

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมีย ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคธาลัสซีเมีย
2. พัฒนาการของเด็กวัยรุ่น
3. แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง
4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

##### 1.1 ความหมายการรับรู้

King (1981) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส

Kozier et al. (1991) กล่าวว่า การรับรู้เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก การแปลความหมาย และความเข้าใจ ต่อสิ่งต่าง ๆ ในโลก การรับรู้เป็นลักษณะที่เฉพาะของแต่ละบุคคล และเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล

Roy (1991) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากระตุ้นและความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้นภายใต้สติสัมปชัญญะ อันเป็นผลมาจากการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนคอร์เทกซ์

สุชา จันทรธรม (2540) กล่าวว่า เป็นกระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าจากการรับสัมผัสของอวัยวะรับสัมผัส (sense organ) เช่น หู ตา ปาก จมูก หรือ เป็นกระบวนการที่คนเรามีประสบการณ์กับวัตถุหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ

มาลินี จุฑา (2542) กล่าวว่า การรับรู้ คือกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้มา

สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส โดยการตีความหรือแปลความหมายของสมอง ซึ่งจะต้องอาศัยความจำ ประสบการณ์ และความรู้เดิมเป็นตัวช่วยสะสมเป็นประสบการณ์ใหม่พร้อมที่จะตอบสนอง และมีผลต่อการแสดงออกของบุคคล

## 1.2 กระบวนการรับรู้

การรับรู้เริ่มเมื่อร่างกายสัมผัสกับสิ่งเร้า แล้วส่งกระแสประสาทสัมผัสไปยังระบบประสาทส่วนกลาง เพื่อแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสิ่งเร้านั้น ๆ โดยอาศัย ความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม (กันยา สุวรรณแสง อ้างถึงใน สุธิศา ล่ามช้าง และคณะ, 2546) ต่อมาสมองจะส่งคำสั่งให้ร่างกาย แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น ตามความคิด ความเข้าใจและประสบการณ์ ซึ่งสิ่งเร้านั้นอาจจะเป็นสิ่งเร้า ภายในร่างกาย เช่น การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ สิ่งเร้าภายนอกร่างกาย เช่น วัตถุ สิ่งมีชีวิต สภาพแวดล้อมต่าง ๆ หรือ สิ่งเร้าที่เป็นนามธรรม เช่น ความเชื่อ ค่านิยม เมื่อร่างกายมีอาการและเกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น อาการปวดศีรษะ อาการคัน เป็นต้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค เป็นสิ่งเร้า ที่มากระตุ้นประสาทสัมผัสให้บุคคลใช้กระบวนการทางสติปัญญา เพื่อแปลความหมายและตัดสินใจคุณค่าของสิ่ง ที่มากระตุ้นนั้น ทำให้บุคคลตระหนักว่าลักษณะดังกล่าว หมายถึงการมีโรคหรือความเจ็บป่วย การตีความและ แปลความหมายของสิ่งต่างๆที่เข้ามาเร้าประสาทสัมผัส ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจต่อสิ่งนั้นเป็น กระบวนการของการรับรู้ (สุธิศา ล่ามช้าง และคณะ, 2546) ดังที่กล่าวมาการรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งเกิดขึ้น ได้ จากทั้งความตั้งใจและโดยบังเอิญ ทำให้เกิดความรู้สึกและมีอารมณ์ต่อมาจะพัฒนาเป็นเจตคติ และทำให้เกิด พฤติกรรมตามมา การรับรู้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ไม่สามารถสังเกตโดยตรงได้ กระบวนการรับรู้จึงเป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ ความคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (เกสร เหล่าอรรค, 2540)

## 1.3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

ผู้ป่วยเด็กวัยร่นโรคธาลัสซีเมียควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน และ การปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่ เป็นโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งโรคธาลัสซีเมีย หรือ Cooley's anemia หรือ mediterranean anemia เป็นโรคชนิดทางพันธุกรรมอย่างหนึ่ง ที่มีความผิดปกติของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงซึ่งมีอุบัติการณ์สูง มากในประเทศไทย (บุญเชียร ปานเสถียรกุล, 2546; Dehkordi & Heydarnejad, 2008) โรคธาลัสซีเมียเป็นโรค โลหิตจางแต่กำเนิดชนิดหนึ่ง และถ่ายทอดทางพันธุกรรม ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยร่นมีภาวะซีดเรื้อรัง ตีข่าน ตับม้ามโต ถ้ามีอาการมากมักมีการเจริญเติบโตไม่สมอายุ มีอาการแทรกซ้อนต่างๆเกิดขึ้นเกือบทุกระบบของร่างกาย (สุทัศน์ พุทธิเจริญ และคณะ, 2539) มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างตาและกระดูก หน้าผากสูงนูน โหนกแก้มชัดขึ้น จมูกแบน คาง และกระดูกขากรรไกรกว้าง ฟันหน้าจะยื่นคล้ายฟันหนู กระดูกเปราะและหักง่าย (พงจันทร์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2539; Martin and Butler, 1993)

### 1.3.1 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคธาลัสซีเมีย ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของยีนชนิดต่าง ๆ ธาลัสซีเมียที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย อาจแบ่งได้ตามความรุนแรงของโรคเป็น 3 กลุ่มดังนี้ (บุญเชียร ปานเสถียรกุล, 2546)

1.3.2.1 กลุ่มที่มีอาการรุนแรงมาก ได้แก่ ทารกบวมน้ำ (Hb Bart's hydrops fetalis) ทารก เหล่านี้มีสาเหตุจากความผิดปกติของยีนที่ไม่สังเคราะห์เส้นแอลฟา ทำให้ไม่สามารถนำออกซิเจน ไปเลี้ยงร่างกาย ส่วนใหญ่มักเสียชีวิตในครรภ์มารดา หรือภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังคลอดจากหัวใจล้มเหลว จะพบว่ามีลักษณะบวม

น้ำทั้งตัว ทำให้คลอคล้ำปาก ซีด ตับม้ามโตมาก รกมีขนาดใหญ่ มารดามักจะมีภาวะแทรกซ้อน ครรภ์เป็นพิษ ระหว่างตั้งครรภ์

1.3.2.2 กลุ่มที่มีอาการรุนแรงปานกลาง ได้แก่ เบต้าธาลัสซีเมีย ( $\beta$  - thalassemia) และ เบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี ( $\beta$  - thalassemia Hb E disease) ซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของยีน ทำให้ไม่มีการสังเคราะห์เส้นเบต้าหรือสังเคราะห์เส้นเบต่าน้อยมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการซีดปานกลางจนถึงค่อนข้างมากและอาจเป็นตั้งแต่อายุน้อย ตาเหลืองอ่อนเพ็ช เมื่อมีอายุมากขึ้นจะพบว่ามีการเจริญเติบโตไม่สมอายุ ตัวแคระแกร็น ตับโต ม้ามโต และมีการเปลี่ยนแปลงของใบหน้า ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้ ยิ่งอายุมากขึ้นเห็นชัดเจน ได้แก่ หน้าผากโหนก โหนกแก้มสูง ตั้งจมูกแบน ฟันยื่น ฟุงป่องเนื่องจากตับม้ามโตมาก ออกเล็ก แขนขาเล็ก เด็กเหล่านี้จะไม่มีควมบกพร่องทางสติปัญญา แต่จะขาดเรียนบ่อย เนื่องจากเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ แต่บ่อยกว่าคนปกติ ปัสสาวะมักมีสีเข้มเหมือนสีน้ำปลา เมื่อเป็นไข้หรือเจ็บป่วยจะซีดลงเร็วมาก มักต้องให้เลือดบ่อย ๆ และมีภาวะแทรกซ้อนมากมาย เช่น โรคติดเชื้อ ตับแข็ง เบาหวาน นิ้วในถุงน้ำดี หัวใจโต กระดูกเปราะบางหักง่าย และหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะเสียชีวิตตั้งแต่อายุ 5-7 ปี ถ้าได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะมีอายุยืนยาวประมาณ 20-30 ปี

1.3.2.3 กลุ่มที่มีอาการรุนแรงน้อย ได้แก่ โรคฮีโมโกลบินเอช (hemoglobin H disease) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการเจริญเติบโตเช่นคนปกติ แต่จะมีอาการซีดเหลืองเล็กน้อย เจ็บป่วยบ่อย ทุกครั้งที่ เป็นไข้หรือมีอาการเจ็บป่วยจะซีดลงเร็ว และมีอาการดีขึ้นมากเมื่อเป็นไข้หรือเจ็บป่วยจะซีดลงเร็ว และมีอาการดีขึ้นมากเมื่อเป็นไข้หรือเจ็บป่วยจะซีดลงเร็ว และมีอาการดีขึ้นมากเมื่อเป็นไข้หรือเจ็บป่วยจะซีดลงเร็ว ส่วนใหญ่ต้องให้เลือดทุกครั้งที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอายุยืนยาวประมาณ 60 ปี เกือบเท่ากับคนปกติ

### 1.3.2 ภาวะแทรกซ้อนของโรคธาลัสซีเมีย

ภาวะแทรกซ้อนของโรคธาลัสซีเมียมี ดังนี้

1.3.2.1 ตับม้ามโตมากและทำลายเม็ดเลือดมาก ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจะมีตับม้ามโต และม้ามที่โตมากจะทำลายเม็ดเลือดมาก ทำให้เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยจะซีดเร็ว ความต้านทานโรค น้อย เลือดออกง่าย

1.3.2.2 โรคนิ้วและถุงน้ำดีอักเสบ เนื่องจากมีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ สารสลายจากเม็ดเลือดแดงที่ถูกทำลายจะสะสมที่ถุงน้ำดี ทำให้เกิดเป็นนิ่ว เกิดการอุดตัน ทำให้มีถุงน้ำดีอักเสบตามมา ผู้ป่วยจะมีไข้ ตาเหลืองมากขึ้น และปวดใต้ชายโครงขวา

1.3.2.3 โรคติดเชื้อ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง โรคติดเชื้อที่มักพบได้บ่อยได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคตับอักเสบ โรคเชื้อรา

1.3.2.4 การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง จะมีรูปร่างแคระแกร็น การเจริญเติบโตทางร่างกายและทางเพศช้า เนื่องจากมีเหล็กจำนวนมากไปเกาะที่ต่อมใต้สมอง 1.3.3.5 หลอดเลือดอุดตัน ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกิน ทำให้ตับทำงานได้ลดลง การสร้างสารแข็งตัวต่าง ๆ ในเลือดลดลง แต่สารต่อต้านการแข็งตัวของเลือดก็ลดลงด้วยเป็นสัดส่วนเดียวกัน ร่างกายจึงอยู่ในภาวะสมดุล แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการตัดม้าม หลังตัดม้ามเกร็ดเลือดจะเพิ่มมากขึ้นชั่วคราวในบางราย ทำให้กลไกการแข็งตัวของเลือดเสียสมดุล เกิดภาวะอุดตันในหลอดเลือดได้ง่าย ผู้ป่วยจะมีอาการเขียว เหนื่อยง่าย เล็บปุ่ม ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นต้น

1.3.2.5 โรคนิ้วและถุงน้ำดีอักเสบ เนื่องจากมีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ สลายจากเม็ดเลือดแดงที่ถูกทำลายจะสะสมที่ถุงน้ำดี ทำให้เกิดเป็นนิ่ว เกิดการอุดตัน ทำให้มีถุงน้ำดีอักเสบตามมา ผู้ป่วยจะมีไข้ ตาเหลืองมากขึ้น และปวดใต้ชายโครงขวา

1.3.2.6 โรคหัวใจ โดยสาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยซีดมากจนหัวใจวาย หัวใจทำงานไม่ไหวจากการที่มีธาตุเหล็กสะสมมากเกินไป และมีการอุดตันของเส้นเลือดในปอด การไหลเวียนโลหิตจึงค่อนข้างมาทางหัวใจด้านขวา ทำให้หัวใจด้านขวาทำงานหนักและวายได้

1.3.2.7 กระดูกเปราะหักง่าย ผู้ป่วยเด็ก โรครธาลัสซีเมียจะมีการสร้างเม็ดเลือดที่โพรงกระดูกชดเชยมาก ทำให้กระดูกเปราะหักง่ายกว่าคนปกติ

1.3.2.8 โรคเบาหวาน พบบ่อยในผู้ป่วยที่เป็น โรครธาลัสซีเมียที่เป็นรุนแรง เกิดจากธาตุเหล็กไปสะสมในตับอ่อน ทำให้การหลั่งอินซูลินเสียไป จึงเกิดเป็นเบาหวานขึ้น

1.3.2.9 แผลเรื้อรังที่ขา ผู้ป่วย โรครธาลัสซีเมียผู้ใหญ่มักมีแผลเรื้อรังที่ขาและแผลหายช้า ซึ่งคาดว่าเกิดจากสารอาหาร เช่น สังกะสี หรือเกิดจากความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง ทำให้น้ำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนขาได้น้อยกว่าปกติ

### 1.3.3 การรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มี การรักษาให้หายขาด นอกจากการปลูกถ่ายไขกระดูก ซึ่งจะหาไขกระดูกของญาติพี่น้อง ให้เข้ากับไขกระดูกของผู้ป่วยได้ยาก และเสียค่าใช้จ่ายสูง การรักษาทั้งหมดจึงเป็นการรักษาโรคตามอาการและรักษาตามภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะเหล็กเกิน จากการแตกทำลายเม็ดเลือดแดงเรื้อรัง การดูดซึมเหล็กอย่างผิดปกติในลำไส้ และการได้รับเลือดบ่อย ๆ ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย ตับแข็ง เบาหวาน การพัฒนาทางเพศช้า เป็นต้น การติดเชื้อมีบ่อย กระดูกบางเปราะแตกหักง่าย อัมพาตจากการกดเส้นประสาทกลางของก้นทรวงเนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดนอกไขกระดูก นิ่วในถุงน้ำดี แผลเรื้อรังที่ขา เป็นต้น (บุญเชียร ปานเสถียรกุล, 2546)

1.3.3.1 การให้เลือด เพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการจากภาวะซีด และรักษาระดับฮีโมโกลบินให้สูงพอที่จะกดไขกระดูกของผู้ป่วยไม่ให้สร้างเม็ดเลือดแดงมากเกินไป โดยคงระดับฮีโมโกลบินก่อนการให้เลือดประมาณ 10 กรัม% โดยการให้เม็ดเลือดแดงเข้มข้นประมาณ 12-15 มล./กก. ทุก 3-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีการเจริญเติบโตปกติ และไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงของกระดูกและใบหน้า แต่อาจมีผลแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากการรับเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดเชื้อและภาวะเหล็กเกิน จึงจำเป็นต้องให้ยาขับเหล็กร่วมด้วย

1.3.3.2 การให้ยาขับเหล็กที่มีอยู่ในปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด ในขณะนี้คือ desferrioxamine ต้องให้โดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือเข้าใต้ผิวหนังครั้งละ 8-12 ชั่วโมง ในขนาดวันละ 20-50 มก. / กก. ควรเริ่มให้ยาเมื่อมีเหล็กเกิน (serum ferritin) จากการรับเลือดแล้วประมาณ 1,000 นาโนกรัม/กิโลกรัม หรือได้รับเลือดมาแล้วประมาณ 2 ปี

1.3.3.3 การตัดม้าม ควรทำในผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีม้ามโตมาก ซีดมาก และต้องรับเลือดบ่อยขึ้น หรือมีปัญหา hypersplenism ควรทำหลังอายุ 4-5 ปี และควรเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าพร้อมทั้งการให้ยาเพนนิซิลลิน ป้องกันโรคติดเชื้อหลังตัดม้าม

1.3.3.4 การรักษาทั่วไป ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และยากรดโพลิก และให้การรักษาโดยเร็วเมื่อเจ็บป่วย เพื่อป้องกันการแตกทำลายของเม็ดเลือดอย่างรวดเร็ว และรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

1.3.4.5 การปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นวิธีเดียวในปัจจุบันที่จะรักษาโรคนี้อันให้หายขาดได้ จะทำได้ต่อเมื่อมีญาติพี่น้องที่มีไขกระดูกเข้ากันได้ (HLA Identical) และได้ผลดีในผู้ป่วยอายุน้อย

### 1.3.4 ผลกระทบจากโรคธาลัสซีเมียต่อเด็กวัยรุ่น

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรัง แม้ว่าจะไม่คุกคามต่อชีวิตของเด็ก แต่มีผลกระทบต่อเด็กอย่างยิ่ง เด็กจะต้องต่อสู้กับโรคตลอดชีวิต ต้องเผชิญกับภาวะเคร่งเครียดเป็นเวลายาวนาน จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นครั้งคราว เด็กวัยรุ่นเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทุก ๆ ด้าน (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540) ความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ยั่วยุอาการเจริญเติบโตและการพัฒนาของเด็ก (พรศรี โบราณมูล, 2546) โรคธาลัสซีเมียก่อให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย มีดังนี้

1.3.4.1 ด้านร่างกาย โรคธาลัสซีเมียจะมีภาวะซีดเรื้อรัง ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ไม่ดีเท่าคนปกติ ประกอบกับการมีธาตุเหล็กไปเกาะที่ต่อมไธมัส จึงทำให้การเจริญเติบโตทางร่างกายและทางเพศช้า รูปร่างแคระแกร็น (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2539)

1.3.4.2 ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากทำให้เด็กวัยรุ่นมีภาพลักษณ์ที่แตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน ทั้งด้านรูปร่างหน้าตา และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการที่มีหน้าเฉพาะแบบธาลัสซีเมีย ร่างกาย ไม่แข็งแรง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ความแตกต่างของภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้น (อำพร กอริ, 2544) ทำให้รู้สึกสูญเสียการนับถือตนเอง รู้สึกมีปมด้อย และถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ การที่เด็กต้องอยู่โรงพยาบาลว่าจะนานเท่าใด หรือเพียงไปตรวจที่แผนกตรวจโรค ใช้เวลาเป็นชั่วโมงก็จะทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวลได้ (สุวดี ศรีเลณวิติ, 2534) เนื่องจากเด็กทำให้เด็กเกิดความเคร่งเครียด รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ไม่มีคุณค่า ซึมเศร้า แยกตัว ต่อต้านการรักษา ภาวะเหล่านี้ทำให้มีผลกระทบต่อการพัฒนาทางด้านอารมณ์และด้านอื่น ๆ ตามมา (Smith, 1982)

## 2. พัฒนาการของเด็กวัยรุ่น

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กวัยรุ่น

วัยรุ่น (adolescences) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (THE WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO, 1997) ได้ให้ความหมายว่า วัยรุ่น คือ วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางร่างกาย ตั้งแต่เริ่มการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศกระทั่งมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ พัฒนาด้านจิตใจ โดยเปลี่ยนแปลงจากเป็นเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยจากการพึ่งพาครอบครัวมาเป็นผู้ที่สามารถประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง

Roger (1972) ได้อธิบายว่า วัยรุ่นเป็นคำที่มาจากภาษาละติน adolescences แปลว่าเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ (to grow into maturity) นั่นคือเป็นวัยที่มีการพัฒนาทางด้านทัศนคติ ความเชื่อ และการปรับตัวทางด้านสังคมของบุคคลจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่



อัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2546) กล่าวว่า วัยรุ่น หมายถึง ช่วงชีวิตระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ เด็กจะก้าวสู่วัยรุ่นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงให้ชัดเจนทางร่างกายคือเข้าสู่วัย puberty นอกจากนี้แล้วยังจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ เกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ สติปัญญา จริยธรรมและสังคม การเข้าสู่สู่วัยรุ่นจะแตกต่างกันไปในแต่ละเพศ แต่ละคน เพศหญิงจะเข้าสู่สู่วัยรุ่นเร็วกว่าเพศชายประมาณ 2 ปี

สุพัตรา สุภาพ (2543) กล่าวว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ เป็นวัยที่อยู่ระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ หรือเป็นวัยที่ย่างเข้าสู่วัยหนุ่มสาวเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีผลกระทบต่อความเจริญทางด้านอื่น ๆ

โดยสรุป วัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และพัฒนาการ ทางเพศ ตลอดจนพัฒนาการทางด้านทัศนคติ ความเชื่อ และการปรับตัวทางด้านสังคม

พัฒนาการเพื่อเข้าสู่สู่วัยรุ่นของเด็กของเด็กแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ดังนั้น การแบ่งช่วงอายุของเด็กวัยรุ่นจึงไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอน ตามทฤษฎีจิตสังคม (psychosocial) ของ Erikson (1963) กล่าวถึงช่วงอายุของเด็กวัยรุ่นว่าอยู่ในช่วง 11-19 ปี

เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์ (2544) ได้แบ่งช่วงวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) อายุ 11-14 ปี เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกาย ทางสรีระ (Physiology) และทางปัญญา
2. วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) อายุ 14-18 ปี เป็นระยะที่มีการปรับตัวให้เข้ากับเปลี่ยนแปลงใหม่นี้
3. วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) อายุ 18-21 ปี เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนจากการเป็นเด็กสู่การเป็นผู้ใหญ่

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ (2541) ได้แบ่งช่วงวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. วัยรุ่นตอนต้น เด็กหญิงอยู่ในช่วง 10-14 ปี เด็กชายอยู่ในช่วง 12-16 ปี
2. วัยรุ่นตอนกลาง เด็กหญิงอยู่ในช่วงอายุ 14-18 ปี เด็กชายอยู่ในช่วงอายุ 16-20 ปี
3. วัยรุ่นตอนปลาย เด็กหญิงอยู่ในช่วง 18-20 ปี เด็กชายอยู่ในช่วง 20-22 ปี

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540) ได้แบ่งวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ โดยใช้เกณฑ์ความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ในการตัดสิน ดังนี้

1. วัยแรกรุ่น อายุระหว่าง 12-15 ปี เป็นวัยที่ยังมีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางเด็กอยู่มาก
2. วัยรุ่นตอนกลาง อายุระหว่าง 16-17 ปี เป็นวัยที่มีพฤติกรรมกำลังระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่
3. วัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 18-25 ปี เป็นวัยที่มีพฤติกรรมค่อนข้างไปทางผู้ใหญ่

จะเห็นได้ว่าการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นมีการแบ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของผู้วิจัยกำหนดอายุ 12 – 20 ปี



## 2.2 พัฒนาการของเด็กวัยรุ่น

เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความสำคัญมากเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ถ้าสามารถผ่านชีวิตวัยรุ่นไปได้ อย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพก็จะสามารถเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต นักวิชาการหลายท่าน กล่าวถึงพัฒนาการของเด็กวัยรุ่นด้านต่าง ๆ ไว้ดังนี้

### 2.2.1 พัฒนาการทางร่างกาย

เด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตของร่างกายชัดเจนและรวดเร็วมาก โดยอัตราการเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างรวดเร็วนี้ประมาณได้ว่า น้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 50 และส่วนสูงเพิ่มขึ้นใน อัตราร้อยละ 25 (Sidney, 1977) เนื่องจากในวัยนี้จะมีการเพิ่มปริมาณของไขมัน กระดูกจะยาวออก กล้ามเนื้อจะมีการเจริญเติบโตมากขึ้น ลำดับและแขนขาจะยาวมากขึ้น (Edelman & Mandel, 1994; ลำดับ นาศิริกุล, 2547) นอกจากนี้ ยังมีการเจริญส่วนภายในร่างกาย เช่น การทำงานของต่อมไร้ท่อ (endocrine gland) ได้แก่ ต่อมธัยรอยด์ ต่อมพาราธัยรอยด์ ต่อมพิทูอิทารีและต่อมเพศ ต่อมเหล่านี้จะทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเพศทำให้มีการเจริญของ ลักษณะทางเพศขั้นที่สองเกิดขึ้น (secondary sex characteristic) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอนว่าเริ่มเมื่อใดและสิ้นสุดเมื่อใดกำหนดตามเกณฑ์การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและรูปร่างเป็นสำคัญนั่นคือเมื่อ เด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือน และเมื่อเด็กชายเริ่มมีอสุจิ (สุชา จันทรเฒ, 2540)

### 2.2.2 พัฒนาการทางด้านความคิดและสติปัญญา

วัยรุ่นที่มีการเจริญเติบโตพัฒนาของสมองอย่างเต็มที่ สามารถที่จะเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ที่ สำคัญได้เป็นบางเรื่อง และมีการพัฒนาประสิทธิภาพทางสติปัญญาสูงสุด เริ่มมีปรัชญาชีวิตแต่ยังขาด ประสบการณ์ อย่างไรก็ตาม ความคิดยังเป็นไปเพื่อการค้นหาตัวเอง เริ่มรู้จักใช้ชีวิตอย่างลึกซึ้ง (Castiglai & Harbin, 1992) สอดคล้องกับแนวคิดของ Piaget (1969) ที่อธิบายว่า เด็กวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีพัฒนาการด้าน สติปัญญาสูงสุด มีความสามารถคิดได้เป็นระบบระเบียบ มีเหตุผลทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม สามารถ ที่จะตั้งกฎเกณฑ์และสามารถแก้ปัญหาได้ (Piaget, 1969 อ้างถึงใน จงกลณี ดุษฎีเจริญ, 2540) ในวัยนี้ถ้าบิดามารดา ให้คำแนะนำที่เหมาะสมสนับสนุนกิจกรรมจะทำให้วัยรุ่นมีความมั่นใจในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาและ อุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ พัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยรุ่นพอสรุปได้ดังนี้ (สุชา จันทรเฒ, 2540)

2.2.2.1 วัยรุ่นเป็นวัยแห่งความอยากรู้อยากเห็นเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ ทั้ง ทางด้านวิทยาศาสตร์ สังคม ศาสนา วรรณคดีและจิตวิทยา

2.2.2.2 วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการแสวงหาการเรียนรู้ ทั้งจากสถาบันการศึกษาและสิ่งแวดล้อม การสังเกตพฤติกรรมของคนในสังคม พัฒนาการทางด้านสติปัญญากว้างขวางขึ้น ด้วยการเรียนรู้จากการลงมือ ลงใจ

2.2.2.3 วัยรุ่นเป็นวัยที่สามารถเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ได้ดี เช่น การใช้เครื่องมือ ทำงานฝีมือ การประดิษฐ์สิ่งต่าง ๆ ความสามารถทางสมองมีการพัฒนาขึ้น มีประสบการณ์ในชีวิตมากขึ้น รู้จักคิดหาเหตุผล สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ยากได้

2.2.2.4 วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการคิดมีเหตุผล รู้จักวิจารณ์สิ่งต่าง ๆ ที่ตนรู้เห็น

2.2.2.5 วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการสร้างทัศนคติทางประชาธิปไตย ทัศนคติเกี่ยวกับคุณค่าทาง สังคม เป็นต้น

2.2.2.6 วัยรุ่นเป็นวัยที่เริ่มคิดถึงการประกอบอาชีพ ต้องการเป็นอิสระทางด้านการใช้เงิน และอื่น ๆ ทำให้อยากเป็นตัวของตัวเอง เริ่มคิดหาเงินด้วยตนเองและนึกถึงอาชีพต่าง ๆ มีวิธีคิดตัดสินใจว่าจะเลือกคบเพื่อน เข้าสังคมและการเลือกคู่ครองที่เหมาะสม

จะเห็นว่าเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น จะมีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้วัยรุ่นมีปัญหาในการปรับตัวต่าง ๆ มากมาย ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องให้ความสำคัญกับพัฒนาการในด้านต่าง ๆ เหล่านี้และคอยให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้ ผ่านพ้นวัยนี้ไปได้ด้วยดี พร้อมทั้งจะก้าวไปสู่การดำเนินชีวิตในขั้นพัฒนาการต่อไป

### 2.2.3 พัฒนาการทางอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงและการเจริญเติบโตทางร่างกายของวัยรุ่น มีผลกระทบต่อแบบแผนและอารมณ์ของวัยรุ่น วัยรุ่นจะมีความรู้สึกสับสนและสองจิตสองใจในหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต ทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและอาจมีปฏิกิริยาต่อต้านก้าวร้าว เนื่องจากเด็กวัยนี้มีความเครียดและกังวลสูงต่อการต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การปรับตัวใหม่ให้สมกับวัยการต่อสู้กับข้อขัดแย้งที่เป็นอิสระหรือยังต้องการพึ่งพิงอยู่และเด็กยังต้องปรับตัวกับความต้องการของผู้ใหญ่ที่มีหน้าที่ต่อคนเปลี่ยนไป การปรับตัวเข้ากับเพื่อนต่างเพศและอื่น ๆ ความสับสนว่าตนจะเป็นเด็กหรือเป็นผู้ใหญ่ (เรณู พุกบุญมี, 2540; อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2546) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมวัฒนธรรม ค่านิยมและเจตคติที่ขัดแย้งกัน ถ้าปรับตัวไม่ได้ จะเกิดความสับสนและคับข้องใจเพราะยังเข้าใจโลกและชีวิตยังไม่เพียงพอ ซึ่งอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเป็นผลจากฮอร์โมนเพศและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย วัยรุ่นแต่ละคนเริ่มแสดงบุคลิกทางอารมณ์ประจำตัวออกมาให้ผู้อื่นทราบได้อย่างชัดเจน ได้แก่ อารมณ์รัก ชอบ โกรธ เกลียดอารมณ์ร้อน วิตกกังวล อ่อนไหวง่าย เข้าอารมณ์ควบคุมอารมณ์ยังไม่ดี บางครั้งพลุ่งพล่าน บางครั้งก็เก็บกด บางครั้งไม่แน่ใจตัวเอง บางครั้งเห็นอกเห็นใจผู้อื่น บางครั้งคือร้อนเอาแต่ใจตนเอง มีอารมณ์รุนแรง อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย ลักษณะอารมณ์ดังกล่าวนี้ วัยรุ่นถูกระบุว่าเป็นวัยแห่งพายุบุแคมและมีความกดดันอยู่ภายใน (Strom and Stress) (Clarke-Stewart & Friedman, 1987; วินันดา ปิยะศิลป์, 2540; ลำควน นาศิริกุล, 2547) กล่าวได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่เครียดมากเป็นพิเศษ (Hendren, 1990) เด็กวัยนี้จึงถือเป็นวัยวิกฤตอย่างยิ่ง (Critical period) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) กล่าวได้ว่าวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ได้ง่ายและรวดเร็ว ครอบครัวมีหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือบุตรคือต้องสร้างความคุ้นเคย ความมั่นคง ด้วยการให้ความรักความอบอุ่นและความเอาใจใส่กับบุตรอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บุตรมีความพร้อม มั่นคงในจิตใจและสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ส่งผลถึงการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

### 2.2.4 พัฒนาการด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมีผลต่อพัฒนาการทางด้านสังคม ทำให้วัยรุ่นมีความกังวลใจในเรื่องสัมพันธภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มีพัฒนาการแตกต่างจากคนอื่นจะพยายามปลีกตัวอยู่ตามลำพัง การคบเพื่อนเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญมากในการพัฒนาทางจิตใจ เพราะการมีเพื่อนช่วยให้วัยรุ่นมีความรู้สึกที่ตนเองมีพรรคพวกที่เข้ากลุ่มด้วยได้ ทำให้เกิดความรู้สึกเข้มแข็ง มั่นใจและมีอำนาจขึ้น (อัมพร เบญจพล, 2546; ลำควน ศิริกุล, 2547) เด็กวัยรุ่นจะมีสังคมที่กว้างขึ้น การคบเพื่อนวัยเดียวกันของเด็กหญิงจะมีขนาดเล็กลงเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กชาย จะมีเพื่อนสนิทพอที่จะบอกความลับได้ส่วนเด็กชายการคบเพื่อนยังคงเป็นกลุ่ม ทั้งกิจกรรมภายนอกและ

ภายในโรงเรียน ซึ่งกลุ่มเพื่อนจะช่วยเสริมพัฒนาการทางสังคม ช่วยให้วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์ได้กว้างขวางมากขึ้น เช่น การที่สังเกตพฤติกรรมเพื่อนเพื่อประเมินตนเอง หรือเป็นแนวทางสำหรับพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นกลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นมาก ครอบครัวเริ่มมีอิทธิพลน้อยลง หากคบเพื่อนดีจะช่วยสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านสังคมที่ดี มีพฤติกรรมตามความคาดหวังสังคมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งครอบครัว ครอบครัวจะมีส่วนช่วยในเรื่องเกี่ยวกับพัฒนาการกับพัฒนาการด้านสังคมได้ เนื่องจากจะเป็นแบบอย่างที่ดี ด้วยลักษณะของเด็กวัยรุ่นที่กำลังค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน ต้องการเป็นตัวของตัวเอง จึงรับเอาค่านิยมและพฤติกรรมของบิดามารดาหรือบุคคลใกล้ชิด แต่อาจจะเกิดความคิดค่านิยมที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งในสัมพันธภาพได้ การที่เด็กวัยรุ่นจะปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้เหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์วัยเด็กที่ได้รับจากครอบครัว และสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น โรงเรียน กลุ่มเพื่อนรวมถึงความสามารถและทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ถ้าหากมีพัฒนาการเหมาะสมก็จะสามารถปรับตัวได้ง่าย

### 3. แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง

การศึกษาครั้งนี้ อาศัยแนวคิดของโอเร็ม ซึ่งโอเร็มอธิบายว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติซึ่งบุคคลเริ่มด้วยตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นปกติสุข ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม ป้องกัน ควบคุม บำบัดการรักษาการเจ็บป่วย และการได้รับอันตรายต่าง ๆ (Orem, 1985) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเป็นการกระทำที่จงใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัย และความเป็นอยู่ที่ดีของตนไว้ ตลอดจนหลีกเลี่ยงจาก โรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดได้ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงเป็นกิจกรรมต่างๆที่บุคคลเต็มใจกระทำ หรือปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งความผาสุกของชีวิตไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะเจ็บป่วยหรือขณะมีสุขภาพดีก็ตาม ซึ่งจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการของชีวิตและสังคม (Orem, 1985)

#### 3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

โอเร็มเชื่อว่า บุคคลมีความต้องการที่จะดูแลตนเอง ตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง นั่นคือ

3.1.1 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ซึ่งได้แบ่งประเภทของการดูแลตนเองของบุคคลตามความจำเป็นไว้ 3 ด้าน ดังนี้

3.1.1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคลในการดำรงชีวิต ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ระดับพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับกระบวนการของชีวิต เพื่อส่งเสริมดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย เพื่อให้ตนเองดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นสุข ซึ่งเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไปเกี่ยวกับความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การปฏิบัติกิจกรรม การพักผ่อน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การป้องกันสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ตลอดจนการส่งเสริมพัฒนาการและการทำหน้าที่ให้เป็นที่ไปถึงขีดสูงสุด

3.1.1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาของชีวิต และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในระยะต่าง ๆ ตามวงจรชีวิตของบุคคล รวมทั้งเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระดับพัฒนาการ เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ นอกจากนั้น เป็นการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยการจัดการหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา การปรับตัวทางสังคม ความเจ็บป่วย หรือการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.1.1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองเมื่อบุคคลเกิดปัญหาด้านสุขภาพ เพราะเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ จะแสวงหาความช่วยเหลือในการดูแลรักษา รับรู้และสนใจถึงผลกระทบต่อพัฒนาการตนเอง ดูแลและป้องกันบรรเทาความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ดังนั้น หากบุคคลได้ดูแลตนเองครบทั้ง 3 ด้าน จะทำให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายดำเนิน ไปถึงสูงสุด วัยเด็กพัฒนาการเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองนั้น เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน พัฒนาการจะถูกขัดขวางหรือทำให้ล่าช้า หากผู้ใหญ่มุ่งกระทำหน้าที่ต่างๆแทนเด็ก ดังนั้นควรปลูกฝังให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเอง เปิดโอกาสให้ฝึกฝนทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นการวางรากฐานที่ถูกต้องให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต มีการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ช่วยป้องกัน โรคขั้นปฐมภูมิ (primary prevention) และช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (วีณา จิระแพทย์, 2534 อ้างถึงใน พนารักษ์ นาทิลศ, 2541)

### 3.1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (self care agency)

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้มีการพัฒนาตั้งแต่ ค.ศ. 1958-1970 โดยในระยะแรกได้มีการตระหนักว่า มนุษย์มีคุณสมบัติบางประการหนึ่งเรียกว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งได้มีการศึกษาและรวบรวมเป็นข้อสันนิษฐาน (proposition) ว่าไว้ 8 ประการ เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

3.1.2.1 ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสิ่งซับซ้อน ซึ่งมนุษย์จะมีได้ต้องมีคุณสมบัติที่เฉพาะและมีคุณภาพ

3.1.2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพลัง (power) ของแต่ละบุคคลในการที่จะดูแลตนเอง

3.1.2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นผลจากการกระทำ (action) อย่างเป็นระบบในการที่จะควบคุมตนเองหรือสิ่งแวดล้อม

3.1.2.4 ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลแต่ละคน

3.1.2.5 ความสามารถในการดูแลตนเองจะแสดงลักษณะที่เป็นทั้งข้อจำกัดและความสามารถในการที่จะทำการดูแลตนเอง

3.1.2.6 เจ็อนไขและองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมแต่ละบุคคลจะมีผลในการพัฒนาและกระทำการดูแลตนเอง

3.1.2.7 การที่บุคคลจะใช้ความสามารถในการดูแลตนเองของตนเองได้จะต้องใช้เวลา

3.1.2.8 ความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถในการคาดการณ์ (estimative capability) และความสามารถในการกระทำ (productive capabilities) ในการดูแลตนเอง

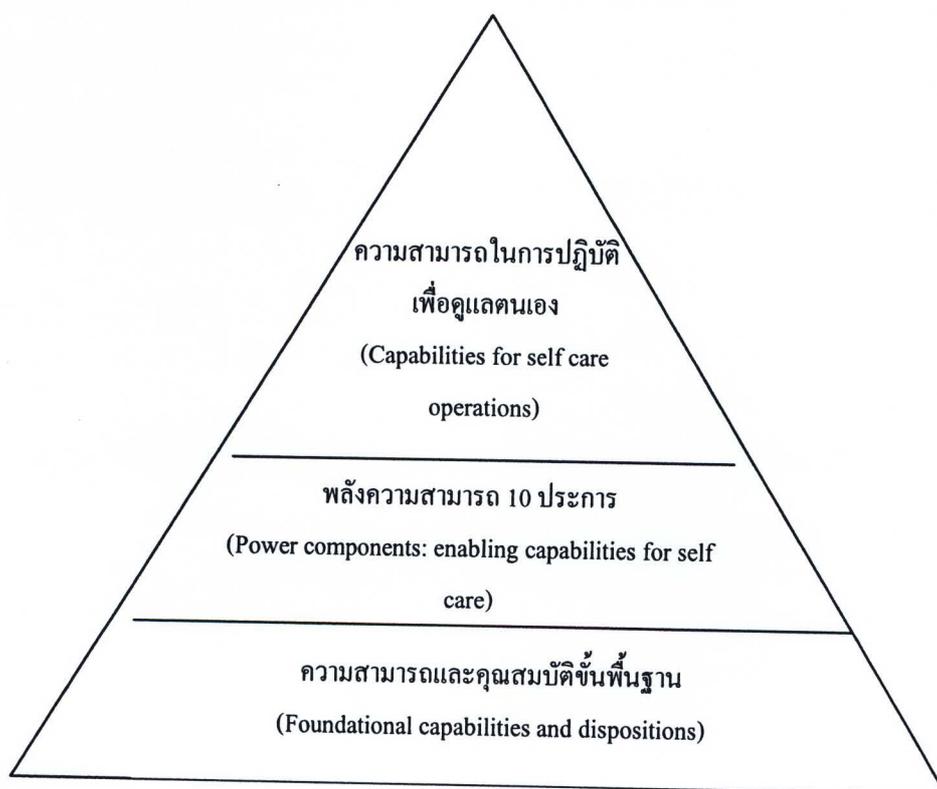
ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self care operations)

2) พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง (power components enabling capabilities for self care)

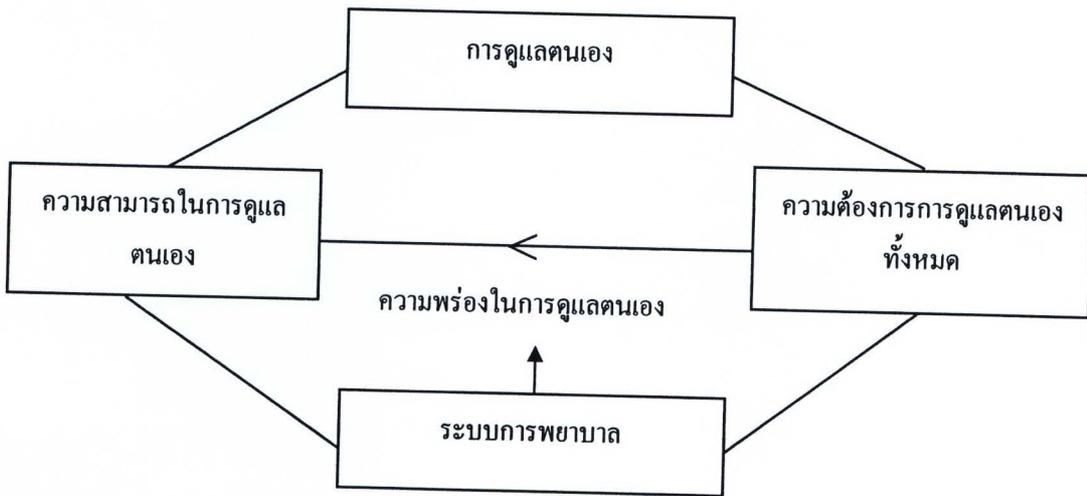
3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition)

Gast et al. (1989) ได้วิเคราะห์มโนคติความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ดังแสดงในภาพที่ 2 ซึ่งจะเห็นว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมีดังนี้



ภาพที่ 1 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง  
ที่มา: Gast et al. (1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง บุคคลนั้น จะมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม แต่ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมต่อความต้องการการดูแลตนเอง จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) เมื่อนั้นระบบพยาบาลจะเข้าไปแก้ไขให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลหรือผู้ป่วย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1985)

การดูแลตนเองของเด็ก ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่

1) อายุและพัฒนาการ อายุซึ่งนับตามวันเดือนปีที่เกิด และพัฒนาการ ซึ่งหมายถึง วุฒิภาวะที่เป็นจริง เด็กจะมีการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม จะมีการพัฒนาเกี่ยวกับความรู้ ความจำ ทักษะ และตัดสินใจ ตลอดจนความรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี (Pender, 1987) ถ้าเด็กมีโอกาสรับคำแนะนำกระตุ้นให้มีทักษะในการดูแลตนเองแล้ว จะทำให้เด็กมีอีโก้ (ego) ที่จะตัดสินใจในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี

2) ภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพของเด็กจะเป็นตัวกำหนดขอบเขตการดูแลตนเองของเด็ก เนื่องจากการเจ็บป่วยมีผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการตามปกติของเด็ก โดยเฉพาะในการเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อถูกลามและรุนแรงก็จะเป็นอุปสรรคในการที่จะปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (ซูขวัญ ปิ่นสากล, 2523) และเพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้กล่าวว่าสภาวะสุขภาพ มีผลต่อความพร้อมและแรงจูงใจในอันที่จะทำการดูแลตนเอง อีกทั้งการให้ความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการควบคุมดูแลสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองในภาวะสุขภาพ ตลอดจนความหมายของภาวะสุขภาพ

ซึ่งจากการศึกษาของ เคร์นีย์ และ เฟลล์เชอร์ (Kearney and Fliescher, 1979) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง จะเปลี่ยนแปลงไปตามสุขภาพและประสบการณ์ และจากการศึกษาของ เมลาเพียร์ชอบ (2529) ได้ศึกษาถึงการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานครพบว่า ระดับอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองด้วย



#### 4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรัง การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยควบคุมความรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค สำหรับ วัยรุ่นที่มีการเจริญเติบโตพัฒนาของสมองอย่างเต็มที่ สามารถที่จะเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ที่สำคัญได้เป็นบางเรื่อง และมีการพัฒนาประสิทธิภาพทางสติปัญญาสูงสุด เริ่มมีปรัชญาชีวิตแต่ยังคงขาดประสบการณ์ อย่างไรก็ตาม ความคิดยังเป็นไปเพื่อการค้นหาตัวเอง เริ่มรู้จักใช้ชีวิตอย่างลึกซึ้ง (Castiglai & Harbin, 1992) จึงสามารถเข้าใจในเหตุผลของการเจ็บป่วย และการป้องกันการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อนได้ (อัมพล สุอำพัน และ วาสนา ศรมณี, 2528) เด็กวัยรุ่นจึงสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ถ้าเด็กมีความรู้ที่ถูกต้อง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียจึงควร มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1985) ซึ่งได้นำมาเป็นแนวทางการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

##### 4.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป

4.1.1 ให้ร่างกายได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เด็กวัยรุ่นต้องการพลังงานจากอาหารไม่ต่ำกว่า 2,600 แคลอรีต่อวันและบริโภคน้ำวันละ 8-10 แก้ว (Tacket & Hunsberger, 1981) ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อไก่ ไข่ เป็ด ปลา ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วดำ นมสด นมถั่วเหลือง และรับประทานผักใบเขียวต่างๆ ให้มาก เพื่อช่วยสร้างนิวเคลียสของเม็ดเลือดแดง โปรตีนจากนมถั่วเหลือง นมสดและยอดกระถิน ซึ่งมีโปรตีนมากยังช่วยยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็กอีกด้วย (สุทัศน์ พู่เจริญ, 2537; พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และ วีรวรรณ มหาพรหม, 2538) นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เครื่องในสัตว์ เลือดสัตว์ เช่น ตับไก่ ตับหมู ตับวัว เลือดหมู เพราะจะทำให้เพิ่มการสะสมธาตุเหล็กในร่างกายมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ธาตุเหล็กสะสมมากเกินไปตามอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับแข็ง เบาหวาน หัวใจเล็กเกร็น เป็นต้น

4.1.2 ให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ โรคธาลัสซีเมียทำให้เม็ดแดงแตกง่าย ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะมีอาการซีด ฮีโมโกลบินต่ำทำให้ร่างกายขาดออกซิเจน ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กควรหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวกหรือบริเวณที่มีคนอยู่รวมกันมาก ๆ เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาดสด บริเวณที่มีสารพิษจากไอเสียรถยนต์หรือควันพิษจากโรงงานต่าง ๆ เป็นต้น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับออกซิเจนน้อยกว่าเดิม

4.1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

4.1.4 การออกกำลังกาย ออกกำลังกายแต่พอควรและสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เพราะจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ผ่อนคลายความตึงเครียด ได้มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของเด็ก ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยเด็กไม่มีอาการของโรครุนแรงไม่ควรจำกัดการออกกำลังกายหรือการเล่น แต่ไม่ควรเล่นกีฬาที่ผาดโผน ใช้กำลังมาก หรือกีฬาที่มีการปะทะกัน เช่น การปีนป่าย การกระโดดจากที่สูง ชกมวย ยิมนาสติก การขี่จักรยานเร็ว ๆ (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2539) สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการรุนแรง การออกกำลังกายหรือการเล่นจะต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

4.1.5 การพักผ่อน เด็กส่วนใหญ่จะสนใจการอ่านหนังสือ เช่น การ์ตูน ขอบคูลิโตรีทัศน์ ฟังวิทยุ และฟังเพลง โดยจะเลือกรายการที่ชอบ เช่น รายการตลก รายการเพลงที่ได้รับการนิยม รายการกีฬา เป็นต้น (สุชา จันทร์ธรม, 2541) นอกจากนี้ ยังชอบงานอดิเรกอื่น ๆ เช่น เล่นเกมสื่ าวาครูป ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจึงควรทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนต่าง ๆ ที่ตนเองชอบและสนใจเพื่อช่วยให้ได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ ได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

4.1.6 การนอนหลับ การนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในชีวิต เนื่องจากร่างกายมีภาวะชืดเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยกว่าคนปกติ การนอนหลับจะทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง ลดการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และขณะนอนหลับฮอร์โมนที่ใช้ในการเจริญเติบโต (Growth hormone) จะหลั่งออกมา จึงช่วยในการเจริญเติบโต (Richard, 1974 อ้างถึงใน นิติยา ไทยภิรมย์, 2532) โดยปกติเด็กวัยรุ่นต้องการการนอนหลับประมาณ 8-10 ชั่วโมงต่อวัน (Koster, 1983)

4.1.7 รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น วัยรุ่นมีความกังวลใจในเรื่องสัมพันธภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มีพัฒนาการแตกต่างจากคนอื่นจะพยายามปลีกตัวอยู่ตามลำพัง การคบเพื่อนเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญมากในการพัฒนาทางจิตใจ เพราะการมีเพื่อนช่วยให้วัยรุ่นมีความรู้สึกที่ตนเองมีพรรคพวกที่เข้ากลุ่มด้วยได้ ทำให้เกิดความรู้สึกเข้มแข็ง มั่นใจและมีอำนาจขึ้น (อัมพร เบญจพล, 2546; ลำาดวน สิริกุล, 2547) แต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียต้องมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ขาดเรียนบ่อย เรียนไม่ทันเพื่อน บางครั้งไม่สามารถทำกิจกรรมหรือเล่นเหมือนกลุ่มเพื่อนได้ เนื่องจากภาวะเหนื่อยอ่อนเพลียหรือเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกเป็นปมด้อย มองว่าตัวเองไม่มีคุณค่า จนอาจแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด ดังนั้นควรจะได้ไปโรงเรียน หรือได้ทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนตามปกติ ไม่ควรอยู่คนเดียวตามลำพังมากเกินไป (อำพร กอริ, 2544) เพื่อลดความรู้สึกเกี่ยวกับการแยกจากกลุ่มเพื่อนและครอบครัว

#### 4.1.8 ป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี

4.1.8.1 การป้องกันการติดเชื้อ และการรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่ายกว่าคนปกติ ดังนั้นผู้ป่วยเด็กจึงควรระมัดระวัง และป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ โดยหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิด หรือสัมผัสกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด ปอดบวม ไม่เข้าไปในที่แออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก และบริเวณที่มีคนมาก ๆ เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาด รวมทั้งดูแลความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอ อาบน้ำฟอกสบู่วันละ 2 ครั้ง ตัดเล็บให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ ล้างมือก่อนหยิบจับอาหารรับประทานทุกครั้ง แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน บ้วนปากหรือแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร ขนมหวานและลูกอมทุกครั้ง เพื่อป้องกันฟันผุ เหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดได้บ่อย และผู้ป่วยเด็กควรพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

4.1.8.2 การป้องกันอุบัติเหตุ ควรระมัดระวังมากที่สุดได้แก่ การสูญเสียเลือด และกระดูกหัก เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยชืดมากขึ้น และกระดูกที่หักจะประสานกันช้ากว่าในเด็กปกติ (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์, 2539) ผู้ป่วยเด็กจึงไม่ควรเล่นหรือใช้อุปกรณ์ที่เสี่ยงให้เกิดอันตราย เช่น ไม่เล่นปืนปายหรือกระโดดจากที่สูง และไม่เล่นกิจกรรมที่ต้องปะทะกันแรง ๆ เป็นต้น

## 4.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมของ Erikson (1963) เด็กวัยรุ่นเป็นช่วงที่เด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างรวดเร็วแม้แต่สังคมก็คาดหวังว่า บทบาทของวัยรุ่นย่อมแตกต่างไปจากวัยเด็ก ควรมีความรับผิดชอบยิ่งไปกว่านั้น วัยรุ่นมักมีการลอกเลียนแบบบุคคลที่คนสนใจยกย่องเพื่อจะหล่อหลอมให้เป็นบุคลิกของตน ขณะเดียวกันยังเกิดปัญหาเรื่องส่วนตัวมากที่สุด เช่น เรื่องการเรียน อาชีพ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นอย่างเหมาะสม โดยให้วัยรุ่นเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้ความสามารถของตน รู้บุคลิกภาพ รู้จักตน (Identity) ในทางตรงข้าม ถ้าวัยรุ่นไม่ประสบความสำเร็จจะเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม คือ ไม่มีความสามารถ ไม่รู้จักตนเอง เกิดความสับสนวุ่นวายในบทบาท (Role confusion) (อุบลรัตน์ เฟื่องสฤติย์, 2546) ในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย การมีภาพลักษณ์ที่แตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน เนื่องจากมีหน้าตาแบบธาลัสซีเมียที่มีลักษณะดังนี้ มีโหนกแก้มสูง คิ้วงุ้มแบน ฟันยื่นเหยิน หน้าผากนูน นอกจากนี้เด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมียยังมีภาวะซีดเรื้อรัง ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมได้ไม่ทัดเทียมวัยเดียวกัน ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจทำให้เด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมียรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิดง่าย และทุกข์ทรมานจากภาพลักษณ์ของตนเอง ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ถูกเพื่อนล้อเลียน ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมของต่าง ๆ อย่างเต็มที่และมีโอกาสที่จะเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อนลดลง (Neinstein & Zeltzer, 1996)

## 4.3 การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ

4.3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรัง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา ดังนั้น การมาตรวจตามนัดทุกครั้งจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติเพื่อแพทย์จะได้ติดตามการรักษา และเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ เช่น ตรวจความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบิน ตลอดจนถึงสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรค ผู้ป่วยเด็กควรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และเมื่อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนควรสอบถามจากบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือแพทย์พยาบาล รวมทั้งสนใจกระตือรือร้นในการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ เช่น จากนิตยสาร จากคู่มือหรือแผ่นพับที่โรงพยาบาลจัดบริการ

4.3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น โรคธาลัสซีเมียจะมีการแตกต่างของเม็ดเลือดแดงได้ง่าย ทำให้มีภาวะซีด มีธาตุเหล็กสะสมในร่างกายมาก สารสลายจากเม็ดเลือดแดงที่ถูกทำลายจะสะสมในถุงน้ำดี ทำให้เกิดนิ่วและถุงน้ำดีอักเสบ นอกจากนี้ ยังมีโอกาสติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ดังนั้น ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียควรสนใจสังเกตอาการผิดปกติของตนเองอยู่เสมอ โดยสังเกตว่าตนเองซีดมากขึ้นหรือไม่ สังเกตอาการเริ่มแรกของการติดเชื้อ ถ้าติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จะมีไข้ ไอ จาม เจ็บคอ มีน้ำมูก อ่อนเพลีย สังเกตอาการซีดมากขึ้นโดยสังเกตจากเยื่อตา เล็บมือ เล็บเท้า สังเกตอาการนิ่วและถุงน้ำดีอักเสบ โดยจะมีไข้ ตาเหลืองมากขึ้น และปวดบริเวณชายโครงขวา การติดเชื้อและความร้อนจากไข้จะทำให้เม็ดเลือดแดงแตกเพิ่มมากขึ้น และอาจเกิดอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเด็กสังเกตว่าตนเองมีอาการดังกล่าว หรือไม่มั่นใจในอาการที่เกิดขึ้น ควรรีบบอกบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือครูให้ทราบ เมื่อมีไข้ควรพักผ่อนมากขึ้น ดื่มน้ำมาก ๆ

4.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะมีเม็ดเลือดแดงแตกง่าย และร่างกายจะสร้างเม็ดเลือดแดงชดเชย แพทย์จะให้ยาที่ช่วยในการสร้างเม็ดเลือดแดง

ได้แก่ กรดโฟลิก กินวันละ 1 เม็ด และอาจให้ยาวิตามินรวมเสริมถ้าซีดมากและเบื่ออาหาร (พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน์ และคณะ, 2539) ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่น เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ แพทย์จะให้ยา รักษา ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมียต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ไม่หยุด เพิ่มหรือลด จำนวนยาเอง รวมทั้งต้องสังเกตอาการข้างเคียงและอาการแพ้ยา เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่อพบอาการ ผิดปกติควรรีบบอกบิดามารดาให้ทราบ เพื่อให้พามาปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กควรบอกบิดามารดาหรือ ผู้ปกครองว่าไม่ควรซื้อยาที่ขายตามร้านขายยาให้รับประทาน โดยเฉพาะยาบำรุงเลือดเพราะส่วนใหญ่จะมีธาตุ เหล็กผสมอยู่ ผู้ป่วยซีดเนื่องจากเม็ดเลือดแดงผิดปกติ และไม่ได้ขาดธาตุเหล็ก แต่มีธาตุเหล็กมากเกินอยู่แล้ว

4.3.4 สนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะ ซีดเรื้อรังต้องให้เลือดทดแทน ดังนั้น ในขณะที่ได้รับเลือดผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย ควรสังเกตภาวะ แทรกซ้อนจากการให้เลือด เช่น มีไข้สูง หนาวสั่น มีผื่นขึ้นตามตัว ใจสั่น อึดอัดหายใจลำบาก ปวดแน่นที่หน้าอก และหลัง คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการบวมแดงบริเวณที่ให้เลือด รวมทั้งสังเกตว่าเลือดหยุดช้าหรือเร็วเกินไปหรือไม่ ถ้า พบอาการเหล่านี้ควรบอกผู้ดูแลหรือพยาบาลทันที ภายหลังจากได้รับเลือดแพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ ปฏิกริยาบางอย่างจากการให้เลือดอาจเกิดขึ้นช้า เช่นภาวะที่เรียกว่า HCC syndrome ซึ่งเป็นกลุ่มอาการในผู้ป่วยที่ ได้รับเลือดแล้วต่อมามีความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ ชัก เลือดออกในสมอง และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยเด็กจึงควร สังเกตว่าตนเองมีอาการปวดศีรษะหลังจากให้เลือดหรือไม่ นอกจากนี้ควรมีการสังเกตอาการผิดปกติอื่น ๆ ดังนี้ อาการตัวตเหลืองโดยสังเกตจากตาขาว มีไข้ ปัสสาวะสีเข้ม เป็นต้น ถ้าพบต้องรีบบอกบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เพื่อมาพบแพทย์ โดยทั่วไปภายหลังได้รับเลือดจะมีอาการสดชื่นแข็งแรง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ

4.3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับ สภาวะที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยเด็กควรทำชีวิตให้เป็นปกติ ไปเรียนหนังสือ ทำกิจกรรมกับเพื่อนและครอบครัว ช่วย ครอบครัวยุติงานบ้านตามความเหมาะสม ปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์พยาบาล รวมทั้ง สังเกตและดูแลภาวะสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ขณะที่เด็กเติบโต ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานใน ตัวบุคคลจะมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา โดยการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคำแนะนำ และจากประสบการณ์ที่เด็กประสบ ด้วยตนเอง เด็กเรียนรู้ที่จะกระทำหรือไม่กระทำการสิ่งใด คัดเลือกใจที่จะมีส่วนร่วมในการกระทำการดูแลตนเอง ในเงื่อนไขและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น เด็กเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ โดยจะเรียนรู้ จากการกระทำด้วยตนเองหรือจากประสบการณ์ที่ได้ประสบโดยตรง จากการสั่งสอน คำแนะนำของบิดามารดา โดยเฉพาะในเรื่องของการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การอยู่อย่างสันโดษ หรือการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าสังคม เป็นต้น โดยมีเป้าหมายคือ เขาจะอยู่อย่างมีความสุข ซึ่งผลจากการที่ได้เรียนรู้สิ่ง ต่างๆเหล่านี้ จะเป็นบันไดในการพัฒนาไปเป็นพลังความสามารถในการดูแลตนเอง (power component of self care agency) ซึ่งในที่สุดความสามารถในการดูแลตนเองนี้ จะมีการพัฒนาต่อไปอีกให้มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติการดูแลตนเอง (self care operation)

วิธีการดูแลตนเองไม่ได้มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นการเรียนรู้จากความเชื่อ (believe) นิสัย (habit) และการ ปฏิบัติตามวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ บุคคลแต่ละบุคคลจะเรียนรู้มาตรฐานในการดูแลตนเอง เริ่มจากครอบครัวของตนเอง เพื่อนบ้าน ครู เพื่อนร่วมห้องเรียน เป็นต้น ซึ่งการที่มีสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าว จะ

ช่วยให้มีการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเอง สามารถที่จะประยุกต์ความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวนี้ จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยเฉพาะทักษะที่เกี่ยวข้องในการดูแลตนเอง ในเด็กกระบวนการเรียนรู้จะช่วยเหลือตนเองนี้ จะได้รับการช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา จนเด็กสามารถนำไปปฏิบัติจนเกิดเป็นกิจกรรมประจำวันของแต่ละคนได้

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของ Orem (1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมของการเรียนรู้ในขณะเด็กเติบโตขึ้น ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and disposition) สำหรับการกระทำอย่างจงใจ โดยทั่วไป รวมทั้งการดูแลตนเองพัฒนาตามไปด้วย เด็กในแต่ละช่วงอายุจะเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ในการดูแลตนเอง และพัฒนาส่วนที่เรียนรู้แล้วให้ดีขึ้น (อัจฉริยา ปทุมวัน, 2539) การที่เด็กจะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสถานการณ์เพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก (basic conditioning factors) ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองได้แก่ อายุ เพศ ระยะการพัฒนากาย ภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อม สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (Taylor, 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537; Orem, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น พบว่ามีงานวิจัยที่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม โดยพบว่าปัจจัยพื้นฐานบางปัจจัย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าในสภาพแวดล้อม สังคมขนบธรรมเนียมประเพณีและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ของสังคมไทยนั้น เด็กวัยรุ่นทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับโอกาสการเรียนรู้จากโรงเรียนและสังคม ได้รับการเอาใจใส่จากบิดามารดา และได้รับการบริการทางสุขภาพแหล่งบริการที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยเฉพาะสังคมในชนบท ดังรายละเอียดดังนี้

1. อายุ โอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองนั้น พัฒนามากขึ้นตามอายุโดยจะมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามวัย และพัฒนาจนถึงขีดสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงหรือมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา อายุจึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ ที่ทำให้บุคคลมีการตอบสนองถึงสถานการณ์ต่าง ๆ แตกต่างกันไป และอายุก็มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1985) จากการศึกษาของ สุริศา อารยพิทยา (2533) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โรคราลัสซีเมียอายุ 8 – 14 ปี แต่จากการศึกษาของ กุลชลี ภูรินทร์ (2535) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งหลักสูตรเน้นการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคล ในกิจวัตรประจำวันระดับเดียวกัน ในขณะที่เด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและจากประสบการณ์ของตนเองเท่านั้น ทำให้มีประสบการณ์และความรู้ที่ใกล้เคียงกัน เด็กวัยเรียนจึงมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน

2. เพศ โอเร็ม (Orem, 1985) ได้เสนอแนะว่าเพศเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเอง โดยทั่วไปเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างการกำหนดหน้าที่และสวัสดิภาพ แต่จากการศึกษาของ สุริศา อารยพิทยา (2533) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โรคราลัสซีเมียอายุ 8 – 14 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ กันทิมา เอกโพธิ์ (2534) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก โรคราลัสซีเมียวัยเรียนถึงวัยรุ่น และการศึกษาของ กุลชลี ภูรินทร์ (2535) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของเด็กวัย

เรียน ทั้งนี้อาจจะเพราะว่าการดูแลบรมเลี้ยงดู การให้ความรักความอบอุ่นจากบิดามารดา ในคนไทยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศของเด็ก นอกจากนี้ ประสบการณ์ในโรงเรียนและสังคมให้โอกาสเด็กแสดงความสามารถ และช่วยเหลือตนเองในด้านต่าง ๆ ทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่าเทียมกัน เด็กหญิงและเด็กชายจึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3. ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ สุธิศา อารยพิทยา (2533) พบว่า ผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8 – 14 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยเด็กที่ไม่เคยเรียนซ้ำชั้นจะมีคะแนนการดูแลตนเองสูง ส่วนผู้ป่วยที่เคยเรียนซ้ำชั้นจะมีคะแนนการดูแลตนเองต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมักขาดเรียน เพื่อมารับการรักษาบ่อยครั้งหรือมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ ไม่สามารถไปเรียนได้ตามปกติ ทำให้เด็กเรียนไม่ทันเพื่อน ๆ หรือสอบตกบ่อย ๆ ซึ่งการเรียนซ้ำชั้นทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะพัฒนาความคิดและสติปัญญา การเรียนรู้เกี่ยวกับสังคมรอบ ๆ ตัว รวมทั้งทักษะในการช่วยเหลือตนเองในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้การเรียนซ้ำชั้นทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กระตือรือร้น มองเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่า และขาดความสนใจที่จะดูแลตนเอง

4. ลักษณะของครอบครัว โอเรม (Orem, 1985) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคล ปัจจัยต่าง ๆ ในระบบของครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเอง และสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นจะเรียนรู้จากครอบครัว ลักษณะของครอบครัวแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย จากการศึกษาของ กุลชลี ภูมรินทร์ (2535) พบว่าลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โดยเด็กที่มาจากครอบครัวเดี่ยวมีแนวโน้มมีคะแนนการดูแลตนเองดีกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวขยาย แต่จากการศึกษาของ สุธิศา อารยพิทยา (2533) พบว่าลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8 – 14 ปี ซึ่งอธิบายได้ว่าลักษณะของครอบครัวไทย จะมีความผูกพันกัน มีการติดต่อเยี่ยมเยียนกันเสมอ ความแตกต่างระหว่างครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายของสังคมไทยจึงมีน้อย โดยเฉพาะสังคมในชนบท การปลูกฝังแนวคิดและการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ป่วยเด็กในครอบครัวเดี่ยว ก็อาจได้รับจากญาติผู้ใหญ่ที่อยู่ใกล้กันหรือญาติผู้ใหญ่ที่มาเยี่ยมเยียนอยู่เสมอ ดังนั้นลักษณะของครอบครัวจึงไม่มีผลต่อการดูแลตนเอง

5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจะทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความสุขสบายหรือความเจ็บปวด อีกทั้งมีการแยกจากเพื่อนและครอบครัวอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความวิตกกังวล เบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่สนใจที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำและแผนการรักษา ทำให้เด็กมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมได้ (ยุพารักษ์ พงษ์สิงห์, 2540) แต่จากการศึกษาของ สุธิศา อารยพิทยา (2533) ซึ่งศึกษาจากผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8 – 14 ปี จำนวน 103 คน พบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยอธิบายว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคไม่รุนแรง ร้อยละ 65 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี และผู้ป่วยเด็กจะได้รับความรู้และการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจากแผนกผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับผู้ป่วยเด็กอยู่ในวัยเดียวกันมีประสบการณ์ในการรักษาและการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน จึงทำให้จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

การที่เด็กมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้เหมาะสมตามวัยและสถานการณ์มากนักน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก (self care agency) และความสามารถในการดูแลตนเองน่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญคือปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ทำให้แต่ละคนมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกันไป

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยพื้นฐานบางประการมาศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยร่น โรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อติธยา นวนหนู และคณะ (2548) ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย อายุ 6-12 ปี ที่พำนักมารับการรักษาที่คลินิกโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมียหลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมียที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการพยาบาลจากโรงพยาบาลตามปกติ

จุฑามาศ ผลมาก (2551) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยร่นธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ เด็กวัยร่นธาลัสซีเมียที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี จำนวน 200 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง การศึกษาพบว่า 1) เด็กวัยร่นธาลัสซีเมียมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 49.2$ , S.D. = 12.39) โดยพบว่า ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านภาวะโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 2) เด็กวัยร่นธาลัสซีเมียมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคลของครอบครัว และอิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 31.49$ , 116.35 และ 96.89 ตามลำดับ S.D. = 5.78, 14.77 และ 18.47 ตามลำดับ) 3) อิทธิพลระหว่างบุคคลของครอบครัว และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยร่นธาลัสซีเมียได้ ร้อยละ 42.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลของครอบครัวสามารถทำนายได้สูงสุด

วราภรณ์ วิสุทธิรัตนมณี (2551) ได้ศึกษาชนิดของโรคธาลัสซีเมีย ภูมิถิ่นอาศัยของผู้ป่วย ภาวะโภชนาการ การเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่นๆ และค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ เด็กอายุ 0-15 ปี จำนวน 125 คน เพศชาย 56 ราย เพศหญิง 69 ราย โดยการศึกษาจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วย 107 ราย (ร้อยละ 85.6) มีอายุมากกว่า 5 ปี ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 55.2 เป็น  $\beta$ -thalassemia ร้อยละ 44.0 เป็น  $\alpha$ -thalassemia และร้อยละ 0.8 เป็น compound  $\beta + \alpha$ -thalassemia ภูมิถิ่นอาศัยของผู้ป่วย ร้อยละ 34.4 อยู่ในเขตอำเภอเมืองรองลงมาเป็นอำเภอสุวรรณคูหา นาหวัง และโนนสังตามลำดับ ในด้านโภชนาการ ร้อยละ 38.4 ปกติ ร้อยละ 32.0 ทูพโภชนาการระดับ 1 ร้อยละ 24.8 ทูพโภชนาการระดับ 2 ร้อยละ 4.8 ทูพโภชนาการระดับ 3 ส่วนข้อมูลด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่นๆ พบ

ผู้ป่วยมารักษา รวม 259 ครั้ง เป็นโรคติดเชื้อมากที่สุด รวม 170 ครั้ง (ร้อยละ 65.6) ส่วนค่าใช้จ่ายในการตรวจความเข้มข้นของเลือด การให้เลือดและการให้ยาวิตามินร่วมกับกรดโฟลิก รวมเป็นเงิน 286,698 บาท

บุษดี สงวนพงษ์ (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี ธาลัสซีเมีย ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 233 คน พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนธาลัสซีเมียมีคะแนนการดูแลเฉลี่ยร้อยละ 82.6 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 61.4 มีการดูแลตนเองได้ถูกต้องดี และไม่มีผู้ป่วยเด็กที่มีการดูแลในระดับต่ำ ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุและเพศของผู้ป่วยเด็ก โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และอายุมีระดับความสัมพันธ์ที่พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) เท่ากับ 0.396 และ 0.260 ตามลำดับ ส่วนเพศมีระดับความสัมพันธ์ที่พิจารณาจากค่า CC. เท่ากับ 0.234 ส่วนปัจจัยคัดสรรอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับการดูแลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ