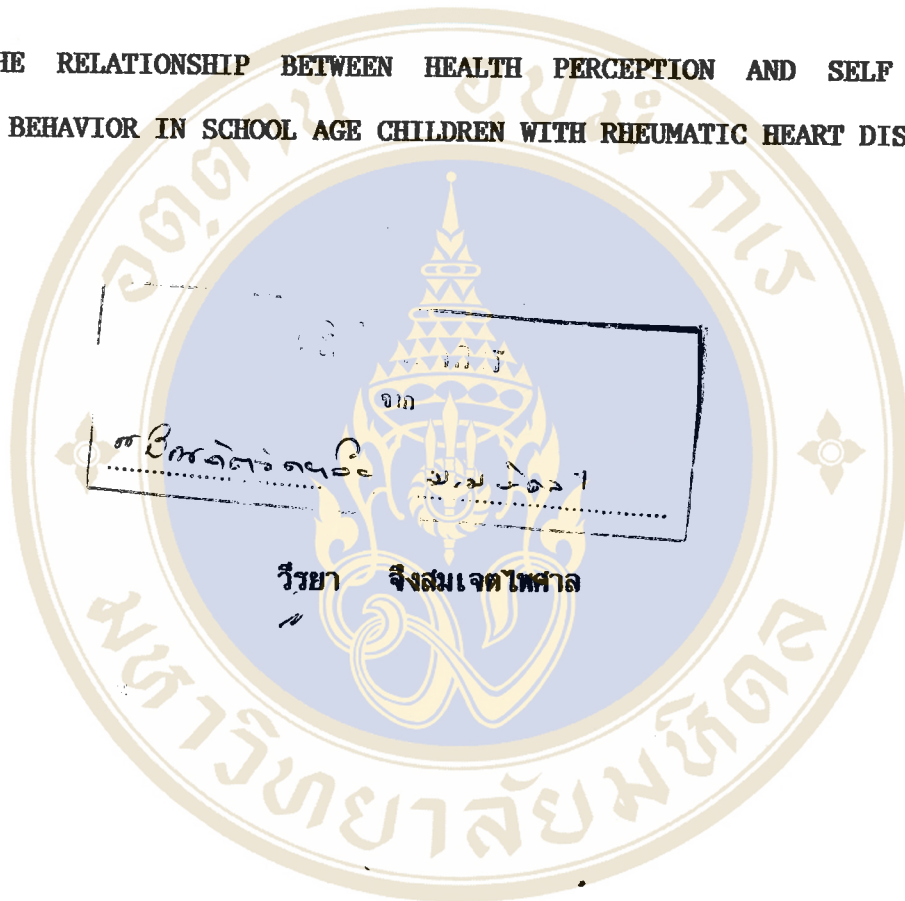




ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูมาติก

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION AND SELF - CARE
BEHAVIOR IN SCHOOL AGE CHILDREN WITH RHEUMATIC HEART DISEASE



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2537

ISBN 974-588-096-5

สงวนลิขสิทธิ์

๑๗

๑๘๓๒ ค

๒๕๓๖

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของเด็กรวยเรียนโรคหัวใจรูมาติก

.....

วีรยา จิงสมเจตไพศาล

ผู้วิจัย

.....

วิชา จีระแพทย์

ป.พ.ส., M.S.N. (Nursing of the Developing

Family), D.N.Sc. (Clinical Nursing Research)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

วิรัตน์ ไกล่บุผา

วท.บ. (พยาบาล), กศ.ม. (วัดผลการศึกษา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

จารุพิมพ์ สูงสว่าง

พ.บ., วว. (กุมารเวชศาสตร์)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ทัศนา บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์

.....

มนตรี จุลสมัย

พ.บ., วท.ม., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

วันที่ 20 เมษายน 2538

..........

วิทยา จิงสมเจตไพศาล

ผู้วิจัย

..........

วิชา จีระแพทย์

ป.พ.ส., M.S.N. (Nursing of the
Developing Family), D.N.Sc.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........

วิรัตน์ ใกล้เคียง

วท.บ. (พยาบาล),

กศ.ม. (วัดผลการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

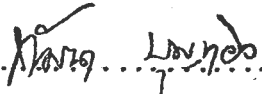
..........

จารุพิมพ์ สูงสว่าง

พ.บ.,

วว. (กุมารเวชศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........

ทัศนีย์ บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

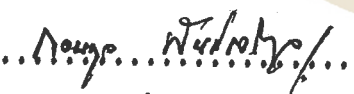
..........

วสันต์ ศิลปสุวรรณ

วท.บ. (สุขศึกษา), ค.ม. (บริหารการศึกษา),

M.P.H. (Comm. H.Ed.), Dr.PH.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

วท.บ. (พยาบาล), M.S. (M.C.H.Nursing),

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..........

มันตรี จุลสมัย

พ.บ., วท.ม., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางวีรยา จิงสมเจตไพศาล

วัน/เดือน/ปี

2 กุมภาพันธ์ 2509

สถานที่เกิด

จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2528-2532

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, พ.ศ.2532-2534

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2534-2535

ประกาศนียบัตรบัณฑิต (การพยาบาลอาชีวอนามัย)

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2535-2537

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก

ทุนการศึกษา

โครงการผลิตและพัฒนาอาจารย์, พ.ศ.2535-2537

ทุนวิจัย

China Medical board of New York, Inc.

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ.2532-2535 : พยาบาลประจำการ

แผนกสูติ-นรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลศิริราช

ปัจจุบัน : อาจารย์ ระดับ 4

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.วิภา จีระแพทย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัตน์ ใกล้เคียง และผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง จารุพิมพ์ สูงสว่าง อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รวมทั้งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล รองศาสตราจารย์ ดร.วสันต์ ศิลสุวรรณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ นานา ที่ได้กรุณาให้แนวคิด คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งให้การสนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือในการวิจัย พร้อมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ตลอดจนพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคหัวใจทุกท่านของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเด็ก ที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง รวมทั้งขอขอบคุณผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก ที่กรุณาช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ รวมทั้งขอบพระคุณโครงการผลิตและพัฒนาอาจารย์ที่กรุณาให้ทุนการศึกษา และ China Medical Board of New York, Inc. ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ ๆ ที่ได้อบรมสั่งสอน และปลูกฝังความมุ่งมั่นและความพากเพียรในการศึกษาแก่ผู้วิจัย ตลอดจนอาจารย์ทุกท่านที่ได้สั่งสอน ถ่ายทอดความรู้ และปลูกฝังความรักในวิชาชีพ ขอขอบคุณ นายแพทย์ภัทรพล และเด็กหญิงภัทริยา จิงสมเจตไพศาล ที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ และเอื้ออาทรตลอดมา รวมทั้งพี่ ๆ และเพื่อน ๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 1 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ชื่อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูมาติก

ผู้วิจัย

วีรยา จิงสมเจตไพศาล

ปรึกษา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

วิชา จีระแพทย์, ป.พ.ส., M.S.N., D.N.Sc.

วิรัตน์ ากลัญญา, วท.บ.(พยาบาล), กศ.ม.(วัดผลการศึกษา)

จารุพิมพ์ สุ่มสว่าง, พ.บ., วว.(กุมารเวชศาสตร์)

วันที่สำเร็จการศึกษา

20 เมษายน พ.ศ.2538

บทคัดย่อ

โรคหัวใจรูมาติกเป็นโรคเรื้อรัง พบมากที่สุดตามบรรดาโรคหัวใจในเด็กชนิดที่เกิดขึ้น
ภายหลังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษานานและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่โรคนี้
สามารถควบคุมอาการของโรค และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองได้ถูกต้อง และเหมาะสม

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูมาติก อายุ 6-13 ปี ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ
แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเด็ก
จำนวน 140 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
เด็กและผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล
ตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์-
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน และทดสอบความมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ โดยการทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ คือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มอดิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.3086$)

2. รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มอดิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2123$) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.1744$ และ $.1798$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยพื้นฐานอื่นได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถรวมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มอดิตได้ร้อยละ 16.19 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กที่มีรายได้สูง ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีเช่นกัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ควรมีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กก่อน แล้วจึงวางแผนให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กและผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง โดยสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

Thesis Title The Relationship Between Health Perception and
Self-Care Behavior in School Age Children with
Rheumatic Heart Disease

Name Weeraya Jungsomjetpaisan

Degree Master of Nursing Science (Maternal and Child
Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Veena Jirapaet, B.Sc., M.S.N., D.N.Sc.

Virat Glaibupha, B.Sc., M.S.Ed.

Jarupim Soongswang, M.D., Dip.Thai Board of Ped.

Date of Graduation 20 April B.E. 2538 (1995)

ABSTRACT

Rheumatic heart disease is a chronic disease which requires long term and continuous care. Effective self-care behavior can minimized severity and prevent the recurrence of the disease.

The purpose of this study was to investigate the relationship between health perception and self-care behavior in school age children with rheumatic heart disease. The sample group was composed of 140 patients who were followed up at the out patient clinic of heart disease at Siriraj Hospital, Chulalongkorn Hospital and Children Hospital. The instrument used for data collection included demographic data form, the health perception and the self-care

behavior of the children with rheumatic heart disease questionnaires. Data were analyzed via SPSS computer program. The statistical tests were percentage, arithmetic mean, standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, Stepwise Multiple Regression and t-test.

The results revealed as follows:

1. There was a positive significant correlation between health perception and self-care behavior of children with rheumatic heart disease at .001 level ($r=.3086$)
2. There was a significant correlation between income and self-care behavior of children with rheumatic heart disease at .01 ($r=.2123$). Duration of illness and Parent's education were significantly correlated with self-care behavior of the children at .05 ($r=.1744$). There were no significant correlations between age, educational level, severity of illness and self care behavior of children with rheumatic heart disease ($P>.05$).
3. The multiple regression analysis showed that 16.19 percent of variance in self-care behavior children with rheumatic heart disease was accounted for three significant predictors, i.e., health perception of the children, income of the family and the children's duration of illness. ($P<.05$)

The results of this study, It was indicated suggested that children who had better health perception, longer duration of illness, and who were from higher income families will trend to have effective self-care behavior. Therefore, nurses should always assess children self-care behavior and health perception in order to plan effective health education and nursing intervention for children with rheumatic heart disease and there parents.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	7
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 บรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
โรคหัวใจรูห์มาติกในเด็ก	10
พัฒนาการของเด็กวัยเรียน	16
พัฒนาการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน	23
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	26
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ	36
การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน	45
โรคหัวใจรูห์มาติก	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62
การวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	65
การอภิปรายผล	84
บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปการวิจัย	93
ข้อเสนอแนะ	95
บรรณานุกรม	97
ภาคผนวก ก. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	112
ข. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก และผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก	115
จำนวนตามเพศ วิธีการรักษา ภูมิลาเนา สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา	
และประเภทผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก	
ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	118

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามระดับอายุและการศึกษา	66
2	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของโรค	67
3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามรายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วย	68
4	ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหิวาจรูห์มาติด จำแนกเป็นรายด้าน	69
5	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายข้อ	70
6	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อ	75
7	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก และปัจจัยพื้นฐานด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก	78
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายทั้ง 7 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก และผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก (อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยเด็ก รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก) โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)	80
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนาย คือการรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วย ที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย กับตัวเกณฑ์ คือพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตาม เพศ วิธีการรักษา และภูมิลาเนา	116
11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้เสี่ยงดูผู้ป่วยเด็ก จำแนกตาม สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา และประเภทของผู้เสี่ยงดูผู้ป่วยเด็ก	117



สารบัญแผนภูมิ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กและผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก	4
2	กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีไอเอร์ม	28
3	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลตนเอง	32
4	โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง	36
5	กระบวนการของการรับรู้ (Process of Perception)	39
6	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และบทบาทของผู้ทำหน้าที่แทนในการดูแลตนเองของเด็ก	44
7	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค	47
8	สรุปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษา	49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจที่มาติดเป็นโรคเรื้อรังเกิดขึ้นภายหลังการเป็นไข้รูห์มาติกเฉียบพลัน พบว่าประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยโรคไข้รูห์มาติกจะมีการอักเสบของหัวใจ และนำไปสู่การเป็นโรคหัวใจที่มาติด (อภิชาติ สุคนธสรวพ 2531: 70) โรคนี้พบได้มากที่สุดตามบรรดาโรคหัวใจในเด็ก (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2535: 7) ชนิดที่เกิดขึ้นภายหลัง (Acquired Heart Disease) ส่วนใหญ่เป็นเด็กซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด มีอากาศอับชื้น สภาพเศรษฐกิจในครอบครัวยากจนและมีภาวะโภชนาการไม่ดี เด็กเป็นจำนวนมากที่เป็นโรคหัวใจที่มาติด แต่มีอาการน้อย ไม่ทราบว่าเป็นโรคหัวใจที่มาติด บิดา-มารดาไม่ได้พาไปพบแพทย์ จึงพบว่าผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีกาการหนัก ทำให้มีอัตราตายค่อนข้างสูง บางรายต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน บางรายต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (เชติมา ปัทมานันท์ 2528: 15) เนื่องจากลิ้นหัวใจมีการอักเสบ เกิดแผลเป็นหรือพังผืดทำให้ลิ้นหัวใจปิดไม่สนิท หัวใจทำงานไม่ไหว เกิดภาวะหัวใจวายได้ (ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ 2528: 462) โรคหัวใจที่มาติดเป็นโรคที่มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น การติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้การปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหารเค็ม การเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งการไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งการกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง มีผลทำให้ภาวะของโรคเลวลง และทำให้การรักษายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น โรคหัวใจที่มาติดเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย และยังพบว่าเป็นกันมาก ซึ่งในประเทศพัฒนาแล้วพบโรคนี้น้อยมาก (ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ 2528: 462) ซึ่งการลดลงของโรคหัวใจที่มาติดเกิดจากภาวะการครองชีพและบ้านพักอาศัยดีขึ้น สืบเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจดีขึ้น การเข้าถึงยาเพนิซิลลินในการกำจัดเชื้อสเตรปโตคอคคัสนั้นเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาในการป้องกันไข้รูห์มาติก และโรคหัวใจที่มาติดได้บ้าง แต่โรคนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำได้ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความ

เข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค และมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (โกรสกีร์ ดันติสิรินทร์ 2528: 463) รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่อง การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาได้ดีขึ้น และสามารถควบคุมภาวะของโรคได้ดี ซึ่งการดูแลตนเองนี้มีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก ในการควบคุมไม่ให้โรครุนแรงขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคด้วยอันจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ผิดปกติต้องสนใจ เอาใจใส่สุขภาพตนเอง และผสมผสานกิจกรรมการดูแลตนเองโดยสอดคล้องเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (ประคอง อินทรสมบัติ ใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ 2536: 142) และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ผิดปกติจะเกิดขึ้นได้ดี หรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถริเริ่ม และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุก ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอาจแตกต่างกันได้ โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ของแต่ละบุคคล (Orem 1991: 136) ดังนั้นการดูแลตนเองจึงเป็นศักยภาพของบุคคลเพื่อการดูแลตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบตนเอง (มัลลิกา มัติโก 2530: 5) โดยมีการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้สอดคล้อง เหมาะสมกับภาวะของโรค การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมได้เหมาะสม บุคคลนั้นจำเป็นต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2532: 14)

การรับรู้เป็นพื้นฐานในการคิด และตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพราะถ้าบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และช่วยให้สามารถควบคุมอาการ และความรุนแรงของโรคได้ ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมเหมาะสม และเป็นไปในทางที่ถูกต้อง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองไปในทางที่ดี (Connelly 1987: 625) ในระยะแรกได้มีการศึกษาการรับรู้ของบุคคลต่อโรคเพื่อทำนาย และอธิบายพฤติกรรมของบุคคลด้านการป้องกันโรคโดยใช้แบบแผนการรับรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อมาเบคเกอร์ (Becker 1974: 82-89) ได้พัฒนาแบบแผนนี้มาทำนาย และอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ตัวแปรที่นำมาศึกษาได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการดำรงพฤติกรรม
 อนามัย และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นรูปแบบเกี่ยวกับสุขภาพ
 ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ โดยการรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ
 และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน อันจะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความคิด ความเข้าใจ และตระหนักถึงความ
 สำคัญของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งจะช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการปฏิบัติกิจกรรม
 การดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ขาดความสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ผู้ป่วยเด็ก
 ต้องมีการรับรู้ในเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการดำรงพฤติกรรม
 อนามัย และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับภาวะ
 ของโรค และการรักษา จะทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
 รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมตามวัยของตน

นอกจากการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้ว ปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำ
 ให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ขาดแตกต่างกันได้ ดังนั้นในการ
 ศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor) ที่นำมาศึกษาคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย
 เด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้าน
 ผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วย
 เด็ก ซึ่งคาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยอาศัยกรอบแนว
 คิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาใช้ในการ
 ศึกษา ซึ่งผลการศึกษาจะนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินและวางแผนการพยาบาล
 เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ขาดมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถดำเนิน
 ชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง



+ = มีความสัมพันธ์ทางบวก

R = มีความสัมพันธ์กัน

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ

กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจที่มามาตึก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติก
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลากการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติก
3. ศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลากการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติก

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติก
2. ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลากการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลากการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูมาติก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุ 6-13 ปีที่ มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเด็ก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูมาติก เพื่อใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมให้ความรู้ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็ก และบุคคลในครอบครัว หรือผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และเหมาะสม
2. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางสำหรับอาจารย์พยาบาลในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก และนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการ ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูมาติก เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมในการ ดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูมาติกในประเด็นต่อไป

นิยามตัวแปร

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจ หรือความตระหนักของผู้ป่วยเด็ก โรคหัวใจรูมาติกเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของ พฤติกรรมปฏิบัติตนและการรักษา อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และแรงจูงใจ

ด้านสุขภาพ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และดัดแปลงข้อความจากแบบสัมภาษณ์ของนิตยา ไทยภิรมย์ (2532) โดยอาศัยแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker 1974: 82-90) เป็นพื้นฐาน ซึ่งมีรายละเอียดแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้คือ

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ หรือความตระหนักของผู้ป่วยเด็กโรคหิวใจรูห์มาติดเกี่ยวกับสาเหตุ และโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหิวใจรูห์มาติด

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ หรือความตระหนักของผู้ป่วยเด็กโรคหิวใจรูห์มาติดเกี่ยวกับอันตรายของโรคหิวใจรูห์มาติด ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายของตนเอง

1.3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ หรือความตระหนักของผู้ป่วยเด็กต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนและแผนการรักษาที่ได้รับว่าจะช่วยลดภาวะการกลับเป็นซ้ำและความรุนแรงของโรคได้

1.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ หรือความตระหนักของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลขัดขวางการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเด็กตามแผนการรักษา

1.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ หรือความตระหนักของผู้ป่วยเด็กซึ่งชักนำให้ผู้ป่วยเด็กปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค และดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของตนเอง

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหิวใจรูห์มาติด หมายถึง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหิวใจรูห์มาติด หรือการกระทำที่ผู้ป่วยเด็กปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์บางอย่างขึ้นเพื่อป้องกันมิให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหิวใจรูห์มาติด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และดัดแปลงข้อความจากแบบสัมภาษณ์ของนิตยา ไทยภิรมย์ (2532) โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำพฤติกรรมการดูแลตนเองมาศึกษา 2 ด้าน คือ

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ร่างกายได้รับอาหาร น้ำ อากาศอย่างเพียงพอ และเหมาะสม

มีการขยับถ่ายระบายของเสียจากร่างกายตามปกติ มีการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ มีการปฏิบัติกิจกรรมออกกกำลังกาย รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเหมาะสม และหลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก เพื่อแสวงหา และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามแผนการรักษา และป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ปัจจัยพื้นฐาน หมายถึง ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก โดยกำหนดนิยามของปัจจัยพื้นฐานแต่ละประการดังนี้

3.1 อายุของผู้ป่วยเด็ก หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือน นับตั้งแต่เกิด จนถึงวันที่ทำการการศึกษา

3.2 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปี ที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการศึกษาในระบบการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ นับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ

3.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือน นับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจรั่วที่ผิดปกติ จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการการศึกษา

3.4 ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเด็กในขณะทำการการศึกษา โดยวัดระดับสมรรถภาพของหัวใจ (Functional Class) ซึ่งแบ่งตามความทนทานในการใช้กำลัง (Exercise tolerance) เป็น 4 ระดับ ตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York's Heart Association) ที่บัญญัติไว้ในปี พ.ศ. 2507 ดังนี้

ระดับที่ 1 มีโรคหัวใจ แต่ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น ทำงานบ้าน หรือ ออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ระดับที่ 2 มีโรคหัวใจ แต่ขณะทำกิจกรรมตามปกติ เช่น ทำงานบ้าน เดิน ระยะทางไกล ๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แต่จะมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อออกกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น วิ่ง หรือ เดิน ขึ้นบันไดเร็ว ๆ เป็นต้น และจะรู้สึกสบายขึ้น เมื่อหยุดพักสัก-

ระยะหนึ่ง หลังจากนั้นก็สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้

ระดับที่ 3 มีโรคหัวใจ และเมื่อทำกิจกรรมที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น กวาดบ้าน เดินไปห้องน้ำ ฯลฯ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ และกลับรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้หยุดพักหรืออยู่เฉย ๆ

ระดับที่ 4 มีโรคหัวใจ ในขณะพัก นอน หรือนั่งอยู่บนเตียงเฉย ๆ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ และเมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อยก็ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น

3.5 รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก หมายถึง รายได้ของบิดาและ/หรือมารดา หรือผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นญาติ นับจำนวนเต็มเป็นบาท

3.6 ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก หมายถึง ระดับชั้นศึกษาสูงสุดของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก นับจนถึงวันที่ทำการศึกษา

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก ผู้วิจัยศึกษาวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดขอบเขตของการศึกษาเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

โรคหัวใจรูห์มาติกในเด็ก

พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

พัฒนาการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก

โรคหัวใจรูห์มาติกในเด็ก

โรคหัวใจรูห์มาติกเป็นโรคหัวใจที่พบได้มากที่สุดโรคหนึ่งในบรรดาโรคหัวใจในเด็กชนิดที่เกิดขึ้นภายหลัง โดยเฉพาะในประเทศด้อยพัฒนา (Garson A. Jr., et al. 1990 อ้างใน ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2535: 7) ในประเทศไทยพบว่า โรคหัวใจรูห์มาติกและโรคหัวใจรูห์มาติก เป็นปัญหาที่สำคัญในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ทั่วประเทศ เนื่องจากพบว่ามีจำนวนมาก และมีอัตราการตายค่อนข้างสูง (ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ 2529: 11) โดยพบประมาณร้อยละ 25-40 ของผู้ป่วยโรคหัวใจที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2535: 7)

สาเหตุของโรคหัวใจรูห์มาติกเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตคอคคัส กลุ่มเอ็คคและ/หรือทอนซิล ทำให้เกิดคอ และ/หรือทอนซิลอักเสบ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และเหมาะสมจะทำให้ร่างกายสร้างสารบางอย่างขึ้นมาต่อต้านเชื้อสเตรปโตคอคคัสและมีผลไปถึง (cross reactivity) หัวใจ ทำให้มีการอักเสบ เกิดพังผืด ทำให้ลิ้นหัวใจบิดเบี้ยว ในที่สุด

หัวใจทำงานไม่ไหว เกิดภาวะหัวใจวาย และถึงแก่ชีวิตได้ (ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ 2528: 462; พุฒิ มงคลชีพ 2529: 383) ในเด็ก และวัยรุ่นพบความผิดปกติของลิ้นหัวใจไมตรัล ร้อยละ 85 ของผู้ป่วย ความผิดปกติของลิ้นหัวใจเอออร์ติคพบร้อยละ 54 และความผิดปกติของลิ้นหัวใจพัลโมนิคพบน้อยกว่าร้อยละ 5 ความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดคือ ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว พบมากกว่าลิ้นหัวใจเอออร์ติครั่วถึง 3 เท่า (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2535: 7)

ปัจจัยส่งเสริมและสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจรูห์มาติค ได้แก่ ครอบครัวมีเชื้อชวานะยากจน และไม่นิยมไปรักษาโรคกับแพทย์ เมื่อเกิดอาการเจ็บคอ โดยรักษาเองด้วยการซื้อยามากิน หรือปล่อยให้หายเอง ทำให้เกิดภูมิคุ้มกัน (autoimmune reaction) ต่อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ พิกการ รั่ว หรือตีบ ซึ่งอาจทำให้หัวใจวาย และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (ชวน หลีกภัย 2526 อ้างใน พุฒิ มงคลชีพ 2529: 383) นอกจากนี้ครอบครัวที่มีพี่น้องจำนวนมาก และนอนรวมกัน ทำให้มีการแพร่เชื้อสเตรปโตคอคคัสได้ง่าย และโรคนี้ยังพบได้บ่อยในเด็กที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี ทำให้ความต้านทานของร่างกายต่ำ ส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสได้ง่าย (ปรีชา วิจิตพันธุ์ 2524: 259; ไซติมา ปัทมานันท์ 2528: 15)

อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจรูห์มาติคพบบ่อยในกลุ่มอายุ 5-15 ปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย อุบัติการณ์ติดเชื้อเกิดมากในฤดูหนาว และฤดูฝน มีระยะเวลาของการเป็นโรค 1-6 เดือน (Seller 1966: 491; จุล ทิสยากร 2528: 226-227) และจากการสำรวจในประเทศไทย พบว่ามีเด็กวัยเรียนเป็นโรคหัวใจรูห์มาติค 1-2 : 1000 คน (พุฒิ มงคลชีพ 2529: 384)

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจรูห์มาติคเรื้อรังอาจมีประวัติของการเจ็บคอ เป็นไข้ ปวดข้อเพราะข้ออักเสบ และมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย ในกรณีที่เป็นมากจะมีอาการของภาวะหัวใจวาย เช่น มีอาการหอบเหนื่อยมาก นอนราบไม่ได้ ใจสั่น กระวนกระวาย ซิพจรเบาไม่สม่ำเสมอ เส้นเลือดดำโป่งพอง และมีอาการบวม (ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ 2528: 462-463)

ในปัจจุบันมักพบว่าเด็กที่เป็นโรคหัวใจรูห์มาติค ที่มีอาการน้อย และไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ จึงมิได้ไปหาแพทย์ ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มักมีอาการหนักแล้ว ทำให้มีอัตราตายสูง บางรายต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน บางรายต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เด็กต้องทนทุกข์ทรมาน และไม่สามารถดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับวัยของตนได้ (ไซติมา ปัทมานันท์ 2528: 15) ทำให้ไม่สามารถศึกษาเล่าเรียนได้อย่างต่อเนื่อง และ

ประชากรของประเทศในกลุ่มนี้ด้วยคุณภาพได้ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย (เช่น ค่ายา ค่าห้องพัก ค่าผ่าตัด ค่าเดินทาง ค่ากินอยู่ของญาติที่มาเป็นเพื่อน เป็นต้น) มีอัตราค่อนข้างสูง ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน ทำให้เกิดการสูญเสียในด้านเศรษฐกิจส่วนบุคคล และส่วนรวมของประเทศชาติ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ 2527: 403; โชติมา ปัทมานันท์ 2528: 15) เป็นอย่างมาก

การป้องกัน (โชติมา ปัทมานันท์ 2528: 15-16; พุดิ มงคลชีพ 2529: 384) แยกได้เป็น

1. การป้องกันขั้นแรก (Primary Prevention)

หมายถึง การรักษาโรคหลอด หรือต่อมทอนซิลอักเสบ จากเชื้อสเตรปโตคอคคัส อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว และให้ยานานพอที่จะกำจัดเชื้อให้หมดไป ยสที่นิยมมาใช้ในการรักษา คือ

1.1 เบนซาทีน เพนิซิลลิน จี (Benzathine Penicillin G.) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อด้วยขนาด 600,000 ยูนิต ในเด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี และ 1,200,000 ยูนิต ในเด็กอายุเกิน 10 ปี

1.2 การกินเพนิซิลลิน 200,000 - 400,000 ยูนิต วันละ 4 ครั้ง นาน 10 วัน

1.3 การฉีดโปรเคน เพนิซิลลิน จี (Procain Penicillin G.) 600,000 ยูนิต วันละครั้ง นาน 2-3 วัน และกินเพนิซิลลินต่อ จนครบ 10 วัน

สิ่งที่จำเป็นที่สุดในการรักษาโรคด้วยวิธีกินยาต้องกินติดต่อกันนาน 10 วัน จึงจะป้องกันโรคได้ ในกรณีที่แพ้ยาเพนิซิลลินก็อาจให้อิริโทรมัยซินกิน หรือลินโคมัยซิน นานเป็นเวลา 10 วัน เช่นกัน

2. การป้องกันระยะที่สอง (Secondary Prevention)

คือ การป้องกันระยะยาว มิให้อาการของไข้รูมาติก หรือหัวใจอักเสบกำเริบซ้ำ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยได้รับเชื้อสเตรปโตคอคคัสเข้าสู่ร่างกายแล้วมีแนวโน้มที่อาการจะกำเริบ และอาการกำเริบแต่ละครั้งจะรุนแรงมากขึ้นเป็นลำดับ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหัวใจอักเสบอยู่ด้วย จะเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำร้อยละ 50 ยาที่นิยมมาใช้ในการรักษา คือ

2.1 เบนซาทีน เพนิซิลลิน จี (Benzathine Penicillin G) 1,200,000 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 4 สัปดาห์

2.2 การกินเพนิซิลลิน 200,000 ยูนิต วันละ 2 ครั้ง ให้ในกรณีผู้ป่วยที่ไม่มีอาการคลื่นหัวใจเร็วหรือตื้อ ในกรณีที่แพ้เพนิซิลลิน ให้กินซัลฟาไดออกซิน 500 มก. วันละ 2 ครั้ง ถ้าแพ้ทั้งเพนิซิลลิน และซัลฟาไดออกซินให้กิน อีริโทรมัยซิน 250 มก. วันละ 2 ครั้ง

ผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติก ต้องได้รับการป้องกันระยะยาวตลอดไป แต่การใช้ยาเพนิซิลลินกำจัดเชื้อนั้นไม่ใช่วิธีเดียวที่จะแก้ปัญหามันการป้องกันไว้รู่รู่มาติก และโรคหัวใจรูมาติก จำเป็นต้องอาศัยหลายวิธีร่วมกัน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ 2527: 405; พุฒิ มงคลชีพ 2529: 385) คือ

1. การเพิ่มการรับรู้แก่ชุมชนและผู้ให้บริการ

โดยรณรงค์ให้การศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป ผู้นำชุมชน นักการเมือง ผู้บริหารงานระดับต่าง ๆ แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ให้มีความรู้ความเข้าใจต่อปัญหานี้ เพื่อจะได้ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างจริงจัง เช่น การให้สุขศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถานที่ ส่งเสริม สนับสนุน ชุมชนในการรักษาสุขภาพแวดล้อมให้สะอาด

2. การเพิ่มอัตราการค้นหาผู้ป่วย

โดยหากรวิธีต่าง ๆ ในการค้นหาผู้ป่วยระยะแรกให้ได้กว้างขวาง เพื่อจะได้ให้การป้องกัน และรักษาแต่เนิ่น ๆ เช่น ตรวจและรักษาโรคอักเสบติดเชื้อในลำคอ และต่อมทอนซิลให้หายขาด มีการป้องกัน และบำบัดรักษาทางทันตกรรม เพื่อลดแหล่งเชื้อโรคภายในช่องปาก

3. การเน้นเรื่องป้องกันโรค

โดยหากรวิธีต่าง ๆ ในการให้การป้องกันโรคหัวใจรูมาติก และโรคหัวใจรูมาติก ทั้งในการป้องกันครั้งแรก (Primary Prevention) และการป้องกันขั้นสอง (Secondary Prevention) ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคได้

4. การจัดระบบการติดตาม และส่งต่อผู้ป่วย

ส่งผู้ป่วยหัวใจรูมาติก และโรคหัวใจรูมาติกเข้ารับการรักษากับในโรงพยาบาลและติดตามดูแลอาการผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยการเยี่ยมบ้าน

ปัญหาโรคหัวใจรูมาติกเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศปัญหาหนึ่งที่จะมีการรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผลกระทบของโรคหัวใจรูห์มาติกต่อผู้ป่วยเด็ก

เด็กเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเจ็บป่วย เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ขัดขวางการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็ก (อัมพล สุวาทัน 2528: 568) โดยเฉพาะโรคหัวใจรูห์มาติกซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค ภาวะของโรคและการเจ็บป่วย เป็นอุปสรรคสำคัญในการขัดขวางพัฒนาการ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กดังนี้

ด้านร่างกาย ผลกระทบด้านร่างกายส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ภายหลังจากที่ร่างกายได้รับเชื้อเบต้า ฮีโมไลติก สเตรปโตคอคคัส กรุ๊ปเอ (beta hemolytic streptococcus group A) แล้ว มีผลทำให้เกิดภูมิคุ้มกันผิดปกติ (autoimmune reaction) ผิดปกติ ทำให้มีการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะอาการปวดข้อจากข้ออักเสบ อาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย ซึ่งอาการของโรคเกิดขึ้นทีละน้อย และมีอาการมากขึ้นเป็นลำดับ ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการหัวใจวาย หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ใจสั่น กระวนกระวาย และมีอาการบวม ในที่สุดทำให้เสียชีวิตได้ (โกรสทิธี ดันติศิรินทร์ 2528: 462-463) ในผู้ป่วยบางราย จะได้รับการรักษาด้วยการให้รับประทานยาเฉพาะโรค ซึ่งผู้ป่วยจะต้องลดหรืองดอาหารเค็ม ทำให้ความอยากอาหารของผู้ป่วยลดลง รับประทานอาหารได้น้อย ร่างกายซูบผอม ส่งผลให้การเจริญเติบโตด้านร่างกายช้ากว่าปกติในเด็กวัยเดียวกัน

ด้านจิตใจ ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติกต้องได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพราะถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม จะทำให้เกิดโรคหัวใจรูห์มาติกเรื้อรัง ในผู้ป่วยบางรายต้องมารับการฉีดยาทุก ๆ เดือน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการอักเสบของลิ้นหัวใจ ซ้ำแล้วซ้ำอีก (โกรสทิธี ดันติศิรินทร์ 2528: 462-463) และในบางรายที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทานก็ต้องรับประทานยาทุก ๆ วันตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใดต่างก็ก่อให้เกิดความอึดอัด ทุกข์ทรมาน ไม่เป็นสุข ชีวิตประจำวันต้องเปลี่ยนแปลง และมีเงื่อนไขมากขึ้น เพราะในผู้ป่วยบางรายต้องรับประทานยาเฉพาะโรค ต้องลดหรืองดอาหารเค็ม ตามคำแนะนำของแพทย์ จึงก่อให้เกิดความคับข้องใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การที่เด็กต้องไป

โรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นเวลานานเท่าใด หรือแม้แต่ไปแผนกตรวจโรค ก็ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิด ความวิตกกังวลได้ (สุวดี ศรีเลขวัตติ 2530: 126) นอกจากนี้เด็กยังต้องปรับตัวไม่เฉพาะต่อ โรคที่กำลังคุกคามต่อชีวิตเท่านั้น แต่เด็กยังมีประสบการณ์เกี่ยวกับการแยกจากครอบครัว เพื่อน และโรงเรียน รวมทั้งต้องเผชิญกับการรักษาที่ทำให้เจ็บปวด สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด แก่ผู้ป่วยเด็ก และครอบครัวเป็นอย่างมาก (Gibbons and Boren 1985 อ้างใน สุวดี ศรีเลขวัตติ 2530: 126) ในผู้ป่วยเด็กบางรายถูกจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถเล่นหรือทำกิจกรรม ตามปกติได้เหมือนกับเด็กคนอื่น ๆ และในบางรายอาจต้องหยุดเรียนไปชั่วคราว ทำให้เกิดผล กระทบอย่างมากต่อจิตใจของเด็ก ทำให้กลายเป็นเด็กซึม หงอยเหงา ไม่ร่าเริง ต้องพึ่งพา บิดามารดา บางรายกลายเป็นเด็กก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย (อัมพล สุวพันธ์ 2528: 592) ความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น หรือด้อยกว่าคนอื่นนี้ ทำให้เด็กแยกตัว และไม่เข้าสังคม ผู้ป่วยเด็ก จะมีอาการมากขึ้นเมื่อโรคกำเริบ มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ความ- เจ็บป่วยเรื้อรังนี้ทำให้ความสามารถลดลง หรือรู้สึกแตกต่างจากเดิม จึงประเมินความมีคุณค่าใน ตนเองลดลง (ประคอง อินทรสมบัติ ในสมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ 2536: 141) เนื่อง จากสติปัญญาของเด็กวัยนี้อยู่ในขั้นพัฒนาด้วยรูปธรรม เด็กรับรู้ความจริงมากกว่าความคิดเพื่อผัน ความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดสำหรับเด็กวัยนี้คือ สภาวะที่คุกคามการสูญเสียการควบคุม และร่างกาย เจ็บป่วย นอกจากนี้เด็กวัยนี้กลัวร่างกายเปลี่ยนแปลงไปทำให้แตกต่างจากเพื่อน ๆ และทำให้ เพื่อนไม่ยอมรับ เด็กทนไม่ได้ถ้าถูกลดอำนาจและการควบคุมลง โดยเฉพาะบทบาทในครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นผลให้เด็กสูญเสียการควบคุม (สุวดี ศรีเลขวัตติ 2530: 161-162) และในผู้ป่วย บางรายที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทำให้เด็กต้องพลัดพรากจากครอบครัว สิ่งแวดล้อม ที่คุ้นเคยมาสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ ทำให้เด็กเกิดความเบื่อหน่าย คับแค้นใจ และรำเหว ความ เจ็บป่วย และการอยู่โรงพยาบาลของเด็กเป็นวิกฤติการณ์ (crisis) ที่ยิ่งใหญ่ในชีวิตสำหรับเด็ก (สุวดี ศรีเลขวัตติ 2530: 126) และการขาดเรียนบ่อยทำให้เรียนได้ไม่ต่อเนื่อง เรียนไม่ทัน- เพื่อน ผลการเรียนไม่ดี ทำให้ท้อแท้ และเบื่อหน่ายการเรียน ไม่อยากไปโรงเรียน เกิด เกิดความท้อถอยและเป็นปมด้อย หดแรงแรงใจและขาดความสนใจที่จะดูแลตนเอง (นิตยา ศษภักดี 2528: 867)

ด้านสังคม จากภาวะของโรค ผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และในบางครั้งต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลไปะหลายครั้ง ทำให้เด็กต้องถูกแยกจาก

เพื่อนและสังคม เด็กเป็นจำนวนไม่น้อย เมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ไม่อยากไปโรงเรียน ไม่อยากเล่นกับเพื่อน อายเพื่อนที่ต้องกินยา บางรายมีลักษณะก้าวร้าว ต่อต้านสังคม ทำให้เพื่อนไม่อยากเล่นด้วย (อัมพล สุธาพันธ์ 2528: 592) กลายเป็นเด็กโดดเดี่ยว เก็บตัว ส่งผลให้พัฒนาการด้านสังคมหยุดชะงักไป

พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่อยู่ในระยะเริ่มต้นเข้าเรียนในชั้นประถมศึกษาที่มีอายุ 6-9 ปี จนถึงช่วงปลายของวัยเด็กที่เข้าสู่วัยรุ่น โดยทั่วไป อายุเฉลี่ยประมาณ 10-12 ปี ในเด็กหญิง และอายุ 11-13 ปี ในเด็กชาย (วารุณี อมรทัต 2530: 34) มีนักจิตวิทยาหลายท่านได้แบ่งช่วงอายุของเด็กวัยเรียนไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535: 67) กล่าวว่าวัยเด็กวัยเรียนเริ่มตั้งแต่อายุ 6 ปี จนถึงอายุประมาณ 12-13 ปี โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงอายุ 6-8 ปี เรียกว่าวัยเด็กตอนกลาง (Middle Childhood) และช่วงอายุ 9-12 ปี เรียกว่าวัยเด็กตอนปลาย (Late childhood)

มาร์โลว์ (Marlow 1988: 1004) กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุระหว่าง 6-12 ปี และแบ่งเด็กวัยเรียนเป็น 3 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 6-8 ปี ช่วงอายุ 8-10 ปี และช่วงอายุ 10-12 ปี

ลูเอลโคล (Luellacole อ้างในสุรีย์ วีระดากร 2526: 121) แบ่งเด็กวัยเรียนออกเป็น 2 ช่วง คือ เด็กอายุ 6-10 ปี เรียกว่า วัยเด็กตอนกลาง (Middle childhood) และอายุ 10-13 ปี เรียกว่า วัยเด็กตอนปลาย (Late childhood)

อีริคสัน (Erickson) ผู้ซึ่งสนใจศึกษาพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 6-12 ปี และเรียกพัฒนาการในระยะนี้ว่า ขั้นการพัฒนาความขยันขันแข็ง หรือความรู้สึกด้อย เนื่องจากเด็กในวัยนี้เริ่มไปโรงเรียน มีผลทำให้ชีวิตของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก สังคมเด็กกว้างขึ้น มีประสบการณ์ใหม่ ๆ มากขึ้น และเป็นระยะของการแข่งขัน เพื่อให้ได้มาซึ่งชื่อเสียง การยกย่องนับถือจากกลุ่ม และต้องการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ ซึ่งความสำเร็จในวัยนี้มีผลต่อบุคลิกภาพของเด็ก ซึ่งถ้าเด็กประสบความสำเร็จในการเล่นการแข่งขันน้อย ๆ ก็จะทำให้เกิดบดบัง และมีผลต่อบุคลิกภาพของเด็กในที่สุด (ประไพพรรณ ภูมิวิไลสาร 2536: 105;

Stanhope and Lancaster 1988: 445) ดังนั้น บิดา มารดา ควรให้ความสนใจให้คำ
แนะนำ และสนับสนุนกิจกรรมของเด็กเพื่อให้เด็กประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และไม่ควรคาดหวังในตัวเด็กมากเกินไป เมื่อเด็กทำไม่ได้ ไม่ควรตำหนิ ตีเตือน แต่ควรปลอบใจ และให้กำลังใจ
เด็ก

เพียเจท์ (Piaget) ผู้สร้างทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาและความคิด กำหนดให้เด็ก
วัยเรียนมีอายุ 7-11 ปี และเรียกพัฒนาการในระยะนี้ว่าขั้นพัฒนาการเกิดความคิดรวบยอด ใช้
เหตุผลเชิงรูปธรรม (concrete operations thought phase) เด็กวัยนี้พัฒนาการและมีความ
ก้าวหน้าทางสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัด รู้จักมองสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวได้กว้างมากขึ้น มีความ
คิดความเข้าใจดีขึ้น เด็กในวัยนี้แบ่งได้เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงอายุ 7-9 ปี เด็กสามารถ
ปฏิบัติการอย่างง่ายได้ เช่น รู้จักการแบ่งกลุ่มการจัดลำดับ รู้ความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งกับอีกสิ่งหนึ่ง
ส่วนช่วงอายุ 9-11 ปี เด็กสามารถปฏิบัติการได้ทั้งระบบ สามารถคิดแยกแยะความคิดได้หลาย
ด้านในเวลาเดียวกัน สามารถคิดย้อนกลับไปได้ และสามารถเล่นของเล่น และเกมส์ที่ซับซ้อน
ตามกติกาได้ (ศรีธรรม ธนะภูมิ 2535: 68; ประไพพรรณ ภูมิพิสาร 2536: 105; Maier
1969: 155)

โดยธรรมชาติเด็กวัยเรียนจะหันหลังให้กับผู้ใหญ่ และเกาะกลุ่มเด็กวัยเดียวกัน รวมทั้ง
มีการสร้างมาตรฐานแนวปฏิบัติของกลุ่มขึ้นมาโดยดัดแปลงมาจากสังคมภายนอก เนื่องจากเด็กวัยนี้
มีการรวมกลุ่มกันอย่างเหนียวแน่น จึงเรียกยุคนี้อายุของการตั้งแก๊ง (gang age) หรือวัย
กลาง (Middle years of childhood) เพราะเป็นวัยที่อยู่ระหว่างช่วงต่อของวัยเด็ก และ
วัยรุ่น (ประไพพรรณ ภูมิพิสาร 2536: 105) ลักษณะสำคัญของเด็กวัยนี้คือ เด็กจะแสดง
ลักษณะเฉพาะตัว (individuality) มากขึ้น แสดงให้เห็นความแตกต่างในลักษณะท่าทาง
การแสดงออก ความคิด ลักษณะของร่างกายแตกต่างจากเด็กคนอื่น แม้ว่าเด็กมีลักษณะเฉพาะตัว
มากขึ้น แต่เด็กมีแนวโน้มพฤติกรรม และแนวความคิดไปตามกลุ่มของชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ (อัมพล
สุอาพันธ์ 2536: 593) เด็กจำเป็นต้องได้มีโอกาสฝึกหัดที่มีความรับผิดชอบ และทำงานของกลุ่ม
ให้ประสบความสำเร็จ เพื่อเด็กจะได้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถตัดสินใจในเรื่อง
ต่าง ๆ ได้ (เพ็ญศรี พิชัยสินธ 2528: 127)

พัฒนาการของเด็กวัยเรียนมีการพัฒนาด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ (อัมพล สุอาพันธ์ 2528:
593)

1. พัฒนาการด้านร่างกาย
2. พัฒนาการด้านจิตใจ
3. พัฒนาการบุคลิกภาพ และสังคม

พัฒนาการด้านร่างกาย

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีอัตราการพัฒนาทางด้านร่างกายช้ากว่าเด็กปฐมวัย และเด็กวัยรุ่น ทั้งด้านน้ำหนักและส่วนสูง อัตราการเจริญเติบโตเป็นไปอย่างช้าแต่ ๆ สมำเสมอจนถึงอายุ 10 ปี ร่างกายขยายออกทางด้านส่วนสูงมากกว่าส่วนกว้าง ลำตัวผอมแบน แขนยาวออก การเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง มีลักษณะเหมือนผู้ใหญ่มากขึ้น เด็กวัยนี้คล่องแคล่ว ว่องไว และแข็งแรง เด็กมีความสามารถมากในการเคลื่อนไหว และทำกิจกรรมต่าง ๆ การพัฒนาในการใช้มือและขาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อต่าง ๆ ทำงานประสานกันได้มากขึ้นเรื่อย ๆ ประสาทสัมผัสมีการพัฒนาละเอียดอ่อนมากขึ้น มีผลต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้ และสติปัญญา เด็กมีพลังงานมาก มีการเคลื่อนไหวมาก ชอบวิ่ง ชอบกระโดด และปีนป่าย ชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ขาดความระมัดระวัง จนอาจเกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ๆ (อุบลรัตน์ เฟิงสฤติย์ 2529: 253-256; ประไพพรรณ ภูมิวิศิสาร 2536: 105; อัมพล สุอำพัน 2536: 594) โดยเฉพาะเด็กชายไม่ชอบอยู่เฉย ๆ วิ่งทั้งวัน ชอบต่อสู้ เล่นกีฬา ส่วนเด็กหญิงเริ่มสนใจและชอบการฝีมือ (อัมพล สุอำพัน 2536: 594) การชักกล้ามเนื้อใหญ่ และกล้ามเนื้อเล็ก มีการพัฒนามากขึ้น เด็กสามารถทำได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ ตามวัย เด็กวัยเรียนมีความอยากรู้อยากเห็น และอยากรู้อยากพิสูจน์ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เด็กทดลองทำสิ่งใหม่ ๆ ทำให้เด็กมีทักษะทั้งในการเคลื่อนไหวและการตัดสินใจเพิ่มมากขึ้น (อุบลรัตน์ เฟิงสฤติย์ 2529: 253-256; ศรีธรรม ธนะภูมิ 2535: 67) รวมทั้งความสามารถและความสนใจของเด็กจะขยายขอบเขตกว้างขวางขึ้น (สุชา จันทน์เอน 2535: 49) ดังนั้นการส่งเสริมการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาที่เหมาะสมจะช่วยพัฒนาด้านร่างกาย ทำให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์มากขึ้น ถ้าเด็กมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอ จะเป็นบดบังศักยภาพสู่การมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ (ศรีธรรม ธนะภูมิ 2535: 68) สถานภาพทางร่างกายของเด็กมีส่วนสัมพันธ์กับการพัฒนาทางอารมณ์และการปรับตัวในสังคมอย่างมาก ความบกพร่องทางร่างกายที่มีผลกระทบต่อจิตใจของเด็กวัยนี้ มักเนื่องมาจากความเจ็บป่วย เด็กที่อ่อนแอ หรือเจ็บป่วย

เรื้อรัง มักถูกมองจากเพื่อนเด็กด้วยกันว่าแตกต่างไปจากกลุ่ม จึงมักถูกละเลยมากกว่าการยอมรับ และเพราะเหตุที่มีลักษณะแตกต่างไปจากกลุ่ม เด็กที่มีร่างกายบกพร่อง ส่วนมากมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อคนอื่นในทางถอยหนี ขี้อาย แต่มีเด็กบางคนแสดงออกโดยวิธีดื้อรั้น ก้าวร้าว (กิติกร มีทรัพย์ 2527: 310)

ความเจ็บป่วยมีส่วนสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กวัยเรียนอย่างมาก ถึงแม้ว่าจะไม่รุนแรงมากจนเป็นอุปสรรคต่อการเรียนของเด็ก หรือไม่ทำให้ร่างกายบกพร่องไปก็ตาม แต่ก็ทำให้เด็กรู้สึกเป็นปมด้อย ทำให้พัฒนาการด้านสังคมของเด็กถอยถอยไป เด็กอาจมีปฏิกิริยาถอยหนี อับอาย และโดดเดี่ยว (กิติกร มีทรัพย์ 2527: 310)

พัฒนาการด้านจิตใจ

พัฒนาการด้านจิตใจ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ พัฒนาการทางอารมณ์ และพัฒนาการทางสติปัญญา (อัมพล สุอาพันธ์ 2536: 594)

1. พัฒนาการด้านอารมณ์

อารมณ์ คือ การแสดงออกของความต้องการที่ซ่อนเร้นอยู่ ซึ่งการพัฒนาทางอารมณ์นั้นเด็กจะค่อย ๆ พัฒนา รู้จักยับยั้งใจไม่แสดงความรู้สึกออกมาเป็นพฤติกรรมไม่ดีทันที ระมัดระวังความรู้สึกที่ผู้อื่นมีต่อตน อารมณ์กลัวจะดีขึ้นตามวัยที่ผ่านไป คือ เลิกกลัวในสิ่งที่ไม่เป็นอันตราย และจะกลัวในสิ่งที่เกิดขึ้นได้จริง เช่น กลัวความอดอยาก กลัวไม่มีเพื่อน กลัวเรียนไม่ดี เป็นต้น (สุรางค์ จันทน์เอม 2525: 36) นอกจากนี้ การที่เด็กได้เรียนรู้กว้างขวางขึ้น และมีความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองชัดเจนขึ้น เด็กจะค่อย ๆ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นนั้น ต้องไม่ทำความลำบากหรือความเดือดร้อนให้ผู้อื่น และเด็กรู้ว่าแต่ละคนมีความสามารถไม่เท่ากัน ความเข้าใจนี้จะทำให้เด็กสามารถควบคุมความรู้สึกได้ดี ลักษณะอารมณ์ของเด็กวัยนี้ มีดังนี้ ได้แก่ (อัมพล สุอาพันธ์ 2536: 595)

1.1 อารมณ์โกรธ

แต่เดิมเมื่ออยู่ในวัยก่อนเรียนไม่สามารถสะกดกลืนอารมณ์โกรธ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะวัยเรียน เด็กสามารถสะกดกลืนระงับอารมณ์ได้ดี และแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับ การได้รับการฝึกอบรมมา

1.2 อารมณ์กลัว

เนื่องจากวัยนี้เด็กมีเหตุผลมากขึ้น สามารถหาเหตุผลมาอธิบายให้กับตนเองได้ตามสมควร ดังนั้น อารมณ์กลัวจะลดลงอย่างมาก

1.3 อารมณ์รื่นเริง พอใจ

วัยนี้เป็นวัยที่มีความรื่นเริง สดชื่น เด็กแต่ละคนจะแสดงออกถึงความพอใจแตกต่างกัน ความพอใจในวัยนี้ เด็กสามารถจดจำได้ดีกว่าวัยก่อนเรียน

1.4 อารมณ์วิตกกังวล

เด็กวัยนี้มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้มาก เนื่องจากมีการพัฒนาความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ดังนั้น เด็กจะรู้สึกผิดละอายได้ง่ายถ้าทำสิ่งใดไม่ถูกต้อง และเด็กจะมีความรับผิดชอบสูงขึ้น ปัญหาที่ทำให้เด็กกังวลมากคือ ปัญหาทางโรงเรียน เช่น เข้ากับเพื่อนไม่ได้ เรียนไม่ทันเพื่อน เป็นต้น

1.5 ความต้องการ

ความต้องการที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับเด็กวัยนี้คือ ความต้องการทางด้านจิตใจ และสังคม คืออยากมีเพื่อน อยากมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม อยากให้กลุ่มยอมรับ เป็นต้น พัฒนาการทางอารมณ์นี้เด็กควรได้รับการสนับสนุนจากบิดา มารดา ครู เพื่อให้มีการปรับตัวได้ดีขึ้น

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา

พัฒนาการทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และการใช้ความคิดหาเหตุผล การตัดสินใจ และจินตนาการในการประกอบกิจกรรมให้บรรลุผลตามที่ต้องการ หรือเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เด็กที่มีพัฒนาการสติปัญญาดี คือ เด็กที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถวางแผนการให้สอดคล้องกับเป้าหมายของตนที่ตั้งไว้ (กิตติกร มีทรัพย์ 2527: 315)

เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้นมากและรวดเร็ว เพราะกระบวนการรู้คิด (cognitive process) และสังคมของเด็กพัฒนาสูงขึ้น และซับซ้อนมากขึ้น (กิตติกร มีทรัพย์ 2527: 314) จึงทำให้เด็กพร้อมที่จะเรียนรู้บทเรียน และสิ่งต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งเด็กเรียนรู้ได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ อีกเช่น แรงจูงใจ ความพร้อมของเด็ก ความสนใจ โอกาสที่ได้ลงมือทำเอง เป็นต้น (อัมพล สุอาพันธ์ 2536: 595)

ตามแนวคิดของเพียเจต์ (Piaget) เรียกเด็กในวัยนี้ว่าระยะของการแก้ปัญหาด้วยเหตุผล และสิ่งที่เป็นรูปธรรม ส่วนบรูเนอร์ (Bruner 1966) เรียกวัยนี้ว่า ระยะการแก้ปัญหาโดยการใช้อัตลักษณ์ ทั้งเพียเจต์ และบรูเนอร์ มีความเห็นร่วมกันว่า เด็กวัยนี้จะเปลี่ยนความคิดจากความคิดที่เฉพาะเจาะจงไปสู่ความคิดที่กว้างขึ้น และเด็กจะสามารถจะนึกแก้ปัญหาโดยมีความคิดเกิดขึ้นในใจ และนำความคิดนั้นออกมาใช้แก้ปัญหาได้ นอกจากนี้เพียเจต์มีความเชื่อว่าเด็กวัยนี้จะแสดงความสามารถทางสติปัญญาใหม่ ๆ เช่น การบวก การลบ การจัดกลุ่มที่สลับซับซ้อน การเรียงลำดับ รวมทั้งการรู้ถึงความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งต่ออีกสิ่งหนึ่ง แต่ความสามารถที่เกิดขึ้นใหม่นี้ยังถูกยึดอยู่กับประสบการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งของเด็ก นั่นคือเด็กยังไม่สามารถคิดแก้ปัญหาสิ่งใหม่ที่ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นกับเด็กได้ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เด็กมีความสามารถในขอบเขตที่จำกัด (ประไพพรรณ ภูมิวนิสาร 2536: 114) ซึ่งพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียนนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง คือ เด็กอายุ 6-9 ปี หรือวัยเด็กตอนกลาง และเด็กอายุ 10-12 ปี หรือวัยเด็กตอนปลาย ซึ่งพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กมีรายละเอียดดังนี้ (กิติกร มีทรัพย์ 2527: 315-316)

เด็กวัยเรียนอายุ 6 ปี สามารถเรียนรู้สิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น เพราะมีความเข้าใจในภาษาพูด สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของตนได้มากขึ้น ซึ่งถ้ามีการเสริมทักษะในโรงเรียน เช่น การเขียนรูป ระบายสี ปั้น การเล่น หรือการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ การเรียนรู้ของเด็กจะพัฒนาได้โดยเร็ว

เด็กอายุ 7 ปี พัฒนาการด้านภาษาเป็นไปรวดเร็วมาก รู้คำศัพท์ในชีวิตประจำวันมากขึ้น รู้จักใช้ภาษาที่แสดงอารมณ์ และความรู้สึกได้ดี เมื่อเด็กเห็นด้วย หรือได้แย้ง รักใคร่ หรือเกลียดชัง สำหรับทักษะในการเคลื่อนไหวก็ดีขึ้น

เด็กอายุ 8 ปี มีความสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสามารถรับรู้ และเข้าใจได้กว้างขวางขึ้น มีความรู้สึกอยากรู้อยากเห็น อยากทดลองทำด้วยตนเองตามสิ่งเร้าที่ให้เห็น เป็นต้น

เด็กอายุ 9 ปี แม้ได้ฝึกฝนการอ่านการเขียนมาบ้างแล้ว แต่ก็ยังไม่คล่องแคล่วพอที่จะสื่อความหมายตามต้องการได้มากนัก หนังสือที่มีภาพประกอบหรือการ์ตูนช่วยเสริมการใช้ภาษาได้มากขึ้น

กล่าวโดยสรุป เด็กวัย 6-9 ปี มีพัฒนาการด้านสติปัญญาปรากฏในลักษณะของความสามารถในการใช้ภาษา เด็กมีการรอบความคิดติดอยู่กับรูปธรรมเป็นสำคัญ การแสดงเหตุผลขึ้นกับสิ่งที่ปรากฏอยู่ ยังไม่ทะลุเลยกรอบไปสู่ความเป็นนามธรรมได้ สำหรับความสามารถและทักษะ

การเคลื่อนไหว รวมทั้งการแสดงออกถึงความเข้าใจมิติสัมพันธ์ ก่อตัวจากวัยประมาณ 7 ปี และเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าวัย 8-9 ปี

สำหรับพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียน 10-12 ปี เป็นวัยที่พัฒนาการด้านสติปัญญาค่อนข้างสมบูรณ์ ทั้งในความสามารถด้านภาษา (ฟัง พูด อ่าน เขียน) ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ๆ พัฒนาการด้านสติปัญญา พัฒนาถึงระยะที่มีวุฒิภาวะในการสร้างความคิด หาเหตุผล หรือการคิดในลักษณะนามธรรม (abstract thinking) ได้ พัฒนาการทางสติปัญญาที่ค่อนข้างเด่นชัดคือ เด็กเริ่มมีแนวความคิดของตัวเอง สามารถประเมินสถานการณ์และตัดสินใจเองได้ หรือวิจารณ์ รู้จักอภิปรายปัญหาร่วมกับผู้อื่น รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น หรือเหตุผล และรู้จักรับผิดชอบ เห็นอกเห็นใจผู้ที่เกี่ยวข้อง เข้าใจโลกของความเป็นจริงมากขึ้น รู้จักไตร่ตรองพิจารณาในการตัดสินใจ ชอบกิจกรรม รู้จักวางแผน และมีความคิดริเริ่มมากขึ้น

ความสามารถทางสติปัญญานี้ ไม่ว่าเด็กหญิง หรือเด็กชาย เมื่อเปรียบเทียบกับแล้วพบว่า มีระดับสติปัญญาพอ ๆ กัน แตกต่างกันที่ความถนัด เด็กผู้ชายมักมีความถนัดเรื่องคำนวณ วิทยาศาสตร์ เครื่องจักรกล และมีความคิดเชิงนามธรรมดี ส่วนเด็กผู้หญิงมักมีความถนัดในเรื่องของภาษา ความหมาย ความไพเราะในเชิงกวีกลอน (อัมพล สุวาทัน 2536: 596) ซึ่งเด็กในวัยนี้ทั้งหญิงและชาย ถ้าได้รับความแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพจากครอบครัว หรือได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจากโรงเรียน จากเพื่อน หรือสื่อมวลชน ทางวิทยุ หรือโทรทัศน์ จะทำให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจ และใช้เหตุผลในการคิด ตริตรอง พิจารณาอย่างรอบคอบ และนำแบบปฏิบัติ ซึ่งความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองนั้นเป็นสิ่งใกล้ตัว เมื่อสามารถปฏิบัติได้จะทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งความรู้ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยนี้ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอีกด้วย (นิภา มนูญิจ 2528: 20)

พัฒนาการทางบุคลิกภาพ และสังคม

ลักษณะเด่น และทิศทางของความประพฤติของเด็กที่แสดงต่อสังคม คือ มีความต้องการแสดงความเป็นตัวของตัวเอง มีความประพฤติที่คล้อยหรือโน้มเอียงเข้าหากลุ่ม และเริ่มห่างครอบครัวมากขึ้น (อัมพล สุวาทัน 2536: 596) เนื่องจากเป็นระยะที่เด็กต้องเข้าโรงเรียน ต้องเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจากการอยู่บ้านเป็นเวลานานในตอนกลางวันไปอยู่โรงเรียนแทน ต้องพบ

กับคนแปลกหน้าทั้งที่อยู่ในวัยเดียวกัน และต่างวัยกัน ต้องเผชิญกับกฎ และระเบียบข้อบังคับที่แตกต่างไปจากบ้าน และต้องมีการรับผิดชอบในการช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือครอบครัว และการทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อบุคลิกภาพโดยรวมของเด็กด้วย (ประดินันท์ อุปรมัย 2536: 30-31) เด็กวัยนี้จะแสดงความเป็นตัวของตัวเอง มีความต้องการเป็นอิสระเพิ่มขึ้น ไม่ต้องการความช่วยเหลือมากนัก เริ่มต่อต้านผู้ใหญ่ มีความสนใจที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว มีรสนิยมเฉพาะตัว เด็กมีความประพฤติน่าสนใจยิ่งเข้าหากลุ่ม แสดงความทุกข์ร้อน และเดือดร้อนเมื่อกลุ่มประสบปัญหา ช่วยเหลืองาน อุทิศตนให้กลุ่ม ทำตัวให้เหมือนเพื่อน ทั้งในด้านการแต่งกาย และความประพฤติต่าง ๆ ชอบเล่นกีฬา เป็นต้น การห่างครอบครัว และสนใจผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เด็กได้เลียนแบบลักษณะต่าง ๆ (secondary identification) ที่นอกเหนือจากบิดามารดา (อัมพล สุวาทัน 2536: 596)

อนึ่ง เนื่องจากบุคลิกภาพของเด็กประถมศึกษาเป็นสิ่งที่สะสมมาจากเด็กปฐมวัย และวัยทารก ดังนั้นลักษณะบุคลิกภาพหลายอย่างของเด็กวัยนี้จึงค่อนข้างคงตัว และฝังแน่นจนมีแนวโน้มที่ ทำให้เชื่อได้ว่าลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏานเด็กวัยนี้จะยังคงปรากฏต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่ และถ้าเด็กอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมที่คงเดิมหรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อย บุคลิกภาพที่ปรากฏานวัยประถมศึกษา ก็จะปรากฏให้เห็นเด่นชัดมากขึ้น เมื่อเติบโตอยู่ในวัยผู้ใหญ่ (Bell & Ainsworth อ้างาน ประดินันท์ อุปรมัย 2536: 31)

สรุปได้ว่า เด็กวัยเรียนมีการพัฒนาด้านสังคมเป็นสำคัญ มีการเรียนรู้หลายอย่าง ได้แก่ การปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น การรับผิดชอบตนเอง การควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสม การรู้จักคิดด้วยเหตุผล เด็กเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จากประสบการณ์และโอกาสที่ได้ฝึกหัดแก้ปัญหาเป็นการเตรียมพร้อม รับผิดชอบตนเองมากขึ้นในวัยรุ่น ซึ่งเด็กวัยนี้มีแนวโน้มของลักษณะบุคลิกภาพให้เห็นเด่นชัดขึ้น

พัฒนาการเกี่ยวกับการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน

ตามแนวความคิดของโอเรม (Orem 1985 อ้างาน อัจฉรียา บทมวัน 2536: 187) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมของการเรียนรู้ ในขณะที่เด็กเติบโตขึ้น ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and disposition) สำหรับการกระทำอย่างจงใจ โดยทั่ว ๆ ไปรวมถึงการดูแลตนเอง มีการพัฒนาด้วย เด็กในแต่ละช่วงอายุจะเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ

ในการดูแลตนเอง และพัฒนาส่วนที่เรียนรู้แล้วให้ดีขึ้น การเรียนรู้เหล่านี้เกิดขึ้นภายใต้ชนบทธรรม-
นิยมประเพณีของแต่ละสังคม ในเด็กเล็กเด็กได้เรียนรู้พฤติกรรม และการกระทำที่ตอบสนองต่อ
ความต้องการในการดูแลตนเองจากบิดา มารดา หรือผู้ดูแล เมื่อเด็กโตขึ้น เด็กเรียนรู้เพิ่มเติม
จากบุคคลอื่นในสังคม ได้แก่ ครู เพื่อน เป็นต้น แล้วพฤติกรรมเหล่านั้นกลายเป็นการกระทำที่
จริงจัง มีเป้าหมาย ริเริ่มและจัดการด้วยตนเอง (Mc Craken 1985 อ้างใน อัจฉรียา ปทุมวัน
2536: 188) ในภาวะปกติทารก และเด็กต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง
เนื่องจากพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (สมจิต พนุเจริญกุล
2536: 23) ซึ่งจำเป็นในการพึ่งพาบิดา มารดา หรือสมาชิกในครอบครัว ในทฤษฎีของอีริกสัน
(Erikson อ้างใน ประดิษฐ์ อุปรมัย 2536: 31) เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ต้องการการปกป้อง
จากพ่อ แม่ น้อยลง เด็กต้องการเวลาที่เป็นของตัวเองมากขึ้น เด็กอยากเล่น อยากสำรวจโลก
รอบตัวเอง อยากเรียนรู้เกี่ยวกับคน วัตถุ และสภาพแวดล้อมรอบตัว บ้านจึงเป็นเพียงที่พักผ่อน
มิใช่โลกทั้งหมดสำหรับเด็ก

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญา มีความรู้ ความเข้าใจ สิ่งต่าง ๆ ได้
มากขึ้น เด็กมีความสามารถในการสร้างกฎเกณฑ์ มีความเข้าใจความหมายที่เป็นนามธรรม เช่น
ความดี ความชั่ว ถูก-ผิด มีความรู้กว้างขวางมากขึ้นเกี่ยวกับร่างกายตนเอง รู้จักบทบาทหน้าที่
ของตนเองถูกต้อง มีทำที่และทัศนคติต่อตัวเองเหมาะสมมากขึ้น (Teung 1982: 12) นอกจากนี้
เด็กวัยเรียนยังมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้เกี่ยวกับร่างกาย และมีความเชื่อมั่นในการดูแล
ตนเองเพิ่มมากขึ้น การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน จึงอยู่ในระยะที่มีการพัฒนาเป็นอย่างมาก ซึ่ง
พัฒนาการในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน มีดังนี้ (Wilde in Smith, Goodman, Ramsey
& Pasternack, ed. 1982: 286-290; Foster 1953 อ้างใน ประดิษฐ์ อุปรมัย 2536:
50-51)

อายุ 6 ปี เด็กไปห้องน้ำได้เอง ชอบเล่นในอ่างน้ำ แต่ต่อต้านการอาบน้ำ เด็กจะถูก
เตือนให้ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร แต่งตัว และถอดเสื้อผ้าเองได้ เก็บของเล่น และเก็บ
เสื้อผ้าเข้าที่ใส่ ช่วยพ่อ แม่ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เช่น ถูบ้าน ล้างชาม หรือรดน้ำต้นไม้ได้

อายุ 7 ปี เด็กวัยนี้ต้องการช่วยเหลือจากพ่อแม่ น้อยมาก เด็กสามารถแต่งตัว และถอด
เสื้อผ้า แปรงพัน อาบน้ำเองได้สะอาด หวีผม และเช้านอนเองได้ แต่ยังต้องเตือนให้ล้างมือ
ก่อนรับประทานอาหาร กิจกรรมด้านการดูแลตนเองยังทำได้ช้า ไม่คล่องแคล่วเหมือนกับเด็ก 8
ปี และยังคงทิ้งเสื้อผ้าลงบนพื้น

อายุ 8 ปี เด็กมีความเชื่อมั่นมาก สนใจงานการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ แต่งตัวได้เองอย่างเรียบร้อย เข้าสังคมได้ดีขึ้น เลือกรับประทานอาหารอย่างมีเหตุผลมากขึ้น เด็กมีความรับผิดชอบต่องานบ้านที่ได้รับมอบหมายได้อย่างสมบูรณ์ และชอบที่จะได้รับคำจ้างจากการทำงาน ทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ตนสวมใส่ และช่วยพ่อแม่ขายของได้

อายุ 9 ปี สามารถที่จะดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี มีตารางการทำงานที่ดี แต่ยังต้องเตือนในการแปรงฟัน เด็กผู้ชายจะไม่ให้ความสำคัญกับเสื้อผ้าที่สกปรกในขณะที่เด็กผู้หญิงสนใจเรื่องความสะอาด และเสื้อผ้า เด็กวัยนี้จะทำความสะอาดห้องของตนเอง และของเล่น ยังไม่ได้มาจที่จะเข้านอน แต่เด็กมีความรับผิดชอบต่อการช่วยเหลืองานบ้านได้อย่างเรียบร้อยหลายอย่าง และสามารถสอนให้มีความรับผิดชอบในงานที่ยุ่ยากมากขึ้น เช่น เด็กชายสามารถสอนให้มีความรับผิดชอบต่อการซ่อมแซมบ้านได้ด้วยการให้ช่วยตอกตะปู หรือเป็นลูกมือให้พ่อ ส่วนเด็กหญิงสามารถสอนให้มีความรับผิดชอบต่อการเลี้ยงน้อง ด้วยการป้อนข้าว อาบน้ำ และเป็นเพื่อนเล่นให้น้องได้

อายุ 10 ปี เด็กวัยนี้จะเลยการดูแลตนเอง เกลียดการทำตามคำสั่ง หลีกเสี่ยงการดูแลตนเอง ห้องของเด็กไม่เป็นระเบียบและทิ้งเสื้อผ้าลงบนพื้น เกลียดการซักผ้า ต้องเตือนให้ไปอาบน้ำ ช่วยหุงข้าว และปรุงอาหารง่าย ๆ เช่น ต้มไข่ เจียวไข่ได้

อายุ 11 ปี ต้องการความเป็นอิสระ สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี แต่เด็กชอบต่อต้านกฎ เด็กวัยนี้ยังคงต่อต้านการเข้านอน และการตื่นในตอนเช้า แต่เด็กสามารถเลี้ยงน้องแทนพ่อแม่ได้ในวันเวลาที่พ่อแม่ไม่อยู่บ้าน

อายุ 12 ปี เด็กมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความเป็นอิสระเพิ่มขึ้น เด็กมีความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างของตน เด็กผู้ชายอาบหน้าง่ายขึ้น และเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาดบ่อยขึ้น เด็กผู้หญิงให้ความสำคัญในการแต่งหน้า และใช้เสื้อผ้าที่ทันสมัย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ยังคงไม่ได้มาจงานการเข้านอนตอนกลางคืน แต่ตื่นเร็วในตอนเช้า

แฟคเต (Facteau 1960 อ้างใน วิศา จีระแพทย์ 2533: 223) ได้อธิบายถึงความสามารถของเด็กวัยเรียนในการพึ่งตนเองว่าเด็กสามารถดูแลตนเองได้เกือบเต็มที่ มีความพร้อมทางด้านร่างกาย และมีความพร้อมในการเรียนรู้ อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย เด็กไม่เพียงแต่สามารถกินอาหารด้วยตนเองได้ แต่ยังสามารถจัดเตรียมอาหารที่ง่าย ๆ ได้ การดูแลตนเองในด้านสุขอนามัยเป็นการทำอย่างตั้งใจ โดยใช้เวลา และเหตุผลมากขึ้น ทำให้เด็กสามารถเข้าใจพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพตนเอง เช่น ไม่สูบบุหรี่ จำกัดจำนวนขนมหวาน และออกกำลังกาย คอสเตอร์ (Koster

1983 อ้างใน วีณา จีระแพทย์ 2533: 225) กล่าวว่า เด็กวัยเรียนสามารถใช้เหตุผลมาประกอบการแก้ปัญหา และหากเด็กเกิดแรงจูงใจในการนำความสามารถเพื่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เหล่านี้ไปใช้ในการค้นคว้าวิธีการดำเนินชีวิตที่นำมาซึ่งการมีสุขภาพดี ทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง ผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลเด็ก จึงควรให้คำปรึกษา และแนะนำในบางครั้งเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้เกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ การพึ่งตนเองในการตัดสินใจ และกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น เพราะพัฒนาการถูกขัดขวาง หรือทำให้ล่าช้าหากผู้ใหญ่กระทำหน้าที่ต่าง ๆ แทนเด็กมากกว่า การปลุกฝังนิสัยให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเอง (วีณา จีระแพทย์ 2533: 236) และการปกป้องเด็กมากเกินไป หรือขัดขวางไม่ให้เด็กได้ทำในสิ่งที่เด็กสามารถทำได้ มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดหรือมโนคติเกี่ยวกับตนเองของเด็ก ทำให้เด็กเกิดความเหินห่าง รู้สึกด้อย (inferiority) ไม่อยากคิด ไม่อยากทำอะไร และอาจเลยไปถึงการขาดความรับผิดชอบ เพราะไม่แน่ใจว่าตนจะสามารถรับผิดชอบต่อสิ่งต่าง ๆ ได้ (ประดิษฐ์ อุปรมย์ 2536: 31)

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กขึ้นกับวุฒิภาวะของเด็ก ซึ่งประเมินได้จากความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งเด็กจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใดนั้นยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์การเรียนรู้ และโอกาสในการกระทำอีกด้วย ดังนั้น พ่อ แม่ ควรเข้าใจ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ตัดสินใจด้วยตนเอง ปลดปล่อยให้เด็กได้เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ตามสภาพ เด็กจะพัฒนาความรู้สึกกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมซึ่งจะมีผลไปถึงความสำเร็จในชีวิตการเรียน หรือชีวิตการทำงานในอนาคตเมื่อเด็กเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ (ประดิษฐ์ อุปรมย์ 2536: 31)

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ในการบริการทางการแพทย์ และการพยาบาล ได้มีการนำแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งแนวความคิดนี้ได้รับความสนใจ และเห็นความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย บุคคลแต่ละคนเริ่มต้น และยึดเป็นแบบแผนในการปฏิบัติ เพื่อรักษาและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน (Orem 1985: 84) มีนักวิชาการหลายท่านที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และได้ให้ความหมายของ

การดูแลตนเองไว้ดังนี้

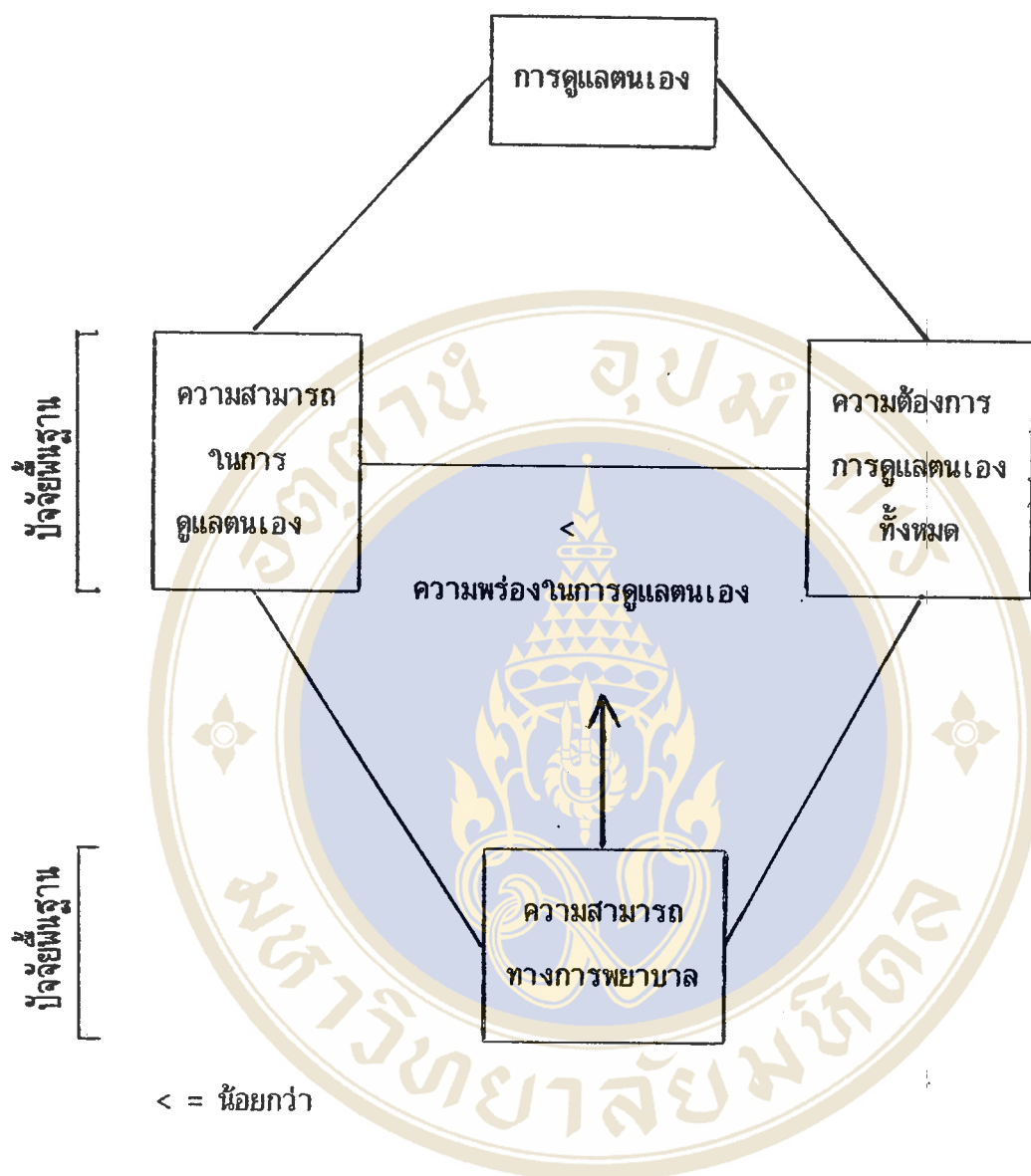
จินตนา ยูนิพันธ์ (2529: 128) ให้ความหมายการดูแลตนเองเอาไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยบุคคล ซึ่งริเริ่มโดยบุคคล เพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพ และสวัสดิภาวะของตนเองไว้ เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลของผู้ใหญ่ที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง สำหรับเด็กซึ่งมีความจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กต้องเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็ก จนกว่าเด็กจะสามารถดูแลตนเองได้ บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เฉพาะสิ่งที่มีความหมายสำหรับตัวเอง

มัลลิกา มัติโก (2530: 8) กล่าวว่า การดูแลตนเองจะเกิดขึ้นในขณะที่มีสุขภาพดี โดยการส่งเสริมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักการป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการแสดงออกของพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่ต่างกันไป

สมจิต หนูเจริญกุล (2536: 22-23) ให้ความหมายการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมถึงการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกลึกซึ้งและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

เพนเดอร์ (Pender 1986: 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่ม และกระทำในวิถีทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองไว้

โอเรม (Orem 1991: 117) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย และเป็นการกระทำที่จงใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองไว้ ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อกระทำอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการ ดำเนินไปถึงขีดสูงสุดได้



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีโอเรม (Orem 1991: 64 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 22)

กล่าวโดยสรุป การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและ วัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม และเป็นการกระทำที่จริงจัง มีเป้าหมาย (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 23) และเป็นที่ยอมรับกันว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรม ของบุคคลที่มีอยู่แล้วตามกระบวนการทางธรรมชาติ และกระบวนการทางสังคม ซึ่งสามารถเรียนรู้

เปลี่ยนแปลงได้ และส่งเสริมได้ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเป็นการพัฒนาสุขภาพของบุคคลในระยะยาวที่ยั่งยืนด้วย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2536: 18)

โอเรม เป็นบุคคลแรกที่นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาล ซึ่งทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมนี้ ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย ๆ 3 ทฤษฎี คือ (Orem 1985: 33-34)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)
2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

ทฤษฎีย่อยทั้งสามทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวพันกัน กล่าวคือ ทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคล กับกิจกรรมที่บุคคลกระทำการในการดูแลตนเอง สำหรับทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง อธิบายถึง การที่บุคคลได้รับประโยชน์จากการบริการพยาบาล เมื่อบุคคลนั้นมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสุขภาพไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่วนทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นทฤษฎีที่เสนอระบบการดูแลผู้ป่วย โดยออกแบบวางแผน และจัดให้การพยาบาลผู้ป่วย ทั้งรายบุคคล หรือรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ รายละเอียดของทฤษฎีที่นำเสนอในงานวิจัยนี้ คือทฤษฎีการดูแลตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care)

แนวคิดหลักของทฤษฎี คือ การดูแลตนเองเป็นหน้าที่จำเป็นของบุคคล บุคคลที่อยู่หน่วยเจริญเติบโต หรือวัยกำลังเจริญเติบโต จะมีการปรับหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง รวมทั้งควบคุม ป้องกัน กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งการดูแลตนเองนี้เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย มีแบบแผน และมีขั้นตอน โดยจุดประสงค์ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง คือความต้องการการดูแลตนเอง (self-care requisites) (Orem 1991: 125-134) ซึ่งความต้องการในการดูแลตนเองนี้ เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล โอเรม แบ่งไว้ 3 ประเภท ดังนี้ (Orem 1985: 90-99)

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)
- เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแล-

ตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ และจุดประสงค์ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 การได้รับอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ และสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม ภายใน และภายนอกร่างกายได้
- 1.2 การดูแลเรื่องการขับถ่าย และระบายของเสีย ให้เป็นไปโดยปกติ
- 1.3 การรักษาสสมดุลระหว่างการทำกิจกรรม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม
- 1.4 การรักษาสสมดุล ระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่มีต่อชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี
- 1.6 การส่งเสริมหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลภายในกลุ่มสังคม ที่บุคคลนั้นอยู่ ให้เหมาะสมกับศักยภาพ และข้อจำกัดของบุคคล

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับการพัฒนาด้านต่าง ๆ ในวงจรชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 2.1 ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการของชีวิต ตั้งแต่ระยะที่อยู่ในครรภ์จนถึงวัยผู้สูงอายุ
- 2.2 ปรับสภาพให้สามารถเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ไม่ได้รับการศึกษา มีปัญหาการปรับตัวทางสังคม สูญเสียญาติ พี่น้อง หรือเพื่อน สูญเสียสมบัติสิ่งของส่วนตัว เปลี่ยนที่อยู่อย่างกะทันหัน ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีปัญหาเกี่ยวกับสถานะทางสังคม สุขภาพร่างกายและจิตใจไม่ดี หรือมีความพิการ มีการดำรงชีวิตที่ถูกกีดกันทางเพศ เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายหรือใกล้ตาย

ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่ได้เน้นความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการมาศึกษา

3. ความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือมีความพิการ รวมทั้งบุคคลที่อยู่ในระหว่างการตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรค ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านนี้ ได้แก่

- 3.1 แสวงหา และคงไว้ ซึ่งความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล
- 3.2 ตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันพยาธิสภาพความรุนแรงของโรค และความคุมหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ เพื่อแก้ไขความพิการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น

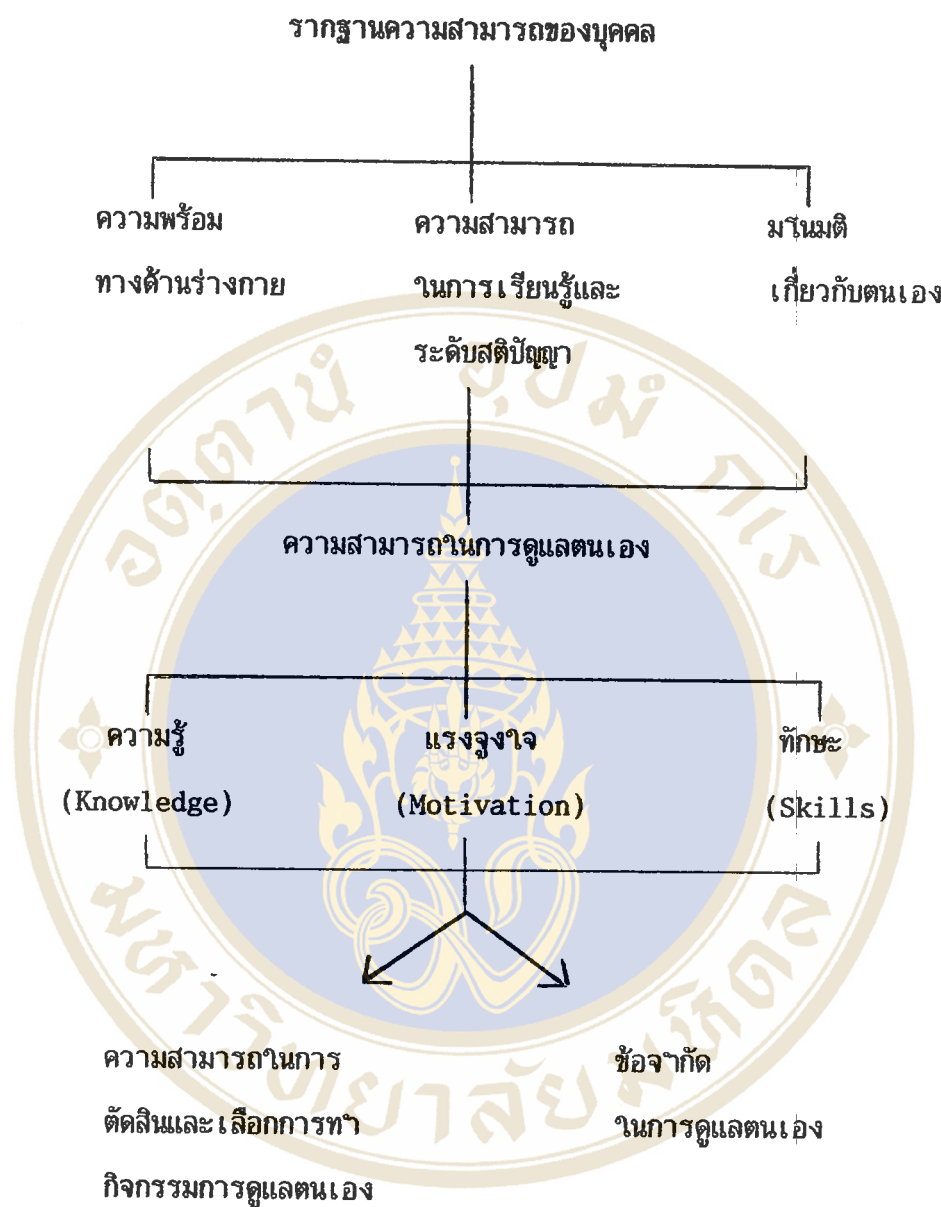
3.4 ตระหนัก และเอาใจใส่ต่อผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และภาพลักษณ์ของตนเอง โดยการยอมรับภาวะเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้ในการดำรงชีวิตที่อยู่ในภาวะของโรค และการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้พัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นภาวะเจ็บป่วย และแผนการรักษาของแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความต้องการในการดูแลมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เฉพาะในขณะนั้น ในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค บุคคลต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้ความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย ในขณะเดียวกันต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 30)

การที่บุคคลปฏิบัติการดูแลตนเองเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นกับความสามารถของบุคคลนั้น ๆ และปัจจัยที่ชักจูงให้บุคคลตัดสินใจเลือกกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง โจเซฟ (Joseph 1980 อ้างใน วิภา จีระแพทย์ 2533: 218) เสนอแผนภูมิของปัจจัยที่มีผลในการปฏิบัติการดูแลตนเองของบุคคล (แผนภูมิที่ 3) กล่าวคือ ความสามารถของบุคคลขึ้นกับความพร้อมทางด้านร่างกาย สติปัญญา ความสามารถในการเรียนรู้ และมโนคติเกี่ยวกับตนเอง (self concept) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 นี้ เป็นรากฐานสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล นอกจากนี้การที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และครบถ้วนอยู่ภายใต้อิทธิพลของความรู้ แรงจูงใจ และทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งได้รับการถ่ายทอดมาจากครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม ตลอดจนความพร้อมของแหล่งให้บริการทางสุขภาพ



แผนภูมิที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลตนเอง

(ดัดแปลงจาก Joseph 1980 อ้างใน วีณา จีระแพทย์ 2533:219)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่สลับซับซ้อนของบุคคลที่ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง และเป็นความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย (Orem 1991: 146) ความสามารถในการดูแลตนเองนี้ ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ (Orem 1991: 148-155)



1. ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation)
2. พลังความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Power components: enabling for self-care operations)
3. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)

เป็นความสามารถที่จำเป็นโดยตรงที่ต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองนั้นอยู่ในระดับใด ขึ้นกับพัฒนาการของแต่ละบุคคล และเป็นการกระทำที่จงใจ โดยมีระยะของการปฏิบัติดังนี้ (Orem 1991: 149)

1. การคาดการณ์ (Estimative operation) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย ความต้องการ และแนวทางสนองตอบความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็น
2. การปรับเปลี่ยน (Transitional operation) เป็นความสามารถในการพิจารณา และตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น
3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

พลังความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Power components : enabling for self-care operations)

เป็นพลังพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญในการปฏิบัติการ ในการดูแลตนเอง โดยพลังความ

สามารถนี้ เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองกับความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐานในการกระทำ พลังความสามารถประกอบด้วยพลังพื้นฐาน 10 ประการ ได้แก่ (Orem 1991: 154-155)

1. ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจ และเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถควบคุมพลังงาน ทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการ ริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการ ริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง
4. ความสามารถใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจในการกระทำการดูแลตนเอง เช่นมีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่ สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามการตัดสินใจนั้น
7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่ เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญาการรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานนี้ประกอบด้วย (Orem 1991: 152-153)

1. ความสามารถพื้นฐานของการกระทำ (Selected Basic Capabilities) เป็นความสามารถพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมในรูปแบบอื่น ๆ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) การเรียนรู้ (Learning) การออกกำลังกาย หรือการทำงาน การควบคุมท่าทาง และการเคลื่อนไหวของร่างกาย

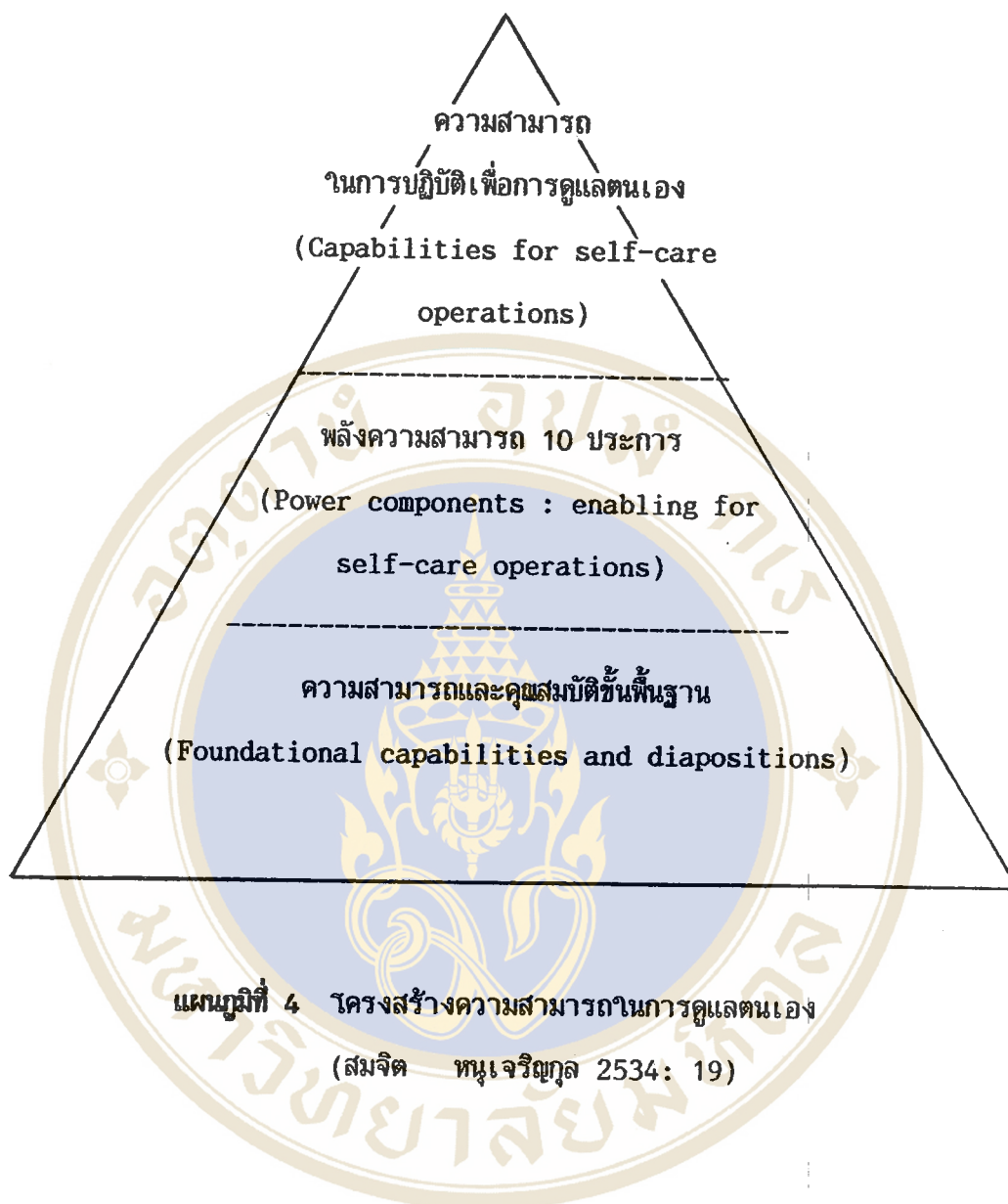
1.2 ความสนใจ (Attention) การรับรู้ (Perception) ความจำ (Memory) และศูนย์ควบคุมอารมณ์

2. ความสามารถรู้ และความสามารถกระทำ (Knowing and Doing Capabilities) เป็นความสามารถที่เป็นผลจากองค์ประกอบด้านความสามารถในการใช้เหตุผล (Rational Agency) ความสามารถรู้ในการกระทำ (Operational Knowing) ทักษะในการเรียนรู้ได้แก่ การอ่าน การนับ การเขียน การพูด การรับรู้ การทำงาน และการใช้เหตุผล และความสม่ำเสมอในการรู้ และกระทำ (Self-Consistency in Knowing and Doing)

3. คุณลักษณะที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมาย (Dispositions Affecting Goals Sought) เป็นการแสดงถึงภาวะที่มีผลต่อความตั้งใจในการมองตนเอง และการยอมรับตนเอง เป็นผู้ที่ต้องดูแลตนเอง ประกอบด้วยความเข้าใจในตนเอง (Self-Understanding) การตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness) ภาพลักษณ์ (Self-Image) การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Value) การยอมรับในตนเอง (Self-Acceptance) ความสนใจในตนเอง (Self-Concern) การยอมรับสภาพการทำงานของร่างกาย และความตั้งใจที่จะสนองความต้องการของตนเองการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ และไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker and Maiman 1975: 12)

4. ความสามารถและคุณสมบัติในการกระทำ (Significant Orientative Capabilities and Dispositions) ประกอบด้วยความสนใจ และความตั้งใจในการดูแลตนเอง ความสนใจในสุขภาพของตน หรือความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละขั้น เป็นพื้นฐานของความสามารถขั้นต่อไป จึงเสนอรูปแบบโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ดังแผนภูมิที่ 4



แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน มีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า "รับไว้" (to take) (Bunting 1988: 168) ซึ่งในทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ นั้น ถือว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล ในการเลือกตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยอาศัยประสบการณ์เดิม ความรู้เดิม หรือความจำ ตลอดจนสถานการณ์ในขณะนั้น ๆ มาช่วย โดยใช้กระบวนการจัดกระทำกับข้อมูล (information processing) เมื่อข้อมูลถูกป้อน หรือถูกกระตุ้นเข้ามา กระบวนการภายในจะดำเนินการจัดกระทำข้อมูลเหล่านั้นเป็นลำดับ

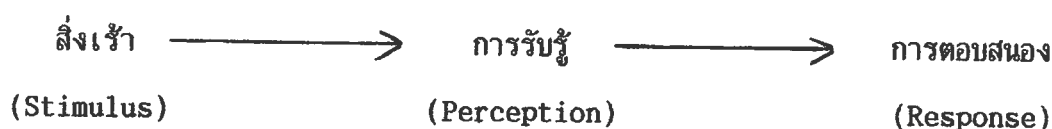
หลายขั้นตอน ข้อมูล หรือตัวป้อน (input) จะถูกลงรหัส (coded) แล้วเก็บรวบรวมไว้ และนำไปใช้ในภายหลัง (Dember and warm 1979: 14-15) นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังนี้

การรับรู้ตามความหมายในพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Webster's New World Dictionary 1988: 1002) คือ การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคล นอกจากนี้ยังมีนักจิตวิทยา และนักวิชาการทางการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ในทัศนะต่าง ๆ กัน ดังนี้ ลินด์เกรน และฮาร์วี (Lindgren and Harvey 1981: 292) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการตอบสนองโดยการแสดงออกซึ่งเป็นผลมาจากการสัมผัส ซึ่งการแสดงออกนั้นต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการแปลความหมายจากการสัมผัสนั้น

กันยา สุวรรณแสง (2532: 127) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิม แปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึก ระลึกรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2532: 86) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่อินทรีย์ หรือสิ่งมีชีวิตพยายามทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านทางประสาทสัมผัส กระบวนการเริ่มจากอวัยวะรับสัมผัส (Sensory Organ) สัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วส่งกระแสไปยังระบบประสาทส่วนกลาง จากนั้นสมองอาศัยประสบการณ์เดิม แรงจูงใจ อารมณ์ สติปัญญาเพื่อแปลความหมายของการสัมผัสออกมาเป็นการรับรู้

สุชา จันทน์เอม (2533: 199) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรมกรรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าดังแผนภูมิข้างล่าง



รอย (Roy 1991: 166) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้น ภายใต้อิทธิพลของประสบการณ์ อันเป็นผลจากการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนคอร์เท็กซ์

คิง (King 1981: 23) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย แรงผลักดันการรับรู้ของบุคคลแต่ละคนเป็น

การแสดงออกถึงความตระหนักรู้เรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น กระบวนการรับรู้ทาทาที่รวบรวม และแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากภายนอกโดยทางประสาทสัมผัส และสรุปคุณลักษณะ ของการรับรู้ไว้ 4 ข้อ (King 1981: 23-24) ดังนี้

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) คือกล่าวว่าบุคคลทุกคน สามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม เนื่องจากบุคคลทุกคนมีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากธรรมชาติ และให้ความหมายต่อสิ่งนั้น เช่น ต้นไม้ประกอบด้วยกิ่งก้าน ราก ลำต้น ส่วนประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ ซึ่งเป็นรูปธรรมได้ถูกเก็บไว้ในความทรงจำของบุคคล ดังนั้น อนาคต เมื่อบุคคลเห็นต้นไม้ บุคคลนั้นจะให้ความหมายสิ่งนั้นว่าต้นไม้ นั่นคือการรับรู้ของบุคคล นั้นเอง
2. การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Selective and Subjective) ถึงแม้เป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกัน แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าบุคคลรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลัง และประสบการณ์ที่ต่างกัน
3. การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action Oriented in the Present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวอยู่ตลอดเวลา และในขณะที่เดียวกันก็เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ
4. การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) ซึ่งสามารถสังเกต การรับรู้ของบุคคลได้ เมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่างบุคคลอื่น หรือภายในกลุ่มจึงทำให้มองเห็น ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

จากความหมาย และคุณลักษณะของการรับรู้ดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่าการรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิด และจิตใจของบุคคลซึ่งมองตีความ หรือแปลความหมาย จากสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์ และความรู้เดิมช่วยในการตีความ หรือแปลความแล้ว มีการตอบสนองโดยการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึที่เกิดขึ้น

กระบวนการรับรู้

กระบวนการรับรู้ เริ่มจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้นประสาทสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ฯลฯ เซลล์รับสัมผัสทาทาที่แปลพลังงานสิ่งเร้า เป็นกระแสประสาท และส่งต่อไปยังสมองทาทาให้บุคคล

ได้เห็น ได้ยิน แล้วสมองตีความจากการรู้สึกนั้นว่าสิ่งเร้าคืออะไร และมีการสั่งให้ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น กระบวนการรับรู้แสดงด้วยแผนภูมิ ดังนี้คือ



กระบวนการรับรู้ของบุคคล เป็นกระบวนการของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจ อย่างไม่หยุดนิ่งและสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลา และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space-Time Continuum) McGhric 1986: 215-216; Perreault 1985: 29 อ้างใน ศิริวรรณ แสงอินทร์ 2536: 31)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

ดังที่กล่าวมา การรับรู้เกิดจากการแปลความหมายจากการสัมผัส ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลมีความถูกต้อง หรือแตกต่างกันอย่างไรนั้น ขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ (สถิต วงศ์สุวรรณ 2525: 70; จาเนียร ช่วงโชติ 2526: 177; กรรณิการั สุวรรณโคตร 2527: 467)

1. ลักษณะของสิ่งเร้า โดยสิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความสนใจที่จะรับรู้ หรือทำให้การรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ซึ่งลักษณะของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดการรับรู้ได้นั้นต้องเป็นสิ่งเร้าที่มีความเข้ม ขนาดใหญ่ มีการเคลื่อนไหว มีการเร้าซ้ำบ่อย ๆ และสิ่งเร้านั้นมี

ความแตกต่างจากสิ่งอื่น จะกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ได้ดี และรวดเร็ว

2. ลักษณะของผู้รับรู้ ซึ่งมีทั้งปัจจัยด้านกายภาพ และปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านกายภาพ ได้แก่ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนัง ต้องสมบูรณ์ หากสิ่งเหล่านี้ผิดปกติจะทำให้การรับสัมผัสผิดไป ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยาเป็นสิ่งที่ผู้รับ เลือกสรรสัมผัสเฉพาะที่ต้องการ และแปลความหมายให้เข้ากับตัวเอง โดยมีอิทธิพลจากความรู้เดิมหรือประสบการณ์ในอดีต ความจำ ความต้องการ อารมณ์ เจตคติ ค่านิยม วัฒนธรรมประเพณี ความตั้งใจ ความสนใจ ความคาดหวัง เป็นต้น

นอกจากนี้ การรับรู้ และการแปลความหมายของสิ่งเรายังขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ อีก เช่น ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล ใน สมพันธ์ ทัศนะจันทร์, บรรณาธิการ 2528: 377) ระยะเวลาของการพิจารณาสิ่งเร้าโดยรอบคอบช่วยให้การรับรู้ถูกต้องยิ่งขึ้น เช่น ถ้าเด็กไม่เคยเจ็บป่วย หรือเด็กเคยผ่านการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และหายอย่างรวดเร็ว เด็กจะไม่รู้สึกในประสบการณ์นั้นพอที่จะเกิดความนึกคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยได้ และเด็กที่มีสุขภาพสมบูรณ์จะมองภาวะสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแตกต่างจากเด็กที่อยู่ในระยะเจ็บป่วย (Lasky and Eichelberger 1985: 13)

ดังนั้น เมื่อการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเด็กคนใดแล้ว จะเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตของเด็ก เมื่อเด็กหายจากเจ็บป่วยแล้ว ประสบการณ์นั้นอาจผ่านเลยไปก็ได้ ซึ่งความนึกคิดจากประสบการณ์เจ็บป่วยจะอยู่กับเด็กนาน หรือชั่วคราวเพียงใดนั้น ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ (อัมพล สุวาทัน 2528: 556) คือ

1. ความรุนแรงของโรคที่เด็กเจ็บป่วย
2. ระยะเวลาที่เด็กเจ็บป่วย
3. ความยุ่งยากของการรักษา และการที่เด็กต้องปฏิบัติตัวในขณะที่เจ็บป่วย
4. การรักษาตัวที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาล
5. การเปลี่ยนแปลงภายหลังการเจ็บป่วยกลับสู่สภาพปกติ หรือมีผลกระทบต่อการร่างกายของเด็กอย่างถาวร

ถ้าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลน้อยมากต่อตัวเด็ก ประสบการณ์การเจ็บป่วยจะไม่เหลือติดค้างในความนึกคิดของเด็ก แต่ถ้าเด็กได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีในครั้งก่อน ๆ เด็กจะนำความจดจำเดิมมาซ้ำเติมในครั้งต่อ ๆ ไปได้

แนวความคิดของเด็กเกี่ยวกับการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับระยะการพัฒนาของความคิด และอายุของเด็ก ความแตกต่างของความคิดในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพแก่เด็กได้อย่างเหมาะสม

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยสลับกัน หรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองนั้นจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการพัฒนา และการเจริญเติบโต ในขณะที่บางคนมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวน และคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่เกิดขึ้นตามมามีความกลัว ความท้อแท้ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อการลงใจในการต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตแตกต่างกันด้วย (กอบกุลพันธ์เจริญวรกุล 2528: 374)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล (Kozier and Erb 1988: 75-76) ได้แก่

1. ระดับพัฒนาการ (Development Status) การรับรู้ ความคิดเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะความสามารถในการรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับอายุโดยตรง

2. อิทธิพลทางสังคม และวัฒนธรรม (Social and Cultural Influence) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความรู้สึก ความเข้าใจ ความนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพ โดยแต่ละวัฒนธรรมจะมีแนวคิดของสุขภาพแตกต่างกันไป

3. ประสบการณ์ในอดีต (Previous Experiences) ประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยบุคคลบางคนพิจารณาความเจ็บปวด หรือการทำงานของร่างกายที่ผิดปกติได้ เพราะบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์ในอดีตมาก่อน นอกจากนี้ความรู้สึกที่ได้รับจากประสบการณ์ช่วยในการให้ความหมายสุขภาพของบุคคลได้

4. ความคาดหวังในตนเอง (Expectation of Self) บุคคลบางคนมักคาดหวังว่าระดับการทำงานของร่างกาย และจิตใจอยู่ในระดับสูงตลอดเวลาเมื่อมีสุขภาพดี และอาจรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับการทำงานของร่างกายเนื่องจากความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ความคาดหวังในระดับการทำงานของร่างกายมีมากมายและการให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพก็เปลี่ยนแปลงตามความคาดหวังนั้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน

จากทฤษฎีของเพียเจต์เกี่ยวกับพัฒนาการด้านการรู้คิดของเด็กอายุ 7-11 ปี อยู่ในระยะการคิดหาเหตุผลในสิ่งที่ป็นรูปธรรม เด็กสามารถแยกแยะความคิดได้หลายด้านในเวลาเดียวกัน และสามารถคิดย้อนกลับได้ (Stanhope and Lancaster 1984: 171) เด็กวัยนี้สามารถบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ถูกต้อง แต่มักบอกได้เพียงสาเหตุเดียว เด็กสามารถเรียนรู้และคิดได้ว่า การรักษาทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาดี (อัมพล สุอาพันธ์ 2528: 558) เมื่อเด็กอายุ 11 ปีขึ้นไป เป็นระยะคิดหาเหตุผลในสิ่งที่ป็นนามธรรม เด็กสามารถคาดการณ์สิ่งต่าง ๆ ได้ ความรู้คิดของเด็กวัยนี้พัฒนาถึงขั้นการแก้ปัญหาโดยคิดหาเหตุผลอย่างมีระบบ จากความรู้หรือ ประสบการณ์ของตน (Stanhope and Lancaster 1984: 171) เด็กวัยนี้สามารถบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้หลายอย่างที่เกี่ยวข้องกัน เด็กเข้าใจวิธีการรักษา เข้าใจผู้รักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น (อัมพล สุอาพันธ์ 2528: 555)

อาโพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2530: 243) ได้กล่าวถึง ความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่า ได้มีผู้ศึกษาและสังเกตพบว่าเด็กอายุ 7-10 ปี สามารถเข้าใจว่า การเจ็บป่วยทุกชนิดมีสาเหตุจากสิ่งสกปรก และเชื่อว่าการรักษาต่าง ๆ เป็นวิธีการช่วยให้มีอาการดีขึ้น โดยแพทย์และพยาบาลไม่ตั้งใจให้เขาเจ็บ เด็กเมื่ออายุมากขึ้น ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาก็มีมากขึ้น

บรูว์สเตอร์ (Brewster 1982: 355-362) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการด้านความคิดและความเข้าใจของเด็กเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย จุดมุ่งหมายในการรักษาของแพทย์ และบทบาทของเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อายุ 5-12 ปี จากการศึกษาพบว่าเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 7 ปี ให้เหตุผลว่าความเจ็บป่วยเป็นผลจากการกระทำความผิด เด็กอายุ 7-9 ปี สามารถอธิบายเกี่ยวกับโรค หรือสภาวะที่เกิดขึ้นได้กว้างมากขึ้น สามารถแยกแยะสาเหตุของความเจ็บป่วยออกจากการกระทำของมนุษย์ เข้าใจว่าการรักษาเป็นการช่วยให้หายจากโรค มีเพียงบางคนเข้าใจว่าการรักษาเป็นการลงโทษ เพราะปฏิบัติตัวไม่ดี ส่วนกลุ่มเด็กอายุ 9 ปี ขึ้นไป มีความเข้าใจว่าการเจ็บป่วยเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคได้ มีการคิดอย่างมีเหตุผลมากขึ้น

บีลส์และคณะ (Beales, et al. 1983: 481-486) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการรักษาในผู้ป่วยเด็กโรคข้ออักเสบเรื้อรัง อายุ 7-17 ปี พบว่าเด็กในกลุ่มอายุ 7-11 ปี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เห็นอาการแสดงชัดเจน มากกว่าความผิดปกติที่เกิดภายในร่างกาย และสามารถเข้าใจ และเห็นประโยชน์ของการรักษา

วูด (Wood 1983: 101-104) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ในเด็กปกติ อายุ 7-11 ปี เกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยศึกษาในด้านความเชื่อ ความคิด และการรับรู้ของเด็กพบว่าเด็กทั้ง 2 เพศ มีความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน แต่อายุมีผลต่อตัวแปรดังกล่าว ในเด็กอายุ 10-11 ปี สามารถเข้าใจเหตุผลได้ดีกว่าเด็กอายุ 7-9 ปี และจากการศึกษาในยังพบว่าการรับรู้มีผลมาจากประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมาของเด็กด้วย

สตีล (Steel 1971: 134-135) กล่าวว่าเด็กวัยเรียนสามารถบอกผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ว่าทำให้สูญเสียตำแหน่งในครอบครัว กลัวบิดา-มารดา สนใจพี่หรือน้องมากกว่าตน กลัวต้องขาดเรียน กลัวสังคมไม่ยอมรับ การเจ็บป่วยทำให้ไม่ได้เข้ากลุ่มกับเพื่อน และถ้าเจ็บป่วยเป็นเวลานาน กลัวว่าความสามารถในการทำงานต่าง ๆ ไม่เหมือนเดิม ถ้าการรักษาซับซ้อน เด็กจะเกิดความกลัวมากยิ่งขึ้น และเด็กในวัยนี้สามารถรับรู้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เด็กเรียนรู้ว่า บิดา-มารดาต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อหาเงินมาเป็นค่ารักษา ในบางครั้งเด็กจึงปฏิเสธการมาตรวจตามนัด หรือทำเป็นลืมมาเอายา ส่วนในด้านการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม และร่างกายของตนเอง เด็กมีการรับรู้ที่เป็นจริงเกี่ยวกับร่างกาย สามารถบอกได้ว่าการเจ็บป่วยทำให้เกิดผลเสียต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีสุขภาพดี เด็กวัยนี้เชื่อว่าร่างกายของคนมีพลังป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย และการดูแลตนเอง เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกัน

การเจ็บป่วย (Reichenbach 1986: 124) เมื่อเด็กเติบโตขึ้น การเรียนรู้พฤติกรรมการเล่นตนเองมีมากขึ้น เด็กสามารถพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้หลายอย่าง ความสำเร็จในแต่ละขั้นของการพัฒนาความสามารถของเด็กในการดูแลตนเองต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ในการดูแล ประคับประคอง สอน ชี้แนะ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับวัย เมื่อความสามารถของเด็กในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น บทบาทของผู้ทำหน้าที่แทนในการดูแลตนเองของเด็กก็ลดลงเรื่อย ๆ สัมพันธ์กัน

บทบาทของ
ผู้ทำหน้าที่แทน
ในการดูแลตนเอง
ของเด็ก

ความสามารถของเด็ก
ในการดูแลตนเอง

อายุ : แรกเกิด 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ปี

แผนภูมิที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และ
บทบาทของผู้ทำหน้าที่แทนในการดูแลตนเองของเด็ก
(Facteau 1980 อ้างใน วิภา จีระแพทย์ 2533: 226)

สรุปได้ว่า การที่บุคคลดูแลสุขภาพของตนได้ครบถ้วน และต่อเนื่องนั้นขึ้นกับ อายุ ระดับพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ รวมทั้งภาวะสุขภาพของบุคคล สำหรับเด็กซึ่งมีขีดจำกัดของความสามารถในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจาก อายุ และระดับพัฒนาการตามวัย ดังนั้นบิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็ก จึงมีส่วนสำคัญในการรับผิดชอบร่วมกับเด็ก ด้วยการให้การสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ในการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

การรับรู้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล การที่บุคคลมีความนึกคิด หรือมีความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด อาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผล แล้วทำให้บุคคลมีความเฝ้าระวังปฏิบัติตามแนวความคิด และความเข้าใจนั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต 2527: 141) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อโรค เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

แต่เดิมมีการสร้างแบบแผนการรับรู้ หรือความเชื่อเพื่อทำนายพฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของเลวิน (Lewin's Motivation Theory) เป็นแบบแผน โดยสร้างขึ้นเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในด้านการป้องกันโรคเท่านั้น ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลมักจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรค ถ้าไม่มีแรงจูงใจในด้านสุขภาพ หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น นอกจากรับรู้ว่าตนอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค จึงกล่าวได้ว่าแรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ และไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (Becker and Maiman 1975: 12) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกมีส่วนประกอบดังนี้ (Becker, et al. 1977: 29-30)

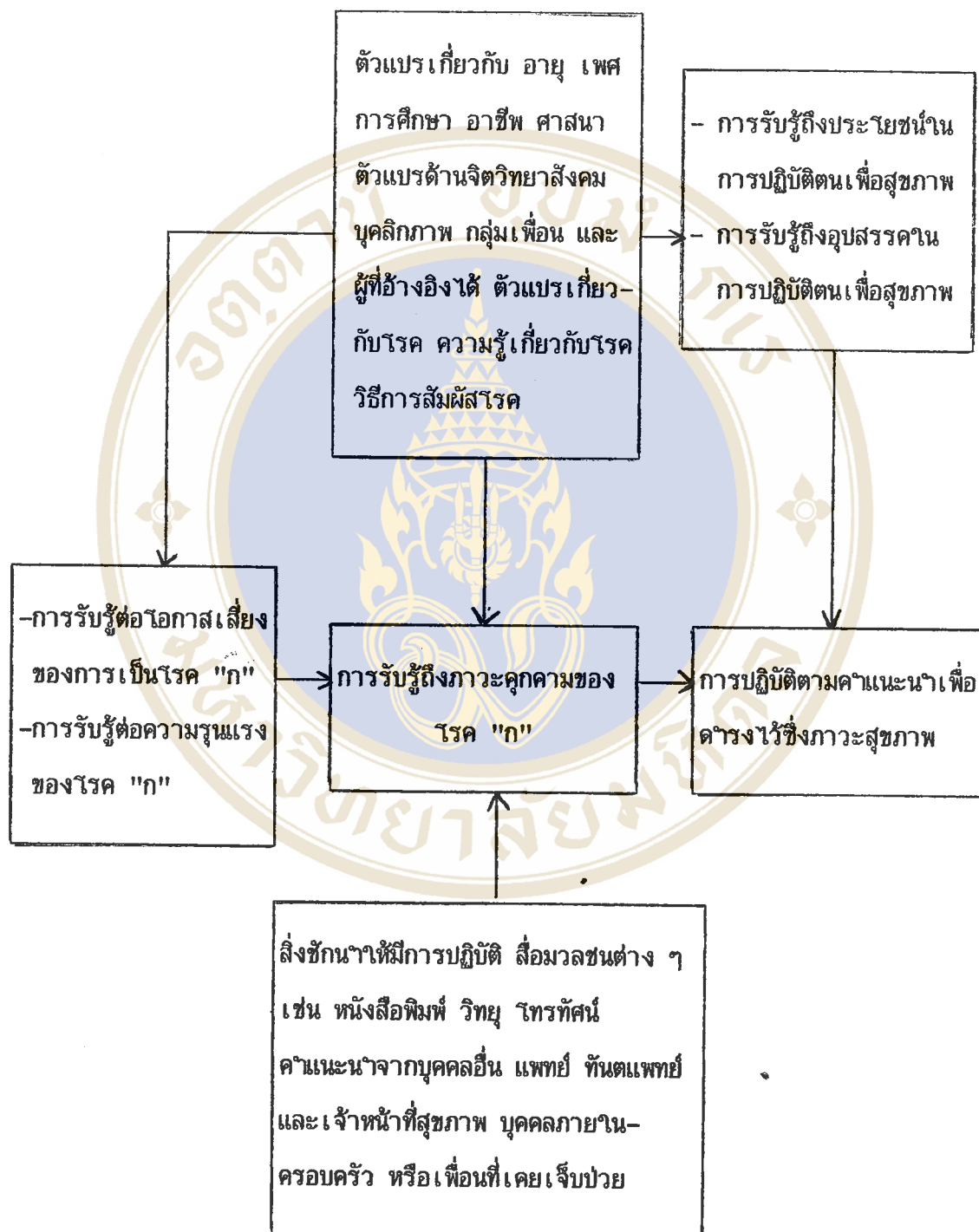
1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่ปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพิจารณาตัดสินจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) ซึ่งบุคคลประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวก หรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับ ว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายในตัวบุคคล เช่น อาการความเจ็บป่วยต่าง ๆ หรือสิ่งชักนำภายนอกตัวบุคคล เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) และสื่อมวลชนต่าง ๆ (Mass media communication) ที่ชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติภายใต้สถานการณ์นั้น ๆ

ดังแสดงความสัมพันธ์ของส่วนประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ในแผนภูมิที่ 7

การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ปัจจัยร่วม (Modifying factor) การปฏิบัติ (Likelihood of action)



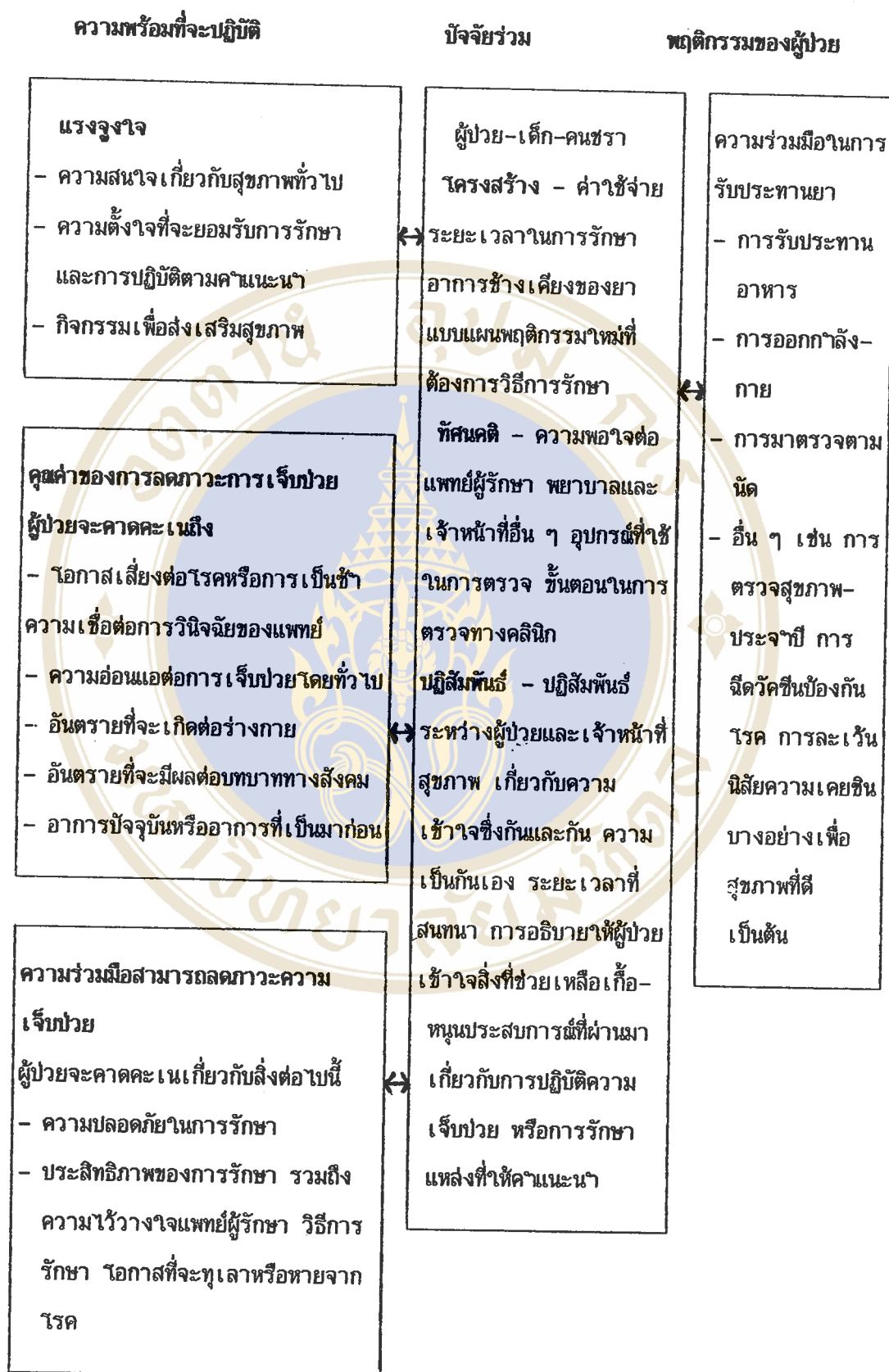
แผนภูมิที่ 7 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค

(Rosenstock 1974: 7)

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรก เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาสส์และคอบบ์ (Kasl and Cobb 1966: 246) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษาญาติ พี่น้อง เพื่อน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม
3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

มีนักวิจัยหลายท่านใช้แบบแผนพฤติกรรมของผู้ป่วยด้านการแพทย์ (Medical Model) ในการอธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเน้นตัวแปรด้านประชากร สังคม แผนการรักษา และลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ยังไม่เพียงพอในการใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ (Becker, et al. 1974: 82) เบคเกอร์ จึงได้พัฒนาและปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นใหม่ เพื่อใช้อธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) โดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยในด้านต่าง ๆ เพิ่มเติมจากที่ Rosenstock ศึกษาไว้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 8



แบบภูมิที่ 8 สรุบบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Becker 1974: 89)

จากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker 1974: 89) เกี่ยวกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 8 ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบ จึงมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี หรือถูกต้อง บุคคลนั้นจะสามารถดูแลตนเองได้ โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม

เบคเกอร์ (Becker 1974: 83-88) ได้ศึกษาแบบแผนการรับรู้ หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สามารถนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptability)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
3. การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน และการรักษา (Perceived Benifits)
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived Barrier)
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptability)

เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วย และเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเจ็บป่วย บุคคลจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยจะเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1. ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค บุคคลที่ไม่เชื่อการวินิจฉัยโรค หรือขาดความเชื่อในตัวแพทย์ หรือมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยผิดไป
2. การคาดคะเนของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก ถ้าหากเคยเจ็บป่วยมาก่อน
3. บุคคลที่อยู่ภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูงขึ้น และบุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีผลต่อการป้องกันโรค การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของกอสแมน (Gochman 1970: 69) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และอุบัติเหตุต่าง ๆ ของเด็กวัยเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยของเด็ก นอกจากนี้การศึกษาของไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann 1970: 905) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติเป็นไข้รูห์มาติก พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาเพนิซิลิน และจากการศึกษาของเบคเกอร์ (Becker 1974: 411) เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หลาย ๆ ครั้ง สรุปได้ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาของซูซวัญ บินสากล (2533: 89) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัดเรื้อรังมีดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โดยเบคเกอร์ (Becker 1974: 84) กล่าวว่า บุคคลจะคาดคะเนได้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถ้าบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยมาก่อนและจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น แต่พฤติกรรมอนามัยซึ่งไม่เกิดขึ้นจนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย (Rosenstock in Becker, ed. 1966: 99)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceive Severity)

เบคเกอร์ (Becker 1974: 84) กล่าวว่า บุคคลจะมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเฉียบพลันเพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรม แต่บุคคลนั้นต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย และบทบาททางสังคมของบุคคลนั้นด้วย จึงเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลเกิดพฤติกรรมความร่วมมือ ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงในความรู้สึกนึกคิดของบุคคลมากกว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (Rosenstock in Becker, ed. 1966: 99) จากการศึกษาของแทช และคณะ (Tash, et al. 1969: 504) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจสุขภาพฟัน และจากการศึกษาของไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann 1970: 906) พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่รับรู้ว่ามีไข้รูห์มาติกมีความรุนแรง จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพนิซิลินเพื่อป้องกันโรค และจากการศึกษาของซูซวัญ บินสากล

(2533: 90) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่นเดียวกันถ้าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มามีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะเกิดกับตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเด็กตระหนักถึงอันตราย หรือผลเสียที่จะเกิดต่อสุขภาพ และเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเด็กเอาใจใส่ดูแลตนเองมากขึ้น

การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา (Perceived Benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตน และการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และรับรู้ถึงโรคที่มีความรุนแรงพอที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ บุคคลจะแสวงหาวิธีป้องกันไม่ให้เกิดโรค จากการศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al. 1974: 214) พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอ มีความเชื่อว่ายาที่ได้รับจากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาที่ได้รับนั้นมีประโยชน์ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เชื่อว่าแพทย์สามารถรักษาความเจ็บป่วยให้หายได้จะไปพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ และการศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสากร (2533: 90) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา (Perceived Barrier)

เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของตนเองในทางลบ อุปสรรคในการปฏิบัติ อาจได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา เวลาในการมารับบริการสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยที่ขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอุปสรรคขัดขวางความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ทำให้เกิดความขัดแย้ง โดยบุคคลจะมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ และอุปสรรคที่เกิดขึ้น แล้วตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย จากการศึกษาของ คลิงเกอร์

(Klinger 1984: 32) พบว่า การปฏิบัติตัวที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ความไม่สะดวกในการปฏิบัติ รวมทั้งความไม่สบายจากโรค หรือความเจ็บป่วย การหลงลืมหรือการได้รับความแนะนำที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา และศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสากล (2533: 90) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาจึงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วย

แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

โอเรม (Orem 1991: 155) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเองที่ช่วยให้บุคคลเกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง เพราะแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเกิดความพร้อม และหันมาดูแลตนเอง แรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของชูขวัญ ปิ่นสากล (2533: 89) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค และสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มามีค ซึ่ง เป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เป็นไปตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมอาการของโรค รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคด้วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยเด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองดีเพียงใดนั้น น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมในการปฏิบัติตนและการรักษา การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลแล้ว โอเรมได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานว่าเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ร่วมด้วยคือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ชนบทธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสพการณ์ที่สำคัญในชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 50-51) ซึ่งปัจจัยพื้นฐานที่ผู้วิจัยเลือกเข้ามาศึกษาคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติก

ปัจจัยด้านผู้ป่วยเด็ก

อายุของผู้ป่วยเด็ก อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพราะความสามารถในการรวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพขึ้นอยู่กับอายุโดยตรง (Kozier and Erb 1988: 75) และความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนามากขึ้นตามอายุ โดยในวัยเด็กจะมีพัฒนาการเพิ่มขึ้น และพัฒนาจนถึงขีดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลง หรือมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem 1985: 255) เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญามากขึ้น ความคิด และสติปัญญาของเด็กวัยนี้อยู่ในขั้นปฏิบัติการด้วยรูปแบบ (ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์ 2526: 208) เด็กสามารถดูแลตนเองได้เกือบเต็มที่ มีความพร้อมทางด้านร่างกาย และมีความพร้อมในการเรียนรู้ อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย (วิภา จีระแพทย์ 2533: 225) จากการศึกษาของ สุวิศา อารยพิทยา (2533: 84) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ส่วนการศึกษาของ นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532: 52) ซึ่งศึกษาในเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมอนามัยไม่แตกต่างกัน ชูขวัญ ปิ่นสากร (2533: 98) ศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวไม่ได้

รับเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การศึกษาของ กุลชลี ภูมิรินทร์ (2535: 50) พบว่า อายุของเด็กวัยเรียน ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงกล่าวได้ว่า นอกจากปัจจัยด้านอายุแล้ว ความสามารถของแต่ละ บุคคลในการดูแลตนเองยังขึ้นกับระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต และภาวะสุขภาพด้วย (Orem 1985: 34)

ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก เด็กที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น มีการเรียนรู้ และมีการ รับรู้มากขึ้น ทำให้พัฒนาการด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้นด้วย เด็กมีความสามารถในการเลือกตัดสินใจใน การกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้มาก รวมทั้งกิจกรรมด้านสุขภาพด้วย เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีเชาว่า- ปัญหาไม่ต่างจากเด็กทั่วๆ ไป ยกเว้นบางโรคที่มีภาวะปัญหาล่าช้า หรือสมองพิการ (นิตยา ศษภักดี 2528: 867) โอเรม กล่าวว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดี ต่อการดูแลตนเองทำให้สามารถเข้าใจภาวะสุขภาพ และการรักษาได้ดีขึ้น ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการ ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem 1985: 175) จากการศึกษาของ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2536: 256) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นในโรงเรียน เขต บางกอกน้อย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา ส่วนการ ศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสากร (2533: 98) พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรร มการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลชลี ภูมิรินทร์ (2535: 50) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการรักษา การเจ็บป่วยที่เกิด ขึ้นเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ และเกิดการเรียนรู้ ทำให้มีการดูแลตนเองได้ดี ขึ้น (Orem 1985: 175) แต่ในผู้ป่วยบางรายพบว่าความเจ็บป่วยนานวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ- รู้สึก นึกคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในทางที่หนักลัว ทารุณ และกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยน- แปลงได้ (อัมพล สุอาพันธ์ 2558: 553) ซึ่งอาจเนื่องจากความเครียด ความวิตกกังวลจาก อาการของโรคและการรักษา จากการศึกษาของนิตยา ไพยาภิรมย์ (2532: 58) พบว่า เด็ก วัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมอนามัยไม่ แตกต่างกัน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยนอก ที่มีอาการของโรคไม่รุนแรง และ อยู่ในระยะรักษาหลังจากโรคสงบแล้ว จึงทำให้พฤติกรรมอนามัยไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษา ของชูขวัญ ปิ่นสากร (2533: 98-99) พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีระยะ เวลาการเป็นโรคแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่าง เนื่องจาก ผู้ป่วยเด็กส่วน

าผู้ป่วยละ 82 มีระยะเวลาการเป็นโรคนานมากกว่า 1 ปี จึงมีโอกาสดำเนินการประคับประคองการดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาคล้ายคลึงกัน จึงทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จึงกล่าวได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ขึ้นกับระยะพัฒนาการ ประสิทธิภาพชีวิต และภาวะสุขภาพด้วย (Orem 1985: 34)

ระดับความรุนแรงของโรค โอเรม (Orem 1980: 13) กล่าวว่าภาวะสุขภาพ หรือ ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ของบุคคล จากการศึกษาของโดนาบีเดียน และโรเซนเฟลด์ (Donabedian and Rosenfeld in Marston 1970: 317) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Chaves in Marston 1970: 318) พบว่า ผู้ป่วยโรคที่อยู่ในระยะอาการรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการรับคำแนะนำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ และการศึกษาของ เพลินตา พรหมบัวศรี (2536: 68) พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคมาก จะทำให้มารดาในกลุ่มควบคุมโรคดี มีความร่วมมือในการรักษามากกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมโรคไม่ดี

ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก

รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem 1985: 175) บุคคลที่มีรายได้น้อย จะมีความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยแตกต่างจากบุคคลที่มีฐานะดี (Juenker 1971: 164) ดังนั้นผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กที่มีรายได้ดีจะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางที่ดี และจะแสวงหาแหล่งบริการทางด้านสุขภาพเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และพบว่าผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้น้อย จะรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ด้วยการซื้อยามารับประทานเอง หรือปล่อยให้หายเอง และพาเด็กไปพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรงมากขึ้นแล้ว นอกจากนี้ผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กที่มีรายได้น้อยขาดปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น ไม่มีเงินซื้ออาหารที่มีคุณค่า ไม่มีอุปกรณ์เครื่องใช้ในการทำความสะอาดร่างกาย (สบู่ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ฯลฯ) และปัญหาความยากจน ทำให้บิดา-มารดา ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่เด็ก ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของสุริศา อารยพิทยา (2533: 87) พบว่า

รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และ การศึกษาของ ชูขวัญ บินสากุล (2533: 99) พบว่า รายได้ของครัวครัวที่ต่างกัน ผู้ป่วยเด็ก มีพฤติกรรมอนามัยไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา รวมทั้งค่ายา ดังนั้นแม้ว่ารายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน ผู้ป่วยเด็กก็ยังได้รับยา และแผนการ-รักษาที่คล้ายคลึงกัน

ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก บุคคลที่มีการศึกษาต่ำมักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า (Ruth 1973: 136) ดังนั้นผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กที่มีระดับการศึกษาต่ำมักขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของเด็ก และไม่กล้าซักถามแพทย์ เมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจคำแนะนำที่ได้รับ ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็ก และไม่สามารถประเมินพฤติกรรมของ ผู้ป่วยเด็กได้ จากการศึกษาของ สุภาพ กลิ่นบัว (2524: 107) พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษา ต่างกัน จะมีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยต่างกัน การศึกษาของเสถียร สุภาพงศ์ และคณะ (2529: 49) พบว่าการศึกษาของบิดา มารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนของนักเรียนระดับชั้น ประถมศึกษา ในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความ-สะอาดของร่างกาย การรักษา และป้องกันโรค ส่วนการศึกษาของนิตยา ไทยาภิรมย์ (2532: 59) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่บิดา-มารดา มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรม อนามัยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลชลี ภูมิรินทร์ (2535: 51) พบว่า ระดับ การศึกษาของมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน อาจเนื่องจาก เด็กวัยเรียนมีความพร้อมทางด้านร่างกายและการเรียนรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเอง (Koster 1983: 30) บทบาทของบิดา-มารดาจึงลดลง พฤติกรรมดูแลตนเองส่วนใหญ่จึงเกิดจากตัวเด็กเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่า โรคหัวใจรูห์มาติก เป็นโรคหัวใจชนิดที่เกิดขึ้น ภายหลังพบมากที่สุดเ็นเด็กวัยเรียน ผู้ป่วยเด็กเมื่อเป็นโรคนี้แล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้ ถ้าได้รับการรักษาและมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยเด็กจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองถูก-ต้องหรือไม่ั้น มีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพล ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็กได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาด

การเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กมาศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ผลการศึกษานี้คาดว่าจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมิน และวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นเด็กวัยเรียน อายุ 6-13 ปี ได้รับการตรวจ และวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจรูห์มาติก โดยมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเด็ก

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรดังกล่าว ที่มารับบริการในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2537 จำนวน 140 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะดังนี้

1. เด็กวัยเรียน อายุ 6-13 ปี
2. ได้รับการตรวจ และวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจรูห์มาติก
3. ไม่มีความผิดปกติทางสมอง และจิตใจ
4. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด และสามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทบทวนครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก และผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยเด็ก รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก

2. แบบสอบถามประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจท่อนำเลือด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสัมภาษณ์ของนิตยา ไทยาภิรมย์ (2532) โดยอาศัยแนวคิดจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker 1974: 82-90) แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้ 5 ด้านดังนี้

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-9

2.3 การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-13

2.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14-17

2.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18-22

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละคำตอบไว้ในคู่มือการให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ภาคผนวก ค)

ดังนั้นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีช่วงคะแนน 0-44

คะแนนสูง แสดงว่า ผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

3. แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจท่อนำเลือด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และดัดแปลงข้อคำถามจากแบบสัมภาษณ์ของนิตยา ไทยาภิรมย์ (2532) โดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

เป็นการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก 2 ด้าน คือ

3.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-15

3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-20

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้ไม่มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละคำตอบไว้ในคู่มือการให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ภาคผนวก ค)

ดังนั้นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองมีช่วงคะแนน 0-40

คะแนนสูง แสดงว่า ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี

การหาความเที่ยงตรง (Validity)

การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ-รูทึ่มมาติก โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) จำนวน 5 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

กุมารแพทย์ หน่วยโรคหัวใจ	1 ท่าน
นักพฤติกรรมศาสตร์	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาล	3 ท่าน

ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูทึ่มมาติก ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงของแบบวัด โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

กุมารแพทย์ หน่วยโรคหัวใจ	1 ท่าน
นักพฤติกรรมศาสตร์	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาล	3 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ	1 ท่าน

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ภายหลังจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มาติด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละชุด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ยุวดี ภาษา และคณะ 2534:127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right]$$

เมื่อ α = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n = จำนวนข้อในแบบสอบถาม

S^2_i = ค่าความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S^2_t = ค่าความแปรปรวนของคะแนนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้

- แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มาติด = .79
- แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มาติด = .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มาติดซึ่งผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กพามาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเด็ก โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาดังกล่าว

สถานที่	วัน	เวลา
โรงพยาบาลเด็ก	พุธ	9.00-12.00 น.
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	พุธ, ศุกร์	13.00-15.00 น.
โรงพยาบาลศิริราช	พฤหัสบดี	13.00-15.00 น.

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จากผู้ป่วยเด็กที่มารับการตรวจรักษา โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเด็กให้ตรงตามลักษณะที่กำหนดไว้

4. ขณะผู้ป่วยเด็กรอแพทย์ตรวจ ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็ก

5. เมื่อผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กยินยอมมาให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยพาผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยเด็กไปนั่งภายในบริเวณคลินิกโรคหัวใจ ซึ่งจัดไว้สำหรับการสัมภาษณ์ แล้วอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจ ผู้วิจัยให้ผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กตอบแบบสอบถามโดยวิธีการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยเด็กด้วยตนเองทีละคน โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการเล่นตนเอง และแบบสอบถามประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามลำดับ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กฟังทีละข้อ และให้ผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กตอบในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กไม่เข้าใจข้อความหรือประโยคใด ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติม โดยคงความหมายของเนื้อหาแบบสอบถามเช่นเดิม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายละประมาณ 25-30 นาที

6. เมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำถาม ถ้าพบข้อคำถามใดยังไม่ได้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยก็สัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กเพิ่มเติมจนครบและให้คำแนะนำผู้ป่วยเด็กและผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กในเรื่องที่ยังรับรู้และมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ

7. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ (Statistical Package for the Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา
2. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กรายด้านและโดยรวม
3. คำนวณอัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ตอบแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูมาติก โดยจำแนกตามรายข้อ
4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็กและผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูมาติก และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t-test)
5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูมาติก โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) จากตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์มากที่สุด จนถึงตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับตัวเกณฑ์น้อยที่สุด

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจที่มามีค ตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเด็ก จำนวน 140 ราย ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของโรค ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามอายุ และระดับการศึกษา

ข้อมูล	จำนวน (n=140 ราย)	ร้อยละ
อายุ		
6 – 9 ปี	9	6.4
> 9 – 11 ปี	46	32.9
> 11 – 13 ปี	85	60.7
ระดับการศึกษา		
ป.1 – ป.3	23	16.4
ป.4 – ป.6	90	64.3
ม.1 – ม.2	27	19.3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก 140 ราย มีอายุระหว่าง >11-13 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.7 รองลงมาคืออายุ >9-11 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.9 และมีระดับการศึกษาในระดับ ป.4-ป.6 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.3 รองลงมาคือระดับการศึกษาในระดับ ม.1-ม.2 คิดเป็นร้อยละ 19.3

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วย และ ระดับความรุนแรงของโรค

ข้อมูล	จำนวน (n=140 ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
≤ 1 ปี	25	17.9
> 1 - 3 ปี	73	52.1
> 3 - 5 ปี	23	16.4
> 5 ปีขึ้นไป	19	13.6
ระดับความรุนแรงของโรค		
ระดับ 1	26	18.6
ระดับ 2	109	77.8
ระดับ 3	5	3.6
ระดับ 4	0	0.0

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มิมีระยะเวลาการเจ็บป่วย > 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.1 รองลงมา มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ≤ 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.9 และมีระดับความรุนแรงของโรคที่ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมา มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 18.6

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามรายได้ และ ระดับการศึกษา

ข้อมูล	จำนวน (n=140 ราย)	ร้อยละ
รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กเฉลี่ยต่อเดือน		
< 2,000 บาท	7	5.0
2,001 – 7,000 บาท	91	65.0
7,001 – 13,000 บาท	36	25.7
13,001 – 18,000 บาท	1	0.7
> 18,000 บาทขึ้นไป	5	3.6
ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก		
ไม่ได้รับการศึกษา	17	12.1
ประถมศึกษา	98	70.0
มัธยมศึกษา	13	9.3
อาชีวศึกษา	10	7.2
อุดมศึกษา	2	1.4

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,001–7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.0 รองลงมา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 7,001–13,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.7 และมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา ไม่ได้รับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 12.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มอดิก จำแนกเป็นรายด้าน

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D.
	ของ	ของ		
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0-44	29-44	37.13	3.59
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ	0-10	2-10	6.37	1.99
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0-8	4-8	6.91	1.20
การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรม การปฏิบัติตน และการรักษา	0-8	4-8	7.32	0.92
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา	0-8	0-8	7.28	1.13
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	0-10	4-10	9.28	1.13
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	0-40	17-37	27.91	3.84
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป	0-30	11-29	21.06	3.06
พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพ	0-10	3-10	6.84	1.59

จากตารางที่ 4 พบว่า ช่วงคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในช่วง 29-44 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.13 คะแนน ช่วงคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในช่วง 17-37 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.91

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กจากเนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายข้อ
(n=140 ราย)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ลักษณะการรับรู้		
	ถูกต้องที่สุด (ร้อยละ)	ถูกต้องพอควร (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ			
1. เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) มีไข้ เจ็บคอ มีโอกาสทำให้โรคหัวใจของ (ชื่อเด็กป่วย) เป็นมากขึ้นหรือไม่	53.5	22.9	23.6
2. เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) เล่นกับเพื่อนที่ไม่สบาย เช่น เป็นไข้หวัด ไอ จาม เจ็บคอ (ชื่อเด็กป่วย) อาจไม่สบายเช่นเดียวกับเพื่อนได้หรือไม่	72.9	7.1	20.0
3. การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไม่ทำให้โรคหัวใจของ (ชื่อเด็กป่วย) เป็นมากขึ้นหรือไม่	49.3	25.7	25.0
4. (ชื่อเด็กป่วย) มีโอกาสติดเชื้อโรคหรือไม่สบาย เช่น เป็นหวัดได้ง่ายกว่าเพื่อน ๆ ที่ไม่เป็นโรคหัวใจหรือไม่	30.0	15.7	54.3
5. แม้ว่าตอนนี้อาการของโรคหัวใจของ (ชื่อเด็กป่วย) จะดีขึ้นกว่าเดิมแต่มีโอกาสที่อาการของโรคหัวใจจะกลับเป็นซ้ำใหม่ได้อีกหรือไม่	67.1	20.0	12.9
การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
6. การที่ (ชื่อเด็กป่วย) เป็นโรคหัวใจ ทำให้ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เช่นเดียวกับเพื่อน ๆ คนอื่น ๆ ที่ไม่เป็นโรคหัวใจหรือไม่	90.0	0.7	9.3

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ลักษณะการรับรู้		
	ถูกต้องที่สุด (ร้อยละ)	ถูกต้องพอควร (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
7. (ชื่อเด็กป่วย) สามารถเล่นกีฬา หรือออกกำลังกาย- ภายใต้ทุกชนิดเช่นเดียวกับเพื่อนคนอื่น ๆ ไข้หรือไม่	56.4	4.3	39.3
8. โรคหัวใจ ทำให้ (ชื่อเด็กป่วย) ไม่สามารถ อาบน้ำ สระผม แปรงฟัน แต่งตัวหรือรับประทานอาหาร อาหารด้วยตนเองได้ ไข้หรือไม่	100.0	0.0	0.0
9. ในกรณีผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วยยาชนิด รับประทาน สัมภาษณ์ ดังนี้			
- การรับประทานยาสม่ำเสมอ สามารถควบคุม อาการของโรคหัวใจไม่ให้กำเริบและเป็น มากขึ้นไข้หรือไม่	5.7	7.7	5.0
ในกรณีผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วยยาชนิดฉีด สัมภาษณ์ดังนี้			
- การมาฉีดยาตามที่แพทย์นัด สามารถควบคุม อาการของโรคหัวใจไม่ให้กำเริบและเป็น มากขึ้นไข้หรือไม่	61.4	19.3	0.7
การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา			
10. การรักษาความสะอาดร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟันทุกวันเป็นสิ่งจำเป็น เพราะช่วย ป้องกันไม่ให้ได้รับเชื้อโรคได้ง่ายไข้หรือไม่	99.3	0.7	0.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ลักษณะการรับรู้		
	ถูกต้องที่สุด (ร้อยละ)	ถูกต้องพอควร (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
11. (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์, ไข่ นม, ผัก, ผลไม้ ทำให้ ร่างกายแข็งแรงเป็นการส่งเสริมการรักษา โรคหัวใจให้ได้ผลดีขึ้นใช่หรือไม่	97.2	2.1	0.7
12. เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) ไม่มาตรวจตามที่หมอนัด อาจจะทำให้โรคหัวใจ มีอาการมากขึ้นใช่หรือไม่	87.1	8.6	4.3
13. การเช็ดตัว และดื่มน้ำมากๆ เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) มีไข้สูง ไม่ได้ช่วยทำให้ไข้ลดลง ใช่หรือไม่	67.1	17.9	15.0
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา			
14. (ชื่อเด็กป่วย) มาตรวจตามหมอนัดทุกครั้งแม้ว่า ต้องขาดเรียนใช่หรือไม่	97.2	0.7	2.1
15. การมาโรงพยาบาลต้องใช้เวลาในการรอตรวจ นาน (ชื่อเด็กป่วย) เดี๋ยวใจมาหรือไม่	95.8	2.1	2.1
16. การรับประทานอาหารที่มีรสจัดเป็นสิ่งจำเป็นใน ในการควบคุมโรคหัวใจของ (ชื่อเด็กป่วย) ใช่หรือไม่	64.3	29.3	6.4
17. บุคลากรผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วยยาชนิด รับประทาน สัมภาษณ์ ดังนี้			
- ยาที่รับประทานมีรสขม (ชื่อเด็กป่วย) ก็ เต็มใจรับประทานใช่หรือไม่	14.3	2.8	1.4

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ลักษณะการรับรู้		
	ถูกต้องที่สุด (ร้อยละ)	ถูกต้องพอควร (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
ในกรณีผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วยยาชนิดฉีด			
สัมภาษณ์ดังนี้			
- ยาที่หมอฉีดปวดมาก (ชื่อเด็กป่วย) ก็ เต็มใจฉีดยาใช่หรือไม่	63.6	14.3	3.6
แรงจูงใจด้านสุขภาพ			
18. เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) ไม่สบายการที่พ่อ แม่ หรือ ผู้ใหญ่แนะนำ เป็นสิ่งที่ (ชื่อเด็กป่วย) ควร ปฏิบัติตาม ใช่หรือไม่	95.0	2.9	2.1
19. หมอ พยาบาล ครู จะช่วยอธิบายเกี่ยวกับอาการ เจ็บป่วย หรือการรักษาแก่ (ชื่อเด็กป่วย) ให้ เข้าใจได้ ใช่หรือไม่	100.0	0.0	0.0
20. การไม่ดูแลสุขภาพตนเองให้ดี จะทำให้ (ชื่อเด็กป่วย) หหมดโอกาสที่จะเล่นได้เหมือน เพื่อนคนอื่น ๆ ที่ไม่เป็นโรคหัวใจ ใช่หรือไม่	91.4	5.7	2.9
21. โรคหัวใจที่ (ชื่อเด็กป่วย) เป็น สามารถควบคุม ไม่ให้มีอาการรุนแรงได้ ใช่หรือไม่	84.3	10.7	5.0
22. การมาตรวจทุกครั้งตามที่หมอนัดไม่สามารถ ควบคุมความรุนแรงของโรคหัวใจ (ชื่อเด็กป่วย) เป็น ใช่หรือไม่	73.6	20.0	6.4

ดังตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กมากกว่าร้อยละ 20 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้องในด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ในเรื่องการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในเรื่องการเล่นกีฬาและการออกกำลังกาย



ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กงานหนักตามพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายข้อ
(n=140ราย)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ลักษณะการปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป			
1. (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานอาหารวันละกี่มื้อ	70.7	25.0	4.3
2. ในแต่ละวัน (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานเนื้อสัตว์ (เช่น เนื้อหมู, ไก่, ปลา ฯลฯ) หรือ รับประทานไข่ บ่อยครั้งเพียงใด	82.9	17.1	0.0
3. ในแต่ละวัน (ชื่อเด็กป่วย) ดื่มนมบ่อยครั้ง เพียงใด	10.0	29.3	60.7
4. ในแต่ละวัน (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานผัก บ่อยครั้งเพียงใด	32.8	64.3	2.9
5. ในแต่ละวัน (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานผลไม้ บ่อยครั้งเพียงใด	27.9	67.8	4.3
6. (ชื่อเด็กป่วย) ดื่มน้ำวันละกี่แก้ว	14.3	32.1	53.6
7. เมื่อท้องผูก (ชื่อเด็กป่วย) ทำอย่างไร	67.9	15.7	16.4
8. เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) หายใจเหนื่อยหอบ (ชื่อเด็กป่วย) ทำอย่างไร	97.1	2.9	0.0
9. (ชื่อเด็กป่วย) อาบน้ำวันละกี่ครั้ง และทาบ่อย แค่ไหน	74.3	23.6	2.1

ตารางที่ 6 (ต่อ)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ลักษณะการปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
10. (ชื่อเด็กป่วย) แปร่งฟันตอนไหนบ้าง และ ทำบ่อยแค่ไหน	57.9	22.8	19.3
11. (ชื่อเด็กป่วย) บ้วนปากตอนไหนบ้าง และ ทำบ่อยแค่ไหน	7.9	50.7	41.4
12. เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) ปวดฟัน หรือรู้ว่าฟัน (ชื่อเด็กป่วย) ทำอย่างไร	76.4	10.0	13.6
13. (ชื่อเด็กป่วย) นอนหลับวันละกี่ชั่วโมง (โดย ถามว่าเข้านอนและตื่นนอนเวลาเท่าใด)	43.6	40.7	15.7
14. เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) วิ่งเล่น หรือเล่นกีฬา แล้วรู้สึกเหนื่อย (ชื่อเด็กป่วย) ทำอย่างไร	89.3	9.3	1.4
15. (ชื่อเด็กป่วย) เล่น หรือเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อน ๆ บ้างหรือไม่ และทำบ่อยแค่ไหน	91.3	5.8	2.9
พฤติกรรม การดูแลตนเองตามภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพ			
16. เมื่อมีเพื่อนไม่สบาย เช่น เป็นหวัด ไอ จาม (ชื่อเด็กป่วย) เข้าไปเล่นกับเพื่อนบ้างหรือไม่	36.4	39.3	24.3
17. (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม บ้างหรือไม่	30.0	65.0	5.0
18. เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) รู้สึกไม่สบาย เช่น มีไข้ เจ็บคอ (ชื่อเด็กป่วย) ทำอย่างไร	87.1	2.9	10.0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ลักษณะการปฏิบัติ		
	ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (ร้อยละ)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
19. ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วย ยาชนิดรับประทาน สัมภาษณ์ดังนี้ - (ชื่อเด็กป่วย) เคยลืมรับประทานยาบ้างหรือไม่ และลืมบ่อยแค่ไหน	10.0	6.4	2.1
ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วยยาฉีด สัมภาษณ์ดังนี้ - (ชื่อเด็กป่วย) เคยลืมไปฉีดยาตามที่หมอนัด บ้างหรือไม่ และลืมบ่อยแค่ไหน	77.9	2.9	0.7
20. (ชื่อเด็กป่วย) เคยสอบถามพ่อ แม่ ผู้ใหญ่ เกี่ยวกับวันนัดให้มาตรวจที่โรงพยาบาลหรือไม่	48.6	20.0	31.4

ดังตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กมากกว่าร้อยละ 20 มีพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยทั่วไป ในเรื่อง การดื่มนม ดื่มน้ำ การดูแลความสะอาดปาก-ฟัน ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองตามภาวะเปื่อยบนทางสุขภาพ ในเรื่อง การคลุกคลีใกล้ชิดบุคคลที่เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจและการสอบถามเกี่ยวกับวันนัด มาพบแพทย์

ตารางที่ 7 ค่าสัมพันธะระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็กและปัจจัยพื้นฐาน-
ด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	.3086***
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ	.1324
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.1701*
การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา	.1703*
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา	.2934***
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	.1528
ปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	
อายุของผู้ป่วยเด็ก	-.0026
ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก	.0756
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.1744*
ระดับความรุนแรงของโรค	-.0536
รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก	.2123**
ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก	.1798*

* = $P < .05$

** = $P < .01$

*** = $P < .001$

จากตารางที่ 7 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และรายด้านบางด้าน เช่น การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.3086$ และ $.2934$) ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรม การปฏิบัติตามและการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.1701$ และ $.1703$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและแรงจูงใจด้านสุขภาพพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2123$) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.1744$ และ $.1798$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก ระดับความรุนแรงของโรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทวนัยทั้ง 7 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก แสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation Matrix)

ตัวแปร	การรับรู้ ภาวะสุขภาพ	อายุ ของผู้ ป่วย เด็ก	ระดับการ ศึกษาของ ผู้ป่วย เด็ก	ระยะเวลา การเจ็บ- ป่วย	ระดับความ รุนแรงของ โรค	รายได้ของ ผู้เลี้ยงดู ผู้ป่วยเด็ก	ระดับการ ศึกษาของ ผู้เลี้ยงดู ผู้ป่วยเด็ก
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.0000						
อายุของผู้ป่วยเด็ก	-.0696	1.0000					
ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก	-.0152	.9272***	1.000				
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.0491	.3628***	.4187***	1.000			
ระดับความรุนแรงของโรค	.0166	-.0734	-.0812	-.0614	1.000		
รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก	.0323	-.0553	.0126	.1539	.0847	1.000	
ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก	.1572	-.0759	-.0112	-.1441	.0268	.3050***	1.000

*** = $P < .001$

จากตารางที่ 8 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย พบว่า ตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กันเอง ได้แก่ อายุของผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.9272$ และ $.3628$) ตามลำดับ และพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.4187$) นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.3050$)



ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนาย คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอยกับตัวเกณฑ์ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ลำดับ	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² Change	F Change	b	Beta	t
1	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.3086	.0952	.0952	14.5241***	.3302	.3086	3.811***
2	การรับรู้ภาวะสุขภาพ					.3232	.3020	3.802***
	รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก	.3691	.1362	.0410	6.5013**	.0019	.2026	2.550**
3	การรับรู้ภาวะสุขภาพ					.3325	.3108	3.951***
	รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก					.0017	.1773	2.230*
	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.4023	.1619	.0257	4.1612*	.3244	.1623	2.040*
Constant (a) = 13.6601					Overall F	8.7547***		

* = P<.05

** = P<.01

*** = P<.001

จากตารางที่ 9 แสดงว่า ในขั้นตอนที่ 1 ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือกคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กมากที่สุด) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .0952 แสดงว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ 9.52 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ.001 จากนั้นในการวิเคราะห์ที่ขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปคือ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .1362 ซึ่งสามารถ

ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.62 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .01 ในการวิเคราะห์ขั้นที่ 3 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไป คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .1619 ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.19 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 เมื่อเพิ่มตัวทำนายตัวอื่นๆ เข้าไปในการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนเป็นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ผิดปกติจึงยุติลง ณ ขั้นตอนที่ 3

หลังจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้วพบว่าตัวทำนายที่สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ผิดปกติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยตัวทำนายทั้งสามนี้สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ผิดปกติได้ร้อยละ 16.19 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05

การสร้างสมการทำนายจากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 7 พบว่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) แต่ละค่าของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 3 คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (HP) รายได้ของครอบครัว (INC) และระยะเวลาการเจ็บป่วย (DUR) ($P < .001$.01 และ .05) ตามลำดับ และมีค่าคงที่ (a) เท่ากับ 13.6601 และจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะได้สมการถดถอยพหุคูณที่ดีที่สุดเพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ผิดปกติ (SCA) ดังแสดงในสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ผิดปกติในรูปคะแนนดิบดังนี้ คือ

$$\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

$$\hat{Y} (SCA) = 13.6601 + .3325(HP) + .0017(INC) + .3244(DUR)$$

และสมการถดถอยพหุคูณที่ดีที่สุดในรูปแบบของคะแนนมาตรฐานคือ

$$Z (SCA) = .3108(HP) + .1773(INC) + .1623(DUR)$$

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มามีผลการศึกษาแยกอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มามีผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 โดยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มามีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) = .3086 หมายความว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องไม่ดี จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่ดีด้วยเช่นกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีส่วนในการกำหนดแนวโน้มพฤติกรรม และเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลกระทำการกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Pender 1987:64) กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การรับรู้ทำให้บุคคลตระหนักถึงตนเอง บุคคลอื่น สิ่งของ และเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อมในโลกแห่งความเป็นจริง รวมทั้งให้ความหมาย และความสำคัญต่อบุคคลนั้น และการรับรู้ยังมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรม (กรรณิการ์ สุวรรณโคต 2527:465) การที่บุคคลมีการรับรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีการตอบสนองต่อการรับรู้ โดยแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ นั้น ๆ โดยการรับรู้หรือความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่ง ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจช่วยให้บุคคลกระทำการกิจกรรมในการดูแลตนเอง รวมทั้งสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (Orem 1991: 152-153) ซึ่งถ้าผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้อง จะเป็นปัจจัยชักนำให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมด้วย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ชัมภลชิต (Kampalikit 1983: 234) ที่ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่า การรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาของนิตยา ไทยาภิรมย์ (2532:54) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ

ชูขวัญ ปิ่นสากร (2533:88) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกوخแมน (Gochman 1971: 148-151) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยในเด็กวัยเรียน พบว่าการรับรู้ถึงสภาพร่างกายที่อ่อนแอเป็นสาเหตุนำไปสู่ความเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของเด็ก ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ที่ถูกต้อง จึงเป็นปัจจัยนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อปรับ และควบคุมร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติ และเกิดการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจะเลือกกระทำ (Orem 1985: 98) เพราะการรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิด ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และเป็นพื้นฐานนำไปสู่พลังความสามารถในการผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพในแต่ละด้านกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .05 และ .05 ตามลำดับ แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่งสามารถแยกอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .1701$) หมายความว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม เพราะการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เพราะเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับผลการวิจัยของแทช และคณะ (Tash et al. 1969 cited in Mikhail 1981:69) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมาตรวจสุขภาพฟัน นอกจากนี้การศึกษาของไฮน์เซลมานน์ (Heinzelmann 1970: 906) ซึ่งศึกษาในกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติเป็นไข้รูห์มาติก พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่รับรู้ว่าเป็นไข้-

มาตีความความรุนแรงจะทำให้ความร่วมมือในการรับประทายยาเพนนิซิลิน เพื่อป้องกันโรค และ การศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสกุล (2533: 90) ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรม การปฏิบัติตนและการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.1703$) หมายความว่าผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรม การปฏิบัติตนและการรักษาถูกต้อง จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมและการรักษาเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมของตนเอง และแผนการรักษา ว่าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำและควบคุมอาการของโรคได้ ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ของแพทย์ จากการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1974:214) พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทายยาสม่ำเสมอ มีความเชื่อว่ายาที่ได้รับจากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาที่ได้รับมีประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด และการศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสกุล (2533: 90) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.2934$) หมายความว่า การรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง จากการศึกษาแม้พบว่า ผู้ป่วยเด็กจะเผชิญกับปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ทั้งในเรื่องเวลาในการ มาตรวจตามนัด ซึ่งผู้ป่วยต้องขาดเรียน และต้องเสียเวลาในการรอตรวจนาน รวมทั้งวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น การรับประทายยาทุก ๆ วัน หรือการฉีดยาทุก ๆ เดือน และโรคนี้ต้องใช้เวลานานในการรักษานานและต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่นิยมดีและเต็มใจในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ เพราะผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรม ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเพื่อควบคุมอาการของโรค ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จึงมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูขวัญ ปิ่นสกุล (2533: 90) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โรค มะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) หมายความว่า การรับรู้ของผู้ป่วยเด็กถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ศึกษานครั้งนี้เป็นเด็กวัยเรียน ส่วนใหญ่มีอายุ $>11-13$ ปี คิดเป็นร้อยละ 60.7 และ $>9-11$ ปี คิดเป็นร้อยละ 32.9 ซึ่งเด็กในวัยนี้จะมีพฤติกรรมตามเพื่อน ไม่อยากปฏิบัติตนแตกต่างจากกลุ่มเพื่อน เนื่องจากกลัวไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเด็กร้อยละ 20 มีลักษณะการรับรู้ไม่ถูกต้องในเรื่องการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และการรับประทานอาหารเฉพาะโรค จากการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยเด็กบอกว่าไม่เห็นว่าการรับประทานอาหารเฉพาะโรค หรือการเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ จะมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพของตน โดยผู้ป่วยไม่ได้รับประทานอาหารเฉพาะโรคตามที่แพทย์แนะนำ ก็มิได้เกิดผลใด ๆ ต่อสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 77.8 ซึ่งผู้ป่วยเด็กสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ตามปกติเหมือนเด็กในวัยเดียวกัน จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่รู้สึกรวตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับเบคเกอร์ (Becker 1974: 84) ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีการรับรู้ว่ามีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดี่ยว ยังไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรม แต่บุคคลนั้นต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพ และบทบาททางสังคมของตนเองด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือเกิดขึ้น

แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) หมายความว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งการศึกษานครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโจเซฟ (Joseph 1980:132) ที่ว่าแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและหันมาดูแลตนเอง ส่วนโอเรม (Orem 1991:155) ให้แนวคิดว่า แรงจูงใจเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการ自我ดูแลตนเองที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อการ自我ดูแลตนเอง ดังนั้นแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่จากผลการศึกษานครั้งนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง สามารถอธิบายได้ว่า โรคหัวใจที่มาติดเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน แม้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วก็ตาม ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องมาติดตามการรักษาเป็นระยะ ๆ ตามที่แพทย์

นั้ดอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยเด็กรู้สึกว่ทุกสิ่งทุกอย่างควบคุมไม่ได้ แม้จะตั้งใจดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดีแล้ว ผู้ป่วยก็ยั้งต้องมาติดตามการรักษา และรับการรักษาอีก ประกอบกับผู้ป่วยรู้สึกว่ตนเองสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เช่นเดียวกับเพื่อน ๆ ในวัยเดียวกัน และจากการศึกษาครั้งนี้ มีเด็กหลายคนบอกว่าตนเองสามารถเรียนหนังสือ และเล่นกีฬาได้เก่งกว่าเพื่อน ๆ ที่ไม่ได้เจ็บป่วยด้วยเหตุนี้จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กปล่อยปละละเลย ไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำ ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือการฉีดยา เป็นต้น จึงทำให้แรงจูงใจด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 เพียงบางส่วน โดยพบว่ารายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2123$) ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.1744$ และ $.1798$) ตามลำดับ ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก และระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) หมายความว่าอายุของผู้ป่วยเด็กไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกาารดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้เพราะโรคหัวใจรูห์มาติกเป็นโรคเรื้อรัง และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยใกล้เคียงกัน จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสได้รับความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวจากแพทย์และพยาบาลคล้ายกัน ประกอบกับผู้ป่วยเด็กมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาคล้ายคลึงกัน จึงอาจมีผลให้ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมกาารดูแลตนเองใกล้เคียงกัน จึงทำให้ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาาร

ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ไทยาภิรมย์ (2532:58) ที่ศึกษาพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังพบว่า เด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและ มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมอนามัยไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาของชูขวัญ ปิ่นสากร (2533:98) พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัดเรื้อรังมีเด็กเลือดขาวที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การศึกษาของกุลชลี ภูมิรินทร์ (2535:49) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ในเด็กวัยเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) และจากการศึกษาของซอเซียร์ (Saucier 1984: 135) พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ ของผู้ป่วยเด็ก

ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) หมายความว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็กไม่มีความ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่าง แม้มีระดับ การศึกษาในชั้นประถมศึกษาที่ต่างกัน แต่พบว่าผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพใกล้เคียงกัน ซึ่ง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ดังแสดงในตารางที่ 7) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการ รับรู้ภาวะสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$, $r=.0756$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกัน จึงทำให้มีโอกาสดำเนินการ รักษา และมีการเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนคล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยเด็กจึงมีพฤติกรรม การดูแลตนเองใกล้เคียงกัน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กไม่สัมพันธ์ กับระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของชูขวัญ ปิ่นสากร (2533:92) ที่ศึกษาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัดเรื้อรังมีเด็กเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วย เด็กที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) และจากการศึกษาของกุลชลี ภูมิรินทร์ (2535:50) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน และจากแนวคิดของโอเรม (Orem 1985:106) ที่ว่าการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการปรับตัวที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเนื่องจาก สภาวะความเจ็บป่วย และความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเอง แล้วพัฒนาขึ้นด้วยการใช้สติปัญญา คิดและไตร่ตรอง รวมทั้งการได้รับการสอนหรือคำแนะนำจากบุคคลอื่นซึ่งนอกเหนือจากการศึกษา

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$, $r=.1744$) หมายความว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยเด็กที่มีระยะเวลา

การเจ็บป่วยนานทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ และเกิดการเรียนรู้ ทำให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น

ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) หมายความว่า ระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 77.8 ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคดังกล่าว ผู้ป่วยเด็กยังสามารถประกอบกิจกรรม และกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ ดังนั้นผู้ป่วยเด็กในกลุ่มนี้อาจกล่าวได้ว่าไม่มีข้อจำกัดทางภาวะสุขภาพ อันเป็นผลขัดขวางต่อความสามารถในการดูแลตนเอง จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กไม่แปรผันตามความรุนแรงของโรค

รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2123$) หมายความว่า รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กอยู่ในช่วง 2,001-7,000 บาท ร้อยละ 65.0 และ 7,001-13,000 บาท ร้อยละ 25.7 และจากการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กพบว่า รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้อง และเหมาะสมเนื่องจากรายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาวะของโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender 1982: 161-162) ที่ว่ารายได้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ในการแสวงหาสิ่งเอื้ออำนวย ความสะดวกต่อการดูแลสุขภาพ เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ผู้ป่วยจึงต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัวเกี่ยวกับการรักษา เช่น ในเรื่องอาหาร การนอน การรับประทานยา ดังนั้นแหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทอง เป็นต้น จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ พัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ และเป็นแหล่งทำให้เกิดความหวัง กำลังใจที่จะมีชีวิตรอยู่และดูแลตนเอง (ประคอง อินทรสมบัติ, สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ 2536: 142) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุริศา อารยพิทยา (2533:87) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.20$)

ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.1798$) หมายความว่า ระดับการศึกษาของ

ผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งการศึกษาจะส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ที่ดี ตลอดจนมีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ กลิ่นบัว (2524: 107) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ด้านสุขภาพอนามัยต่างกัน และเสถียร สภาพงศ์ และคณะ (2529:49) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาทั่วประเทศ พบว่าระดับการศึกษาของบิดา-มารดามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนของนักเรียนในเรื่อง การรักษาความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขับถ่าย ตลอดจนการรักษาและป้องกันโรค

สมมติฐานที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรม-การดูแลตนเอง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งมีอำนาจการทำนายร้อยละ 16.19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 แสดงว่าสมมติฐานที่ 3 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลา-การเจ็บป่วย สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรตัวแรกที่ถูกเลือกเข้าไป สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ 9.5 ($P < .001$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่โน้มน้าว กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบและใส่ใจงานการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Pender 1987:64) กล่าวคือ บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องหรือเป็นไปในทางบวก จะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่ถูกเลือกเข้าไปเป็นอันดับ 2 และสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.1 ($p < .01$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ารายได้ของครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

เพราะฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย-
เด็ก โดยบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสในการหาแสงสว่างหาสิ่งที่เป็น
ประโยชน์ หรือสิ่งที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเองมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ
(Pender 1982: 161-162) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรตัวที่สามที่ถูกเลือกเข้าไป
สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้ และสามารถร่วมอธิบายความผันแปร
พฤติกรรมการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.6 ($P < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าระยะเวลา
การเจ็บป่วยมีผลต่อประสิทธิภาพของบุคคล ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะมีการเรียนรู้ถึง
ความสำคัญ และประโยชน์ของพฤติกรรมการปฏิบัติตนและการรักษา ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วย
จึงเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เด็กโรคหัวใจที่มอดิค ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะ
เวลาการเจ็บป่วย โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้ร้อยละ
16.19 ส่วนที่เหลือร้อยละ 83.81 ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัย อายุ ระดับการศึกษาของ
ผู้ป่วยเด็ก ระดับความรุนแรงของโรค และระดับการศึกษาผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้อาจเป็น
เพราะมีปัจจัยอื่นตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ทั้งที่เป็นปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยที่เป็น
องค์ประกอบในโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเอง แต่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้จากตารางที่ 8 ตัวแปรมีความสัมพันธ์
กันภายในจึงส่งผลให้ตัวแปรดังกล่าวไม่เป็นอิสระจากกัน โอกาสในการเข้าร่วมทำนายจึงน้อยลง
และไม่สามารถเข้าร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเด็กวัยเรียนอายุ 6-13 ปี ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจรูห์มาติก และมาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนก--ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเด็ก ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2537 ถึงเดือนธันวาคม 2537 จำนวน 140 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กและผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก และแบบสอบถามประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่น .79 และ .82 ตามลำดับ

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กด้วยตนเองจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 140 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กจากโรงพยาบาลศิริราช 37 ราย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 37 ราย และโรงพยาบาลเด็ก 66 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ หาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กรายด้านและโดยรวม หาค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก โดยจำแนกตามรายชื่อ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมและในแต่ละด้าน และปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็กและผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างตัว
ทำนายทั้งหมดกับพฤติกรรมผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้น
ตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำนวน 140 ราย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง >11-13
ปี คิดเป็นร้อยละ 60.7 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็น
ร้อยละ 64.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย >1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.1 ระดับความรุนแรงของ
โรค ระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 77.8 รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก เฉลี่ยต่อเดือน 2,001-
7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.0 และระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับชั้นประ
ถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 70.0
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมผลการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.3086$)
3. ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.1744$) ส่วน
ปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็ก ระดับความรุนแรงของโรค มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)
4. ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระดับ
การศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กอย่างมี-
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .05 ($r=.2123$ และ $r=.1798$) ตามลำดับ
5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนาย
พฤติกรรมผลการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของ
ผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยสามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ได้ร้อยละ 16.19 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้ป่วยเด็ก คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ปัจจัยพื้นฐานด้านผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กคือ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โรคหัวใจรูห์มาติก โดยที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติก เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง และเหมาะสมดังนี้

ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติกทั้งที่ติดผู้ป่วยนอก และติดผู้ป่วยใน ควรตระหนักและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติกได้
2. พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการประเมิน การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะในด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตนและการรักษา และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการ รักษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ทั้ง 3 ด้านดังกล่าว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติกแล้วจึงวางแผนและส่งเสริมในด้านที่ผู้ป่วยเด็กยัง รับรู้ไม่ถูกต้อง ส่วนการรับรู้ภาวะอีก 2 ด้านพยาบาลควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมเช่นเดียว กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านอื่นๆ ด้วย เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติ- กรรมการดูแลตนเองถูกต้องและเหมาะสม ถ้าผู้ป่วยเด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านใดถูกต้อง และ เหมาะสมแล้ว พยาบาลควรให้การสนับสนุน และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป บุคลากรที่ให้การคำแนะนำ และส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยเด็ก ควรให้คำแนะนำเป็น รายบุคคลแก่ผู้ป่วยเด็กและผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ภาษาที่ใช้ควรเหมาะสมกับวัยของผู้ป่วยเด็ก และ ควรมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ นอกจากนี้พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้แสดง ความคิดเห็น หรืออธิบายเหตุผลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย เพื่อช่วยให้พยาบาล ได้เข้าใจการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กได้ชัดเจน และสามารถนำมาวางแผนในการให้คำแนะนำและ ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยเด็กต่อไป และให้เวลาผู้ป่วยเด็กได้ซักถามข้อสงสัย หรือ

ข้อข้อใจต่าง ๆ ด้วย

3. พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสม โดยพยาบาลควรประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก ว่ายังมีพฤติกรรมปฏิบัติด้านใดไม่ถูกต้อง แล้วจึงวางแผน และมุ่งส่งเสริมในด้านนั้น ๆ เพิ่มมากขึ้น และจากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 20 มีพฤติกรรมปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในเรื่องการดื่มนมและน้ำ การดูแลความสะอาดปากฟัน การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และการสอบถามเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่าพฤติกรรมปฏิบัติบางอย่างของผู้ป่วยเด็กเกิดจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ และการที่เด็กต้องพึ่งพา บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดู เช่น ในเรื่องการรับประทานอาหาร ดังนั้นพยาบาลจึงควรเน้นให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเด็ก บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก ให้เห็นความสำคัญ และความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเด็ก คำนึงถึงความต้องการจำเป็นถึงเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติด้วย และควรส่งเสริม ให้กำลังใจผู้ป่วยเด็ก เมื่อผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสม

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

1. ผลการสอนในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติค
2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติค เช่น การให้ความรู้ต่อสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออันอาจภายใน-ภายนอก การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ฯลฯ

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสว่างษ์. สุขภาพจิตในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย,
2524: 87-88.
- กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร. "อาหารสำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น." ใน ตำราวิชาการพยาบาล
กุมารเวชศาสตร์:อาหารสำหรับเด็ก. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524: 62-64.
- กรรณิการ์ สุวรรณโคต. "บทบาทพยาบาลด้านการปรับสภาพการรับรู้ต่อภาวะเครียด." ใน
เอกสารการสอนชุดวิชาแม่และเด็กและการพยาบาลหน่วยที่ 1-7 สาขาวิชา-
ศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527: 464-468.
- กองระบาศติวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. "กรอบแนวคิดของการวิจัย" ใน เอกสาร
รายงานการเฝ้าระวังโรค. 24 (กุมภาพันธ์ 2536): 62, 69-91.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. "ทฤษฎีการพยาบาลของคิง." วารสารพยาบาล. 32 (กรกฎาคม -
กันยายน 2526): 244-259.
- _____. "ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. หน้า
342-400. สมพันธ์ พิณธีระนันท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว
การพิมพ์, 2528.
- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บำรุงสาร, 2532.
- กัมพล ประจวบเหมาะ. "Rheumatic Heart Disease: พยาธิสภาพและการผ่าตัด." ใน
ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. หน้า 519-527. การประชุมวิชาการ
ครั้งที่ 3. สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช, 2528.
- กานดา พูลลาภทวี. สถิติวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิสิษฐ์เซ็นเตอร์การพิมพ์,
2530.
- การประชุมวิชาการของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1. การดูแลตนเอง: ทฤษฎีการปฏิบัติ
และการวิจัย. วันที่ 24-25 พฤษภาคม 2533. โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- กิติกร มีทรัพย์. "การอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยเรียน." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 1-7. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2528.
- กุลชลี ภูมิรินทร์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. "โรคหัวใจที่มาติดเรื้อรัง" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็ก หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2528: 462-468.
- จรรยา สุวรรณทัต. "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2527.
- จรัญ จันทลักขณา และอนันต์ชัย เชื้อธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2535.
- จรัส เกร็นพงษ์ "โรคหัวใจมาตรัดดีจากภูมิศาสตร์." วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 1 (กรกฎาคม - ธันวาคม) 2531.
- จรัสศรี จันทร์สายทอง. การศึกษามโนทัศน์ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. "พยาบาลอนามัยชุมชนกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง." สารสภากาพยาบาล. 9 (มิถุนายน 2536): 18-33.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ. วิจัย: พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน และวัยรุ่นในโรงเรียนเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาล 42 (กรกฎาคม - กันยายน 2536): 244-257.

- จันทร์นิวัตร์ เกษมสันต์. "การพัฒนาศติปัญญาและการสร้างเสริมบุคลิกภาพของเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็ก หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาคหกรรม-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2528: 39-40.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. "ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบต่อแบบแผนสุขภาพของบุคคลและครอบครัว." วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 12 (ตุลาคม - ธันวาคม 2533): 28-40.
- จิตรา มูลศาสตร์. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ." วารสารการศึกษาพยาบาล 1 (มกราคม 2534): 76-97.
- จินตนา ยูนิพันธ์. "ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม." ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้ หน้า 142-169. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 3. สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช, 2528.
- _____. "ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม" ใน ทฤษฎีการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จุล ทิสิกการ. "โรคไข้รูห์มาติก." ใน ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร, 2528: 226-230.
- ฉลองรัฐ อินทรีย์. อิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ ที่มีต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2522.
- ฉลองรัฐ อินทรีย์ และคณะ. คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรวัฒนา, 2532.
- เจลา เพียรชอบ. การศึกษาการดูแลตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ชูขวัญ ปิ่นสากล. การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาและเด็กและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทาบกเจริญผล, 2527.

โชติมา ปัทมานันท์. "การป้องกันไข้หวัดที่มานิค-ปัญหาของใคร?" แพทยสภาสาร. 14 (มกราคม 2528): 15-16.

ดวงเดือน ศาสตร์ภัทร. แปลจาก ทฤษฎีพัฒนาการด้านความรู้ ความคิดของเพียเจต์. โดย เว็ดส์เวิร์ธ แบร์รี่. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526.

ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร. "การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผิดปกติ." วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 5 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2535): 7-11.

ดวงสุดา ธรรมศักดิ์. "Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease." ใน ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. กรุงเทพมหานคร: รุ่งแสงการพิมพ์, 2529.

ทวีร์สมิ ธนาคม. "วัยเด็กตอนกลาง." ใน พัฒนาการเด็ก. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิบูลย์กิจการพิมพ์, 2525.

ทัศนา บุญทอง. "การพยาบาลองค์รวมกับการดูแลสุขภาพตนเอง." สารสภากาพยาบาล. 7 (มิถุนายน 2536): 8-14.

ทัศนีย์ ชังเทศ และสมภพ ถาวรยิ่ง. การวิเคราะห์การถดถอยและสหสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.

ธีรพร อุวรรณิ. "เด็กกับสังคม." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยเด็ก หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536.

นิตยา คชภักดี. สุขภาพเด็กกับการเรียนรู้. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็กหน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.

นิตยา ไทยาวภิรมย์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต, 2528.

ประคอง การณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: ศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสง่า, 2529.

ประคอง อินทรสมบัติ. "การพัฒนาการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองของประชาชน." ใน เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 9 เรื่อง การพยาบาลในทศวรรษหน้า 28 ตุลาคม - 2 พฤศจิกายน 2534.

ประคิม สัจฉายา และวิมล ธนสุวรรณ. "โรคหัวใจมาตึก และการพยาบาล." ใน การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจมาตึก. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2531.

ประดิษฐ์ อุปรมย์. "เด็กกับการพัฒนาบุคลิกภาพ." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยเด็ก หน่วยที่ 8-15. สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536.

ประนอม สโรชมาน. "การรับรู้." ใน จิตวิทยาทั่วไป เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524.

ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร. "พัฒนาการวัยเด็ก." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยเด็ก หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536.

ประภา ลัมประสูตร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลสาธารณสุข. ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ประภาเพ็ญ และสรวง สุวรรณ. "การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การป้องกันโรค และการรักษา : องค์ประกอบด้านผู้ป่วย." ใน พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์, 2534.

ประสพศรี อึ้งถาวร. "การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน และวัยรุ่น" ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็ก หน่วยที่ 1-7. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.

ปิยะวาท เกสมาส. "ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม" ใน ทฤษฎีการพยาบาล หน้า 110-138. เพ็ญศรี ระเบียบ. บรรณาธิการ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ปรีชา วิจิตพันธุ์ "โรคไข้มาติคส์." ใน ตำราโรคหัวใจ และหลอดเลือด. หน้า 258-265. สมชาติ โลจายะ และคณะ. บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูไนเต็๊ดโปรดักชั่น, 2524.

ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ จัตุราภรณ์. การออกแบบงานวิจัย. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร, 2534.

พยอม วงศ์สารศรี. จิตวิทยาศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สารเศรษฐ์, 2526.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์. ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ. ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร, 2527.

พรศรี ศรีอัฐภาพร. สถิติ และการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

พุดิ มงคลชัย. "ศูนย์บริการสาธารณสุขกับการป้องกันไข้มาติค และโรคหัวใจที่มาติค." แพทยสภาสาร. 15 (สิงหาคม 2529): 383-385.

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: โรงพิมพ์อัลลายด์เพรสสงขลา, 2535.

เพ็ญพิไล ฤทธาณานนท์. "การรับรู้." ใน พัฒนาการทางพุทธิปัญญา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

เพ็ญศรี พิชัยสนิธ. "สุขภาพเด็กวัยเรียน." ใน อนามัยครอบครัว. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. อมรินทร์การพิมพ์, 2528.

ไพโรจน์ อุณสมบัติ. ไข้มาติค. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์สวย จำกัด, 2529.

มยุรี ศรีชัย. สถิติพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง, 2536.

- มัลลิกา มัติโก. "แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง." ใน การดูแลสุขภาพตนเอง
ทักษะทางสังคม วัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แสงแดด จำกัด, 2530.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิคตอรีเพา-
 เวอร์พอยท์ จำกัด, 2531.
- รัชนี นพเกตุ. เอกสารประกอบการบรรยายวิชา จ.211 จิตวิทยาทั่วไป. สาขาวิชาจิตวิทยา
 คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สำนักพิมพ์ประกายพรึก, 2536.
- รัตนา วาฬบัณฑิตกุล. "ปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียน." ใน การพยาบาลอนามัยชุมชน.
 ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. กรุงเทพมหานคร,
 2533.
- รุจา ภูโพลย์. รายงานวิจัยการศึกษานพาทของบิดา มารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจ
 รูห์มาติกในครอบครัว. ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก. คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2533.
- วันดี สีเสศรวางค์ และกัญญา ทศนสุวรรณ. "การพยาบาลโรคหัวใจ." ใน การพยาบาล
เด็ก เล่ม 2. คณะจารย์วิทยาลัยพยาบาล งานพัฒนาหลักสูตร และหนังสือ ฝ่ายวิชาการ
 กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2531.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์
 ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2526.
- วิมลนิจ สิงหะ และละออง ชูบรรจง. "การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก." ใน
การพยาบาลเด็ก 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,
 2534: 108-120.
- วิภา จีระแพทย์. "ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม : แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก." วารสารพยาบาล. 39 (กรกฎาคม - กันยายน 2533): 216-227.
- _____. "ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม : แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ตอนที่ 2." วารสารพยาบาล. 40 (เมษายน - มิถุนายน 2534): 160-185.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. "วัยเด็กตอนปลายหรือวัยเรียน." ใน พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ.
 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2535.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. "วัยเด็กตอนปลายหรือวัยเข้าโรงเรียน." ใน จิตวิทยาพัฒนาการ
 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประกายพรึก, 2530: 123-135.

- ศิริลักษณ์ แก้วครามศรี. การศึกษาความคิดรวบยอดด้านความเจ็บป่วยในเด็กวัยเรียนที่มีความเจ็บป่วยที่ยาวนาน และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สถิต วงศ์สุวรรณ. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: เจริญรัตน์การพิมพ์, 2529.
- เสถียร สภาพงศ์ และคณะ. "ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนักเรียนระดับประถมศึกษา." วารสารสุขศึกษา. 9 (ตุลาคม-ธันวาคม 2529): 45-51.
- สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร. กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2534.
- สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. ฉบับปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 1. สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง, 2536.
- สมาเจ ยิ้มวิไล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สันต์ หัตถ์รัตน์. "โรคหัวใจเปลี่ยนไป." แพทย์สสาร. 13 (มิถุนายน 2527): 311-312.
- สุชา จันทน์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2533.
- _____. จิตวิทยาทั่วไป. ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2535.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, 2527.
- สุวิศา อารยพิทยา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สุรีย์ อีรดากร. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สถานสงเคราะห์ที่หญิงปากเกร็ด, 2526.

สุภาพ วาดเขียน. เครื่องมือทางสังคมศาสตร์ : ลักษณะที่ดี ชนิด และวิธีหาคณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. "การป้องกัน และควบคุมไข้รูห์มาติก และโรคหัวใจรูห์มาติกในชุมชน." แพทยสภาสาร. 13 (สิงหาคม 2527): 403-407.

สุรางค์ จันทน์เอม. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต, 2525: 34-43.

สุรีย์ จันทน์เอม. "การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5, 6 และผู้ที่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดบุรีรัมย์." วารสารสุขภาพ. 15 (กันยายน 2528): 175-184.

เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2534.

อติเรก จารุมิลินท. "ความสม่ำเสมอในการรักษา." วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก. 5 (เมษายน - มิถุนายน 2527): 93-95.

อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. "โรคไข้รูห์มาติก" ใน Clinical Cardiology. เอกสารอัดสำเนา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2531: 70.

อมรรัตน์ ลีเมง. "การให้คุณค่าต่อสุขภาพและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน." วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 12 (กรกฎาคม - กันยายน 2535): 17-26.

อัจฉริยา ปทุมวัน. "การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของไอเรมในการพยาบาลเด็ก" ใน การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. หน้า 187-206. สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วน วี.เจ. พรินติ้ง, 2536.

อัมพล สุอัทธิน. "สภาพจิตวิทยาของเด็กเจ็บป่วย." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็ก หน้าที่ 8-15. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528: 552-579.

_____. "พัฒนาการและสุขภาพจิตเด็ก." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว หน้าที่ 8-15 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536: 593-601. Copyright by Mahidol University

- อัศนีย์ เสาวภาพ. "หลักสูตรการศึกษาพยาบาลกับการเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัย." ใน เอกสารประกอบการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 8 เรื่องการพยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต 2-7 พฤษภาคม 2530.
- อาภาพรพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. "ภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล." ใน วารสารพยาบาล 3 (กรกฎาคม - กันยายน 2530): 238-247.
- อุบลรัตน์ เพ็งสถิตย์. "วัยเด็กตอนปลาย." ใน จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดคู่มือฝึกอักษรกิจ, 2529.
- Becker, M.H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior." In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. pp. 82-92. Edited by M.H. Becker. New Jersey: Charles B. Slack, Inc., 1974.
- Becker, M.H., and Maiman, L.A. "Sociobehavioral Determinant of Compliance with Health and Medical Care Recommendation." In Medical Care. 13 (January 1975): 10-24.
- Becker, M.H., Drachman, R.H. and Kirscht, J.P. "A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-Income Populations." American Journal of Public Health. 64 (March 1974): 205-216.
- Becker, M.H., et al. "The Health Belief Model And Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment." Journal of Health and Social Behavior. 18 (December 1977): 348-366.
- Benderly A, Etzioni A. "Role of the immune system" In the etiology of rheumatic fever surge Immunol Res. 1985; 4(4): 319.
- Biddle, B.J. and Marlin, M.M. "Causality Confirmation, Credulity, and Structural Equation Modeling." In Child Development. 58 (February 1987): 4-17.
- Blackwel, Barry. "The Drug Defaulter." Clinical Pharmacology and Therapeutics. 13 (November - December 1972): 841-848.

- Blumental, J.A. and Mau, H.S. "Psychological Considerations in Coronary Artery Disease" In Comprehensive Cardiac Care. 6th ed. Edited by K.G. Andreoli, et al, St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1987: 385.
- Brewster, A.B. "Chronically Ill Hospitalized Children's Concepts of their Illness." Pediatrics. 69 (March 1982): 355-362.
- Bunting, S.M. "The Concept of Perception in Selected Nursing Theories." Nursing Science Quarterly: theory, research and Practice. 4 (November 1988): 168-174.
- Champion, V.L. "Instrument Development of Health Belief Model Constructs." Advances in Nursing Science. 6 (April 1984): 73-85.
- Cole, C. and Rodman, M. "When School-Age Children Care for Themselves: Issue for Family Life Educators and Parents." Family Relations. 36 (January 1987): 92-96.
- Conelly, C.E. "Self-Care and The Chronically Ill Patient." Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987): 621-629.
- Dielman, T.E. et. al. "Parental and Child Health Beliefs and Behavior." Health Education Quarterly. 9 (Summer-Fall 1982): 60-77.
- Gochman, D.S. "Children's Perceptions of Vulnerability to Illness and Accidents." Public Health Reports' 85 (January 1970): 69-73.
- _____. "Some Correlates of Children's Health Beliefs and Potential Health." Journal of Health and Social Behavior. 12 (June 1971): 148-151.
- Gochman, D.S. and Sheiham, A. "Cross-National Consistency in Children's Beliefs about Vulnerability." Internal Journal of Health Education. 21 (February - November 1978): 189-193.

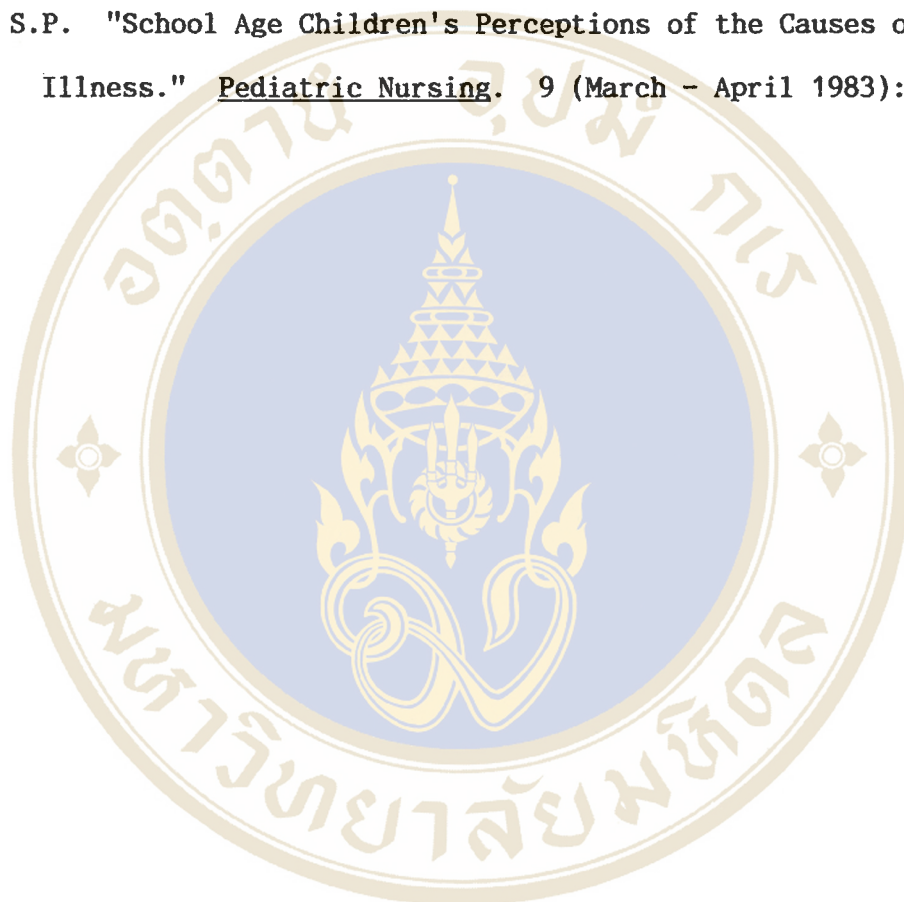
- Green, K.E. and Bird, J.E. "The Structure of Children's Beliefs about Health and Illness." Journal of School Health. 56 (October 1986): 325-328.
- Harzinski, M.F. "Critical Care of the Pediatric Cardiovascular patient" In Nursing clinics of North America. 16 (December 1984): 671.
- Heinzelmann, F. and Bagley, r.W. "Response to Physical Activity Programs and their Effects on Health Behavior." In Public Health Reports. 85 (October 1970): 905-911.
- Jones Criteria (revised) for guidance in the Diagnosis of rheumatic fever circulation 1965.
- Joseph, L.S. "Self-Care and the Nursing Process" in The 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. pp. 133-171. Edited by S. Steeli, New York: Appleton - Century - Crofts, 1971.
- Kampalikit, Siriporn. "Perception of Illness." Mothernal-Child Nursing Journal. 12 (Winter 1983): 231-236.
- King, I.M. A Theory for Nursing. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1981.
- Klinger, M. "Compliance and Post M.I. Patient." The Canadian Nurse. 80 (August 1984): 32-38.
- Kozier, B. and Erb, G. and Bufalino, P.M. Introduction to Nursing. California: Addison-Wesley Publishing Company, 1989.
- Marston, Marry-Vesta. "Compliance with Medical Reginuens: Review of the Literature." Nursing Research. 19 (July-August 1970): 312-322.

- Mc Craken. M.J. "A self care approach to pediatric chronic illness."
in Riehl-sisca (ed). The science and Art of Self-Care Norwalk:
Appleton-Century-Crofts. 1985.
- Mikhail, B. "The Health Belief Model: A Review and Critical Evaluation
of the Model, Research and Practice." Advances in Nursing
Science. 4 (October 1981): 65-82.
- Moore J.B. "Effect of Assertion Training and First Aid Instruction
on Children's Autonomy and Self-Care Agency" Research in
Nursing & Health 10 (April 1987): 101-109.
- Norris. C.M. "Self Care." American Journal of Nursing. 79 (March
1979): 486-489.
- Orem, D.E. Nursing concepts of Practice. 2nd ed. New York: McGraw-
Hill Book Company, 1980.
- . Nursing concepts of Practice 3rd ed. New York: McGraw-Hill
Book Company, 1985.
- . Nursing Concepts of Practice 4th ed. St. Louis : Mosby-Year
Book 1991.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. New York: Appleton
Century-Croft, 1989.
- . "Promotion Competence for Self-Care" In Health Promotion
in Nursing Practice 2nd ed. New York: Appleton Century-Croft,
1987.
- Reichenbach, M.B. "A Framework for the Nature and Development of Health-
Belief in Children." Maternal and Child Nursing Journal. 15
(Fall 1986): 119-128.

- Rodman, Hyman and Pratto, 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.
- Rosenstock, I.M. "Historical Origins of the Health belief model" In the Health Belief Model and Personal Health Behavior. pp. 1-4 Edited by M.H. Becker. New Jersey: Charles B. Slack, Inc., 1974.
- Ruth, W.C. The Self Concept: A Review of Methodological Consideration and Measuring Instrument. London: University of Newbraska Press, 1974: 136-156.
- Saucier, C.P. "Self Concept and Self Care Management in School Age Children with Diabetic." Pediatric Nursing. 10 (March-April 1984): 135-138.
- Sellers, T.F. Jr. "Etiology of Rheumatic Heart Disease." In the Heart. Hurst and Logue editors, Mc. Graw-Hill Book Co., 1966.
- Stanhope, M. and Lancaster, J. Community Health Nursing. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1984.
- Steele, S. Nursing Care of the Child with Long-Term Illness. New York: Appleton-Century, 1971.
- Tash, R.H., et al. "Testing a preventive Symtomatic theory of dental health behavior." American Journal of Public Health. 59 (March 1969): 504-512.
- Teung, A.G. Growth and Development: A Self-Mastery Approach. New York: Appleton Century-Crofts, 1982.
- Weisenberge, M., Kegeles, S. and lund A. "A children's Health beliefs and acceptance of a dental preventive activity." Journal of Health and Social Behavior. 21 (March 1980): 59-74.

Wilde, J.L. "The schoolage child" in Child and Family: Concepts of Nursing Practice. pp. 267-290. Edited by M.J. Smith, J.A. Goodman, M.L. Ramsey and S.B. Pasternach. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1982.

Wood, S.P. "School Age Children's Perceptions of the Causes of Illness." Pediatric Nursing. 9 (March - April 1983): 101-104.





รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วสันต์ ศิลปสุวรรณ

ภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นายแพทย์ ธนะรัตน์ ulyangkur

หน่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลเด็ก

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัชณี สีดา

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. รองศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัญญาพร

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิธร วรรณพงษ์

ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วสันต์ ศิลปสุวรรณ
ภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายแพทย์ ธารรัตน์ ลยางกูร
หน่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลเด็ก
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัชนิ สีดาศ
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัมพาพร
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศศิธร วรณพงษ์
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. นางศิริรัตน์ พิษิตชัยชาญ
หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยตรวจโรคกุมารเวชศาสตร์ งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลศิริราช



ภาคผนวก ข.

**จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก
และผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก จำแนกตาม เพศ
วิธีการรักษา ภูมิฐานะ สถานภาพสมรสของ
บิดา-มารดา และประเภทผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก**

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็ก จำแนกตาม เพศ วิธีการรักษา และ ภูมิภาค

ข้อมูล	จำนวน (n=140 ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	64	45.7
หญิง	76	54.3
วิธีการรักษา		
ยาชนิดรับประทาน	26	18.6
ยาฉีด	110	78.5
ยาชนิดรับประทานและยาฉีด	4	2.9
ภูมิภาค		
ต่างจังหวัด	59	42.1
กรุงเทพฯ	81	57.9

จากตารางที่ 10 พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 45.7 วิธีการรักษาใช้ยาฉีด คิดเป็นร้อยละ 78.5 และมีภูมิภาคอยู่ในกรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 57.9

ตารางที่ 11 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก จำแนกตาม สถานภาพสมรส
ของบิดา-มารดา และประเภทของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก

ข้อมูล	จำนวน (n=140 ราย)	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา		
แยก, หย่า, หย่า	17	12.1
คู่	123	87.9
ประเภทของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก		
ปู่-ย่า, ตา-ยาย	7	5.0
ญาติพี่น้องของบิดา-มารดา	15	10.7
บิดา	9	6.4
มารดา	13	9.3
บิดาและมารดา	96	68.6

จากตารางที่ 11 พบว่า บิดา-มารดาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กส่วนมากไม่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 87.9 และผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กเป็นบิดาและมารดาของผู้ป่วยเด็ก คิดเป็นร้อยละ 68.6



แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติกและผู้เลี้ยง

ดูผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจ

รูห์มาติก

ส่วนที่ 3 : แบบสอบถามประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจ

รูห์มาติก

--	--	--

ชื่อ..... สกุล.....

ที่อยู่.....

โรงพยาบาล..... H.N.....

วันที่สัมภาษณ์.....

แบบสอบถาม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ

กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจท่อนำเลือด

ส่วนที่ 1 : แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจท่อนำเลือด และผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก

ก. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจท่อนำเลือด

(รวบรวมจากการสัมภาษณ์และรายงานประวัติของผู้ป่วยเด็ก)

1. อายุ.....ปี เดือน
2. ระดับการศึกษา.....
3. ระยะเวลาที่เป็นโรคหัวใจท่อนำเลือด.....ปี เดือน
4. ความรุนแรงของโรค พิจารณาระดับสมรรถภาพของหัวใจ โดยแบ่งตามความทนทานในการใช้กำลัง เป็น 4 ระดับ [จำแนกตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York's Heart Association)]
 - () ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ
 - () ไม่มีอาการเหนื่อยหอบขณะทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ แต่มีอาการเหนื่อยหอบ ถ้าออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น วิ่ง เดินขึ้นบันได 2 ชั้นขึ้นไป ฯลฯ
 - () มีอาการเหนื่อยหอบขณะทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ เช่น การเดินไปห้องน้ำ การรับประทานอาหาร ฯลฯ แต่ไม่มีอาการเหนื่อยหอบขณะพัก
 - () มีอาการเหนื่อยหอบขณะนั่งพัก

ข. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดู ผู้ป่วยเด็ก

5. รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
6. ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก.....

เลขที่แบบสอบถาม

--	--	--

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจท่อนาค

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจท่อนาค มี 20 ข้อ โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ (ข้อ 1-15) เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่อง อาหาร, อากาศ การขับถ่าย, การรักษาความสะอาดของร่างกาย, การนอนหลับพักผ่อน, การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ (ข้อ 16-20) เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

โดยผู้สัมภาษณ์จะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กฟังทีละข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กพิจารณาว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเด็กปฏิบัติจริง มาก - น้อยเพียงใด ในกรณีผู้ป่วยเด็กไม่เข้าใจ ข้อความหรือประโยคใด ผู้สัมภาษณ์จะอธิบายเพิ่มเติมโดยคงความหมายของเนื้อหาในแบบสอบถามเช่นเดิมเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจ และตอบได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้สัมภาษณ์จดบันทึกคำตอบไว้และทำเครื่องหมาย ๕ ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก โดยพิจารณาตามเกณฑ์คู่มือการประเมินคำตอบของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจท่อนาคเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจท่อนำเลือด

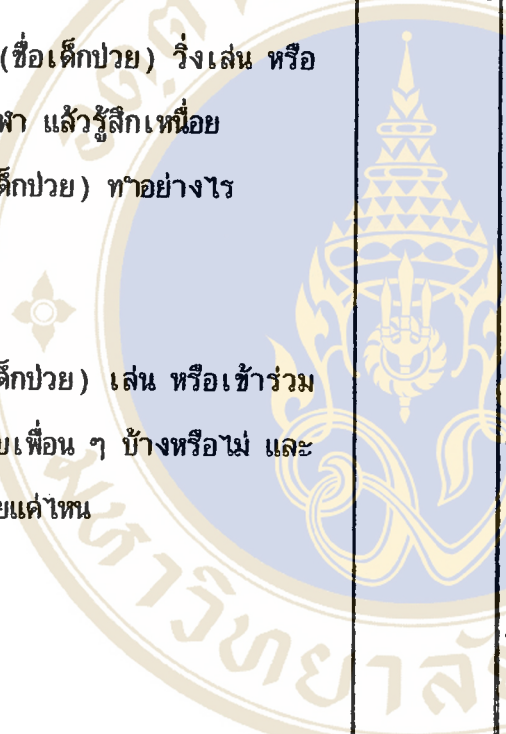
ข้อ	คำถาม	พฤติกรรม- ที่ผู้ปกครองบอก	ลักษณะการปฏิบัติ		
			ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)
1	พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานอาหาร วันละกี่มื้อ				
2	ในแต่ละวัน (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานเนื้อสัตว์ (เช่น เนื้อหมู, ไก่, ปลา ฯลฯ) หรือรับประทาน ไข่ บ่อยครั้งเพียงใด				
3	ในแต่ละวัน (ชื่อเด็กป่วย) ตื่นนอน บ่อยครั้งเพียงใด				
13	(ชื่อเด็กป่วย) นอนหลับวันละกี่ชั่วโมง (โดยถามว่า เข้านอนและตื่นนอน เวลาเท่าใด)				
14	เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) วิ่งเล่น หรือ เล่นกีฬา แล้วรู้สึกเหนื่อย (ชื่อเด็กป่วย) ทำอย่างไร				

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรม- ที่ผู้ป่วยบอก	ลักษณะการปฏิบัติ		
			ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)
15	(ชื่อเด็กป่วย) เล่น หรือเข้าร่วม กลุ่มกับเพื่อน ๆ บ้างหรือไม่ และ ทำบ่อยแค่ไหน	พฤติกรรม การดูแลตนเองตามภาวะ เสี่ยงบนทางสุขภาพ			
16	เมื่อมีเพื่อนไม่สบายเช่นเป็นหวัด ไอ จาม (ชื่อเด็กป่วย) เข้าไปเล่น กับเพื่อนบ้างหรือไม่				
17	(ชื่อเด็กป่วย) รับประทานอาหาร ที่มีรสเค็มบ้างหรือไม่				
19	ในกรณีผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วย ยาชนิดรับประทาน สัมภาษณ์ดังนี้ - (ชื่อเด็กป่วย) เคยลืมรับประทาน ยาบ้างหรือไม่ และลืมบ่อยแค่ไหน ในกรณีผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วย ยาฉีด สัมภาษณ์ดังนี้ - (ชื่อเด็กป่วย) เคยลืมไปฉีดยา ตามที่หมอนัดบ้างหรือไม่ และลืม บ่อยแค่ไหน				

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรม- ที่ผู้ช่วยบอก	ลักษณะการปฏิบัติ		
			ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)
20	(ชื่อเด็กป่วย) เคยสอบถามพ่อ แม่ ผู้ใหญ่เกี่ยวกับวันนัดให้มาตรวจที่ โรงพยาบาลหรือไม่				

เกณฑ์คู่มือการให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจทึบมาติก

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรม- ที่ผู้ป่วยบอก	ลักษณะการปฏิบัติ		
			ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)
1	พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานอาหาร วันละกี่มื้อ		อย่างน้อย 3 มื้อ ทุกวัน	3 มื้อ เป็นบางวัน	1-2 มื้อ ทุกวัน ไม่รับประทาน
2	นมแต่ละวัน (ชื่อเด็กป่วย) รับประทานเนื้อสัตว์ (เช่น เนื้อหมู, ไก่, ปลา ฯลฯ) หรือรับประทาน ไข่ บ่อยครั้งเพียงใด		รับประทาน ทุกมื้อ	รับประทาน เป็นบางมื้อ	หรือ เขี่ยออกทุกมื้อ
3	นมแต่ละวัน (ชื่อเด็กป่วย) ต้มนม บ่อยครั้งเพียงใด		ต้มนม วันละ 2 แก้ว ทุกวัน	ต้มนม วันละ 1 แก้ว ทุกวัน	ต้มนม เป็นบางวัน หรือ ไม่ต้มนมเลย
13	(ชื่อเด็กป่วย) นอนหลับวันละกี่ชั่วโมง (โดยถามว่าเข้านอนและตื่นนอน เวลาเท่าใด)		9-12 ชม. ทุกวัน	9-12 ชม. เป็นบางวัน และบางวัน นอนน้อยกว่า 9 ชม.	นอนน้อยกว่า 9 ชม. ทุกวัน

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรม- ที่ผู้ป่วยบอก	ลักษณะการปฏิบัติ		
			ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)
14	เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) ร้องเล่น หรือเล่นกีฬา แล้วรู้สึกเหนื่อย (ชื่อเด็กป่วย) ทำอย่างไร		หยุดเล่นและ นั่งพัก	หยุดเล่นและ นั่งพัก	เล่นต่อโดย ไม่เคยนั่งพัก
			หรือ บอกพ่อ แม่ ทุกครั้ง	หรือ บอกพ่อ แม่ เป็นบางครั้ง	หรือ ไม่เคยบอก พ่อแม่เลย
15	(ชื่อเด็กป่วย) เล่น หรือเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อน ๆ บ้างหรือไม่ และทำบ่อยแค่ไหน		เล่นและ/ หรือเข้าร่วม กลุ่มกับ เพื่อนๆ เป็น ประจำทุกครั้ง	เล่นและ/หรือ เข้าร่วมกลุ่ม กับเพื่อน ๆ เป็นบางครั้ง	ไม่เคยเล่น หรือเข้าร่วม กลุ่มกับ เพื่อนๆ เลย
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองตามภาวะ เปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ					
16	เมื่อมีเพื่อนไม่สบาย เช่น เป็นหวัด ไอ จาม (ชื่อเด็กป่วย) เข้าไปเล่นกับเพื่อนบ้างหรือไม่		พยายามหลีกเลี่ยงและไม่ เล่นกับเพื่อน ที่ไม่สบาย ทุกครั้ง	หลีกเลี่ยงหรือ เล่นกับเพื่อนที่ ไม่สบาย เป็นบางครั้ง	ถึงแม้จะมี เพื่อนที่ไม่ สบายก็เล่น ด้วยทุกครั้ง

Copyright by Mahidol Unive

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรม- ที่ผู้ป่วยบอก	ลักษณะการปฏิบัติ		
			ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)
17	(ชื่อเด็กป่วย) รับประทานอาหาร ที่มีรสเค็มบ้างหรือไม่		ในกรณีผู้ป่วย มีความรุนแรงของโรค หัวใจระดับ 1 ตอบ รับ- ประทาน อาหารที่มีรส เค็มได้ ส่วนผู้ป่วยที่มี ระดับความ รุนแรงของ โรคหัวใจ ระดับ 2 ขึ้นไป	ผู้ป่วยเด็กที่มี ความรุนแรง ของโรคหัวใจ ระดับ 2 ขึ้นไป ตอบ รับประ- ทานอาหารที่มี รสเค็มเป็น บางมื้อ	ผู้ป่วยเด็กที่มี ระดับความ รุนแรงของ โรคหัวใจ ระดับ 2 ขึ้นไป ตอบ รับประ- ทานอาหารที่ มีรสเค็มทุกมื้อ
19	ในกรณีผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วย ยาชนิดรับประทาน สัมภาษณ์ดังนี้ - (ชื่อเด็กป่วย) เคยลืมรับประทาน ยาบ้างหรือไม่ และลืมบ่อยแค่ไหน		ไม่เคยลืม รับประทาน ยาเลย	เคยลืมรับ- ประทานยา เป็นบางมื้อ	ลืมรับประทาน ยาเป็น บางมื้อและ

ข้อ	คำถาม	พฤติกรรม- ที่ผู้ป่วยบอก	ลักษณะการปฏิบัติ		
			ปฏิบัติ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	ปฏิบัติ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)
20	ในการนี้ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วยยาฉีด สัมภาษณ์ดังนี้ - (ชื่อเด็กป่วย) เคยลืมไปฉีดยาตามที่หมอนัดบ้างหรือไม่ และลืมบ่อยแค่ไหน		ไม่เคยลืมมาฉีดยาเลย	และ เป็นบางวัน ลืมมาฉีดยาตามนัดเป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย (2 ครั้ง/ปี)	ลืมทุกวัน ลืมมาฉีดยาตามนัดบ่อยครั้ง (3 ครั้ง/ปี)
	(ชื่อเด็กป่วย) เคยสอบถามพ่อ แม่ ผู้ใหญ่เกี่ยวกับวันนัดให้มาตรวจที่โรงพยาบาลหรือไม่		เคยถามทุกครั้งที่มีการนัดตรวจ	เคยถาม เป็นบางครั้ง	ไม่เคยถามเลย

ส่วนที่ 3 : แบบสอบถามประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรั่วหัวใจผิดปกติ

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก มี 22 ข้อ โดยประเมินการรับรู้ 5 ด้าน คือ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 1-5)
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 6-9)
- การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การปฏิบัติตน และการรักษา จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 10-14)
- การรับรู้อุปสรรคในการดำรงพฤติกรรมอนามัย จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 15-18)
- แรงจูงใจด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 19-23)

ผู้สัมภาษณ์ จะอ่านข้อความแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กฟังทีละข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กพิจารณาว่าข้อความประโยคนั้นตรงกับความจริง และความเห็นของผู้ป่วยเด็กหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยเด็ก ไม่เข้าใจข้อความใด ผู้สัมภาษณ์จะอธิบายเพิ่มเติมโดยคงความหมายของเนื้อหาแบบสอบถามเช่นเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจ และตอบได้ตรงกับความจริงและความคิดเห็นมากที่สุด

ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ทำเครื่องหมาย ข ลงในช่องที่ตรงกับความจริง และความเห็นของผู้ป่วยเด็ก โดยพิจารณาตามคู่มือการให้คะแนนของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แบบสอบถามประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจท่อนาค

ข้อ	คำถาม	ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หมายเหตุ
		รับรู้ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	รับรู้ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	รับรู้ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)	
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับ เป็นซ้ำ				
1	เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) มีไข้ เจ็บคอ มีโอกาสทำให้โรคหัวใจของ (ชื่อเด็กป่วย) เป็นมากขึ้นหรือไม่				
2	เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) เล่นกับเพื่อน ที่ไม่สบาย เช่น เป็นไข้หวัด ไอ จาม เจ็บคอ (ชื่อเด็กป่วย) อาจ ไม่สบายเช่นเดียวกับเพื่อนได้ใช่ หรือไม่				
3	การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไม่ทำให้โรคหัวใจของ (ชื่อเด็ก ป่วย) เป็นมากขึ้นหรือไม่				
.					
.					
.					

ข้อ	คำถาม	ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หมายเหตุ
		รับรู้ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	รับรู้ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	รับรู้ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)	
6	การรับรู้ความรุนแรงของโรค การที่ (ชื่อเด็กป่วย) เป็นโรค หัวใจ ทำให้ไม่สามารถเรียน หนังสือได้เช่นเดียวกับเพื่อน ๆ คนอื่น ๆ ที่ไม่เป็นโรคหัวใจ ใช่หรือไม่				
7	(ชื่อเด็กป่วย) สามารถเล่นกีฬา หรือออกกำลังกายได้ทุกชนิด เช่น เดียวกับเพื่อนคนอื่น ๆ ใช่หรือไม่				
10	การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมและ การรักษา การรักษาความสะอาดร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน ทุกวันเป็นสิ่งจำเป็น เพราะช่วย ป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ง่าย ใช่หรือไม่				

ข้อ	คำถาม	ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หมายเหตุ
		รับรู้ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	รับรู้ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	รับรู้ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)	
11	(ชื่อเด็กป่วย) มาตรวจตามหมอนัด ทุกครั้งแม้ว่าต้องขาดเรียน เช้าหรือไม่				
	การรับรู้อุปสรรคในการดำรง พฤติกรรมอนามัย				
14	(ชื่อเด็กป่วย) มาตรวจตามหมอนัด ทุกครั้งแม้ว่าต้องขาดเรียน เช้าหรือไม่				
15	การมาโรงพยาบาลต้องใช้เวลาใน การรอตรวจนาน (ชื่อเด็กป่วย) เต็มใจมาหรือไม่				
	แรงจูงใจด้านสุขภาพ				
18	เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) ไม่สบาย พ่อ แม่ หรือผู้เฒ่าบอก เป็นสิ่งที่ (ชื่อ- เด็กป่วย) ควรปฏิบัติตามเช้าหรือไม่				

ข้อ	คำถาม	ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หมายเหตุ
		รับรู้ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	รับรู้ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	รับรู้ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)	
19	หมอ พยาบาล ครู จะช่วยอธิบาย เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย หรือการ รักษาแก่ (ชื่อเด็กป่วย) ให้เข้าใจ ใช่หรือไม่				
22	การมาตรวจทุกครั้งตามที่หมอนัด ไม่สามารถควบคุมความรุนแรง ของโรคได้ ใช่หรือไม่				

เกณฑ์คู่มือการให้คะแนนแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก

ข้อ	คำถาม	ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หมายเหตุ
		รับรู้ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	รับรู้ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	รับรู้ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)	
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ				
1	เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) มีไข้ เจ็บคอ มีโอกาสทำให้โรคหัวใจของ (ชื่อเด็กป่วย) เป็นมากขึ้นหรือไม่	ใช่ หรือ เป็นมากขึ้น	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่ หรือ ไม่เป็นมากขึ้น	
2	เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) เล่นกับเพื่อนที่ไม่สบาย เช่น เป็นไข้หวัด ไอ จาม เจ็บคอ (ชื่อเด็กป่วย) อาจไม่สบายเช่นเดียวกับเพื่อนได้ใช่หรือไม่	ใช่ หรือ เป็นมากขึ้น	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่ หรือ ไม่เป็นมากขึ้น	
	การรับรู้ความรุนแรงของโรค				
6	การที่ (ชื่อเด็กป่วย) เป็นโรคหัวใจ ทำให้ไม่สามารถเรียนหนังสือได้เช่นเดียวกับเพื่อน ๆ คนอื่น ๆ ที่ไม่เป็นโรคหัวใจใช่หรือไม่	กรณีแพทย์อนุญาต ตอบ ไม่ใช่ กรณีแพทย์ไม่อนุญาต ตอบ ใช่	ไม่ทราบ	กรณีแพทย์อนุญาต ตอบ ใช่ กรณีแพทย์ไม่อนุญาต ตอบ ไม่ใช่	

ข้อ	คำถาม	ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หมายเหตุ
		รับรู้ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	รับรู้ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	รับรู้ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)	
7	(ชื่อเด็กป่วย) สามารถเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายได้ทุกชนิด เช่นเดียวกับเพื่อนคนอื่น ๆ ใช่หรือไม่	ไม่ใช่ หรือ ไม่สามารถเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงหรือใช้กำลังมาก ๆ ได้	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ใช่	
การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการปฏิบัติตน และการรักษา					
10	การรักษาความสะอาดร่างกาย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน ทุกวันเป็นสิ่งจำเป็น เพราะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ง่าย ใช่หรือไม่	ใช่ หรือ จำเป็น	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่ หรือ ไม่จำเป็น	
11	(ชื่อเด็กป่วย) มาตรวจตามหมอนัด ทุกครั้งแม้ว่าต้องขาดเรียน ใช่หรือไม่	ใช่ หรือ ส่งเสริมการรักษา	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่ หรือ ไม่ช่วยส่งเสริมการรักษา	

ข้อ	คำถาม	ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หมายเหตุ
		รับรู้ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	รับรู้ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	รับรู้ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)	
14	การรับรู้อุปสรรคในการดำรง พฤติกรรมอนามัย				
	(ชื่อเด็กป่วย) มาตรวจตามหมอนัด ทุกครั้งแม้ว่าต้องขาดเรียน หรือไม่	ใช่ หรือ มาตรวจตาม นัดทุกครั้ง	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่ หรือ ไม่มาตรวจ ตามนัดเป็น บางครั้ง	
15	การมาโรงพยาบาลต้องใช้เวลาใน การรอตรวจนาน (ชื่อเด็กป่วย) ได้มาเจมาหรือไม่	ได้มาเจมา	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ไม่ได้มาเจมา	
18	แรงจูงใจด้านสุขภาพ				
	เมื่อ (ชื่อเด็กป่วย) ไม่สบาย พ่อ แม่ หรือผู้ใหญ่ออก เป็นสิ่งที่ (ชื่อ- เด็กป่วย) ควรปฏิบัติตามหรือไม่	ใช่	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	



ข้อ	คำถาม	ลักษณะการรับรู้ภาวะสุขภาพ			หมายเหตุ
		รับรู้ ถูกต้องที่สุด (2 คะแนน)	รับรู้ ถูกต้องพอควร (1 คะแนน)	รับรู้ ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน)	
19	หมอ พยาบาล ครู จะช่วยอธิบาย เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย หรือการ รักษาแก่ (ข้อเด็กป่วย) ให้เข้าใจ ใช่หรือไม่	ใช่	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่	
22	การมาตรวจทุกครั้งตามที่หมอนัด ไม่สามารถควบคุมความรุนแรง ของโรคได้ ใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ หรือ ไม่แน่ใจ	ใช่	