al 1974 : 523-527) ผู้ป่วยเด็กโรค Sickle cell anemia (Morgan & Jackson 1986 : 429-439; Haywood 1976 : 859-863; Glanville 1978 : 1479 B) ผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Scungio 1982 : 681) พบว่า อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ต่ำกว่าปกติ นอกจากนี้เฮวูด (Haywood 1976 : 859-863) ซึ่งศึกษาความวิตกกังวลอัตมโนทัศน์และการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติของฮีโมโกลบินชนิด Sickle cell anemia พบว่า ผู้ป่วยเด็ก sickle cell anemia มีอัตมโนทัศน์ต่ำกว่าผู้ป่วยเด็กที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการรักษาส่วนใหญ่เพียงแต่ควบคุมอาการของโรคเท่านั้น ก็มีแนวโน้มที่จะมีอัตมโนทัศน์ต่ำกว่าปกติเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีองค์ประกอบที่ทำให้แนวความคิดเกี่ยวกับตนเองเปลี่ยนแปลงได้ดังนี้

1. ลักษณะรูปร่างและหน้าตา

ผู้ป่วยธาลัสซีเมียจะมีการชืดอย่างเรื้อรัง ร่างกายเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ จึงมีลักษณะรูปร่างเตี้ยแคระกว่าเพื่อน ๆ และบางรายที่มีการทำลายของเม็ดเลือดแดงมากจะมีตับม้ามขนาดโตขึ้น ทำให้ลักษณะรูปร่างภายนอก มีพุงยื่น ลักษณะสีผิวดำคล้ำ จากการสะสมของเหล็กในร่างกาย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีลักษณะหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย คือ สันจมูกแบน

โหนกแก้ม ตา และขากรรไกรกว้างใหญ่ ฟันยื่นเขยิบ เรียงตัวไม่เรียบ ลักษณะกระดูกกะโหลกศีรษะบริเวณกระดูกฟรอนทัลและออซิพิทัลยื่นเป็นปุ่ม ลักษณะที่แตกต่างจากเพื่อน ๆ เหล่านี้ทำให้เด็กมีความรู้สึกนึกคิดต่อลักษณะรูปร่างและหน้าตาของตนในทางที่ไม่ดี

2. การพึ่งพาอาศัยผู้อื่น

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นแบบประคับประคอง ผู้ป่วยอาจจะมีอาการรุนแรง ต้องเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล เป็นบางครั้ง และรายที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล ก็ต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านและติดตามการตรวจรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคธาลัสซีเมีย ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ต้องยอมรับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเป็นบางครั้ง ต้องรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ เด็กวัยเรียนมีความสามารถควบคุมตนเองได้ทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อเจ็บป่วยเด็กยังต้องการการดูแลตนเองในสุขวิทยาส่วนตัว ต้องการอิสรภาพและความเป็นตัวของตัวเอง ถ้าเด็กต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น มารดาเช็ดตัวให้เมื่อมีไข้ หรือถูกจำกัดกิจกรรม อาจจะทำให้เด็กรู้สึกเป็นปมด้อยและมีอัตมโนทัศน์ต่ำลง

3. ความสามารถของตนเองลดลง

เด็กวัยเรียน เป็นวัยที่ต้องการประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความขยันขันแข็ง เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย จะมีความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และความรู้สึกมั่นใจในตนเอง เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเพื่อน ๆ โดยเฉพาะระยะที่อ่อนเพลีย หรืออาการของโรครุนแรง เช่น ไม่สามารถออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาได้เหมือนกับเพื่อน ๆ ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นระยะ ๆ บางรายอาจมีอาการของโรครุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายอาจต้องมารับเลือดทุก 2 - 3 สัปดาห์ หรือเดือนละครั้ง ทำให้เด็กต้องขาดเรียนบ่อย ๆ และไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน ซึ่งบางรายอาจต้องเรียนซ้ำชั้น เด็กอาจจะเกิดปมด้อย ไม่อยากไปโรงเรียน และมีอัตมโนทัศน์ต่ำ

4. การขาดความเป็นสัดส่วนของตน

ความรู้สึกเป็นเจ้าของตนเองลดน้อยลงเมื่อเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลและตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาล เช่น เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนของโรคต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แมสซาเกลียและคาร์พินาโน (Messaglia & Carpinano 1987 : 69) ศึกษาภาวะจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคราลส์ซีเมีย พบว่า เด็กรู้สึกว่ตนเองป่วยมากและกำลังตาย เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไม่สามารถมีกิจกรรมเช่นเดียวกับเด็กในวัยเดียวกัน รวมทั้งรู้สึกอับอาย หน้าตา และสีผิวของตนเอง ทำให้เด็กแยกตัวเองจากกลุ่มเพื่อน

พยอม อิงคตานุวัฒน์ และศุภาลินี กังวาลเนาวรัตน์ (2522 : 25-48) ได้ศึกษาสภาวะจิตสังคมในเด็กโรคราลส์ซีเมีย ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยโลหิตวิทยา แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า เด็กป่วยโรคราลส์ซีเมีย มีอารมณ์หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวและอารมณ์รุนแรง เอาแต่ใจตัวเพิ่มขึ้น ภายหลังจากวินิจฉัยและการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของโลโกเททิส และคณะ (Logothetis et al 1971 : 740-744) ซึ่งศึกษารูปแบบพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคราลส์ซีเมีย อายุ 2 ถึง 28 ปีพบว่า ผู้ป่วย 96 คน จาก 138 คน (69.57%) จะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายและรวดเร็ว เอาแต่ใจตัวเอง ควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ถอยหนีจากสังคม แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ชอบสันโดษ และผู้ป่วย 67 คน จาก 138 คน (48.55%) มีความผิดปกติของอารมณ์ โดยมีอารมณ์ซึมเศร้า และมีความวิตกกังวลสูงจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคราลส์ซีเมียมีแนวโน้มที่จะมีอัตมโนทัศน์ต่ำและมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองคือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและการตัดสินใจในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีความสนใจที่จะหาความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติกาดูแลตนเอง ได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยดังนี้

มิลเลอร์ (Miller 1987 : 86) ศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์และการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยการประเมินอัตมโนทัศน์โดยใช้แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ของ บีแอร์-แฮริส พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีอัตมโนทัศน์สัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าอัตมโนทัศน์และการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการวินิจฉัยโรค

ฟิลลิป (Phillips 1986 : 204) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และการปฏิบัติดูแลตนเองของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน อายุ 10 - 12 ปี พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเช่นเดียวกัน

เนลสัน (Nelson 1986 : 382) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืด พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเด็กวัยเรียนมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีแนวโน้มต่ำลง และอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองทั้งยังเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองได้ด้วย

การประเมินอัตมโนทัศน์

เนื่องจากอัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่มองไม่เห็น สังเกตไม่ได้ นักจิตวิทยาใช้การตัดสินและประเมินอัตมโนทัศน์ดังนี้ (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2531 : 94)

1. การซักถามจากผู้ถูกวัดโดยตรง ข้อมูลที่ได้เรียกว่า รายงานเกี่ยวกับตน (Self-report)
2. การสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกวัด โดยผู้เชี่ยวชาญหรือนักจิตวิทยาแล้วมาสรุปความเห็นข้อมูลที่ได้เรียกว่า อัตมโนทัศน์ที่ลงความเห็นโดยผู้อื่น (Infered self concept)

ซึ่งทั้งสองวิธีนี้เป็นวิธีการที่ต้องอ้างอิงกับความเปลี่ยนแปลงในการใคร่ครวญไตร่ตรอง การซักถามจากผู้ถูกวัดโดยตรง เช่น การใช้แบบสอบถามประเมินอัตมโนทัศน์ของบุคคล จะวัดได้ตรงกับความเป็นจริงแค่ไหนขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความเต็มใจของผู้ตอบข้อความในแบบประเมินนั้น เปิดโอกาสให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเพียงใด และการมีอิสระในการให้ข้อมูลโดยปราศจากการขู่เชิญคุกคาม สำหรับการประเมินอัตมโนทัศน์โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกวัด อาจเกิดความลำเอียงของการสังเกตและการตีความพฤติกรรมของบุคคล

สติก์ และโคมส์ มีความเห็นว่าการที่จะเข้าใจพฤติกรรมของแต่ละบุคคลได้โดยพยายามมองเหตุการณ์ และสถานการณ์ในสายตาของผู้ประกอบพฤติกรรมไม่ใช่จากความเป็นจริงในสายตาของบุคคลภายนอก ผู้ประกอบพฤติกรรมจะมีความคิดว่าการแสดงออกของเขามีจุดมุ่งหมาย สมเหตุสมผลที่สุดดีที่ สุด กับสถานการณ์ที่เขาประสบขณะนั้น (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2531 : 95) ซึ่งสอดคล้องกับ โรเจอร์และอลพอร์ต (Roger & Allport) ที่สนับสนุนการซักถามจากผู้ถูกวัดโดยตรง และเชื่อว่าถ้าต้องการทราบอัตมโนทัศน์ของใคร ควรถามจากผู้นั้น เพราะไม่มีใครรู้จักตัวเขาดีไปกว่าตัวเขาเอง (อำไพ ศิริพิพัฒน์ 2515 : 100-101)

ดังนั้น การประเมินอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดเฉียบพลันในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกการซักถามจากผู้ป่วยเด็กโดยตรง (Self-report) โดยใช้แบบสอบถามอัตมโนทัศน์เด็กของ เอลเลน วี. ปีแอร์และ เดล บี แฮร์ริส (Ellen V. Piers & Dale B Harris 1964) ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้และประเมินค่าตนเองของเด็กตั้งแต่อายุ 8 ปี ถึง 16 ปี โดยอาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับตนเองของเจอร์ซิล (Jersild) ประกอบด้วยข้อคำถาม 80 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 คำตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ปีแอร์และแฮร์ริส (Piers & Harris) หาค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest) และความเชื่อมั่นภายใน (internal consistency) ได้เท่ากับ 0.77 และ 0.78 , 0.93 ตามลำดับ (Burns 1979 : 111) และได้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 3 , ชั้นประถมปีที่ 6 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ทั้งชาย และหญิงจำนวน 363 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR - 21 และทดสอบซ้ำ (test - retest) เท่ากับ 0.90 , 0.73 ตามลำดับ แบบสอบถามนี้ได้มีผู้นำไปศึกษาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของเด็กกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด อายุ 7 - 16

ปี (Kashani, et al 1988 : 509-520) ค่าความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ 0.78 - 0.93 ผู้ป่วยเด็กโรค Sickle cell anemia อายุ 8 - 16 ปี (Hurtig & White 1986 : 411) เด็กจากครอบครัวหย่าร้าง อายุ 10 - 12 ปี (Angeles, 1982 : 4131 B) ค่าความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ 0.78 , 0.93 และทดสอบซ้ำเท่ากับ 0.70 , 0.77 .

สำหรับในประเทศไทย สงศรี ศรีมุกดา และจุไรรัตน์ เปรมีขะฐียร ได้นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กไทยชั้น ม.ศ. 5 และ ม.ศ. 2 พบว่า มีค่าความคงที่ภายใน (โดยใช้สูตร KR 21) เท่ากับ 0.88 และ 0.84 ตามลำดับ และรุ่งนภา ทิฆะ ได้นำแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ มาใช้กับเด็กนักเรียนอายุ 10 - 13 ปี พบว่ามีค่าความคงที่ภายใน (โดยใช้สูตร KR 21) เท่ากับ 0.78

เหตุที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอัตมโนทัศน์เด็กของ บีแอร์-แอรিস มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. แบบสอบถามอัตมโนทัศน์เด็กของบีแอร์ - แอริสนี้ ได้สร้างและประยุกต์เพื่อวัดอัตมโนทัศน์ของเด็กอายุ 8 - 16 ปี เนื้อหาที่ใช้ในแบบสอบถามเป็นประสบการณ์ที่เกี่ยวกับครอบครัวเพื่อนและโรงเรียน ที่เกี่ยวข้องกับเด็กโดยตรง รวมทั้งสามารถประเมินอัตมโนทัศน์ได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. แต่ละข้อความมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่ , ไม่ใช่ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบให้ตรงกับความรู้สึกของตนเอง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ซึ่งเหมาะสมกับเด็กที่ไม่ต้องตัดสินใจในการเลือกคำตอบมากนัก
3. วิธีการใช้แบบสอบถาม การตรวจให้คะแนนและการแปลผล วางเกณฑ์ไว้แน่นอน
4. เป็นแบบวัดที่มีความเชื่อมั่นสูงดังกล่าวข้างต้น

ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก

ผู้ป่วยเด็กอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีพฤติกรรมทางด้านจิตใจ และพฤติกรรม การแสดงออกต่าง ๆ กัน บางรายไม่แสดงพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยเลย ยังคงเล่น เรียน ทำกิจกรรม และมีอารมณ์รื่นเริงตามปกติ แต่บางรายกลับมีพฤติกรรมทางด้านจิตใจมากมายเช่น

ซีเมเคร้า เบื่ออาหาร แสดงอาการก้าวร้าว ไม่รวมมือในการรักษา ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยเด็กแต่ละคน และมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ได้แก่

1. อายุของผู้ป่วยเด็ก เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญามากขึ้นกว่าเด็กเล็ก ความคิด และสติปัญญาของเด็กวัยนี้อยู่ในขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (ดวงเดือน ศาสตราจารย์ 2526 : 208) คือ เด็กจะคิดเกี่ยวกับสิ่งที่มองเห็นได้ สัมผัสได้โดยตรง และการแสดงเหตุผลของเด็กขึ้นกับสิ่งที่ปรากฏอยู่ เมื่อเด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น พัฒนาการด้านสติปัญญาค่อนข้างสมบูรณ์ และมีวุฒิภาวะในการสร้างความคิด หาเหตุผลหรือคิดในลักษณะนามธรรม เด็กเริ่มมีแนวคิดของตนเอง สามารถประเมินสถานการณ์และการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รู้จักรับผิดชอบกิจกรรมและมีความคิดริเริ่มมากขึ้น ดังนั้นเด็กในวัยที่แตกต่าง การพัฒนาการดูแลตนเองจะแตกต่างกัน เด็กโตย่อมมีความเข้าใจและปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดีกว่าเด็กเล็ก และจากการศึกษาของรอดแมนและแพทโต (Rodman & Partto 1985 : 573-578) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของเด็ก และการทำงานของมารดากับการดูแลตนเองของเด็ก โดยให้มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 14 ปี ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของเด็ก พบว่าอายุของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและเด็กที่อายุมากสามารถดูแลตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ

2. เพศของผู้ป่วยเด็ก มีรายงานหลายฉบับแสดงให้เห็นว่า การดูแลตนเองของเด็กหญิงและเด็กชายมีความแตกต่างกัน เช่น เฉลลา เพียรชอบ (2529) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร พบว่า การดูแลตนเองของนักเรียนหญิงและนักเรียนชายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยนักเรียนหญิงดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชายเช่นเดียวกับ สุริย์ จันทร์โมลี (2528 : 31-45) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 , 6 และผู้ที่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ภายในเวลา 1 ปี พบว่า นักเรียนหญิงมีพฤติกรรมด้านสุขภาพดีกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของ เสถียร สภาวงศ์ และคณะ (2529 : 49) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติทั่วประเทศ พบว่า เพศนักเรียนมีความสัมพันธ์

กับการปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การรักษาและป้องกันโรค นอกจากนี้อลิซาเบท (Elizabeth 1987 : 1644 B) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความสามารถของตนกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของนักเรียนระดับเกรด 3 พบว่า นักเรียนหญิงจะเน้นการปฏิบัติตนในด้านความสะอาดของร่างกาย และการป้องกันอันตรายต่าง ๆ มากกว่านักเรียนชาย

3. ผลการเรียนรู้ เด็กที่มีการความเจ็บป่วยเรื้อรัง มักจะมีเชาวน์ปัญญาไม่ต่างจากเด็กทั่วไป ยกเว้นบางโรคที่มีภาวะปัญญาอ่อนหรือสมองพิการ (นิตยา คชภักดี 2528 : 867) ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียก็เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีเชาวน์ปัญญาไม่ต่างจากเด็กทั่วไป ดังการศึกษาของวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2528) ซึ่งศึกษาสติปัญญา ความพร้อมทางสังคมและการเจริญเติบโตทางร่างกายของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุระหว่าง 3 - 15 ปี พบว่า สติปัญญา และความพร้อมทางสังคมของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติและสัมฤทธิ์ผลของการเรียนอยู่ในระดับดีและพอใช้ และการศึกษาของโลโกเททิส และคณะ (Logothetis et al 1976 : 740 -743) ซึ่งศึกษาระดับสติปัญญาของผู้ป่วยโรคเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ อายุ 2 - 28 ปี จำนวน 138 คน โดยเปรียบเทียบกับนักเรียน พบว่าระดับสติปัญญาของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันแต่ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอาจจะมีปัญหาการเรียน เนื่องจากเด็กต้องขาดเรียนเพื่อไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มกำลังได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอาจเจ็บป่วยบ่อย ๆ ทำให้ต้องขาดเรียนเพิ่มขึ้น เมื่อเด็กเรียนรู้ไม่ได้ดีที่โรงเรียน เรียนไม่ทันเพื่อน ๆ หรือสอบตกบ่อย ๆ เด็กมักจะมีปัญหาด้านจิตใจ และมักจะเกิดความท้อถอย เกิดปมด้อย (นิตยา คชภักดี 2528 : 867) หหมดแรงจูงใจขาดความสนใจที่จะดูแลตนเอง ทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง

4. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอาจมีอาการของโรครุนแรงเป็นบางครั้งต้องเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล หรือมาตรวจตามแพทย์นัดเป็นประจำ ดังการศึกษาของสาคร พุทธปวน และคณะ (2528) พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ (ประมาณ 78.34 %) เคยมาโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง และประมาณ 56.69 % เคยเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ต้องได้รับ

เลือดบ่อยครั้ง ถึงแม้ว่าการให้เลือดจะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการทั่วไปดีขึ้นและชิตน้อยลง แต่การให้เลือดแต่ละครั้งก็ก่อให้เกิดความเจ็บปวดขณะที่เจาะเลือด หรือแทงเข็มให้เลือด นอกจากนี้เด็กที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน อาจจะได้รับประสบการณ์จากการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหรือเจ็บปวด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของโรงพยาบาลที่แตกต่างจากบ้าน การขาดโรงเรียน และแยกจากกลุ่มเพื่อน ๆ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อจิตใจของเด็กทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล และอาจทำให้เด็กโดยเฉพาะเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่สนใจที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้เด็กมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม

ปัจจัยพื้นฐานด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก โอเรมกล่าวว่ บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สังคมจะมีอิทธิพลต่อบุคคลโดยเป็นตัวกำหนด ความคาดหวังของบุคคล และกำหนดว่าบุคคลควรมีพฤติกรรมอย่างไร (จินตนา ยูนิพันธ์ 2529 : 127) ครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่ทำหน้าที่พื้นฐานในการป้องกันความเจ็บป่วย สนับสนุนดูแลรักษาระหว่างเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกซึ่งบางครอบครัวอาจไม่สนใจ ละทิ้งผู้ป่วยและไม่สนับสนุนด้านการรักษาพยาบาล บางครอบครัวอาจเพิ่มการดูแลผู้ป่วยเด็กเข้มงวด หรือมีการปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและเกิดความรู้สึกว่าความสามารถของตนเองลดลง นอกจากนี้ การปฏิบัติและคำแนะนำของบิดามารดาหรือสมาชิกอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของเด็ก เพราะจะเป็นพื้นฐานของการสร้างสุขนิสัยต่าง ๆ เช่น การปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือถ้าบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย แต่ผลลัวันประกันพ่วงจนเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีอาการมากขึ้นจึงไปรับการรักษา เด็กก็จะเรียนรู้นิสัยนี้ไปด้วย จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลตนเอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว โดยศึกษาปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้เนื่องจากสังคมไทยโดยเฉพาะชนบทมารดามีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูเด็ก ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ระดับการศึกษาของมารดา ฐานะเศรษฐกิจของบิดามารดา ลักษณะของครอบครัว และความคาดหวังของมารดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร

1. ระดับการศึกษาของมารดา มารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักขาดความรู้ในด้านสุขภาพอนามัย และไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยที่แท้จริง รวมทั้งไม่กล้าซักถาม จาก

แพทย์หรือพยาบาล ส่วนมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาถึงอุดมศึกษา เมื่อมีความสงสัยไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ก็อาจจะหาข้อมูลโดยการซักถาม หรืออ่านหนังสือระดับการศึกษาของมารดาที่จะมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพอนามัยของเด็ก จากการศึกษาของสุภาพ กลีบบัว (2524 : 107) ซึ่งศึกษาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย และภาวะ สุขภาพของร่างกายของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยของนักเรียนที่มารดามีระดับการศึกษาต่างกันจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ โดยนักเรียนกลุ่มที่มารดามีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จะมีความรู้มากกว่านักเรียนกลุ่มที่มารดามีการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพอนามัยนี้ จะส่งผลต่อการดูแลตนเองของเด็ก ดังการศึกษาของเสถียร สุภาพงศ์ และคณะ (2529 : 49) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาของโรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาทั่วประเทศ พบว่า การศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนของนักเรียนในเรื่อง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของร่างกาย การรักษาและป้องกันโรค

2. ฐานะเศรษฐกิจของบิดามารดา ครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มักจะมีทัศนคติต่อการเจ็บป่วยต่างกัน คอส (Kooos 1954) และโรเซนบัท (Rosenblatt 1964) กล่าวว่า บุคคลที่มีรายได้น้อย จะมีความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยแตกต่างจากบุคคลที่มีฐานะปานกลาง (Juenker 1971 : 164) ทำให้มีการปฏิบัติต่อเด็กแตกต่างกัน เช่น ครอบครัวที่มีรายได้น้อย มักจะพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง เนื่องจากคิดว่าเด็กป่วยเมื่อเด็กไม่สามารถเคลื่อนไหวมีกิจกรรมได้ตามปกติ การปฏิบัติของบิดามารดาต่อเด็กนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมของเด็ก นอกจากนี้ครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะขาดอุปกรณ์ที่จะช่วยให้เด็กมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น ไม่มีเสื้อผ้า ไม่มีเงินซื้ออาหารที่มีคุณค่า และ ปัญหาความยากจนทำให้บิดามารดาไม่มีเวลาเอาใจใส่บุตร เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จากการศึกษาของเดนิสัน (Denison 1969 : 731-735) ศึกษาความแตกต่างในสุขภาพปฏิบัติของนักเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำและนักเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลาง พบว่า นักเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางจะมีสุขภาพปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสวัสดิรักษา การปฐมพยาบาล และสุขภาพฟันดีกว่านักเรียนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ

3. ลักษณะของครอบครัว หมายถึงลักษณะของกลุ่มคนที่รวมกันในบ้านเดียวกับ บิดามารดาและผู้ป่วยเด็ก แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย

ครอบครัวเดี่ยว เป็นครอบครัวขนาดเล็ก สมาชิกของครอบครัวมีเพียง บิดามารดาและบุตร เท่านั้น บิดามารดาจะมีแผนการดำเนินชีวิตเป็นไปตามวิถีทางที่ตนเองต้องการ และจะช่วยกันดูแลเอาใจใส่ในการอบรมเลี้ยงดูบุตร บทบาทของบิดามารดามีอิทธิพลต่อบุตรโดยตรงและทางอ้อม เด็กจะเลียนแบบการปฏิบัติของบิดามารดา เช่น ถ้าบิดามารดา มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารดี จะช่วยให้บุตรมีการรับประทานอาหารดีด้วย ถ้าบิดามารดาเน้นเรื่องการปลูกฝังพฤติกรรมปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัย ก็จะทำให้เด็กมีการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยที่ดี

ครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวใหญ่ สมาชิกของครอบครัวไม่ได้มีเฉพาะบิดามารดาและบุตรเท่านั้น รวมญาติผู้ใหญ่ของทั้งสองฝ่าย หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย การปลูกฝังแนวคิดการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยในครอบครัวขยาย อาจจะมีปัญหาขัดแย้งระหว่างบิดามารดาของเด็ก และญาติพี่น้อง ซึ่งอาจมีความคิดที่แตกต่างกัน บางครั้งเด็กอาจเกิดความสับสน ไม่ทราบว่าสิ่งใดถูกสิ่งใดผิด นอกจากนี้ในครอบครัวขยาย ที่มีการตามใจเด็กมากเกินไป เด็กอาจจะเกิดปัญหาในการรับประทานอาหาร และปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น เอาแต่ใจตนเอง เลือกรับประทานอาหาร ต้องพึ่งพาคนอื่นอยู่เสมอ

4. ความคาดหวังของมารดาเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก ความคาดหวังเป็นความเชื่อว่า สิ่งใดบ้างน่าจะเกิดขึ้น และสิ่งใดบ้างไม่น่าจะเกิดขึ้น การคาดหวังจะเกิดขึ้นได้ถูกต้องหรือไม่ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (สจวร์ต จันท์เอม 2524 :44) ซึ่งความคาดหวังนั้น อาจจะเป็นการคาดการณ์อนาคตในสิ่งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ (Webster's New Universal Dictionary 1977: 644) โดยทั่วไปบุคคลที่มีความคาดหวังในทางที่ดี ย่อมจะกระทำในสิ่งที่ตนเองมุ่งหวัง และมีความพยายามที่จะกระทำสิ่งนั้น ๆ จนประสบความสำเร็จ รวมทั้งมีความอดทนต่อสถานการณ์ที่ยุ่งยากลำบาก ส่วนบุคคลที่มีความคาดหวังในทางที่ไม่ดี ย่อมมีความสิ้นหวัง และขาดความกระตือรือร้น เมื่อต้องเผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต มารดาของผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้ซีเมียแต่ละคนจะมีความคาดหวังต่าง ๆ กัน บางรายคาดหวังว่าบุตรจะมีอาการดีขึ้น เนื่องจากสังเกตเห็นว่าภายหลังผู้ป่วยเด็กได้รับเลือดแล้ว มีอาการสดชื่นและกระปรี้กระเปร่า



แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักซีเมีย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจเด็กโรคเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2532 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2532 โดยไม่จำกัด เพศ เชื้อชาติ ศาสนา และรายได้ของครอบครัว

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 103 ราย โดยกำหนดลักษณะของผู้ป่วยเด็กดังนี้

1. มีอายุ 8-14 ปี
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง เช่น การติดเชื้ออย่างรุนแรง ไม่รู้สึกตัว
3. ไม่มีคามพิการแต่กำเนิด
4. มีสติสัมปชัญญะดี และไม่มีประวัติเป็นโรคจิตหรือโรคประสาท รวมทั้งไม่ต้อง
ปรึกษาแพทย์ในเรื่องโรคจิตประสาท
5. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
6. อยู่ในระหว่างการเรียนหนังสือและผลการเรียนอยู่ในเกณฑ์ปกติของ
เด็กวัยเดียวกันหรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติไม่เกิน 2 ชั้นเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และข้อมูลทั่วไปของมารดาของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว และความคาดหวังเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข)

ในการวิจัยครั้งนี้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความคาดหวังของมารดาเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยได้นำไปเป็นข้อมูลประกอบในการอภิปรายเชิงบรรยาย

2. แบบสอบถามอัตมโนทัศน์สำหรับผู้ป่วยเด็ก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ที่สงครี ศรีมุกดา (2511) ได้แปลและเรียบเรียงมาจากแบบประเมินอัตมโนทัศน์เด็กของ ปีแอร์-แฮร์ริส (The Piers-Harris Children's Self Concepts)

ลักษณะของแบบสอบถามนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของเด็กที่มีต่อตนเอง ทั้งในด้านบวกและด้านลบ มีจำนวน 80 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้านดังนี้

1. ด้านพฤติกรรมการแสดงออก (Behavior) มีจำนวน 20 ข้อ
2. ด้านสติปัญญาและสถานภาพในโรงเรียน (Intellectual and School Status) มีจำนวน 19 ข้อ
3. ด้านรูปร่างและบุคลิกภาพ (Physical Appearance and Attributes) มีจำนวน 15 ข้อ
4. ด้านความวิตกกังวล (Anxiety) มีจำนวน 10 ข้อ
5. ด้านความเป็นคนน่านิยม (Popularity) มีจำนวน 15 ข้อ
6. ด้านความสุขและความพึงพอใจ (Happiness and Satisfaction) มีจำนวน 12 ข้อ

ข้อความแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่และไม่ใช่

ใช่ หมายความว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองเหมือนกับข้อความนั้นๆ
ไม่ใช่ หมายความว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองไม่เหมือนกับข้อความ
นั้น ๆ

(ดังตัวอย่างในภาคผนวก ค)

การให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ใช้ประเมินคำตอบอัตมโนทัศน์ มีดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ถ้าเลือกตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ถ้าเลือกตอบ ใช่ ให้ 0 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน

แบบสอบถามชุดนี้มีคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0
คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ดี คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ไม่ดี

3. แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมีย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม
แนวทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) โดยศึกษาจากตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ข้อ และ อาศัยแนวคำถามจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง ซึ่ง
นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532) ได้สร้างขึ้นสำหรับประเมินพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยเด็กโรค
หัวใจ ไต เบาหวาน และธาลัสซีเมีย

แบบประเมินนี้ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการ
ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดของ
ร่างกาย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม รวมทั้งการปฏิบัติตน
เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค จำนวน 21 ข้อ

ลักษณะของแบบประเมินนี้เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ป่วยปฏิบัติเป็นบางวัน หรือบางครั้งที่มีเหตุการณ์
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติเลย เมื่อมีเหตุการณ์

(ตั้งตัวอย่างในภาคผนวก ง)

การให้คะแนน ตามเกณฑ์ที่ผู้สัมภาษณ์ใช้ประเมินคำตอบของผู้ป่วยเด็ก โรคลดสติปัญญาเกี่ยวกับ
 การดูแลตนเอง มีดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 3 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยไม่มีโอกาสปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์ ไม่คิดคะแนน
 ข้อความนั้น ๆ นั่นคือ คะแนนเต็มของแบบประเมินการดูแลตนเองนี้ขึ้นกับจำนวนข้อความที่ผู้ป่วย
 ได้ปฏิบัติทั้งหมด ถ้าคะแนนรวมสูงแสดงว่าผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองดี คะแนนรวมต่ำ แสดงว่า
 ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่ดี

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอัตนัยในทัศนสำหรับเด็ก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเที่ยง
 ตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 7 ท่าน คือ

กุมารแพทย์ 2 ท่าน

กุมารจิตแพทย์

นักจิตวิทยา	1	ท่าน
นักพฤติกรรมศาสตร์	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน- การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์	1	ท่าน
ผู้วิจัยนำแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราลัสซีเมียไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 6 ท่านคือ		
กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา	2	ท่าน
นักพฤติกรรมศาสตร์	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์	3	ท่าน
(รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตั้งรายละเอียดในภาคผนวก ก)		

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามอัตโนมัติที่ค้น
สำหรับเด็ก และแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราลัสซีเมีย มาปรับปรุง
ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอัตโนมัติที่ค้นสำหรับเด็ก และแบบประเมินการดูแลตนเองนี้ ไป
ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 15 ราย แล้วนำ
คะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นดังนี้

แบบสอบถามอัตโนมัตินี้ใช้สูตร Kuder Richardson Formula 21 (KR-21)

ดังนี้ (ยุพิน จันทรรักคะ 2529 : 119)

$$r_{kk} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\bar{x}(n-\bar{x})}{\sum s_i^2} \right]$$

- เมื่อ r_{kk} = สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
 n = จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 \bar{x} = ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมทั้งหมด
 $\sum s_i^2$ = ค่าความแปรปรวนของคะแนนของคนที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอัตโนมัตินี้เท่ากับ 0.87 ภายหลังจากนำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 103 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอัตโนมัตินี้เท่ากับ 0.86

แบบประเมินการดูแลตนเองใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_x^2} \right]$$

เมื่อ	∞	=	ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการดูแลตนเอง
	n	=	จำนวนข้อของแบบประเมินการดูแลตนเอง
	S_x^2	=	ค่าความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อ
	S_x^2	=	ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการดูแลตนเองเท่ากับ 0.69 ภายหลังจากนำแบบประเมินการดูแลตนเองนี้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 103 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการดูแลตนเองเท่ากับ 0.82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอนหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ในวันจันทร์ อังคาร พุธ และศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. ที่ห้องตรวจเด็กโรคเลือด แผนกผู้ป่วยนอก
2. ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าห้องตรวจเด็กโรคเลือด แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากบัตรรายงานประจำตัวผู้ป่วยนอก (O.P.D. card)
4. ขณะที่ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ ผู้วิจัยแนะนำตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
5. เมื่อผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยนำผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง เข้าไปในห้องที่จัดไว้พูดคุยเพื่อทำความคุ้นเคย และสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การสัมภาษณ์นี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการตรวจจากแพทย์ล่าช้า
6. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10-15

นาที่ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยให้เด็กพักสักครู่ แล้วให้ตอบแบบสอบถามอัตโนมัติสำหรับเด็ก โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบอย่างละเอียด การตอบแบบสอบถามนี้ไม่จำกัดเวลาในการตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กซักถามเมื่อไม่เข้าใจข้อความใด ๆ ผู้ป่วยเด็กใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ยประมาณ 15 - 20 นาที

7. ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กเหนื่อยหรือไม่สนใจตอบคำถาม ผู้วิจัยอนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กเปลี่ยนอิริยาบถสักครู่ แล้วจึงทำการสัมภาษณ์และ/หรือให้ตอบแบบสอบถามต่อจนเสร็จ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ไม่มีผู้ป่วยเด็กที่เหนื่อยหรือไม่สนใจตอบคำถาม

8. เมื่อผู้ป่วยเด็กตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองซักถามปัญหาต่าง ๆ หลังจากนั้นนำผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์

9. สำหรับผู้ป่วยเด็ก ที่อ่านหนังสือได้ไม่เต็มจำนวน 9 ราย (โดยเป็นเด็กอายุ 8, 9, 10 และ 14 ปี ซึ่งเด็กแต่ละอายุมีจำนวน 3, 1, 3, 1 และ 1 รายตามลำดับ) ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กฟังทีละข้อ โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของตนหรือไม่ แล้วผู้วิจัยทำเครื่องหมาย "/" ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเด็ก

10. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามที่กำหนดไว้ แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (statistical package for the social sciences) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ซึ่งมีขั้นตอนในการคำนวณดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนอัตโนมัติ และคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก
3. คำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างคะแนนอัตโนมัติ และปัจจัยบางประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว

กับคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราลัสซีเมีย โดยใช้สูตรดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2526 : 26)

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละตัวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราลัสซีเมีย
 X = คะแนนของตัวทำนายแต่ละตัว
 Y = คะแนนของการดูแลตนเอง
 N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่า t ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2526 : 28)

$$t = \frac{r_{xy} \sqrt{N - 2}}{\sqrt{1 - r_{xy}^2}}, df = N - 2$$

4. ค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (multiple correlation coefficient) ระหว่างอ้อมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราลัสซีเมีย และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไป โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-change) ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่คำนวณได้โดยทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (Overall F-test) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) ของปัจจัยแต่ละตัวที่เข้ามาในสมการถดถอยโดยการทดสอบค่าที่ (t-test) รวมทั้งวิเคราะห์หาตัวทำนายโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) และแบบเชิงชั้น (hierarchical multiple regression)

เนื่องจากข้อตกลงเบื้องต้นในการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หุคคุม กำหนดไว้ว่าตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scales) ขึ้นไป (ยูวติ ภาษา และคณะ 2526 : 338) ดังนั้นการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal scales) และ มาตราเรียงลำดับ (Ordinal scales) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2528 : 7)

เพศ	กำหนดให้	เพศชาย	= 1
		เพศหญิง	= 2
ผลการเรียน	กำหนดให้	เคยเรียนซ้ำชั้น	= 1
		ไม่เคยเรียนซ้ำชั้น	= 2
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา	กำหนดให้	ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	= 0
		เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 - 3 ครั้ง	= 1
ระดับการศึกษา	กำหนดให้	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	= 1
		มัธยมศึกษา	= 2
		อาชีวศึกษาหรืออุดมศึกษา	= 3
ลักษณะของครอบครัว	กำหนดให้	ครอบครัวเดี่ยว	= 1
		ครอบครัวขยาย	= 2
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	กำหนดให้	ต่ำกว่า 3,000 บาท	= 1
		3,000 -6,000 บาท	= 2
		มากกว่า 6,000 บาท	= 3

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายทั้งหมดกับตัวเกณฑ์ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ขึ้นแรกจะหาตัวทำนายที่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวเกณฑ์มากที่สุด ขึ้นที่สองหาตัวทำนายที่สองที่เมื่อนำมารวมกับตัวทำนายที่หนึ่งแล้ว สามารถอธิบายความผันแปรของตัวเกณฑ์ได้มากกว่าตัวทำนายอื่น ๆ ที่นำมารวมกับตัวทำนายที่หนึ่ง ในขั้นต่อมาก็หาตัวทำนายอื่น ๆ ที่เหลือซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของตัวเกณฑ์ จนพบว่าการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนาย

ที่นำไปนั้น ไม่มีนัยสำคัญ กลุ่มทำนายที่ดีที่สุดคือ กลุ่มตัวทำนายที่อยู่ในขั้นก่อนที่จะพบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอย ไม่มีนัยสำคัญ

สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ผู้วิจัยเลือกตัวทำนายเข้าสมการที่ละตัว ตามความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนาย และตัวเกณฑ์ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ทำให้ทราบว่าตัวทำนายแต่ละตัว สามารถอธิบายความผันแปรของตัวเกณฑ์ได้มากน้อยเพียงใด หลังจากให้ตัวทำนายอื่นได้อธิบายแล้วและตัวทำนายทั้งหมดสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของตัวเกณฑ์ได้มากน้อยเพียงใด

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมียที่ได้รับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจเด็กโรคเลือดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2532 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2532 จำนวน 103 ราย ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอ ด้วยตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนอ้อมโนทัศน์ และคะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง
3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมีย
4. ข้อมูลเกี่ยวกับสหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ร่วมกับสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายที่เพิ่มขึ้นจากเดิมทีละตัว

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียน และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 1 ปี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ผลการเรียน และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 1 ปี

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=103)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	50.5
หญิง	51	49.5
อายุ(ปี)		
8-9	35	34.0
10-11	45	43.7
12-14	23	22.3
ผลการเรียน		
ไม่เคยเรียนซ้ำชั้น	79	76.7
เคยเรียนซ้ำชั้น	24	23.3
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา ใน ร.พ. (ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา)		
ไม่เคยเข้ารับการรักษาในร.พ. 1-3 ครั้ง	67	65.0
	36	35.0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 50.5 และ 49.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุ 10-11 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.7 ไม่เคยเรียนซ้ำชั้น คิดเป็นร้อยละ 76.7 และไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็น ร้อยละ 65.0

2. ข้อมูลของมารดาผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วย ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และลักษณะครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=103)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาของมารดา		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	86	83.5
มัธยมศึกษา	9	8.7
อาชีวศึกษาหรืออุดมศึกษา	8	7.8
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 3,000	61	59.2
3,000 - 6,000	28	27.2
มากกว่า 6,000	14	13.6
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	84	81.6
ครอบครัวขยาย	19	18.4

จากตารางที่ 3 พบว่า มารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 83.5 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 59.2 และลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 81.6

3. ข้อมูลเกี่ยวกับอึดมโนทัศน์และการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอึดมโนทัศน์ และคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราไส้สีเมีย

ตัวแปร	ช่วงคะแนน ของแบบวัด		ช่วงคะแนนของ กลุ่มตัวอย่าง		X	S.D
	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด		
อึดมโนทัศน์	0	80	21	78	53.61	10.97
การดูแลตนเอง	33.33	100.00	64.10	91.67	77.24	6.44

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนอึดมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย 53.61 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.97 คะแนนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.24 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.44 และเมื่อจำแนกคะแนนอึดมโนทัศน์ และคะแนนการดูแลตนเองตามอายุของกลุ่มตัวอย่างได้ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย...ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัตมโนทัศน์ และคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้ซีเมียจำแนกตามอายุของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (X)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)
1. อัตมโนทัศน์		
อัตมโนทัศน์ของเด็กอายุ 8-9 ปี	53.28	11.86
อัตมโนทัศน์ของเด็กอายุ 10-11 ปี	53.67	11.25
อัตมโนทัศน์ของเด็กอายุ 12-14 ปี	54.00	9.36
2. การดูแลตนเอง		
การดูแลตนเองของเด็กอายุ 8-9 ปี	75.59	6.72
การดูแลตนเองของเด็กอายุ 10-11 ปี	77.46	6.66
การดูแลตนเองของเด็กอายุ 12-14 ปี	79.11	5.60

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 12-14 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์มากที่สุด คือ เท่ากับ 54.00 และกลุ่มตัวอย่างอายุ 8-9 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์น้อยที่สุดคือเท่ากับ 53.28

กลุ่มตัวอย่าง 12-14 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองมากที่สุดเท่ากับ 79.11 และกลุ่มตัวอย่างอายุ 8-9 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองน้อยที่สุดเท่ากับ 75.59

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดา ผู้ป่วยเด็กคือระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว กับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดา ผู้ป่วยเด็ก คือระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของ ครอบครัว กับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยการทดสอบที่ t - test

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็กและปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก กับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. อัตมโนทัศน์	.64**
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก	
เพศ	.03**
อายุ	.26**
ผลการเรียน	.24**
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล	.06**
3. ปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก	
ระดับการศึกษา	.08**
รายได้ของครอบครัว	.20*
ลักษณะของครอบครัว	.11**

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ P < .05, P** < .01

จากตารางที่ 6 พบว่า

อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (r = .64, P < .01)

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (r = .26, P < .01)

ผลการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (r = .24, P = .01)

รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (r = .20, P < .05)

ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็กคือ เพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการ

รักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็กคือ ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

สมมติฐานที่ 1 ได้รับการสนับสนุน คือ อ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .64, P < .01$)

สมมติฐานที่ 2 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุและผลการเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, P < .01$ และ $r = .24, P < .01$) ตามลำดับ)

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 ได้รับการสนับสนุนบางส่วนคือปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, P < .05$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ระดับการศึกษาของมารดาผู้ป่วย ลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย ซึ่งได้แก่ อ้อมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็กคือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้ง ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อึดทนในทัศน	1.00							
2. เพศ	.06	1.00						
3. อายุ	.07	-.20**	1.00					
4. ผลการเรียน	.22*	.13	-.13	1.00				
5. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.03	-.26**	.09	-.10	1.00			
6. ระดับการศึกษาของมารดาผู้ป่วย	.07	-.18	-.07	.15	-.14	1.00		
7. รายได้ของครอบครัว	.10	-.13	.04	.10	-.15	.59**	1.00	
8. ลักษณะของครอบครัว	.12	-.33**	-.001	.38	-.02	.31**	.17	1.00

$P^* < .05$ $P^{**} < .01$

จากตารางที่ 7 พบว่า ตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังนี้

อึดทนในทัศนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการเรียน ($r = .22$, $P < .05$)

เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลักษณะครอบครัว ($r = -.20$, $P < .01$, $r = -.26$, $p < .01$ และ $r = -.33$, $p < .01$ ตามลำดับ)

ระดับการศึกษาของมารดาผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ของครอบครัวและลักษณะของครอบครัว ($r = .59$, $P < .01$ และ $r = .31$, $P < .01$ ตามลำดับ)

4. ข้อมูลเกี่ยวกับสหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างการดูแลตนเองกับอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟส่วนรวม (over all F-test)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมีย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ขั้นที่	ตัวทำนาย	Multiple R	R ²	R ² change	F change	B	t
1	อัตมโนทัศน์	.64	.41	.41	71.67**	.37	8.54***
2	อายุ	.68	.46	.05	8.23**	.86	2.87**

Constant (a) = 48.73 Overall F = 42.51*

P* < .05 P** < .01 P*** < .001

จากตารางที่ 8 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าอัตมโนทัศน์เป็นตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับเลือก โดยสามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เท่ากับ 0.41 เมื่อเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในแต่ละขั้นของการวิเคราะห์ ตัวทำนายที่ได้รับเลือกเข้าไปในขั้นที่สองคืออายุ โดยสามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มเป็น (R^2) เท่ากับ 0.46 ต่อจากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นต่อไป ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อหาค่าตัวทำนายการดูแลตนเองจึงยุติในขั้นที่ 2

ดังนั้นตัวทำนายที่ดีที่สุดที่สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองคืออัตมโนทัศน์และอายุ โดยตัวทำนายกลุ่มนี้สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเอง ได้ร้อยละ 46

เมื่อศึกษาเพิ่มเติมถึงอิทธิพลของตัวทำนายทั้งหมดต่อการดูแลตนเอง และอิทธิพลของตัวทำนายแต่ละตัว เมื่อควบคุมตัวทำนายอื่น ๆ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงขั้น (Hierarchical multiple regression) และใส่ตัวแปรเรียงตามลำดับคือ เพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ระดับการศึกษาของมารดา ลักษณะของครอบครัว รายได้ของครอบครัว ผลการเรียนรู้ อายุของผู้ป่วย และอัตมโนทัศน์ ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 9 อิทธิพลของอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียนรู้ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้ซีเมีย

ขั้นที่	ตัวทำนาย	Multiple R	R ²	R ² change	F change	B	t
1	เพศ	.031	.001	.001	.100 ^{ns}	.919	.863 ^{ns}
2	จำนวนครั้งของการ รักษานในโรงพยาบาล	.075	.006	.005	.465 ^{ns}	.884	.891 ^{ns}
3	ระดับการศึกษา ของมารดา	.126	.016	.010	1.044 ^{ns}	-.591	-.567 ^{ns}
4	ลักษณะของครอบครัว	.171	.029	.013	1.354 ^{ns}	.869	.673 ^{ns}
5	รายได้ของ ครอบครัว	.263	.069	.040	4.134*	1.403	1.733 ^{ns}
6	ผลกรการเรียนรู้	.347	.120	.051	5.609*	2.099	1.806 ^{ns}
7	อายุของผู้ป่วยเด็ก	.499	.201	.081	9.630 ^{**}	.941	3.053 ^{**}
8	อัตมโนทัศน์	.708	.502	.301	56.682 ^{***}	.336	7.529 ^{***}
Constant (a)		= 41.764	Over all F = 11.836 ^{***}				

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ, P* < .05, P** < .01, P*** < .001

จากตารางที่ 9 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงขึ้น พบว่า ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ 1 - 4 เมื่อนำตัวแปร เพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ระดับการศึกษาของมารดา และลักษณะ ของครอบครัว

พบว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแล ตนเองได้เพียงร้อยละ 2.9 และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไปไม่มีนัย สำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ขั้นที่ 5 เมื่อเพิ่มตัวแปร รายได้ของครอบครัวเข้ามาศึกษา พบว่าตัวแปรทั้ง 5 ตัว สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแล ตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4 และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไปมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จากการวิเคราะห์ขั้นที่ 6 เมื่อเพิ่มตัวแปร ผลการเรียนเข้ามา ศึกษาพบว่า ตัวแปร ทั้ง 6 ตัวสามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเอง ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.1 และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไปมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($P < .05$)

จากการวิเคราะห์ขั้นที่ 7 เมื่อเพิ่มตัวแปร อายุของผู้ป่วยเด็ก เข้ามาศึกษา พบว่า ตัวแปรทั้ง 7 ตัว สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแล ตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.1 และค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไปมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

จากการวิเคราะห์ขั้นที่ 8 เมื่อเพิ่มตัวแปรอัตมโนทัศน์ เข้ามาศึกษาพบว่าตัวแปรทั้ง 8 ตัวสามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 30.1 และค่าสัมประ-
สิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนไปมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P .001$) และพบว่าอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้าน ผู้ป่วยเด็กคือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็กคือระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว สามารถ อธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 50.2 และค่าสัมประสิทธิ์การ ทำนายมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็กคือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามผลการทดสอบสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่หนึ่ง อ้อมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ได้รับการสนับสนุน โดยพบว่า อ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .64$) นั่นคือ ผู้ป่วยเด็กที่มีคะแนนอ้อมโนทัศน์สูง จะมีคะแนนของการดูแลตนเองสูงด้วย ส่วนผู้ป่วยเด็กที่มีคะแนนอ้อมโนทัศน์ต่ำ จะมีคะแนนการดูแลตนเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller 1987 : 86) และฟิลลิป (Phillips 1986 : 204) ที่พบว่าอ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับการศึกษาของเนลสัน (Nelson 1986 : 382) ที่พบว่าอ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่า อ้อมโนทัศน์ซึ่งเป็นประมวลความรู้ลึกลับคิดและการรับรู้ที่มีต่อตนเองนั้น เป็นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ และตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งจากแนวคิดของโอเรม (Orem 1985 : 121 ; Hill & Smith 1985 : 10) บุคคลจะมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม คือมีความสามารถในการริเริ่มการดูแลตนเองและความพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง นั้นจะต้องมีแรงจูงใจที่จะกระทำ มีกำลังใจ และความตั้งใจสูงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด ดังนั้นอ้อมโนทัศน์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความพร้อมและแรงจูงใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง นั่นคือบุคคลที่มีอ้อมโนทัศน์สูง จะมีความรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญ มีความหมาย และมีประโยชน์ต่อสังคม รวมทั้งความรู้สึกที่ดีของบุคคลต่อร่างกาย ความสามารถและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจ มีกำลังใจ กำลังกายที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับความเครียด อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้สำเร็จ รวมทั้งมีความสนใจที่จะหาความรู้และฝึกทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม แต่บุคคลที่มีอ้อมโนทัศน์ต่ำจะมีความรู้สึกว่า ตนไร้ค่า ไร้ความสามารถ ทำให้เกิดความรู้สึก มีปมด้อย แยกตัวเองจากสังคม รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่เป็นที่รักใคร่ ซึ่งชมของผู้ใกล้ชิด ก็จะขาดแรงจูงใจขาดความสนใจที่จะดูแลตนเอง ทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง (สุปราณี นันท์น้อย

และ กรรณิการั สุวรรณโคต 2527 : 959-960)

ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย มีแนวโน้มที่จะมีอัตมโนทัศน์ต่ำ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณลักษณะรูปร่างและหน้าตาไม่ดี คิดเป็น 65.05% และ 57.28% ตามลำดับ รู้สึกว่าตนเองไม่แข็งแรงและไม่มีความมั่นใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ได้มากมาย คิดเป็น 66.02% และ 60.19% ตามลำดับ ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะมีความผิดปกติของการสังเคราะห์ฮีโมโกลบิน ทำให้มีอาการซีดอย่างเรื้อรัง มีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ตัวเล็กแคระแกรน เมื่อเทียบกับเพื่อน ๆ และบางรายก็มีลักษณะหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีลักษณะรูปร่างหน้าตาที่แตกต่างจากเพื่อน ๆ และมีความรู้สึกว่าคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดกำลังเรียนหนังสือ เมื่อแพทย์นัดมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ บางรายต้องมาทุก 1 เดือน หรือทุก 2 - 3 เดือน ผู้ป่วยเด็กต้องขาดโรงเรียนและเรียนไม่ทันเพื่อน ๆ ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกว่าคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ได้มากมาย ประกอบกับผู้ป่วยเด็กไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเพื่อน ๆ โดยเฉพาะระยะที่มีอาการอ่อนเพลีย หรืออาการของโรครุนแรง จากการซักถามผู้ป่วยเด็กและมารดาเพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ จะได้รับการจำกัดกิจกรรมบางอย่าง เช่น การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความรู้สึกว่าคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาที่แตกต่างจากเพื่อน ๆ มากขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีความรู้สึกพอใจลักษณะรูปร่างหน้าตาของตนเองคิดเป็น 73.79% และ 74.76% ตามลำดับ รวมทั้งส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีความสุขและเศร้าใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความคาดหวังเกี่ยวกับบุตรในทางที่ดี กล่าวคือมารดาคาดหวังว่าผู้ป่วยเด็กจะมีอาการดีขึ้น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคุณลักษณะรูปร่างหน้าตาในทางที่แย่งลง บางรายก็คาดหวังว่าอาจจะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทำให้มารดาปฏิบัติต่อบุตรในทางที่เหมาะสม และมีทัศนคติที่ดีต่อบุตร ผู้ป่วยเด็กจึงมีความรู้สึกพอใจในสิ่งที่มีอยู่ นอกจากนี้กลุ่มนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 10 - 11 ปี คิดเป็น 43.7% รองลงมาอายุ 8 - 9 ปีคิดเป็น 34.0% ซึ่งเด็กวัยนี้จะมีความกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการเรียน การกีฬา มากกว่าที่จะกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของคุณลักษณะรูปร่างหน้าตา การตระหนักและเอาใจใส่ต่อลักษณะรูปร่างหน้าตา จะเด่นชัดเมื่อผู้ป่วยเด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ความรู้สึกพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการปฏิบัติตน เพื่อตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเองไปในทางที่ดี พบว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ไข่ และนมทุกครั้งที่คิดเป็น 81.6%, 76.7% และ 54.4% ตาม

ลำดับ รับประทานอาหารที่ช่วยเพิ่มโฟเลตและวิตามิน คือ ผัก และผลไม้ทุกครั้งที่มิ คิดเป็น 55.3% และ 80.6% ตามลำดับ มีความสนใจในสุขภาพของตนเอง คือ อาบน้ำ และเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวัน รวมทั้งมีความเต็มใจที่จะมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัดทุกครั้ง และรับประทานยาครบตามแผนการ รักษาของแพทย์

เมื่อพิจารณาความรู้สึกเกี่ยวกับเพื่อน ๆ พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าเป็นเพื่อนมาก คิดเป็น 91.26% และเพื่อน ๆ เห็นว่าเป็นคนมีความคิดดี คิดเป็น 73.79% ซึ่งเด็กที่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ๆ จะมีความรู้สึกว่าเป็นคนมีคุณค่า ภูมิใจในตนเองรวมทั้งยินดีที่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ดังการศึกษาของแคมเบลล์ (Campbell 1964) ฮาร์ทัพ (Hartup 1970) และทักเดนแฮม (Tuddenham 1951) พบว่าเด็กที่เพื่อนยอมรับและมีชื่อเสียงในกลุ่มเพื่อน เด็กจะมีลักษณะการเข้าสังคมได้ดี สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ ยอมรับและเข้าใจความต้องการหรือความรู้สึกของคนอื่น แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าเด็กไม่มีชื่อเสียงหรือไม่ได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อน เด็กจะพยายามถอนตัวจากการทำกิจกรรมของกลุ่มเพื่อน และปฏิบัติตนต่อเพื่อน ๆ ไม่ดี รวมทั้งมีปัญหาพฤติกรรม (ประไพพรรณ ภูมิวิมลสาร 2531 : 111) จากการศึกษา พบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกว่าเป็นคนไม่แข็งแรง คิดเป็น 66.02% ผู้ป่วยก็มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เรียนรู้การอยู่ร่วมกัน และทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะเล่นกับเพื่อนเป็นประจำคิดเป็น 58.3% และเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ๆ หรือกิจกรรมของโรงเรียนเป็นบางครั้งที่มีกิจกรรม คิดเป็น 62.1%

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ มีความรู้สึกว่าเป็นคนเรียนเก่งคิดเป็น 53.50% และทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีในเกือบทุกเรื่องคิดเป็น 52.43% ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากผู้ป่วยเด็ก ส่วนใหญ่มีผลการเรียนไม่เคยเรียนซ้ำชั้น คิดเป็น 76.7% ทำให้เด็กมีความนึกคิดที่ดีเกี่ยวกับตนเองและมีความเชื่อมั่นในตนเอง ประกอบกับมารดาของผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีความคาดหวังเกี่ยวกับบุตรในทางที่ดีกล่าวคือ มารดาคาดหวังว่าผู้ป่วยเด็กจะมีอาการดีขึ้น มีร่างกายแข็งแรง สามารถที่จะเรียนหนังสือ และทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งประกอบอาชีพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ความคาดหวังของมารดาเช่นนี้ จะทำให้มารดาปฏิบัติต่อบุตรในทางที่เหมาะสมให้โอกาสเด็กฝึกหัดช่วยเหลือตนเอง และฝึกทักษะต่าง ๆ ทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และเกิดความภาคภูมิใจ รวมทั้งมีความ รู้สึกที่ดีต่อตนเอง ซึ่งก็จะเป็นแรงจูงใจให้เด็กเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสม

เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีคะแนนอัตมโนทัศน์ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

(คะแนนน้อยกว่า 53.61) มีจำนวน 47 ราย พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าคุณสมบัติรูปร่างและหน้าตาของตนเองไม่ดี และมีความรู้สึกว่าคุณสมบัติรูปร่างและหน้าตาของตนเองแตกต่างจากคนอื่น ๆ รวมทั้งมีความรู้สึกอยากที่จะเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างในตนเอง ซึ่งความรู้สึกในด้านลบต่อลักษณะรูปร่างและหน้าตาของตนเองนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ไม่อยากพบผู้อื่น ไม่เต็มใจที่จะยอมรับการปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง (รัตน มาศเกษม 2527 : 166) เท็กการ์ท (Taggart 1979 : 26) พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ในลักษณะรูปร่างและหน้าตาของคนในทางที่ไม่ดี จะมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม ไม่อยากพบผู้อื่น ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความรับผิดชอบและความสนใจที่จะดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเล่นกับเพื่อน ๆ หรือพี่น้องเป็นบางครั้ง และบางรายก็ไม่เคยเล่นกับเพื่อน ๆ หรือพี่น้องเลย รวมทั้งเมื่อเพื่อน ๆ หรือโรงเรียนมีกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้งหรือไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเลย นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ มีความรู้สึกว่าคุณสมบัติรูปร่างและหน้าตาของตนเองเป็นคนไม่แข็งแรงและมักจะเจ็บป่วยอยู่เสมอ รวมทั้งมีความรู้สึกว่าคุณสมบัติรูปร่างและหน้าตาของตนเองไม่สามารถจะทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งเด็กที่มีความรู้สึกว่าคุณสมบัติรูปร่างและหน้าตาของตนเองไม่ดี จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกด้อย ไม่กล้าที่จะคิดหรือตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังการศึกษาของแมสซาลิเยสและคาร์พินาโน (Messaglia & Carpinano 1987 : 70-71) ซึ่งศึกษาสภาวะจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีความรู้สึกว่าคุณสมบัติรูปร่างและหน้าตาของตนเองป่วยมาก เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย และไม่สามารถมีกิจกรรมเช่นเดียวกับเพื่อน ๆ รวมทั้งรู้สึกอับอายหน้าตา และสีผิวของตนเอง ทำให้แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน ๆ และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมอัตโนมัติของผู้ป่วยเด็ก จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความพร้อมและแรงจูงใจที่จะเรียนรู้การปฏิบัติดูแลตนเอง ผู้ป่วยเด็กที่มีความภาคภูมิใจในตนเองและเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ก็จะพยายามใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ปฏิบัติดูแลตนเองไม่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่รับประทานตับหรือเลือดสัตว์ทุกครั้งที่มิ คิดเป็น 62.2% และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม มารดาและผู้ป่วยเด็กบอกว่าผู้ป่วยเด็กชอบรับประทานตับหรือเลือดสัตว์ รวมทั้งมีความเข้าใจว่าตับหรือเลือดสัตว์นั้นช่วยบำรุงเลือดซึ่งการรับประทานตับหรือเลือดสัตว์นี้อาจจะทำให้มีการสะสมของเหล็กในร่างกายเพิ่มขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนของเหล็กไปจับตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีการทำลายของเม็ดเลือดแดงมาก และได้รับการรักษาโดยการให้เลือด

การป้องกันการติดเชื้อและการรักษาความสะอาดของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนหนึ่งมักจะล้างมือก่อนเข้านอนเป็นบางวันหรือไม่เคยล้างมือก่อนเข้านอนเลยคิดเป็น 35.9% และ 18.5% ตามลำดับ รวมทั้งไม่เคยบ้วนปากภายหลังจากรับประทานอาหารเลยคิดเป็น 14.6% เนื่องจากการแปรงฟันและบ้วนปากจะช่วยกำจัดเศษอาหารต่าง ๆ โดยเฉพาะการแปรงฟันก่อนเข้านอน จะช่วยกำจัดเศษอาหารที่สะสมมาตลอดวัน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะฟันผุผิดปกติ เช่น ฟันยื่นเขยิบ เรียงตัวไม่เรียบ ซึ่งจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในช่องปาก เช่น ฟันผุ การอักเสบของช่องปาก และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ (ไพเราะ เกตุวิจิตร 2529)

การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของสุขภาพนั้น พบว่า มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่เต็มใจมาโรงพยาบาลเป็นบางครั้ง หรือไม่เต็มใจมาโรงพยาบาลเลย คิดเป็น 28.1% และ 13.6% จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ไม่ยอมมาโรงพยาบาล เนื่องจากต้องขาดโรงเรียนและเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในระหว่างการเรียนหนังสือและมีอายุ ระหว่าง 8-14 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กต้องการที่จะประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะ การเรียน จึงมีความสนใจ และตั้งใจเรียน ไม่อยากที่จะขาดโรงเรียน

การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ พบว่ามีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ลืมรับประทานยาเป็นบางครั้ง หรือลืมรับประทานยาบ่อยๆ คิดเป็น 42.7% และ 12.6% ตามลำดับ จากการซักถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ มักจะลืมรับประทานยาวิตามินและยาโฟลิกแอซิด (Folic acid) อาจเนื่องจากผู้ป่วยเด็ก ไม่มีอาการแสดงของโรคอย่างรุนแรง และแผนกกุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ ยังไม่ได้มีการสอนเรื่องการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเด็กโดยตรง ทำให้เด็กไม่เข้าใจถึงผลของการรับประทานยาที่มีต่อภาวะของโรค

การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งการตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง ไม่เคยสังเกตอาการของตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น อ่อนเพลีย ซีด มีไข้คิดเป็น 36.9% และส่วนใหญ่ผู้ป่วยเด็กที่เคยได้รับการรักษาโดยการให้เลือด ไม่เคยสังเกตอาการผิดปกติขณะให้เลือด เช่น บวมบริเวณที่ให้เลือด อัตราการหยุดของเลือดเร็วหรือช้าเกินไป อาการหนาวสั่น รวมทั้งไม่เคยสังเกตอาการผิดปกติภายหลังจากการได้รับเลือด เช่น ผื่นขึ้น รู้สึกไม่ค่อยสบาย คิดเป็น 62.1% และ 58.3%

ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากแผนภูมิารเวชศาสตร์ ไม่ได้มีการให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น หรือผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล แก่ผู้ป่วยเด็กโดยตรง ส่วนใหญ่จะเป็นความรับผิดชอบและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่จะสังเกตอาการผิดปกติเหล่านั้น รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กให้มีส่วนร่วมในการสังเกตอาการผิดปกติและดูแลผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่มีโอกาสได้รับความรู้เหล่านั้น

สมมติฐานที่สอง ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โรคหาลัสซิวีเมีย ได้รับการสนับสนุนบางส่วน โดยพบว่า อายุ ผลการเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .26$ และ $r = .24$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่เหลือได้แก่ เพศ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .26$) นั่นคือ ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุมาก จะมีคะแนนการดูแลตนเองสูง ส่วนผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อย จะมีคะแนนการดูแลตนเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของโอเรม (Orem 1985 : 255) ที่กล่าวว่าอายุ เป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ และประสบการณ์ ทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ แตกต่างกัน และอายุก็มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 8-14 ปี พบว่าเด็กอายุ 12-14 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองมากที่สุด คือ 79.11 รองลงมาคือ เด็กอายุ 10-11 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองคือ 77.46 และเด็กอายุ 8-9 ปี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองน้อยที่สุดคือ 75.59 จะเห็นได้ว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เด็กที่มีอายุต่างกัน จะมีพัฒนาการในการปฏิบัติตนด้าน สุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย ระบบประสาท กล้ามเนื้อ และข้อต่อต่าง ๆ รวมทั้งการทำงานประสานกันระหว่าง ระบบประสาท และกล้ามเนื้อ จะค่อย ๆ พัฒนาขึ้นตามอายุของเด็ก สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้เด็กพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ระดับสติปัญญาที่พัฒนาขึ้นตามอายุ ก็มีผลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย (Foster et al 1989 : 383) กล่าวคือเด็กวัยเรียนที่มีอายุมาก จะมีพัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญา ในขั้นคิดมีเหตุผลแบบรูปธรรมมากขึ้น โดยเด็กสามารถแยกแยะปรากฏ

การได้จากสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น เริ่มรู้จักนำเหตุผลรอบ ๆ ตัวมาประกอบในการตัดสินใจ หรือช่วยแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน และมีความเข้าใจสาเหตุของความเจ็บป่วย รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือหายจากโรค เช่น เด็กวัยเรียนที่มีอายุมากขึ้น จะมีความคิดว่าความเจ็บป่วยเกิดจากเชื้อโรค หรือสาเหตุอื่นที่มีเหตุผลมากขึ้น การป้องกันโรคโดยหลีกเลี่ยงจากเชื้อโรค ไม่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือรับประทานยาเพื่อให้หายจากโรค (สุชาติดา ณะพงศ์พร 2531 : 93-94) ซึ่งความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ และความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง จะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Foster et al 1989 : 383)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในวัยเรียน ซึ่งจะได้รับการสอนสุขศึกษาที่ช่วยให้เด็กมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ รวมทั้งมีการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง (สุชาติ โสมประยูร 2526 : 38) แต่การสอนสุขศึกษาจะแตกต่างกันตามวัย โดยจะจัดให้สอดคล้องกับความพร้อมความสามารถ และความต้องการของเด็กอายุต่างๆ เช่น เด็กอายุ 8-10 ปี ซึ่งเรียนในระดับประถมศึกษาตอนต้น จะให้เนื้อหาที่ง่าย ๆ ไม่สลับซับซ้อน และไม่มีรายละเอียดของเนื้อหามากนัก เมื่อเด็กอายุเพิ่มขึ้น ความสลับซับซ้อนและรายละเอียดของเนื้อหาจะค่อยๆ เพิ่มขึ้น ทำให้เด็กแต่ละอายุได้เรียนรู้ และเข้าใจในเรื่องสุขภาพ จนเกิดทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติด้านสุขภาพแตกต่างกัน เด็กที่อายุมากสามารถเรียนรู้และเข้าใจการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยทั่ว ๆ ไป เช่น การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า การพักผ่อนและนอนหลับ การออกกำลังกาย การป้องกันโรค ได้กว้างขวางและลึกซึ้งกว่าเด็กที่มีอายุน้อย สำหรับความรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคธาลัสซีเมีย โดยปกติเด็กจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มิสุขภาพ แต่เนื่องจากแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ยังไม่ได้มีการสอนการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเด็กโดยตรง และอย่างมีแบบแผน ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จึงเรียนรู้การปฏิบัติต่าง ๆ จากประสบการณ์ของตนเองตามระดับสติปัญญาและพัฒนาการด้านความคิด ดังนั้น เด็กที่มีอายุมากย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ และตัดสินใจในการดูแลตนเอง รู้จักรับผิดชอบกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลมากกว่าเด็กที่มีอายุน้อย

ด้วยเหตุผลต่าง ๆ ที่ได้อภิปรายดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุมากจึงมีคะแนนการดูแลตนเองสูง ส่วนผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อย จึงมีคะแนนการดูแลตนเองต่ำ

ผลการเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .24$) นั่นคือ ผู้ป่วยที่ไม่เคยเรียนซ้ำชั้น จะมี คะแนนการดูแลตนเองสูง ส่วน ผู้ป่วยเด็กที่เคยเรียนหนังสือซ้ำชั้น จะมีคะแนนการดูแลตนเองต่ำ ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมักขาดเรียน เพื่อมารับการตรวจรักษาจากแพทย์บ่อยครั้ง หรือ มีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ไม่สามารถไปเรียนได้ตามปกติ ทำให้เด็กเรียนไม่ทันเพื่อน ๆ หรือสอบตกบ่อย ๆ ซึ่งการเรียนซ้ำชั้น ทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะพัฒนาความคิดและสติปัญญา การเรียนรู้เกี่ยวกับสังคมรอบ ๆ ตัว รวมทั้งทักษะในการช่วยเหลือตนเองในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้การเรียนซ้ำชั้น ทำให้เด็กมีความรู้สึก ว่า ตนเองไม่มีความสามารถ ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กระตือรือร้น มองเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่า และขาดความสนใจที่จะดูแลตนเอง

เพศ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ป่วยเด็ก เพศหญิงและเพศชายมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวความคิดของโอเรม ที่กล่าวว่า เพศ เป็นปัจจัยพื้นฐานปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเองของบุคคลแต่ละคน แต่สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ไทยาภิรมย์ (2532 : 8) ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง คือ โรคหัวใจ กลุ่มอาการเนฟโรติก ธาลัสซีเมีย ที่มีเพศแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมด้านการรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและนอนหลับ การป้องกันอุบัติเหตุ การส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่า ในสังคมไทย บิดามารดาจะไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศของเด็ก โดยจะปฏิบัติต่อเด็กทั้งในด้าน การอบรมเลี้ยงดู การส่งเสริมให้เด็กแสดงความสามารถและช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งการให้ความรักและความอบอุ่นแก่เด็กหญิง และเด็กชายไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ประสบการณ์ในโรงเรียนและสังคมให้โอกาสเด็กได้ฝึกฝน ความสามารถ และช่วยเหลือตนเองในด้านต่าง ๆ รวมทั้งให้เด็กได้แสดงความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เท่าเทียมกัน ดังนั้นเด็กหญิงและเด็กชายจึงมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้ป่วยเด็กที่มีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกัน จะมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมี

อาการของโรคไม่รุนแรงและส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็น 65% ดังนั้นเด็กจะได้รับประสบการณ์ ความรู้ และการปฏิบัติดูแลตนเอง จากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่ห้องตรวจเด็กโรคเลือด แผนกผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งยังไม่มีการสอนการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเด็กโดยตรงและอย่างมีแบบแผน ผู้ป่วยเด็กจึงเรียนรู้การปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ ตามประสบการณ์ของตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และประสบการณ์ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพแหล่งเดียวกัน จึงทำให้จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่สาม ปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็กคือระดับการศึกษา รายได้ลักษณะของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ได้รับการสนับสนุนบางส่วนโดยพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .20$) ส่วนปัจจัยที่เหลือได้แก่ระดับการศึกษาและลักษณะของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .20$) นั่นคือ ผู้ป่วยเด็กที่ครอบครัวมีรายได้มากจะมีคะแนนการดูแลตนเองสูง ส่วนผู้ป่วยเด็กที่ครอบครัวมีรายได้น้อย จะมีคะแนนการดูแลตนเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดนิสัน (Denison 1969 : 731 - 735) ที่ศึกษาความแตกต่างในสุขปฏิบัติของนักเรียนที่มีฐานะเศรษฐิกิจต่ำ และนักเรียนที่มีฐานะ เศรษฐกิจปานกลางในโรงเรียนเตรียมอุดม อัลเบิร์ต กัลลาติน (Albert Gallatin) รัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า นักเรียนที่มีฐานะเศรษฐิกิจปานกลางจะมีสุขปฏิบัติและการรักษาสุขภาพฟันดีกว่านักเรียนที่มีฐานะเศรษฐิกิจต่ำ

ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่า ครอบครัวที่มีรายได้มาก จะสามารถสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้เพียงพอ เช่น จัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม เสื้อผ้าได้เพียงพอ สามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตโดยไม่ต้องกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจ ตลอดจนมีแนวโน้มที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมารับการตรวจรักษา อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแตกต่างจากครอบครัวที่มีรายได้น้อย มักขาดเงินที่จะซื้อเครื่อง

อุปโภคบริโภคที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เช่น มักขาดเงินที่จะซื้ออาหารที่มีคุณค่ามาบริโภคเป็นประจำ เนื่องจากอาหารบางประเภทมีราคาแพง ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม ทำให้ซื้อมาบริโภคน้อยกว่า อาหารแป้ง หรือน้ำตาลที่มีราคาถูกกว่า (จำเรียง คุรุเมสุวรรณ 2522 : 97) และครอบครัวที่มีรายได้น้อยยังต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายอื่น ๆ บิดามารดาไม่มีเวลาเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุตรมากนัก เพราะต้องใช้เวลาในการทำงานหารายได้มากกว่าจะสนใจเรื่องสุขภาพอนามัย และมักจะพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อเด็กมีอาการรุนแรง เนื่องจากคิดว่าเด็กป่วยเมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือมี กิจกรรมได้ตามปกติ รวมทั้งการรักษาสุขภาพ ร่างกาย ก็เพียง เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น โดยส่วนใหญ่จะไม่ได้คำนึงถึงการบำรุงรักษาหรือการป้องกันอาการเจ็บป่วยในอนาคต นอกจากนี้ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ทำให้รายจ่ายภายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าพาหนะในการพาเด็กมาโรงพยาบาล เสียค่าอาหารระหว่างการรอรับการตรวจรักษาและการพาเด็กมารับการตรวจรักษาแต่ละครั้ง อาจทำให้ขาดรายได้ในวันนั้นจากการศึกษาของสาคร พุทธิพาน และคณะ (2528 : 32-33) ที่ศึกษาความเครียดในญาติผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในเขตภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก ส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยประมาณครั้งละ 156.๗5 บาท ถึงแม้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยเด็กบางราย จะได้รับแหล่งช่วยเหลือ หรือการสงเคราะห์ด้านการเงิน เช่น มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของกระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ทำให้ได้รับการรักษาฟรีจากหน่วยบริการของรัฐ ครอบครัวที่มีรายได้น้อย ก็อาจจะมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ทำให้ไม่สามารถจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ส่วนครอบครัวที่มีรายได้มาก จะสามารถจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคได้เพียงพอ ที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองได้เหมาะสม ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กที่ครอบครัวมีรายได้มาก จึงมีคะแนนการดูแลตนเองสูง และผู้ป่วยเด็กที่ครอบครัวมีรายได้น้อย จึงมีคะแนนการดูแลตนเองต่ำ

ระดับการศึกษาของมารดาผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ป่วยเด็กที่มารดามีระดับการศึกษาต่างกันจะมีคะแนนการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532 : ข) ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง คือ โรคหัวใจ กลุ่มอาการเนฟโรติก โรคธาลัสซีเมีย ที่มารดามีระดับการ

ศึกษาแตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติตนในด้านการรักษาความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การป้องกันอุบัติเหตุ การส่งเสริมสุขภาพจิต การควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เสถียร สุภาพงศ์ และคณะ (2529 : 49) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน ชั้นประถมศึกษา ศึกษาของโรงเรียนสังกัดสำนักงานของคณะกรรมการประถมศึกษาศึกษาทั่วประเทศ พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของนักเรียนในเรื่อง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของร่างกาย การรักษาและป้องกันโรค ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าคิดเป็น 83.5% ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสได้รับความรู้ด้านสุขภาพอนามัย และการส่งเสริมในการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน จากการศึกษาของสุภาพ กลีบบัว (2524 : 107) ซึ่งศึกษาความรู้ด้านสุขภาพอนามัยและภาวะสุขภาพของร่างกายนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่านักเรียนที่มารดา มีระดับการศึกษาในระดับชั้นสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จะมีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมากกว่านักเรียนกลุ่มที่มารดาไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยเด็กนี้ จะส่งผลต่อการดูแลตนเอง แต่จากการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มารดาของผู้ป่วยเด็กมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยเด็กใกล้เคียงกัน ซึ่งส่งผลให้มีการปฏิบัติดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ลักษณะของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่าลักษณะของครอบครัวไทยจะแตกต่างจากครอบครัวของสังคมตะวันตก คือ ส่วนใหญ่มักจะปลูกบ้านอยู่ใกล้เคียงกัน หรืออยู่บ้านเดียวกับญาติผู้ใหญ่ (สุนทรรา สุภาพ 2520 : 85-86) บิดามารดาและบุตรรวมทั้งญาติพี่น้อง จะมีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น คือมีการติดต่อและเยี่ยมเยียนกันอยู่เสมอ ตลอดจนมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะ บิดามารดาจะมีความรัก ความห่วงใยบุตรอย่างลึกซึ้ง และมักติดตามไปเยี่ยมบุตร ทั้งที่เป็นโสด หรือ แต่งงานแล้วอย่างสม่ำเสมอ ด้วยเหตุนี้ความแตกต่างระหว่างครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายของสังคมไทย จึงมีน้อย โดยเฉพาะสังคมไทยในชนบท การปลูกฝัง แนวความคิดและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยเด็กในครอบครัว

ครัวเดียว ก็อาจจะได้รับจากญาติผู้ใหญ่ที่ปลูกบ้านอยู่ใกล้ เคียงกันหรือญาติผู้ใหญ่ที่มา เยี่ยมเยียน อยู่เสมอ ดังนั้นลักษณะของครอบครัวจึงไม่มีผลต่อการดูแลตนเอง

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ อັตมโนทัศน์ เพศ อายุ ผลการเรียนรู้ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็กคือระดับการศึกษา รายได้และลักษณะของครอบครัว สามารถ ร่วมทำนายนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียได้

ผลจากการศึกษา เมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายนการดูแลตนเอง พบว่า อັตมโนทัศน์และอายุของผู้ป่วยเด็กเป็นปัจจัยที่ สามารถทำนายนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียได้ ซึ่งมีอิทธิพลในการทำนาร้อยละ 46 ($P < .01$) โดยอັตมโนทัศน์ถูกเลือกเข้าไปเป็นอันดับแรก และสามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 41 ($P < .001$) ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่าอັตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึก นึกคิดและการรับรู้ที่มีต่อตนเอง มีส่วนทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ กำลังใจ และมีความสนใจที่จะหาความรู้ รวมทั้งฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของคอนเนลลี่ (Connelly 1987 : 625) ที่กล่าวว่าอັตมโนทัศน์เป็นปัจจัยแรกที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากเป็นพื้นฐานของการรับรู้ ที่คนคิดที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและการตัดสินใจในการดูแลตนเอง อายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ถูกเลือกเข้าไปเป็นอันดับสอง และสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.05 ($P < .01$) ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่า อັตมโนทัศน์ไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก อายุที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลผู้ป่วยเด็กที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญาแตกต่างกัน เด็กอายุมากย่อมมีความสามารถประเมินสถานการณ์ การตัดสินใจ รู้จักรับผิดชอบกิจกรรมและมีความคิดริเริ่ม เข้าใจเหตุผลมากกว่าเด็กอายุน้อย ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซอสซีเออร์ (Saucier 1984 : 135-139) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอັตมโนทัศน์และการมีส่วนร่วมทำนายนกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน อายุ 10-12 ปี พบว่า อายุและอັตมโนทัศน์มีส่วนร่วมทำนายนกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้

สำหรับความผันแปรของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่เหลือร้อยละ 54 ที่ไม่

สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจจะเป็นผลจากปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาใน ครั้งนี้ เช่น ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยเด็กกับกลุ่มเพื่อน ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเด็ก

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอึดมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็กกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้ซีเมีย ดังตารางที่ 6 พบว่าผลการเรียนของผู้ป่วยเด็กและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แต่เมื่อนำปัจจัยเหล่านี้มาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยเด็กและรายได้ของครอบครัว ไม่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ภายในซึ่งกันและกัน ดังตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่า อึดมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการเรียน ($r = .22, P < .05$) ซึ่งอึดมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองมากกว่าผลการเรียน ดังนั้นผลการเรียนจึงไม่ได้รับเลือกเข้าในสมการทำนาย เช่นเดียวกัน เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลักษณะ ครอบครัว ($r = -.20, P < .01; r = -.26, P < .01$ และ $r = -.33, P < .01$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษาของมารดาผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้และลักษณะของครอบครัว ($r = .59, P < .01$ และ $r = .31, P < .01$ ตามลำดับ) ซึ่งอายุของผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองมากกว่ารายได้ของครอบครัว และปัจจัยอื่น ๆ ดังนั้น รายได้ของครอบครัวและปัจจัยอื่น ๆ จึงไม่ได้รับเลือกเข้าในสมการทำนาย

อย่างไรก็ตามเมื่อนำตัวทำนายทุกตัว ไปวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงขึ้น โดยควบคุมอิทธิพลของปัจจัยแต่ละตัว พบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 50.2 ($P < .001$) ซึ่งอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้นอาจจะเป็นผลจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่เข้าสมการในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยปกติแล้ว ถ้ามีตัวแปรอิสระมากขึ้นย่อมทำให้ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) เพิ่มขึ้น (ศิริชัย พงษ์วิชัย 2532 : 366) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่สามารถทำนายความผันแปรของการดูแลตนเองคือ อึดมโนทัศน์ และอายุของผู้ป่วยเด็ก พบว่า ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายความผันแปรของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 30.1 และ 8.1 ตามลำดับ ซึ่งค่าอำนาจการทำนายที่เปลี่ยนไปนี้ อาจเนื่องจากตัวแปรอิสระมีความ

สัมพันธ์ ภายในซึ่งกันและกันหลายตัวดังกล่าวแล้ว ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุนั้น ถ้าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) จะทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ที่ใช้ในการประมาณนั้นเปลี่ยนไป (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี 2528 : 24) และการแก้ปัญหาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันสูงนั้น ถ้าตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูง ก็ควรจะเลือกตัวแปรมาศึกษาเพียงตัวเดียว ในการเลือกตัวแปรใดมาศึกษานั้น ให้พิจารณาจากตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามสูงกว่า (ศิริชัย พงษ์วิชัย 2532 : 367) .

อนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเด็กตอบแบบสอบถามอัตโนมัติในทัศนด้วยตนเอง พบว่าผู้ป่วยเด็กเล็ก โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กอายุ 8 ปี มีความเข้าใจข้อคำถามต่อไปนี้ไม่ตรงกัน คือ

- ข้อ 7 ฉันรู้สึกประหม่า เมื่อครูเรียกชื่อฉัน
- ข้อ 9 เมื่อฉันโตขึ้น ฉันจะ เป็นบุคคลสำคัญคนหนึ่ง
- ข้อ 17 ฉันเป็นสมาชิกที่สำคัญคนหนึ่ง ในครอบครัว
- ข้อ 27 ฉันเป็นคนสำคัญในชั้นเรียน

กล่าวคือผู้ป่วยเด็กบางรายไม่เข้าใจคำว่า ประหม่า หรือบุคคลสำคัญ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยเด็กวัยเรียนตอนต้น มีพัฒนาการด้านสติปัญญาอยู่ในขั้นคิดปฏิบัติการด้วยรูปธรรม ผู้ป่วยเด็กอาจจะไม่เข้าใจคำนามธรรมหรือคำศัพท์บางคำดังกล่าวแล้ว

นอกจากนี้ในคำถามข้อ 57 เพื่อนผู้ชายนิยมชมชอบในตัวฉัน

และข้อ 69 เพื่อนผู้หญิงนิยมชมชอบในตัวฉัน

ผู้ป่วยเด็กบางรายเข้าใจคำว่า "นิยมชมชอบในตัวฉัน" ในแง่ของการชอบหรือรักในเพศเดียวกัน เช่น ในกรณีผู้ป่วยเด็กเพศชาย บอกว่า "ข้อ 57 เพื่อนผู้ชายนิยมชมชอบในตัวฉัน" หมายถึง ตนเองมีลักษณะเป็นกะเทยและมีเพื่อนผู้ชายมาชอบ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ซักถามความเข้าใจในข้อคำถามดังกล่าว (ข้อ 7, 9, 17, 27, 57 และ 69) จากผู้ป่วยเด็กทุกรายภายหลังจากที่ผู้ป่วยเด็กตอบแบบสอบถามอัตโนมัติเสร็จแล้ว เมื่อพบว่าผู้ป่วยเด็กเข้าใจความหมายของข้อคำถามไม่ตรง ผู้วิจัยได้อธิบายความหมายของข้อคำถามนั้น ๆ แก่ผู้ป่วยเด็ก แล้วเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กเลือกคำตอบใหม่อีกครั้ง

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

โรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ อັตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ อายุ ผลการเรียนรู้ และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ รายได้ของครอบครัว โดยที่ อັตมโนทัศน์และอายุของผู้ป่วยเด็ก สามารถร่วมทำนายนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้ตั้งน้การศึกษาที่จึงสนับสนุนสมมติฐานเพียงบางส่วนและไม่เป็นไปตามแนวความคิดของโอเรม (Orem 1985 : 25-26; Orem & Taylor 1986 : 46-47) ที่กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factor) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้น พัฒนาการ ภาวะสุขภาพสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ระบบของครอบครัวมีอิทธิพลต่อความต้องการในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจเด็กโรคเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหाराช นครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2532 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2532 จำนวน 103 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามอ้อมโนทัศน์สำหรับเด็ก และแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยหาค่าความถี่และอัตราร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ยและค่า เบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอ้อมโนทัศน์และคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็กคือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัวกับการดูแลตนเอง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้ โดยทดสอบที่
4. คำนวณหาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวทำนายแต่ละตัว ได้แก่ อ้อมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัวต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนและ แบบเชิงขึ้น

ซึ่งผลการวิจัยพบว่า

1. อັตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .64$)
2. ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ และผลการเรียนมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .26$ และ $r = .24$, ตามลำดับ) แต่ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ จำนวน ครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ
3. ปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของครอบครัวมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .20$) แต่ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ระดับการศึกษาของมารดาผู้ป่วยเด็ก ลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อັตมโนทัศน์และอายุของผู้ป่วย เด็ก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถอธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 46 ($F = 42.51$, $P < .05$) และเมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงขั้น พบว่า อັตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็กคือ เพศ อายุ ผลการเรียน จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็กคือ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะของครอบครัว สามารถรวม อธิบายความผันแปรของการดูแลตนเองได้ร้อยละ 50.2 ($F = 11.836$, $P < .001$)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า อັตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก คือ อายุ ผลการเรียน และ ปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก คือ รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย โดยที่อັตมโนทัศน์ และอายุของผู้ป่วยเด็กเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ผู้วิจัย จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กคืออັตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก และนำเอาปัจจัยดังกล่าวมาเป็นพื้นฐานใน

การประเมินวางแผนและให้การพยาบาล ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดย

1. พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ที่ดีคือ

1.1 ให้ความสนใจและช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนโยนอย่างสม่ำเสมอ และด้วยความจริงใจ ตลอดจนสนใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กทั้งร่างกายและจิตใจ

1.2 กระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น

- กล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา หรือปฏิบัติตนได้เหมาะสม
- ไม่พูดเน้นสิ่งที่อาจจะ เป็นปมด้อยของเด็ก เช่น ลักษณะรูปร่างและหน้าตา สีผิว
- ให้ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อการรักษาพยาบาล เช่น การเลือกตำแหน่งที่จะให้เลือด

1.3 จัดให้ผู้ป่วยเด็กได้มีกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือแสดงความสามารถต่าง ๆ ที่ตนเองมีอยู่ เช่น การจัดกิจกรรมในวันสำคัญๆ สำหรับเด็ก ได้แก่ วันปีใหม่ วันเด็ก

1.4 ให้คำแนะนำบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีอัตมโนทัศน์ที่ดี เช่น

- ไม่เปรียบเทียบความสามารถ ลักษณะรูปร่างหน้าตา ของผู้ป่วยเด็ก กับพี่น้อง หรือเด็กอื่น
- สร้างความภาคภูมิใจให้แก่ผู้ป่วยเด็ก โดยการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยเด็ก และสนับสนุน ส่งเสริมความสามารถที่ผู้ป่วยเด็กมีอยู่
- ควรให้ผู้ป่วยเด็กไปโรงเรียน ถึงแม้ว่าเด็กอาจจะเรียนไม่ได้ดีเท่าคนอื่น เพราะจะเป็นการฝึกให้เด็กรู้จักการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น และช่วยพัฒนาความสามารถต่าง ๆ ที่เด็กมีอยู่ ทำให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม คือ ผู้ป่วยเด็กที่มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม พยาบาลควรส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และช่วยแก้ไขในผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ายังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ปฏิบัติ

ตนเองไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อ การรักษาความสะอาดของปาก ฟัน การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ การดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ได้แก่ การมาตรวจตามแพทย์นัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา รวมทั้งไม่เคย สังเกตอาการผิดปกติของตนเองและผลข้างเคียงของการรักษา ดังนั้นพยาบาล ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดย

2.1 ให้คำแนะนำ หรือสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเด็กโดยตรง ซึ่งจะต้องมีวิธีการให้คำแนะนำหรือสุขศึกษาที่เหมาะสมกับบุคลิกภาพและระดับสติปัญญาของเด็กอายุต่าง ๆ เช่น

- เนื้อหาที่ให้จะต้องไม่สลับซับซ้อน และมีความยากง่ายเหมาะสมกับเด็ก
- ภาษาที่ใช้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก
- จัดแบ่งให้คำแนะนำหรือสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเด็กเป็นระยะ ๆ อาจจะต้องให้ซ้ำหรือเน้นบ่อยครั้ง
- การให้คำแนะนำหรือสุขศึกษา โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ควรมีแบบจำลอง (model) รูปภาพ ภาพสไลด์ หรือเทปโทรทัศน์ประกอบการสอน เพื่อให้เด็กได้มองเห็น หรือจับต้องได้ เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค อาจจะนำแบบจำลองของอาหารชนิดต่าง ๆ หรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะได้รับเลือด อาจนำชุดของการให้เลือด (set drip เลือด) เข็มฉีดยามาให้ผู้ป่วยเด็กได้มองเห็นและจับต้องจริง ๆ
- เมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้จากการติดเชื้อพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเด็กทราบ โดยให้เนื้อหาและภาษาที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วยเด็ก ซึ่งอาจจะอธิบายในขณะที่พยาบาลเช็ดตัวให้ผู้ป่วยเด็ก และชี้ให้ผู้ป่วยเด็กทราบว่า ไข้ เป็นอย่างไร และควรปฏิบัติอย่างไร

นอกจากนี้พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้อธิบายความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษายาบาล รวมทั้งคำแนะนำต่าง ๆ ที่ให้ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความคิดต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก และสามารถนำมาวางแผนให้คำแนะนำหรือสุขศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กต่อไป

3. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติกาการดูแลตนเอง ควรตระหนักถึงปัจจัยด้านมารดา

ผู้ป่วยเด็ก ที่สำคัญ คือ รายได้ของครอบครัว เนื่องจากโรค ธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ครอบครัวมีภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวที่มีรายได้น้อย อาจจะมีปัญหาเศรษฐกิจและไม่สามารถหาซื้อเครื่องอุปโภคบริโภคที่จะอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเด็กดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นในการให้คำแนะนำการปฏิบัติดูแลตนเอง ควรให้เหมาะสมกับฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยเด็ก และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ตามสภาพที่เป็นจริงของครอบครัวผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งให้คำแนะนำแก่มารดาของผู้ป่วยเด็กในการติดต่อหน่วยสงเคราะห์ด้านการเงินต่าง ๆ เช่น ส่งคมส่งเคราะห์ของโรงพยาบาล การขอมีบัตรผู้มีรายได้น้อยของกระทรวงสาธารณสุข การติดต่อขอรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์

4. โรงพยาบาลควรมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนในการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเด็กโดยตรง และมีการจัดอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยเด็ก เพื่อเป็นการเตรียมบุคลากรให้พร้อมที่จะทำหน้าที่ในการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการศึกษายาบาล

การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลควรมุ่งให้นักศึกษาตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก และปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งจัดให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์จริงในการประเมินอัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก ปัจจัยด้านมารดาผู้ป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โรคธาลัสซีเมียทั้งนี้ เพื่อให้นักศึกษาสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

1. ศึกษาเปรียบเทียบ อัตมโนทัศน์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก ปัจจัยด้าน มารดาผู้ป่วยเด็กและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ กับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ไม่ได้รับการตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ
2. ศึกษาเปรียบเทียบ อัตมโนทัศน์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่เคยเรียนหนังสือซ้ำชั้น กับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ไม่เคยเรียนหนังสือซ้ำชั้น
3. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือ วัยผู้ใหญ่ โดยอาจจะศึกษาติดตาม อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียกลุ่มเดิม

อย่างต่อเนื่อง

4. ศึกษาเปรียบเทียบอັตมโนทัศน์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน ในเรื่องโรค การเปลี่ยนแปลงของลักษณะหน้าตา และการปฏิบัติตน กับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ที่ไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน ซึ่งการสอนอย่างมีแบบแผนนั้นอาจจะแบ่งเนื้อหาเป็นตอนๆ และให้การสอนเป็นระยะๆ รวมทั้งใช้สื่อประกอบการสอนต่างๆ เช่น แบบจำลอง รูปภาพ ภาพสไลด์ หรือเทปโทรทัศน์ โดยศึกษาในระยะยาว (longitudinal study) .

5. ศึกษาในทำนองเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและ จิตใจมากวัยหนึ่ง หรือ ผู้ป่วยเด็กที่มีความพิการของร่างกาย เนื่องจากอุบัติเหตุหรือได้รับการผ่าตัด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอັตมโนทัศน์ โดยเฉพาะภาพลักษณ์ อย่างทันทีทันใด ซึ่งอาจจะได้ผลการศึกษาที่แตกต่างไปจากการศึกษาในครั้งนี้ .

6. ศึกษาในทำนองเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่ม ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในภูมิภาคอื่น ๆ เช่น ภาคอีสาน กลาง เนื่องจากประชาชนในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย จะมีลักษณะการอบรมเลี้ยงดูบุตร การดำเนินชีวิตและสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป ซึ่งอาจจะทำให้อັตมโนทัศน์ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กแตกต่างกัน หรือศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่กว้างขวาง

7. ศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก เช่น ลักษณะการเลี้ยงดูของบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเด็กกับกลุ่มเพื่อน

8. ศึกษาเกณฑ์มาตรฐานอັตมโนทัศน์ของเด็กไทย ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ในการประเมินอັตมโนทัศน์ของผู้ป่วยเด็กที่ศึกษา

- เฉลา เพียรชอบ. การศึกษาการดูแลสุขภาพของตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาพลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- ชนิกา ตัญจินดา และคณะ. "การเจริญเติบโตล่าช้า และระดับฮอร์โมนการเจริญเติบโตในผู้ป่วย เบต้า ธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบิน อี." สารศิริราช. 35 (11 พฤศจิกายน 2526) : 989-988.
- ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์ . อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพัฒนาการทางสติปัญญา และความสามารถในการเข้าใจบุคคลอื่น. รายงานการวิจัยฉบับที่ 2 ของภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2522.
- ต่อพงศ์ สงวนเสริมศรี และคณะ. "ธาลัสซีเมียชนิดธรมะ 1 โฮโมไซกัสแบบธาลัสซีเมีย ลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจเลือด." เชียงใหม่เวชสาร. 16 (4 ตุลาคม 2520) : 169 - 174.
- ทีศนา แคมมณี. " การสอนเพื่อเสริมสร้างอ้อมโนทัศน์ตามแนวมนุษยนิยม : นวัตกรรมทางการศึกษาระดับประถมศึกษา." วารสารครุศาสตร์. 12 (ตุลาคม-ธันวาคม 2526) : 12 - 19.
- นิตยา คชภักดี. สุขภาพเด็กกับการเรียนรู้. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็กหน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
- นิตยา ไทยภิรมย์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- นิภา นิธยาน. การปรับตัวและบุคลิกภาพ : จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2530.
- บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี. ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ ศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ประติพันธ์ อูปรมย์. เด็กกับการพัฒนาบุคลิกภาพ. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยเด็ก หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์, 2525.
- ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร. พัฒนาการวัยเด็ก. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา พฤติกรรมเด็ก หน่วยที่ 1 - 8 สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป.สัมพันธ์พาณิชย์, 2531.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ การวัด การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2520.
- ประเวศ วะลี. "Abnormal Hemoglobins and Thalassemia." ใน โลหิตวิทยา. หน้า 198 - 272. สุภา ณ นคร และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2513.
- _____. "ธาลัสซีเมีย." ใน เวชพันธุศาสตร์และปัญหาโรคพันธุกรรมในประเทศไทย. หน้า 3 - 13. จินตนา คีรินาวิน และชนิกา ตูจินดา, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2524.
- ประสงค์ เกียนบุญ มาเรียม บุญมา และต๋องงค์ สงวนเสริมศรี. "การเจริญเติบโตของเด็กธาลัสซีเมีย." เชียงใหม่เวชสาร. 23 (3 กันยายน 2527) : 220 - 225.

- ปราณี สิงห์ประเสริฐ. "หมู่เลือดและการให้เลือด." ใน พยาธิวิทยาศาสตร์. หน้า 63 - 77. ภูมรา ตาละลักษณ์ และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ เรือนแก้ว, 2529.
- พรณี ชูชัยเจริญจิต. อิทธิพลของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อเด็ก. ใน เอกสารการสอน ชุดวิชาพฤติกรรมวัยเด็ก หน่วยที่ 1 - 7 สาขาศึกษาศาสตร์มหาวิทาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป. สัมพันธ์พาณิชย์, 2531.
- พรรณทิพย์ เกกะนันท์. "การเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของวัยรุ่น." วารสาร- ศึกษาศาสตร์. 2 (สิงหาคม-กันยายน 2516) : 64 - 68.
- พยอม อิงคตานุวัฒน์ และศุภาสิณี กังวาลเนาวรัตน์. "สภาวะจิตสังคมในเด็กเป็นโรคธาลัส- สีเมีย." วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. 18 (มีนาคม-กันยายน 2522) : 25 - 48.
- นิมพร ยศแก้ว. ความรู้ ที่สนใจและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพผู้บริโภคของนักเรียนชั้นประถม ศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเทศบาล เขตการศึกษา 8. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร มหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน์. "ภาวะโลหิตจางจากการขาดอาหาร." ใน โลหิตวิทยาในเด็ก. หน้า 1620. จันทร์นิวัตร เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พาณิชย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : อมรินทร์การพิมพ์, 2522.
- ไพบุลย์ คำพันธ์ และธณศักดิ์ รังสีพรหม. การศึกษาประวัติและอาการทางคลินิกในผู้ป่วย เบต้าธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบิน อี ระหว่างปี 2515-2519. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

- ไพเราะ เกตุวิจิต. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน โรคเบาต่ำ ธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี .
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา. "โรคธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติ." ใน กุมารเวชศาสตร์. เล่ม 3, หน้า 1631-1642. จันทร์นิวัตร เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พาณิชย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์การพิมพ์, 2522.
- ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา และอำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์. "โรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติ." ใน โลหิตวิทยาในเด็ก. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 61 - 100. ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2530.
- ภัทรา จุลวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตรามโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- มาเรียม บุญมา, อุษา ธนังกูรและต่อพงษ์ สงวนเสริมศรี. "การเจริญเติบโตในเด็กป่วยธาลัสซีเมีย." ตากลินเวชสาร. 6(มกราคม - เมษายน 2531) : 44 - 51.
- มัลลิกา มีติโก. "แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง." ใน การดูแลสุขภาพตนเองที่คณะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 1 - 24. พิมพ์วิทย์ ปริดาสวัสดิ์ ใหญ่ศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรุณา ปุรพันธ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แสงแดด จำกัด, 2530.
- ยุพิน จันทร์คคะ. "การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ." ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. หน้า 119. พรศรี ศรีอัมภาพรและยุวดี วัฒนานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

- ยวดี ภาษา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2526.
- รัตนา มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- รุ่งนภา ทิฆะ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกและสัมฤทธิผลทางการเรียน. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. ภาควิชาจิตวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.
- วชิระ วุฒิกุลประพันธ์ และเสริมรุ่ง นทีจารุชิต. สาเหตุการตายในผู้ป่วยเบาธาลัสซีเมียซีโมโกลบินอี : รายงานการวิจัยทางคลินิก และการตรวจภายหลังผู้ป่วยถึงแก่กรรม. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. การศึกษาสติปัญญา ความพร้อมทางสังคม และการเจริญเติบโตทางร่างกายของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- วารุณี อมรทัต. จิตวิทยาพัฒนาการในเด็กวัยเรียน . ใน จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. หน้า 34 - 47. วันเพ็ญ บุญประกอบ และ อัมพล สุอัมพันธ์ , บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์ , 253๘.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช , 2526.

- เสถียร สถาพงศ์ และคณะ. "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสุขภาพนักเรียนระดับประถมศึกษา." วารสารสุขศึกษา. 9 (ตุลาคม-ธันวาคม 2529) : 45 - 51.
- สาคร พุทธปวน และคณะ. ความเครียดในญาติผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมียในเขตภาคเหนือของประเทศไทย รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2528.
- สุชาติ ณะพงศ์พร. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการติดตามเหตุผลโดยหลักการอนุรักษ์ของเปียเจท์ กับมโนทัศน์ด้านความเจ็บป่วยของเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. การพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และสดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2528.
- สุชาติ โสมประยูร. การบริหารสุศึกษาในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- สุดสาคร ตูจินดา. "โรคโลหิตจางเรื้อรังแต่กำเนิดเนื่องจากฮีโมโกลบินผิดปกติและธาลัสซีเมียชนิดที่พบบ่อยในประเทศไทย." ใน เวชพันธุศาสตร์และปัญหาโรคพันธุกรรมในประเทศไทย. หน้า 15-27. จินตนา ศิรินาวัน และชนิกา ตูจินดา, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2524.
- สุดสาคร ตูจินดา และคณะ. การประเมินสถานการณ์โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในประเทศไทย. สรุปรายงานประเมินสถานการณ์โรคโลหิตจางในประเทศไทย, 2532.
- สุโท เจริญสุข. จิตวิทยาพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น (พร้อมสูตรแก้ปัญหาชีวิต). กรุงเทพมหานคร : พิระพัฒนา, 2520.

- สุปราณี พันธุ์น้อย และกรรณิการ์ สุวรรณโคต. การพยาบาลในภาวะสุขภาพอนามัยผิดปกติ. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 8 -15 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : ห้างเจ็ดการพิมพ์, 2527.
- สุนัตรา สุภาพ. สังคม และ วัฒนธรรม ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2520.
- สุภาพ กลีบบัว. ความรู้ด้านอนามัย และ สภาวะสุขภาพ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- สุรางค์ จันท์เอม. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดอักษรบัณฑิต, 2524.
- สุรีย์ จันทรโมลี. การศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมปีที่ 5 , 6 และผู้จบชั้นประถมปีที่ 6 ในจังหวัดบุรีรัมย์ อำเภอเมือง และอำเภอปรางค์มาศ. รายงานการวิจัย ภาควิชาสุขศึกษา. คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- สงศรี ศรีมุกดา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองกับความสำเร็จทางการศึกษา ของเด็กวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2511.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2532 .
- อัมพล สุอำนัน. "ปฏิกริยาทางจิตในเด็กป่วย." ใน ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 2. หน้า 1024-1026. สำหรับ จิตตินันท์ และเสาวณีย์ จำเดิมเพ็ญจติก, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2529.

- _____. "สภาพจิตใจของเด็กที่เจ็บป่วย และอยู่ในโรงพยาบาล." ใน จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์, หน้า 164 - 171. วันเพ็ญ บุญประกอบ และอัมพล สุอำพันธ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 253๑.
- อัมพล สุอำพันธ์ และวาสนา ธรรมณี. จิตวิทยากับการเจ็บป่วย. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สุขภาพเด็ก หน่วยที่ 8 - 15 สาขาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
- อ่ำไผ่ ศิริพันธ์. "ความนึกคิดเกี่ยวกับตน." วารสารครุศาสตร์. 1 (สิงหาคม - ตุลาคม 2515) : 91 - 103.
- Ausubel, D.P. and Robinson, F.G. School Learning. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Bloom, R.B.; Shea, R.J. and Eun, B.S. "The Piers-Harris Self concept Scale Norms for behaviorally disordered children." Psychology in the Schools. 16 (October 1979) : 483 - 487.
- Brandt, M.A. "Consider the patient of a family." Nursing Forum. 21 (1, 1987) : 19 - 23.
- Brett, A. "Preparting children for hospitalization : A classroom teaching approach." Journal of School Health. 53 (1983) : 561 - 562.
- Brown, A.J. and Wisconsin, Milwaukee. "School - Age Children with Diabetes : Knowledge and Management of the Disease, and Adequacy of Self Concept." Maternal-Child Nursing Journal. 14 (Spring 1985) : 47 - 61.

- Bruns, R.B. The self concept : In theory, measurement development and behavior. London : Longman Group Limited, 1979.
- Chinn, Peggy. "A Relationship Between Health and School Problem : A Nursing Assessment." The Journal of School Health. 43 (February 1973) : 85 - 92.
- Connelly, C.E. "Self-Care and the Chronically ill Patient" Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987) : 621 - 629.
- Denison, Darwin. "Health Behavior Difference between low and middle social class students." The Journal of School Health. 39 (December 1969) : 731 - 735.
- Eichelberger, K.M. et al. "Self care Nursing Plan : Helping children to help themselves." Pediatric Nursing. 6 (May - June 1980) : 9 - 13.
- Elizabeth, Elaine. "The relationship between self perceptions of competence and self-care behaviors in third-grade children" Dissertation Abstracts international. 48 (December 1987) : 1644 B.
- Foster, P.C. & Janssens, N.P. "Dorothea E. Orem." In Nursing Theories : The Base For Professional Nursing Practice. 2nd ed. P 124-139. Edited by J.H. George. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1985.

Foster , R.L. et al . Family - Centered Nursing Care of Children.

Philadelphia : W.B. Saunders Company , 1989.

Gale, R.F. Developmental Behavior. London : Macmillan Company, 1975.

George, J.B. Nursing Theories : The Base For Professional Nursing Practice. 2nd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1985.

Glanville, S.M. "A Comparison of emotional and behavioral adjustment among children with sickle cell anemia , diabetes millitus and normal physical development." Dissertation Abstracts International. 39 (September, 1978) : 1479 B.

Haywood, L.J. "Anxiety, Self Concept and personal and social adjustments in children with sickle cell anemia." The Journal of Pediatric. 88 (May 1976) : 859 - 863.

Hill, L. and Smith N. Self Care Nursing : Promotion of Health. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1985.

Hurlock, E.B. Personality Development. New York : McGraw-Hill Book Co., 1974.

Hurtig, A.L. and White, L.S. "Psychosocial Adjustment in children and Adolescents with Sickle Cell Disease." Journal of Pediatric Psychology. 11 (September 1986) : 411 - 427.

- Hyman, M.D. "Social Psychological Factors Affecting Disability Among Ambulatory Patient." Journal of Chronic Disease, 28 (April 1975) : 199 - 216.
- Isaacs, Jennie and McElroy, M.R. "Psychosocial aspects of chronic illness in children." The Journal of school health, (August 1980) : 318 - 321.
- Jarmin, Sylvia and Trygstad, L.N. Behavioral Concepts and the Nursing Process. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1976.
- Jersild, A.T. In Search of self. New York : Teacher of India Private Limited, 1967.
- _____. The Psychology of Adolescent. New York : McMillan Co., 1963.
- Joseph, L.S. "Self-Care and the Nursing Process." Nursing Clinics of North America, 15 (March 1980) : 131 - 143.
- Juenker, Donna. "Child's perception of his illness." in Nursing care of the child with long-term illness, p. 133 - 171. Edited by S. Steele. New York : Appleton-Century-Crofts, 1971.
- Kashani , J. H.et al. " Psychopathology and Self Concept in Asthmatic Children." Journal of Pediatric Psychology, 13 (December 1988.) : 509 -520.

- Kendler, H.H. Basic Psychology. New York : Applelan Century - Crofts, 1963.
- Koster, M.K. "Self care: Health behavior for the school-age child." Topic in Clinical Nursing. 5 (April 1983) : 29 - 40.
- Lemanek, Kathleen. et al. "Psychological Adjustment of Children with sickle cell anemia." Journal of Pediatric Psychology. 11 (September 1986) : 397 - 410.
- Lindzey, G. and Hall, C.S. Theories of Personality. New York :John Wiley and Sons. Inc., 1965.
- Logothetis, J. et al. "Intelligence and behavioral patterns in patients with cooley's anemia (Homozygus beta-thalassemia)." Pediatrics. 48 (November 1971) : 740 - 743.
- Martin, J.P. & Cottrel, R.R. "Self-Concept, Values, and Health Behavior." Health Education. (October - November 1987) : 6 - 9.
- Massaglia, P & Carpinano, M. "Psychology of the thalassemia patient and his family." In Thalassemia Today. The Mediteranean Experience. p.69 - 79. Edited by Sirchia G, Zanella A Milano : Italy Centotrans-fusionale Ospedale Magoiore, 1987.
- McAnerney, E.R., Pless I.B., Satterwhite, Betty and Friedman, S.B. "Psychological Problems of Children with Chronic Juvenile Arthritis." Pediatric. 53 (April 1974) : 523 - 527.

- Miller, K.L. "Self concept and Participation in Self care among School age children with Diabetes Mellitus." Masters Abstracts International. 25 (Summer 1987) : 86.
- Morgan, S.A. and Jackson, J. "Psychological and Social Concomitants of Sickle Cell Anemia in Adolescents." Journal of Pediatric Psychology. 11 (September 1986) : 429 - 440.
- Nelson, B.K. "Relation between self concept and self care practices in school age children with asthma." Masters Abstracts International. 24 (Winter 1986) : 382.
- Norris , C .M. " Self Care ". American Journal of Nursing. 79 (March 1979) : 487-489.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of practice. 3rd ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1985.
- Orem, D.E. and Taylor, S.G. "Orem's General Theory of Nursing ." In Case Studies in Nursing Theory. p. 52 Edited by P.W. Fry. The United States of America : National League for Nursing, 1986.
- Parse, R.R. Nursing Science Major Paradigms, Theories And Critiques. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1987.
- Pierce, P.M. and Giovinco. G . "REACH :Self care for the chronically ill child. "Pediatric Nursing. 9 (January-February 1983) : 37-39

Piers, E.V. and Harris, D.B. "Age and other correlates of self concept in children." Journal of Educational Psychology. 55 (April 1964) : 91-95.

Phillip, D.L. "The Relationship between self concept and self care practice of children with insulin-dependent diabetes mellitus." Masters Abstracts International. 25 (Summer 1986) : 204.

Potter, P.A. and Perry, A.G. Basic Nursing Theory and Practice. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1987.

Pridham, K.F. "Instruction of a School - Age Child with Chronic Illness for Increased Responsibility in Self Care, Using Diabetes Mellitus as an example." International Journal of Nursing Studies. 8 (1971) : 237 - 246.

Rambo, B.J. Adaptation Nursing Assessment & Intervention. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1984.

Rodman, Hyman & Pretto, D.J. "Chief's Age and Mother's Employment in Relation to Greater Use of Self care Arrangements for Children." Journal of Marriage and Family. 49 (August 1985) : 573-578.

Ross Conference on Pediatric Research. The Care of Children with Chronic Illness. Ohio : Publishing by Ross Laboratories, 1974.

Roy, S.C. Introduction to Nursing : An Adaptation Model. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1976.

Saucier, C.P. "Self Concept and Self-care management in School-Age Children with Diabetes." Pediatric Nursing. 10 (March/April 1984) : 135 - 138.

Scungio, J.B. "The relationship between self-concept and social activities of leukemic and healthy school age children." Dissertation Abstracts International. 43 (September 1982) : 681 B.

Servousky, Jane and Opas, S.R. Nursing Management of children. Boston : Jones And Bartlett Publishers, Inc., 1987.

Shavelson, R.J., Hubner, J.J. and Stanton, G.C. "Self-Concept : Validation of Construct Interpretations." Review of Educational Research. 46 (Summer 1976) : 407-441.

Taggart, Marge. "Adjusting to Alterations Body Image." The Journal of Practical Nursing. 27 (July 1977) : 25 - 27.

Tilden, V.P. & Weinert, Clarann. "Social support and the chronically ill individual." Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987) : 613 - 619.

Torres, Gertrude. Theoretical Foundations of Nursing. Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1986.

Tsiants, T. Tsantili, D.X. & Logoyianni, S.P. "Family reactions and their management in a parents group with beta-thalassemia." Archives of Disease in Childhood. 57 (1982) : 860 - 863.

Vetanavicharn, Sumit. et al. "Iron Absorption in Patients with B - Thalassemia Haemoglobin E Disease and the Effect of Splenectomy." Acta Haematologica. 69 (January - June 1983) : 414 - 416.

Webster's New Universal Dictionary of The English Language. New York : Unabridged Webster's Universal Press, 1977.

Wohl, Michael G. Long-Term Illness : Management of the Chronically Ill Patient. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1959.

Wylie, R.C. The self-concept: A Review of Methodological Considerations and Measuring Instruments. Lincoln : University of Nebraska Press, 1961.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของ
แบบสอบถามอัตโนมัติในทัศนสำหรับเด็ก

1. ศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สุวรรณทัต
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ชนิกา ตูจินดา
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ปิยะนุช ประจักษ์จิตกร
ศูนย์สุขวิทยาจิต กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข
4. อาจารย์ ดร.ประคิม สุจนายา
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วรพรรณ ต้นไพจิตร
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริธรรม ธนะภูมิ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัมพล สุอำพัน
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของ
แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้ซีเมีย

1. ศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สุวรรณทัต
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ต่อพงศ์ สงวนเสริมศรี
ภาควิชากุมารศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อาจารย์ ดร.ประคิม สุจนายา
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. อาจารย์ ดร.วิภา จิระแพทย์
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วรารมย์ ต้นไพจิตร
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



เลขที่แบบบันทึก.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

(รวบรวมจากการสัมภาษณ์และรายงานประวัติของผู้ป่วยเด็ก)

ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก

1. ชื่อ ชื่อสกุล

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. อายุ ปี

4. เรียนหนังสือระดับชั้น

5. เคยเรียนหนังสือซ้ำชั้นหรือไม่

() เคย () ไม่เคย

6. ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย

() โฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย

() เบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี

() ฮีโมโกลบินเอช

() อื่น ๆ ระบุ

7. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ภายในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมา)
..... ครั้ง

ข. ข้อมูลทั่วไปของมารดาผู้ป่วยเด็ก

8. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

() มัธยมศึกษา

() อาชีวศึกษา หรืออุดมศึกษา

9. ลักษณะของครอบครัว

() ครอบครัวเดี่ยว

() ครอบครัวขยาย

10. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

11. ความคาดหวังของมารดาต่อบุตร
 - 11.1 คุณคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรไว้อย่างไรบ้าง
 - 11.2 คุณคิดว่าบุตรมีร่างกายแข็งแรงหรือไม่
 - 11.3 คุณคาดหวังเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของลักษณะรูปร่างและหน้าตาของบุตรในอนาคตไว้อย่างไรบ้าง
 - 11.4 คุณคาดหวังเกี่ยวกับการเรียนและการทำงานในอนาคตของบุตรไว้อย่างไรบ้าง





ภาคผนวก ค.

ตัวอย่างแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ สำหรับเด็กอายุ 8 - 16 ปี

แบบสอบถาม

อัตมโนทัศน์

สำหรับเด็กอายุ 8 - 16 ปี

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการถามความรู้สึกนึกคิดของหนู เกี่ยวกับตนเองและการกระทำของ
ตนเอง โดยให้หนูอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของหนูมากที่สุด
ซึ่งเด็กแต่ละคนจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองไม่เหมือนกัน ดังนั้นจึงไม่มีคำตอบถูกหรือผิด ขอให้
หนูเลือกคำตอบดังนี้

ถ้าหนู มีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองหรือการกระทำของตนเอง เหมือนกับข้อความ
นั้น ๆ ให้ขีดเครื่องหมาย " ✓ " ลงในช่อง "ใช่"

ถ้าหนู มีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองหรือการกระทำของตนเอง ไม่เหมือนกับข้อความ
นั้น ๆ ให้ขีดเครื่องหมาย " ✓ " ลงในช่อง "ไม่ใช่"

ตัวอย่าง

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ฉันเป็นเด็กน่ารัก		

ถ้าหนูมีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นเด็กน่ารัก ก็ขีดเครื่องหมาย " ✓ "
ลงในช่อง "ใช่" ดังตัวอย่าง

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	ฉันเป็นเด็กน่ารัก	✓	



ตัวอย่าง แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ สำหรับเด็กอายุ 8 - 16 ปี

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	เพื่อน ๆ เห็นฉันเป็นตัวตลก .....	.....	.....
2	ฉันเป็นคนร่าเริง .....	.....	.....
3	ฉันผูกมิตรกับคนอื่นได้ยาก.....	.....	.....
11	ฉันเป็นคนที่เพื่อน ๆ ไม่ชอบ.....	.....	.....
19	ฉันมีความสามารถในการประดิษฐ์สิ่งของด้วยมือ.....	.....	.....
20	ฉันมักยอมแพ้ง่าย ๆ .....	.....	.....



แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ สำหรับเด็กอายุ 8 - 16 ปี
จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบในแต่ละข้อ (ตัวอย่างบางข้อ)

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	เพื่อน ๆ เห็นฉันเป็นตัวตลก	30.1	69.9
.			
8	ฉันไม่ชอบหน้าตาของฉัน	25.24	74.76
.			
15	ฉันเป็นคนแข็งแรง	33.98	66.02
.			
21	ฉันเป็นคนเรียนเก่ง	53.40	46.60
.			
29	ฉันมีหน้าตาดี	42.72	57.28
.			
41	ฉันพอใจรูปร่างของฉัน	73.79	26.21
.			
49	เพื่อน ๆ เห็นฉันเป็นคนมีความคิดดี	73.79	26.21
.			
51	ฉันมีเพื่อนมาก	91.26	8.74
.			
54	ฉันทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีในเกือบทุกเรื่อง	52.43	47.57
.			
73	ฉันมีรูปร่างดี	34.95	65.05
.			
80	ฉันเป็นคนดี	85.44	14.56



ตัวอย่างแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

แบบประเมิน
พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง
สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคซาล์สซีเมีย

คำชี้แจง

แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคซาล์สซีเมีย เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาด การพักผ่อน การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

ผู้สัมภาษณ์จะอ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยเด็กฟังทีละข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าตนเองมีการปฏิบัติตามข้อความนั้นอย่างไร ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจข้อความนั้น ๆ ผู้สัมภาษณ์จะอธิบายเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และตอบได้ตรงกับความเป็นจริงที่สุด ผู้สัมภาษณ์จะบันทึกคำตอบไว้ แล้วนำมาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังนี้

ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ
หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติเป็นบางวันหรือบางครั้งที่มีเหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ
หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติเมื่อมีเหตุการณ์ตามข้อความนั้น ๆ
หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

ถ้าผู้ป่วยไม่มีโอกาสปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ
หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์ ให้ 0 คะแนน

เลขที่แบบบันทึก

ตัวอย่าง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมีย

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติ			ไม่มีเหตุการณ์
		3	2	1	
1	โดยปกติหันรับประทานอาหารต่อไปนี้บ่อยครั้ง เพียงใด				
	1.1 อาหารพวกเนื้อสัตว์				
	1.2 อาหารพวกตับสัตว์หรือเลือดสัตว์				
	1.3				
	1.4				
	1.5				
	1.6				
2	.....			
3	.....			
21	หนูสังเกตอาการผิดปกติ ภายหลังจากการ ได้รับเลือด เช่น ผื่นขึ้น รู้สึกไม่ค่อยสบาย ทุกครั้งที่ได้รับเลือดหรือไม่				

ตัวอย่าง เกณฑ์ที่ผู้สัมภาษณ์ใช้ประเมินคำตอบ
ของผู้ป่วยเด็กโรคราสัสซีเมียเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน)	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน)	ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน)	ไม่มีเหตุการณ์ (0 คะแนน)
1	โดยปกติหนูรับ - ประทานอาหาร อาหารต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด				
	1.1 อาหารพวก เนื้อสัตว์	รับประทาน ทุกครั้งที่มีหรือ เกือบทุกครั้ง	รับประทานเป็น บางครั้ง	ไม่รับประทาน หรือเขี่ยออก ทุกครั้ง	
	1.2 อาหารพวก ตับสัตว์ หรือ เลือดสัตว์	ไม่รับประทาน	รับประทานเป็น บางครั้ง	รับประทาน ทุกครั้งที่มีหรือ เกือบทุกครั้ง	
	1.3...				
	1.4...				
	1.5...				
	1.6...				
2	.....			
21	หนูสังเกตอาการ ผิดปกติภายหลัง จากการได้รับ เลือดเช่น ผื่นขึ้น รู้สึกไม่ค่อยสบาย ทุกครั้งที่ได้รับ เลือดหรือไม่	สังเกตทุกครั้ง ภายหลังจากได้ รับเลือด	สังเกตเป็นบาง ครั้งภายหลังจาก ได้รับเลือด	ไม่เคยสังเกต อาการผิดปกติ ภายหลังจากได้ รับเลือด	



เลขที่แบบบันทึก

ตัวอย่าง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคลดสติปัญญา

จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามความถี่ของการปฏิบัติในแต่ละข้อ (ตัวอย่างบางข้อ)

ลำดับ	ข้อความ	การปฏิบัติ			ไม่มีเหตุการณ์
		3	2	1	
1	โดยปกติหนูรับประทานอาหารต่อไปนี้อะไรบ้าง เพียงใด				
	1.1 อาหารพวกเนื้อสัตว์	81.6	17.4	1.0	0
	1.2 อาหารพวกตับสัตว์หรือเลือดสัตว์	1.9	35.9	62.2	0
	1.3				
	1.4				
	1.5				
	1.6				
2	หนูแปรงฟันตอนไหนบ้างและก่อนนอนทำหรือไม่	45.6	35.9	18.5	0
.	ทำทุกวันหรือไม่				
12	หนูเล่นกับเพื่อน หรือพี่น้องบ่อยแค่ไหน	58.3	32.0	9.7	0
.					
14	หนูเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อน ๆ หรือกิจกรรม ของโรงเรียนบ่อยแค่ไหน	29.1	62.1	8.8	0
.					
15	หนูเต็มใจมาโรงพยาบาลตามที่หมอนัดทุกครั้ง หรือไม่	58.2	28.1	13.6	0
.					
21	หนูสังเกตอาการผิดปกติภายหลังจากการได้รับ เลือด เช่น ผื่นขึ้น รู้สึกไม่ค่อยสบาย ทุกครั้งที่ ได้รับเลือดหรือไม่	2.9	21.3	58.3	17.5