

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มร่วมกับการเล่านิทานประกอบ ภาพการ์ตูนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคธาลัสซีเมีย
  2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน
  3. แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง
  4. โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม
  5. การเล่านิทานประกอบภาพการ์ตูน
  6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
1. โรคธาลัสซีเมีย
- โรคธาลัสซีเมียหมายถึง โรคโลหิตจางแต่กำเนิดชนิดหนึ่ง และถ่ายทอดทางพันธุกรรม เกิดจากมีความผิดปกติในการสังเคราะห์สายโกลบิน โดยเฉพาะ alpha และ beta ซึ่งเป็นโปรตีนสำคัญที่มีอยู่ในเม็ดเลือด ถ้ามีการสร้าง alpha globin ลดลงเรียกว่า อัลฟาธาลัสซีเมีย ( $\alpha$  thalassemia) และถ้าสร้าง beta globin ลดลงเรียกว่า เบต้าธาลัสซีเมีย ( $\beta$  thalassemia) ผลของการสร้าง globin ชนิดใดชนิดหนึ่งลดลงทำให้สายโกลบินอีกสายหนึ่งที่เหลือเกิดการรวมตัวกันเป็นฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่ผิดปกติ และเกิดการตกตะกอนของฮีโมโกลบินที่ผิดปกติเป็นอินคูลชันบอดี (Inclusion body) ทำให้เม็ดเลือดแดงถูกทำลายตั้งแต่ระยะตัวอ่อนในไขกระดูก และเม็ดเลือดแดงตัวแก่ถูกทำลายในตับและม้าม (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2538) ทำให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีภาวะซีดเรื้อรัง ดีซ่าน ตับม้ามโต ถ้ามีอาการมากมักมีการเจริญเติบโตไม่สมอายุมีอาการแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้นเกือบทุกระบบของร่างกาย (สุทัศน์ พุเจริญ และคณะ, 2544) มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตาและกระดูก หน้าผากนูนสูง โหนกแก้มชัดขึ้น จมูกแบน คางและกระดูกขากรรไกรกว้าง ฟันหน้าจะยื่นคล้ายฟันหนู กระดูกเปราะและหักง่าย (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2539; Martin and Butler, 1993) ซึ่งความรุนแรงของอาการต่างๆ เหล่านี้ จะแตกต่างกันไปตามชนิดของโรคธาลัสซีเมียที่เด็กวัยเรียนเป็น โรคธาลัสซีเมียที่พบบ่อยในประเทศไทยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย ( $\beta$  thalassemia) และชนิด แอลฟาธาลัสซีเมีย ( $\alpha$  thalassemia) ซึ่งในแต่ละกลุ่มมีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตั้งแต่มีอาการรุนแรงมาก (Severe thalassemia major) มีอาการ

รุนแรงปานกลาง (Thalassemia intermedia) และมีอาการน้อย หรือไม่มีอาการ (Asymptomatic thalassemia minor) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากอาจถึงขั้นเสียชีวิตตั้งแต่วัยแรกเกิด และวัยก่อนเรียน ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมากสามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่มีลูกหลายได้

1.1 ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย โรคธาลัสซีเมียที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในประเทศไทยมีดังนี้

1.1.1 เบต้า ธาลัสซีเมีย ( $\beta$  thalassemia disease) คือโรคธาลัสซีเมียที่มีการลดลงหรือสร้างสายโกลบินต้นเบต้า ผิดปกติ ที่พบบ่อย มี 2 ชนิด คือ

1.1.1.1 โฮโมซัยกัส เบต้า ธาลัสซีเมีย (Homozygous  $\beta$  thalassemia) หรือเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ ( $\beta$  thalassemia major) เป็นโรคธาลัสซีเมียที่มีความรุนแรงมากที่สุดในกลุ่มโรคชนิดเบต้า เด็กกลุ่มนี้เมื่อแรกเกิดจะปกติไม่มีอาการแสดงทางคลินิก ส่วนใหญ่ของเด็กมีลักษณะที่ชัดเจนของโรคธาลัสซีเมียเมื่อมีอายุประมาณ 3-4 ปี ตับและม้ามจะโตทุกราย (วิชัย เหล่าสมบัติ, 2541) เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดนี้ ส่วนใหญ่จะมีอาการรุนแรง ซีดมาก ตับม้ามโตมาก การเติบโตสมอายุ หน้าตาเป็นแบบธาลัสซีเมีย (Thalassemia facies) คือมีโหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้าง สันจมูกแบน ฟันหน้ายื่นคล้ายฟันหนู (วรวรรณ ตันไพจิตร, 2538; Martin and Butler, 1993) สุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย ติดเชื้อง่าย ต้องให้เลือดบ่อย บางคนต้องได้รับเลือดทุก 2-3 สัปดาห์ (วิชัย เหล่าสมบัติ, 2541) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในวัยเด็ก โดยร้อยละ 50 จะเสียชีวิตภายในอายุ 12 ปี ร้อยละ 65 ภายในอายุ 15 ปี สาเหตุการตายเกิดจากภาวะซีดอย่างรุนแรง ร่วมกับหัวใจวาย หรือภาวะการติดเชื้อ รวมทั้งภาวะเหล็กเกินและอวัยวะล้มเหลว (วรวรรณ ตันไพจิตร, 2536) ส่วนผู้ป่วยที่เด็กวัยเรียนที่มีอาการไม่รุนแรง และได้รับการรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่องตั้งแต่ขวบปีแรก จะมีอาการเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติในช่วง 10 ปีแรก แต่เมื่ออย่างเข้าสู่วัยรุ่น จะเริ่มมีอาการแสดงของภาวะเหล็กเกินเด็กหญิงอาจมีประจำเดือนช้ากว่าปกติ

1.1.1.2 เบต้า ธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี ( $\beta$  thalassemia/Hemoglobin E disease) เป็นโรคที่มีความรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยสามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ได้ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดนี้จะมีอาการเหมือนผู้ป่วยวัยเด็กวัยเรียนชนิด  $\beta$  thalassemia major แต่ส่วนใหญ่มีความรุนแรงน้อยกว่า บางรายจะมีอาการซีด ตับม้ามโต อาจต้องให้เลือดบ่อย (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และคณะ, 2539)

1.1.2 แอลฟา ธาลัสซีเมีย ( $\alpha$  thalassemia) คือโรคธาลัสซีเมียที่มีการลดลงของสายโกลบินที่เรียกว่า แอลฟา ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในประเทศไทยได้แก่

1.1.2.1 ฮีโมโกลบิน เอช (Hemoglobin H disease) เด็กวัยเรียนที่เป็นธาลัสซีเมียชนิดนี้จะมีอาการของโรคหลากหลาย ตั้งแต่อาการรุนแรงน้อยมากจนถึงระดับปานกลาง มีอาการซีดเล็กน้อย มีตาเหลืองเล็กน้อย ตับม้ามโตไม่มาก ไม่ค่อยต้องให้เลือด ส่วนใหญ่ไม่มีอาการแสดงทางคลินิก การเจริญเติบโตปกติ หน้าตาปกติ ผู้ป่วยเด็กบางคนที่เป็น

ชนิดนี้ไม่เคยไปพบแพทย์และไม่เคยรักษาใดๆ เลย แต่บางคนอาจมาพบแพทย์ด้วยเรื่องมีอาการซีดลงหลังจาก มีไข้ เป็นหวัด หรือมีได้รับยาบางชนิด

1.1.2.2 ฮีโมโกลบิน เอช และฮีโมโกลบิน คอนสแตนต์สปริง (Hemoglobin H with hemoglobin constant spring) อาการคล้ายผู้ป่วยฮีโมโกลบิน เอช แต่รุนแรงกว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เป็นชนิดนี้จะมีอาการแสดงทางคลินิกแตกต่างกันได้มาก ตั้งแต่มีความรุนแรงน้อยจนถึงรุนแรงมาก ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอาการรุนแรงปานกลางอาจมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ลักษณะใบหน้าเป็นแบบธาลัสซีเมีย (Thalassemia facies) มีตับม้ามโต มีตาเหลืองเล็กน้อย และมีอาการซีดลงเวลามีไข้สูง ส่วนผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่มีอาการรุนแรงมาก จะมีอาการซีดมาก ต้องได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอ (วิชัย เหล่าสมบัติ, 2541)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าโรคธาลัสซีเมียที่พบในประเทศไทยนั้นมีด้วยกัน 2 ชนิด คือ เบต้า ธาลัสซีเมีย และแอลฟา ธาลัสซีเมีย แต่ละชนิดจะมีความรุนแรงแตกต่างกัน ซึ่งเมื่อเกิดภาวะของโรคแล้วถ้าดูแลตัวเองไม่ดี อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ดังนี้

1.2 ภาวะแทรกซ้อนของโรคธาลัสซีเมีย มีดังนี้ (พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน์ และคณะ, 2539)

1.2.1 ตับม้ามโตมากและทำลายเม็ดเลือดมาก ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะมีตับม้ามโต และม้ามที่โตมากจะทำลายเม็ดเลือดมาก ทำให้เม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำ ผู้ป่วยจะซีดเร็ว ความต้านทานโรคน้อย เลือดออกง่าย

1.2.2 โรคหัวใจและถุงน้ำดีอักเสบ เนื่องจากการทำลายเม็ดเลือดขาวมากกว่าปกติ สารสลายจากเม็ดเลือดที่ถูกทำลายจะสะสมที่ถุงน้ำดี ทำให้เกิดเป็นนิ่ว เกิดการอุดตัน ทำให้มีถุงน้ำดีอักเสบตามมา ผู้ป่วยจะมีไข้ ตาเหลืองมากขึ้น และปวดใต้ชายโครงขวา

1.2.3 โรคติดเชื้อ เนื่องมาจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง โรคติดเชื้อที่มักพบได้บ่อยได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคตับอักเสบ โรคเชื้อรา

1.2.4 การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงจะมีรูปร่างแคระแกร็นการเจริญเติบโตทางร่างกายและทางเพศช้า เนื่องจากมีเหล็กจำนวนมากไปเกาะที่ต่อมใต้สมอง

1.2.5 หลอดเลือดอุดตัน ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินทำให้ตับทำงานได้ลดลง การสร้างสารแข็งตัวต่าง ๆ ในน้ำเลือดลดลง แต่สารต่อต้านการแข็งตัวของเลือดก็ลดลงด้วยเป็นสัดส่วนเดียวกัน ร่างกายจึงอยู่ในภาวะสมดุล แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการตัดม้าม หลังตัดม้ามเกร็ดเลือดจะเพิ่มมากขึ้นชั่วคราวในบางราย ทำให้กลไกการแข็งตัวของเลือดเสียสมดุล เกิดภาวะอุดตันในหลอดเลือดได้ง่าย ผู้ป่วยจะมีอาการเขียว เหนื่อยง่าย เล็บปุ่ม ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นต้น

1.2.6 โรคนิ้วและถุงน้ำดีอักเสบ เนื่องจากมีการทำลายเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ สารสลายจากเม็ดเลือดแดงที่ถูกทำลายจะสะสมที่ถุงน้ำดี ทำให้เกิดเป็นนิ่ว เกิดการอุดตัน ทำให้ถุงน้ำดีอักเสบตามมา ผู้ป่วยจะมีไข้ ตาเหลืองมากขึ้น และปวดใต้ชายโครงขวา

1.2.7 โรคหัวใจ โดยสาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยชืดมากจนหัวใจวาย , หัวใจทำงานไม่ไหวจากการที่มีธาตุเหล็กสะสมมากเกินไป และมีการอุดตันของเส้นเลือดในปอด การไหลเวียนโลหิตจึงค่อนข้างที่หัวใจด้านขวา ทำให้หัวใจด้านขวาทำงานหนักและหัวใจวายได้

1.2.8 กระดูกเปราะหักง่าย ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะมีการสร้างเม็ดเลือดที่โพรงกระดูกชดเชยมาก ทำให้กระดูกเปราะหักง่ายกว่าคนปกติ

1.2.9 โรคเบาหวาน พบบ่อยในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่เป็นรุนแรง เกิดจากธาตุเหล็กไปสะสมในระดับอ่อนทำให้การหลั่งอินซูลินเสียไป จึงเกิดเป็นเบาหวานขึ้น

1.2.10 แผลเรื้อรังที่ขา ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียผู้ใหญ่มักจะมีแผลเรื้อรังที่ขาและแผลหายช้า ซึ่งคาดว่าเกิดจากสารอาหาร เช่น สังกะสี หรือเกิดจากความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง ทำให้น้ำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนขาได้น้อยกว่าปกติ ทำให้แผลหายช้า

ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น สามารถป้องกันได้โดยการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือลดความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่วนในการรักษาโรคธาลัสซีเมียในปัจจุบันมีดังนี้

### 1.3 การรักษาโรคธาลัสซีเมีย การรักษาในปัจจุบันมีดังนี้ (วรวรรณ ตันไพจิตร, 2540 )

1.3.1 การให้เลือด จุดประสงค์ในการให้เลือดเพื่อลดภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) โดยให้ในรูปของเม็ดเลือดแดงเข้มข้น ความถี่ของการให้เลือดจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค การให้เลือดมี 2 แบบ คือ

1.3.1.1 การให้เลือดตามอาการ ( Low transfusion) จะให้เม็ดเลือดแดง เมื่อระดับฮีโมโกลบินก่อนให้เลือด 6-7 กรัม/เดซิลิตร เพื่อเพิ่มระดับฮีโมโกลบินขึ้นสูงกว่า 6-7 กรัม/เดซิลิตร หรือระดับฮีมาตคริตสูงกว่า 20 % พอให้ผู้ป่วยหายจากการขาดออกซิเจนให้เป็นครั้งคราวตามความจำเป็น การให้แต่ละครั้งจะให้ในปริมาณ 10 มิลลิลิตร/กิโลกรัม นาน 3-4 ชั่วโมง

1.3.1.2 การให้เลือดบ่อย ๆ เพื่อให้ระดับฮีโมโกลบินสูงกว่า 9-10 กรัม/เดซิลิตร (High transfusion) จะให้เลือดถ้าระดับฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 กรัม/เดซิลิตร ในปริมาณ 10 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ให้ทุก 2 - 4 สัปดาห์ เพื่อให้ค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินอยู่ในระดับ 12 กรัม/เดซิลิตร วิธีนี้ส่วนมากจะให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคชนิดรุนแรง และมักจะทำให้ผู้ป่วยอายุน้อย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบผลของการให้เลือด 2 วิธีนี้พบว่า เมื่อติดตามผู้ป่วยเป็นเวลาหลาย ๆ ปี กลุ่มที่ได้รับเลือดตามอาการและเสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ มากกว่า กลุ่มให้เลือดบ่อย ๆ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีกว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของโครงหน้า การเจริญเติบโต



ปกติ ตับ ม้าม เล็กกว่า การติดเชือลดลง มีสภาพร่างกายและจิตใจที่ดี มีลักษณะของหนุ่มสาวได้ตามปกติ

สำหรับเทคโนโลยีใหม่ๆ ของการให้เลือดคือ การให้ neocyte ซึ่งเป็นเม็ดเลือดแดงที่มีอายุเฉลี่ย 12 วัน โดยแยกเม็ดเลือดแดงที่มีอายุมากออกไป พบว่าจะลดการให้เลือดลดลงร้อยละ 20 ลดปัญหาเหล็กคั่งในร่างกาย แต่ผู้รับจะต้องได้รับเลือดจากผู้ให้ ( donor) หลายคน ส่วนการใช้สารแทนฮีโมโกลบิน ( hemoglobin substitute) ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา ยังไม่ได้นำมาใช้ในการรักษา การให้เลือดจึงยังเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดในการรักษาโรค

1.3.2 การตัดม้าม ทำเมื่อมีข้อบ่งชี้คือ มีอาการซีดรุนแรงต้องให้เลือดบ่อย มีภาวะ hyperplenism ม้ามโตมากกว่า 6 เซนติเมตรต่ำกว่าชายโครง และในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิด beta - thal / Hb E ,Hb H ที่ต้องรับเลือดทุกเดือน โดยทั่วไปจะรอให้เด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้สูงถ้าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งถ้าผู้ป่วยตัดม้ามแล้วจะติดเชื้อโรคพวกแบคทีเรียอย่างรวดเร็วและรุนแรง อันตรายถึงแก่ชีวิตในเวลา 6 ชั่วโมง โดยเฉพาะภายใน 2 ปี หลังการตัดม้าม โรงพยาบาลบางแห่งจึงให้กินยา เพนิซิลิน (penicillin) ทุกวันเป็นเวลา 2 ปี แต่ความต้านทานเชื้อโรคมักจะเสียไปตลอดชีวิตได้ (พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ และ วีรวรรณ มหาพรณ, 2538)

1.3.3 การดูแลให้อาหารที่มีโปรตีน วิตามินและกรดโฟลิกสูง เพื่อช่วยเสริมสร้างเม็ดเลือดแดง คือ กรดโฟลิก ถ้าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 1 ปี ให้ครึ่งละ ครึ่งเม็ด หรือ 2.5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ถ้าผู้ป่วยอายุมากกว่า 1 ปี ให้ครึ่งละ 1 เม็ด หรือ 5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง สำหรับอาหารที่มีโปรตีนมากและยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น นมถั่วเหลือง นมสด ยอดกระถินมีโปรตีนมาก และยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็กอย่างดี ห้ามรับประทานยาบำรุงเลือดที่มีธาตุเหล็ก

1.3.4 การใช้ยาขับเหล็ก จะทำให้กรณที่ค่าซีรั่มเฟอรินดินมากกว่า 1,000 นาโนกรัม หรือได้รับเลือดมากกว่า 10-20 ถุง ยาที่ใช้คือ Desferoxamine (DF) ขนาดยาที่ใช้คือ 40 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ถ้าน้ำหนักตัว 20 กิโลกรัม ให้ 500-100 มิลลิกรัม/วัน 5-7 วันต่อสัปดาห์ ถ้าน้ำหนักตัวมากกว่า 20 กิโลกรัมให้ 1-2 กรัม/วัน 5-7 วันต่อสัปดาห์ การให้ต้องให้ช้าๆ ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ หรือทางชั้นใต้ผิวหนัง ( subcutaneous ) โดยมีข้อระวังในการให้ยาขับธาตุเหล็กคือ ถ้าให้ DF หยดเข้าใต้ผิวหนังขนาด 60-40 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน เป็นเวลานานหลายปี อาจมีปัญหา cataract ได้ ปัจจุบันมีสารพัฒนายาขับเหล็กให้เป็นชนิดรับประทาน พบว่ายา Deferipron (L1) ใช้ได้ผลดี แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้ เพราะมีผลข้างเคียงทำให้เกิดเม็ดเลือดขาวต่ำ

1.3.5 การรักษาตามภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น นิ้วในถุงน้ำดี ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ  
 กรุงเทพมหานคร  
 วันที่..... 12 ส.ค. 2556  
 เลขทะเบียน..... 20889E.....  
 เลขเรียกหนังสือ.....

1.3.6 การปลูกถ่ายฯกระดูก ปัจจุบันเป็นวิธีเดียวที่สามารถรักษาโรคธาลัสซีเมียให้หายขาดได้ โดยมีโอกาสหายขาดได้ร้อยละ 70-80 จะทำให้รายที่ผู้ป่วยเป็นโรคชนิดรุนแรง แต่ยังไม่มีการแทรกซ้อนของโรคชัดเจน เช่น ไม่มีตับแข็งหรือเป็นเบาหวาน และมีพี่น้องที่ไม่เป็นโรค ที่มีลักษณะพันธุกรรมของเลือดที่เรียกว่าเอ็ชแอลเอ (Human Lymphocyte antigen :HLA) เหมือนกับผู้ป่วย แต่วิธีนี้มีค่าใช้จ่ายแพง จึงยังไม่เหมาะสมกับฐานะเศรษฐกิจและจำนวนผู้ป่วยในประเทศไทย

1.3.7 การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ ประกอบด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราเสี่ยงในการมีลูกเป็นโรค ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ผลกระทบต่อครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกเพื่อหลีกเลี่ยงการมีลูกเป็นโรค

1.3.8 การวินิจฉัยทารกในครรภ์ก่อนคลอด สามารถทำได้ 4 วิธี คือ

1.3.8.1 การเก็บตัวอย่างเนื้อรก (Chorionic villus sampling)

ทำในช่วงอายุครรภ์ 8-14 สัปดาห์

1.3.8.2 การเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ทำในช่วงอายุครรภ์

16-18 สัปดาห์

1.3.8.3 การเจาะเลือดจากสายสะดือทารกในครรภ์ (Cordocentesis) จะได้ทั้งเม็ดเลือดแดงที่นำมาตรวจหาฮีโมโกลบินและได้เม็ดเลือดขาวที่นำมาสกัด DNA เพื่อหาตำแหน่งของยีนได้ ทำในช่วงอายุครรภ์ 18-22 สัปดาห์

1.3.8.4 การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) ทำในช่วงอายุครรภ์ 18-20 สัปดาห์ ใช้ในการวินิจฉัย Hb bart' s hydrop fetalis ซึ่งทารกอาจมีภาวะหัวใจล้มเหลวจากภาวะโลหิตจางรุนแรง

นอกจากนี้ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การติดตามผลการรักษา การดูแลสุขภาพทั่วไป ออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและมีกรดโฟลิกอยู่มากควรละเว้นอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ไม่ควรซื้อยาบำรุงเลือดกินเอง การรับประทานยากรดโฟลิกอาจช่วยเสริมให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงดีขึ้นบ้าง และแนะนำการหลีกเลี่ยงและระมัดระวังการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยมีกาสติเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย และยังมีการรักษาแนวใหม่โดยพยายามกระตุ้นการสร้าง Fetal hemoglobin (Hb F) โดยใช้ Arginine butyrate และ Hydroxyurea พบว่าสามารถเพิ่มฮีโมโกลบินเอฟได้ ซึ่งการมีฮีโมโกลบินเอฟเพิ่มขึ้นจะทำให้ปัญหาเม็ดเลือดแดงถูกทำลายลดลง ผู้ป่วยจะซีดน้อยลง แต่ยังอยู่ในขั้นของการศึกษาวิจัย ยังไม่ได้นำมาใช้ทางคลินิกสำหรับการรักษาโดยการทำ gene therapy ยังไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นหรือหายขาดได้

จะเห็นว่าโรคธาลัสซีเมียนั้นมีความรุนแรงต่อตัวผู้ป่วยเด็กอย่างมาก การรักษาในปัจจุบันนั้นเป็นการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินของโรคนั้นได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กหลายด้าน ดังต่อไปนี้

## 1.4 ผลกระทบจากโรคธาลัสซีเมียต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

### 1.4.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก

1.4.1.1 ด้านร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการเจริญเติบโตช้าและขาดโอกาสพัฒนาทางร่างกาย เพราะมีสาเหตุจากสภาวะของโรคหลายประการร่วมกัน เช่น ระยะเวลาที่เจ็บป่วยยาวนาน การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำแล้วซ้ำอีก การเผชิญต่อการติดเชื้อบ่อย ๆ หรืออาจมีความพิการบกพร่องหลงเหลือจากการเจ็บป่วย หรือมีการบกพร่องในการประสานงานของระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ และเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคตลอดเวลาต้องใช้เวลาในการรักษานาน ผู้ป่วยเด็กจะถูกจำกัดในการออกกำลังกาย ทำให้ขาดโอกาสต่าง ๆ เมื่อเทียบกับคนอื่น ๆ ที่มีร่างกายสมบูรณ์ และการเจริญเติบโตที่บกพร่องนั้น ยังมีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กมีภาพลักษณ์ต่อร่างกายของตนไม่ดี (Kappy, 1987) เป็นต้น สรุปแล้วผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ต้องเผชิญกับปัญหาทุกข์ทรมานทางกาย เนื่องจากโรคทรุดลงหรือมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2547)

1.4.1.2 ด้านจิตใจ อารมณ์ ความเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียจะมีระยะเวลาของความเจ็บป่วยยาวนาน ทำให้เด็กป่วยมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะความวิตกกังวลจากการแยกจาก ซึ่งมีปฏิกริยาต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับอายุของเด็กและประสบการณ์ในการรับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน เช่น การร้องไห้ พฤติกรรมต่อต้านในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อีกทั้งผลที่เกิดกับร่างกายมักส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจอารมณ์มากขึ้น ทำให้ความรู้สึกต่อภาพลักษณ์ของตนเองไม่ดีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของริชชีและคณะ (Ritchie, Caty, & Ellerton, 1984) พบว่าเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมีภาวะเสี่ยงต่อความผิดปกติทางด้านจิตใจมากกว่าเด็กที่มีสุขภาพสมบูรณ์

จูไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532) กล่าวถึงผลกระทบต่อด้านจิตใจว่า จากการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย พยายามแยกตัวขาดความเชื่อมั่นในตนเอง สูญเสียเสถียรภาพทางจิตใจและคุณค่าในตนเองลดลง เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง เพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อผู้อื่น หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวตายจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการตีจากของบุคคลรอบข้างหรือสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยหรือเป็นที่รัก กลัวเสียความรักจากคนรอบตัวและหมดหวังในที่สุด อารมณ์ และความรู้สึกที่ผู้ป่วย มักจะแสดงออกมาก็คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เคียดแค้น และรู้สึกสูญเสีย

1.4.1.3 ด้านสังคม เมื่อเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องแยกจากเพื่อน และสังคมเป็นเวลานานร่วมกับปฏิกริยาทางด้านอารมณ์เกิดขึ้นหลายอย่าง ทำให้เด็กป่วยต้องพึ่งพาบิดามารดาเพิ่มขึ้น เด็กป่วยบางรายเมื่อมีความเจ็บป่วยทุเลาลงแล้วไม่ยอมเล่นกับเพื่อน ไม่ยอมไปโรงเรียน บางรายมีลักษณะก้าวร้าวต่อสังคม ทำให้เพื่อนไม่ยอมเล่นด้วย บางรายไม่มีความมั่นใจในตนเอง กลายเป็นเด็กที่มีปมด้อยแยกตัวเอง ไม่อยากพบหน้าเพื่อนฝูง ขาดเรียนบ่อยครั้ง ขาดโอกาสในการเรียนรู้การปรับตัวทางสังคม มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและกลุ่ม

เพื่อนไม่ดี ซึ่งต่อไปจะปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาแคดแมนและคณะ (Cadman, Boyles, Szatmari, & Offord, 1987) ในเด็กที่มีเมืองออนตาริโอ อายุ 4-16 ปี จำนวน 3,294 ราย พบว่า เด็กที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างเดียวและเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับมีความพิการ จะมีการปรับตัวด้านสังคมยากกว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน

1.4.1.4 ด้านสติปัญญา พัฒนาการของสติปัญญาขึ้นอยู่กับภาวะเจริญเติบโตของสมองและโอกาสในการเรียนรู้ การเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ป่วยเด็กและสถานะของโรคบางโรค ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องขาดโรงเรียนบ่อย จากการที่ต้องมาพบแพทย์หรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว ดังเช่นการศึกษาของ ซูลท์ (Sultz) พบว่าร้อยละ 26 ของผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ขาดโรงเรียนอย่างน้อย 6 สัปดาห์ใน 1 ปี และผู้ป่วยเด็กยังมีการศึกษาดำรงต่ำกว่าชั้นที่ควรจะเรียน (Ross Conference, 1974) บางครั้งผู้ป่วยเด็กไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อน ๆ ได้ ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้และมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมอง สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้พัฒนาการทางสติปัญญาและภาษาต้องหยุดชะงักหรือช้าลง และยังมีผลต่อความพร้อม ความจำแรงใจของผู้ป่วยเด็กอีกด้วย

1.4.2 ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และค่าใช้จ่ายในการรักษาภาครัฐ

1.4.2.1 ครอบครัว ในด้านจิตใจอารมณ์ ในระยะที่บุตรสบายดี บิดามารดาจะมีความเป็นปกติสุข แต่เมื่อบุตรกลับมีอาการของโรคกำเริบขึ้น บิดามารดาก็จะมีแต่ความเครียดและวิตกกังวล (Neff & Spray, 1996) สภาพอารมณ์ของบิดามารดาจะเปลี่ยนแปลงได้ตามความรู้สึกที่มีต่อบุตรที่เจ็บป่วย วิลส์ (Wills, 1999) ศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ปกครองชาวจีนฮ่องกงที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบว่าประสบการณ์ที่เกิดกับปฏิกิริยาด้านจิตใจของผู้ปกครองเมื่อทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เริ่มจากช็อคและเต็มไปด้วยอารมณ์มากมายได้แก่ รู้สึกกลัว สับสน ไม่เชื่อ รู้สึกสิ้นหวัง ปราศจากความช่วยเหลือ รู้สึกโศกเศร้า รู้สึกไม่เป็นมิตรกับแพทย์และยากที่จะยอมรับความเจ็บป่วยของบุตร และการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดนั้น ทำให้บิดามารดา หรือผู้ดูแลต้องประสบกับปัญหาในเรื่องของการสูญเสียเวลาส่วนตัวของตนเอง ความรู้สึกหวั่นไหวในเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ลดน้อยลง และอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องชนิดา มณีวรรณ (2537) กล่าวว่า ผู้ดูแลมีความต้องการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก ความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมียของบุตรมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา (Neff & Spray, 1996; Harkins, 1994) บางครอบครัวสามีภรรยามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมากขึ้นเพราะต้องปรึกษาหารือและให้การประคับประคองซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตามยังพบว่าส่วนใหญ่เมื่อบุตรมีความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น

การประคับประคองจากคู่สมรสและความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสลดลง ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาห่างเหินเพราะมารดาให้ความสนใจต่อบุตรที่เจ็บป่วย มารดาบางรายต้องไปเฝ้าบุตรที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน (Neff & Spray, 1996) ส่วนสามีต้องทำงานมากขึ้น เพราะว่ามีรายจ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้น สามีบางรายไม่เข้าใจและไม่เห็นภรรยาที่มีภาวะเครียดและวิตกกังวล จึงมักวิพากษ์วิจารณ์การดูแลบุตรของภรรยา ภรรยาบางรายก็มักจะคิดว่าสามีไม่มีความรับผิดชอบ ทั้งให้เธอรับผิดชอบภาระทั้งหมดแต่เพียงผู้เดียว ในสภาวะการณ์เช่นนี้จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยามีช่องว่างนำไปสู่ความไม่เข้าใจมากขึ้น (Harkins, 1994) แลนสกี บล็อก แครนส์ (Lansky, Block, & Cairns, 1983) ศึกษาผู้ปกครองที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และได้รับการรักษานานมากกว่า 7 ปี ที่พบว่าม้อัตรการหย่าร้างร้อยละ 1.19 ถึงแม้จะดูว่าเป็นอัตราการหย่าร้างที่ค่อนข้างต่ำ แต่รายเหล่านี้จะมีความเครียดสูงกว่าบุคคลทั่วไป ผลกระทบต่อพี่น้องเด็กป่วยเมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังขึ้นใน

ครอบครัวจะมีผลกระทบต่อพี่น้องทำให้พี่น้องของเด็กป่วยมีปฏิกิริยาต่าง ๆ (Wong, 1993) ดังนี้

- 1) ความเครียดของพี่น้องของเด็กป่วยมักเกิดจากการที่ไม่ได้รับความสนใจจากบิดามารดา เนื่องจากบิดามารดาให้เวลากับเด็กป่วยมาก หรือจากสภาวะทางด้านอารมณ์ของมารดา และนอกจากนี้พี่น้องของเด็กป่วยจะมีความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่โครงสร้างและกิจกรรมต่าง ๆ ภายในครอบครัว ทำให้เกิดการแยกจากกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและแผนการรักษาทำให้กิจกรรมที่ทำประจำหรือแผนการต่าง ๆ ของครอบครัวเปลี่ยนไป
- 2) ความกลัว (fear) เมื่อเด็กป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พี่น้องก็จะรับรู้ว่าเขาเจ็บป่วย แต่ไม่ทราบถึงการวินิจฉัยโรคและไม่ได้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ที่โรงพยาบาล พี่น้องเด็กป่วยอาจคิดถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยตามข้อมูลที่เขาได้รับหรือได้ยินมาจากการพูดคุยกันของบิดามารดา หรืออาจจินตนาการเองตามความคิดของเขา ทำให้เกิดความสับสน หวาดกลัว นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์ของเด็กป่วยทำให้พี่น้องเกิดความรู้สึกหวาดหวั่นต่อโรคได้
- 3) ความรู้สึกผิด (guilt) ความรู้สึกผิดของพี่น้องเด็กป่วยเกิดจากการที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นได้หรือบางรู้สึกที่ตนเองมีสุขภาพดี ในขณะที่พี่น้องของตนเองเจ็บป่วย หรือพี่น้องบางรายคิดว่าเขาเป็นสาเหตุที่ทำให้พี่น้องของเขาเจ็บป่วยรุนแรง

1.4.2.2 ด้านสังคม ผู้ปกครองมักมีความอับอายจากการมีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายซึ่งทำให้แยกตัวจากรายอื่น มีความล้มเหลวในการติดต่อสื่อสารหรือสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัวส่งผลทำให้พัฒนาการในครอบครัวหยุดชะงักได้ (Neff & Spray, 1996) ยังพบอีกว่าการเข้าสังคมของสมาชิกในครอบครัวถูกจำกัดลดลง เพราะกลัวว่าถ้าตนเองออกไปทำกิจกรรมในสังคมแล้วจะไม่มีผู้ดูแลบุตร ผู้ปกครองพยายามแยกตัวออกจากสังคมเพราะไม่ต้องการตอบคำถามของเพื่อน ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร ผู้ปกครองบางรายรู้สึกว่าไม่สามารถพูดคุยกับเพื่อนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรได้อย่างเปิดเผย

เช่นเดียวกับรายในครอบครัว หากเพื่อนบางรายแสดงปฏิกิริยาและการประคับประคองที่ไม่เหมาะสม จะยิ่งทำให้ผู้ปกครองมีความเจ็บปวดมากขึ้นอีก (Futcher, 1988; Harkins, 1994; Neff & Spray, 1996)

1.4.2.3 ด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างแพง บางครอบครัวผู้ปกครองต้องหยุดงานพาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาล หรือผู้ปกครองบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลบุตรที่เจ็บป่วยจะยิ่งทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง (Neff & Spray, 1996) รายงานของ รุจา ภูโพบูลย์และคณะ (2543) เรื่องผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว ที่พบว่าผลกระทบด้านเศรษฐกิจครอบครัวที่อยู่ในกลุ่มที่บุตรอยู่ในระยะกลับเป็นซ้ำไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้เพียงพอถึงร้อยละ 82 รองลงมาคือระยะวินิจฉัยครั้งแรกพบร้อยละ 71 ระยะสุดท้ายพบร้อยละ 65 และระยะโรคสงบพบร้อยละ 57 จึงเป็นข้อน่าสังเกตว่าระยะกลับเป็นซ้ำเป็นระยะที่มีการใช้จ่ายสูงผิดปกติ หรืออาจเป็นเพราะระยะของโรคได้มีการยึดเยื้อจนครอบครัวใช้เงินทุนสะสมที่มีอยู่เต็มจนหมดจึงทำให้มีปัญหาด้านการเงิน เห็นได้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างยิ่ง

จุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532) กล่าวว่าฐานะด้านการเงินลดลง จะทำให้ผู้ป่วยลดบทบาทตัวเองในครอบครัวและสังคม ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ เนื่องจากอัตมโนทัศน์ถูกรบกวน มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป สังคมจะไม่ยอมรับและเกิดจากแยกตัวจากสังคมมากขึ้น

1.4.2.4 ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาภาครัฐ จะต้องได้รับการรักษาพยาบาล เพื่อควบคุมโรคที่เป็นอยู่ไม่ให้กำเริบและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องมีการเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินการดังกล่าวเป็นจำนวนมาก ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคภาครัฐนั้น พบว่ามีการสูญเสียเงินเป็นจำนวนมาก ยกตัวอย่างดังนี้คือ สุรางค์รัตน์ พ้องพาน (2542) ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่ง ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย พบว่าแต่ละคนต้องเสียค่าใช้จ่าย 638 บาท/เดือน และเมื่อนำไปประกอบข้อมูลทุติยภูมิ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วประเทศ เสียเงินเป็นค่าใช้จ่ายปีละ 25,969 ล้านบาท

จากผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมียของผู้ป่วยเด็กส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว สังคม มากมายทั้งทางตรงและทางอ้อม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องนั้นสามารถนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซ สามารถลดความรุนแรงของโรคภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนั้นการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย

เด็กโรคธาลัสซีเมียมีการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค และวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เมื่อการเจ็บป่วยดีขึ้น ผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นก็ลดลงหรือหมดไป

## 2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่อยู่ระยะตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนในชั้นประถมศึกษาเรื่อยไป จนถึงวัยรุ่น ซึ่งครอบคลุมเด็กอายุ 6-12 ปี เพียเจ็ทกล่าวว่าเด็กวัยนี้เป็นระยะแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและเป็นรูปธรรมเพราะเด็กมีความก้าวหน้าทางสติปัญญาอย่างชัดเจน มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการในทุก ๆ ด้านอย่างกว้างขวางทั้งนี้เพราะเด็กได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมมากขึ้นทำให้สามารถที่จะคิดและปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาการของเด็กวัยเรียนมีดังนี้

### 2.1 พัฒนาการทางด้านร่างกาย

เด็กวัยเรียนจะมีการเจริญเติบโตเข้าทั้งส่วนสูงและน้ำหนัก โดยที่ร่างกายของเด็กจะขยายออกทางส่วนสูงมากกว่าส่วนกว้าง แขนขาจะยาวออก ร่างกายและลักษณะของใบหน้าเปลี่ยนแปลงเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น ทางด้านการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการประสานงานที่ดี มีความคล่องแคล่วในการใช้มือและเท้า ชอบกิจกรรมที่ต้องออกกำลังทำอย่างรวดเร็วไม่ค่อยใช้ความระมัดระวังมากนัก ทำให้ประสบอุบัติเหตุบ่อย ๆ (พิณทอง ปินใจ, 2535)

### 2.2 พัฒนาการทางสติปัญญา

ในเด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากกระบวนการรู้คิด (Cognitive processes) และสังคมของเด็กพัฒนาสูงขึ้นและซับซ้อนมากขึ้น ระยะนี้เป็นระยะที่เพียเจ็ทเรียกว่าระยะแก้ปัญหาด้วยเหตุผลและที่เป็นรูปธรรม คือปัญหาที่สังเกตเห็นได้หรือเป็นจริงจับต้องได้ เด็กวัยนี้จะพอใจกับการคิดเป็นระบบ และมีความพอใจที่สามารถมีวิธีการคิดในการตัดสินใจตัดสินใจต่าง ๆ

สำหรับพัฒนาการทางด้านสติปัญญาด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่าเกิดจากเชื้อโรค การได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กสามารถแยกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ (พิณทอง ปินใจ, 2535) และจากการศึกษาของบีเลสและคณะ (Beales, 1983) ทำการสัมภาษณ์เด็กอายุ 7-11 ปี ซึ่งป่วยด้วยโรคข้ออักเสบเรื้อรัง พบว่าเด็กมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เห็นอาการแสดงชัดเจนมากกว่า ความผิดปกติภายในร่างกาย และสามารถเข้าใจประโยชน์ของการรักษา เด็กวัยเรียนสามารถบอกถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยว่า จะทำให้สูญเสียตำแหน่งในครอบครัวโดยเฉพาะเมื่ออยู่โรงพยาบาล กลัวว่าพ่อต้องขาดโรงเรียนกลัวสังคมไม่ยอมรับ การเจ็บป่วยจะทำให้ไม่ได้เข้ากลุ่มเพื่อน และถ้าเจ็บป่วยเป็นเวลานานกลัวว่าความสามารถในการทำงานต่าง ๆ ของตัวเองจะไม่เหมือนเดิม ยิ่งถ้ามีการรักษาที่ยุ่งยากเด็กจะมีความกลัวมากขึ้น (Steele, 1971) และเลวิส (Lewis, 1977) ได้ศึกษาการดูแลตนเองในเด็ก พบว่าเด็กวัยเรียนสามารถใช้ทักษะในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้มากขึ้นเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาสุขภาพของตนเอง ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับ

พฤติกรรมและร่างกายของตนเอง เด็กจะมีการรับรู้ที่เป็นจริงเกี่ยวกับร่างกาย สามารถบอกได้ว่าความเจ็บป่วยเกิดผลเสียต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีสุขภาพดี นอกจากนี้เด็กวัยเรียนยังเชื่อว่าร่างกายของคนมีพลังที่จะป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วยหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Steele, 1971)

สรุปได้ว่าเด็กวัยเรียนจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจนขึ้นสามารถอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย และยังสามารถบอกถึงความสำคัญในการดูแลตนเองได้ เนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านร่างกายและด้านสติปัญญา มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับร่างกาย และมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพตนเอง (Teung, 1982) โดยเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย แมค แครคเคน (Mc Cracken, 1985) กล่าวถึงปรัชญาการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังว่าให้สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด หมายถึง ให้มีความบกพร่องน้อยที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งให้โอกาสผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและตัดสินใจในการวางแผนการปฏิบัติดูแลตนเอง ซึ่งมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

โรคธาลัสซีเมีย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาจึงเป็นแบบประคับประคองรักษาตามอาการ และการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กสามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ นับเป็นสิ่งที่สำคัญ เด็กมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

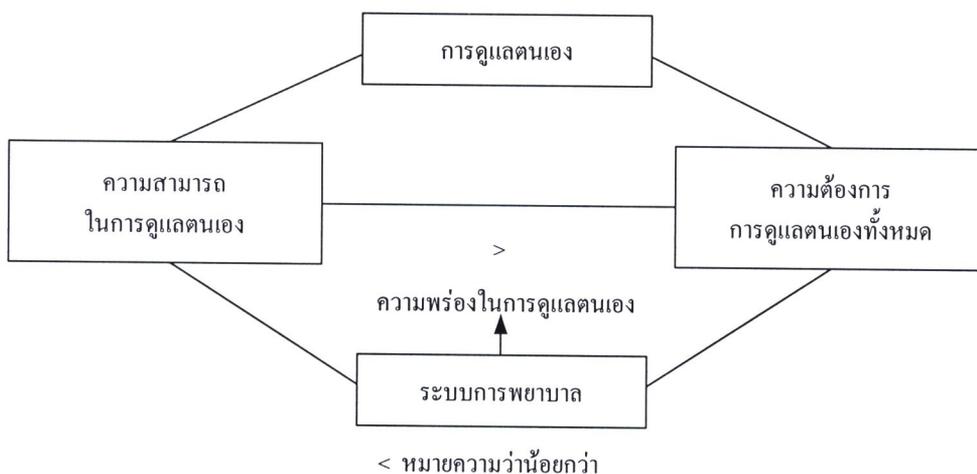
### 3.แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem, 1995) ได้กล่าวถึงแนวคิดพื้นฐาน 6 ประการของการดูแลตนเอง คือ

1. การดูแลตนเอง (self-care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจงใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ทำให้มีผลต่อตนเองหรือแวดล้อม เพื่อส่งเสริมชีวิตการทำงาน และความสุขเป็นปกติสุข (well-being)
2. ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทำให้เกิดความเป็นปกติสุข
3. ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) เป็นความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตัวเอง โดยเป็นความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตัวเอง เพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

4. ความพร้อมในการดูแลตัวเอง (self-care deficit) เช่นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตัวเอง กับความต้องการดูแลตัวเองทั้งหมด คือผู้ป่วยไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตัวเองให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้
5. ความสามารถในการพยาบาล (nursing agency) เป็นความสามารถของการพยาบาล ในการทำกิจกรรมการพยาบาล เพื่อค้นหาการ ออกแบบวางแผน และให้การดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลตัวเอง
6. ระบบการพยาบาล (nursing system) เป็นระบบช่วยเหลือที่ต่อเนื่อง โดยพยาบาล จะต้องเป็นผู้ประสานเชื่อมโยง วิธีทางแห่งความช่วยเหลือต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือเพื่อควบคุมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตัวเองของบุคคล



ภาพที่ 1 แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991)

จากรูปแสดงให้เห็นว่า เมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดมากกว่าความสามารถในการดูแลตัวเอง จึงทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตัวเองขึ้น ระบบการพยาบาลจึงเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือ โดยมีการดูแลตนเองดังนี้ (Orem, 1991)

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนบรรเทาอาการ ตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันหรือจำกัดความพิการ ที่อาจเกิดขึ้นหรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้น

## 5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ หรือการมีสุขภาพที่ดี

ส่วนประกอบของทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม เป็นทฤษฎีรวมประกอบด้วย ทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎีได้แก่

1. ทฤษฎีการดูแลตัวเอง(The theory of self-care)
2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตัวเอง(Theory of self-care deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล(The theory of nursing system)

1. ทฤษฎีการดูแลตัวเอง (The theory of self-care) การดูแลตัวเองและการดูแลที่พึงพา เป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ภายในกลุ่มสังคมของตนเอง โดยมีการปฏิสัมพันธ์และสื่อสารซึ่งกันละกัน เพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้น ๆ สามารถดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที และการพัฒนามนุษย์ ในแนวคิดของโอเรม การดูแลตัวเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (dileberateaction และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะเวลาคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติดูแลตนเอง โดยบุคคลจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเองว่า จะก่อให้เกิดแก่ตน มีความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ระยะที่ 2 เป็นระยะกระทำและผลของการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมการต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป้าหมายเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กิจกรรมการดูแลตัวเองเป็นกิจกรรมที่ต้องเรียนรู้ เป็นพฤติกรรมที่พัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก และจะพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งผู้ใหญ่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตัวเองได้ ส่วนทารกเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและผู้ไร้ความสามารถต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นทั้งหมดหรือบางส่วนเรียกว่าการพึ่งพาผู้อื่นและผู้ให้การดูแลนั้น (dependent care agent) อาจจะเป็นพยาบาลคนในครอบครัวหรือเพื่อน โดยทั่วไป บุคคลที่มีความต้องการในการดูแลตัวเอง (self-care requisites) 3 ด้าน

1. ความต้องการการดูแลตัวเองโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตัวเองที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต เป็นกระบวนการของชีวิตที่ในการที่จะส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตัวเอง เหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

คงซึ่งไว้อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

คงซึ่งไว้การขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ

คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น  
ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่จะเกิดขึ้น

ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normality) ในการที่จะบรรลุถึงความต้องการ ด้านการดูแลตนเองทั่วไปนั้น จะด้วยการดูแลตนเองหรือการพึ่งพาผู้อื่นก็ตามกิจกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน และการมีกิจกรรมในสังคม

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเจริญเติบโต การตั้งครรภ์ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่นการสูญเสียของคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองจำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในระหว่างที่ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย

3. การดูแลตัวเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การศึกษาพยาบาลได้ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ประเภทได้แก่

แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล

ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น ๆ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสุขภาพเพื่อผลในการป้องกัน และการรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไขปรับปรุงความพิการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพโรค  
รับรู้และสนใจที่คอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของอาการรักษาหรือจากโรค

ปรับอัตมโนทัศน์ (self-concept) เกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง (body image) ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้าน การศึกษาพยาบาล

เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวันในสภาพที่เจ็บป่วย และข้อจำกัดทางสุขภาพรวมทั้งมีการดำรง และส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่

## การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

การดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่เหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีได้ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียต้องปรับบทบาทและแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อตอบสนองต่อ การการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองต้องการได้รับการพยาบาลที่ตรงกับสภาพปัญหาในขณะนั้นของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความต้องการเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเอง ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จะขอความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา หากความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง จะยิ่งส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น สำหรับเด็กวัยเรียนนั้นเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้เกือบเต็มที่ เพราะมีความพร้อมทางด้านร่างกาย และมีความพร้อมการเรียนรู้อันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย บทบาทของผู้ทำหน้าที่แทนในการดูแลตนเองของเด็กในทุกๆ ด้านจะลดลง คงเป็นแต่เพียงผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำในบางครั้ง (วิภา จีระแพทย์, 2533) โดยในเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี จะมีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี (Thompson, 1981) ทั้งในเรื่องการดูแลตนเองในเรื่องทั่วไป และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพได้ (Koster, 1983) เนื่องจากวัยเรียนเป็นวัยที่มีความคิดและมีเหตุผลตามความเป็นจริง (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2534) จึงสามารถเข้าใจในเหตุผลของการเจ็บป่วย และการป้องกันการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อนได้ (อำพล สุอำพัน และวาสนา ศรมณี, 2528) เด็กวัยเรียนจึงสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ถ้าเด็กมีความรู้ที่ถูกต้อง ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อป้องกัน และช่วยลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียจึงควรมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ซึ่งได้นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

### 1. การดูแลรักษาตนเองโดยทั่วไป

1.1 ให้ร่างกายรับอาหารอย่างเพียงพอ เด็กวัยเรียนจะต้องการพลังงานจากอาหารวันละ ประมาณ 2,250-2,550 กิโลแคลอรี (Tacket and Hunsberger, 1981) ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียจึงควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อไก่ ไข่ เป็ด ปลา ถั่วเขียว ถั่วงอก ถั่วงอก ถั่วลิสง ถั่วดำ นมสด นมถั่วเหลือง และรับประทานผักใบเขียวต่างๆ

1.2 ให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์อย่างเพียงพอ ดังนั้นผู้ป่วยเด็กควรหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทไม่สะดวกหรือบริเวณที่มีคนอยู่รวมกันมากๆ เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาดสด บริเวณที่มีควันพิษจากไอเสียรถยนต์หรือควันพิษจากโรงงานต่างๆ เป็นต้น เพราะจะทำให้



ให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนน้อยกว่าเดิมไอเสียรถยนต์หรือควันพิษจากโรงงานต่าง ๆ เป็นต้น เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับออกซิเจนน้อยกว่าเดิม

### 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

#### 1.3.1 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแต่พอควรและสม่ำเสมอ

เป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กวัยเรียน เพราะจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ผ่อนคลายความตึงเครียด ได้มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของเด็ก ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเด็กไม่มีอาการของโรครุนแรงจึงไม่ควรจำกัดการออกกำลังกายหรือการเล่น แต่ไม่ควรเล่นกีฬาที่ผาดโผน ใช้กำลังมาก หรือกีฬาที่มีการปะทะกัน เช่น การปีนป่าย การกระโดดจากที่สูง ชกมวย ยิมนาสติก การขี่จักรยานเร็ว ๆ จึงควรออกกำลังกายทุกวันเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ต้องเหนื่อยมากเกินไป สามารถเรียนพลศึกษาได้ (พงษ์จันทร์ หัตถ์รัตน และ คณะ, 2539) วึ่งเหาะ ๆ ได้ สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีอาการรุนแรง การออกกำลังกายหรือการเล่นจะต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

#### 1.3.2 การพักผ่อน เด็กวัยเรียนจะสนใจการอ่านหนังสือ เช่น การ์ตูน

หนังสือเกี่ยวกับสัตว์และการผจญภัย ซอบดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และฟังเพลง โดยจะเลือกรายการที่ชอบ เช่น รายการตลก รายการเพลงที่ได้รับความนิยม รายการกีฬา เป็นต้น (สุชา จันท์เอม, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กยังชอบงานอดิเรกอื่น ๆ เช่น เล่นเกมส์ วาดรูป ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรังจึงควรทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนต่าง ๆ ที่ตนเองชอบและสนใจเพื่อช่วยให้ได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

#### 1.3.3 การนอนหลับ การนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อชีวิต

การนอนหลับจะทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง ลดการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และขณะนอนหลับฮอร์โมนที่ใช้ในการเจริญเติบโต (Growth hormone) จะหลั่งออกมา จึงช่วยในการเจริญเติบโต (นิตยา ไทยาภิรมย์, 2532) โดยปกติเด็กวัยเรียนต้องการ การนอนหลับในแต่ละคืนประมาณ 10 ชั่วโมง (Koster, 1983) ดังนั้นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียจึงควรนอนหลับประมาณคืนละ 8-10 ชั่วโมง

### 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว และการปฏิสัมพันธ์ทาง

ป่วยเด็กวัยเรียนจะชอบอยู่ในหมู่เพื่อนฝูงและมีความเห็นว่ากลุ่มเพื่อนและหมู่คณะเป็นสิ่งสำคัญ เด็กจะชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าจะทำตามลำพัง แต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียต้องมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ขาดเรียนบ่อย เรียนไม่ทันเพื่อน บางครั้งไม่สามารถทำกิจกรรมหรือเล่นเหมือนกลุ่มเพื่อนได้ เนื่องจากภาวะเหนื่อยอ่อนเพลียหรือเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกเป็นปมด้อย มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า จนอาจแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด ผู้ป่วยเด็กจึงควรได้ไปโรงเรียน ได้เล่นและทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนตามปกติ ไม่ควรอยู่คนเดียวตามลำพังมากเกินไป ขณะที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล บางแห่งจะมีการจัดกลุ่มให้ผู้ป่วยเด็กได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กคนอื่น ๆ หรือติดต่อกับเพื่อน ๆ

ญาติพี่น้อง โดยการเขียนจดหมายหรือโทรศัพท์ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความรู้สึกเกี่ยวกับการแยกจากกลุ่มเพื่อนและครอบครัว

1.5 ป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิต และการรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยเด็กจึงควรระมัดระวัง และป้องกันการติดเชื้อต่างๆ โดยหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิด หรือสัมผัสกับบุคคลที่ป่วยเป็นโรคติดต่อ เช่น หวัด ปอดบวม ไม่เข้าไปในที่แออัดอากาศถ่ายเทไม่สะดวก และบริเวณที่มีคนมาก ๆ เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาด รวมทั้งดูแลความสะอาดของร่างกายอยู่เสมอ อาบน้ำฟอกสบู่วันละ 2 ครั้ง ตัดเล็บให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ ล้างมือก่อนหยิบจับอาหารรับประทานทุกครั้ง แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและก่อนนอน บ้วนปากหรือแปรงฟันหลังรับประทานอาหารขนมหวานและลูกอมทุกครั้ง เพื่อป้องกันฟันผุ เหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อย และผู้ป่วยเด็กควรบอกให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองพามาพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

1.6 การป้องกันอุบัติเหตุ เด็กวัยเรียนระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทจะทำงานประสานกันได้ดีขึ้น สามารถควบคุมกล้ามเนื้อและการทรงตัวได้ดี เด็กวัยนี้มีพลังงานมากจึงไม่อยู่นิ่ง ชอบทำกิจกรรมและทำอย่างรวดเร็ว ทำให้ประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจึงควรระมัดระวังอุบัติเหตุต่างๆ ในขณะที่มีกิจกรรมการเล่นหรือออกกำลังกาย ผู้ป่วยเด็กไม่ควรเล่นหรือใช้อุปกรณ์ที่เสี่ยงให้เกิดอันตราย เช่น ไม่เล่นปีนป่ายหรือกระโดดจากที่สูง และไม่เล่นกิจกรรมที่ต้องปะทะกันแรงๆ เป็นต้น

## 2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสังคมของอีริกสัน (Erikson , 1963) เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ไปโรงเรียน สังคมของเด็กจึงขยายกว้างขึ้น เด็กจะมีความมุ่งมั่นในการเรียน การเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน จะชอบทำกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียจึงควรไปเรียนตามปกติเหมือนเพื่อนวัยเดียวกัน รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการเรียนที่ได้รับมอบหมาย ร่วมทำกิจกรรมกับโรงเรียนและเพื่อนๆ ตามความเหมาะสมกับตนเอง เลือกกิจกรรมการเล่นและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ช่วยเหลืองานบ้านที่สามารถทำได้ เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน หรือรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น และทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวเอง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร

## 3. การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ

3.1 แสดงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ตลอดเวลา ดังนั้นการมาตรวจตามนัดทุกครั้งจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติเพื่อแพทย์จะได้ติดตามผลการรักษา และเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ตลอดจนสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรค ผู้ป่วยเด็กควรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และเมื่อสงสัยเกี่ยวกับเจ็บป่วยของตนควรสอบถามจากบิดามารดา ผู้ปกครองหรือจากแพทย์พยาบาล รวมทั้งสนใจ

กระตือรือร้นในการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เช่น จากนิทรรศการ จากคู่มือหรือแผ่นพับที่โรงพยาบาลจัดบริการ

3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียควรสนใจสังเกตอาการผิดปกติของตนเองอยู่เสมอ สังเกตอาการเริ่มแรกของการติดเชื้อ ถ้าติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จะมีไข้ ไอ จาม เจ็บคอ มีน้ำมูก อ่อนเพลีย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเด็กสังเกตว่าตนเองมีอาการดังกล่าว หรือไม่มั่นใจในอาการที่เกิดขึ้น ควรรีบบอกบิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือครูให้ทราบ เมื่อมีไข้ควรพักผ่อนให้มากขึ้น ดื่มน้ำมากๆ

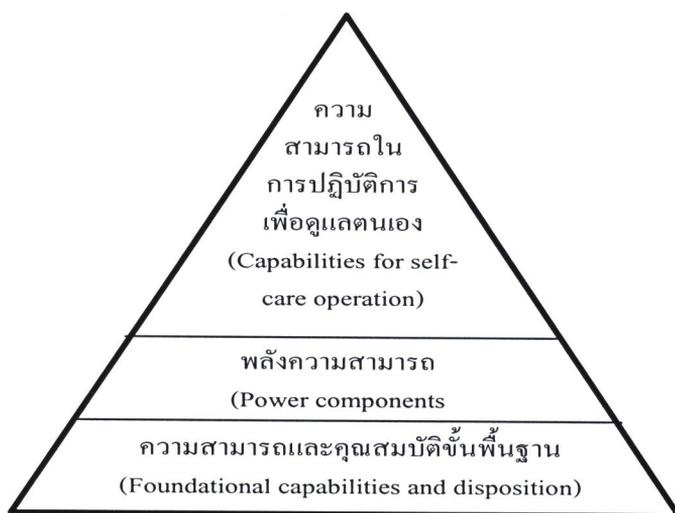
3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่น เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ แพทย์จะให้ยารักษา ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเรื้อรัง ต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ไม่หยุดยา เพิ่มหรือลดจำนวนยาเอง รวมทั้งต้องสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการแพ้ยา เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เมื่อพบอาการผิดปกติควรรีบบอกบิดามารดาให้ทราบ เพื่อให้พามาปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กควรบอกบิดามารดาหรือผู้ปกครองว่าไม่ควรซื้อยาที่ขายตามร้านขายยามาให้รับประทาน

3.4 และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับสภาวะที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยเด็กควรทำชีวิตให้เป็นปกติ ไปเรียนหนังสือ ทำกิจกรรมกับเพื่อน และครอบครัวช่วยครอบครัวทำงานบ้านตามความเหมาะสม ปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และคำแนะนำของแพทย์พยาบาลรวมทั้งสังเกตและดูแลภาวะสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตัวเอง (The theory of self-care deficit) โอเรมกล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต หรือเติบโตอย่างเต็มที่ สามารถจะถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วนหรือไม่สามารถจะใช้ได้เลยหรือปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมด ดังนั้นจึงต้องการพยาบาล

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นคุณภาพที่สลับซับซ้อนของมนุษย์ที่จะริเริ่มและกระทำในกิจกรรมที่จงใจและเป้าหมาย (deliberate action) เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน โครงสร้างละความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองมี 3 ระดับ



ภาพที่ 2 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1995)

**ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน** (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการทำกิจกรรมโดยทั่วไป ในอย่างจงใจ (Deliberate action) แบ่งออกเป็น

1. ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทฤษฎีและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำกับความสามารถที่จะกระทำ เป็นต้น)

2. คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำซึ่งเรียกว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) ซึ่งประกอบด้วย

(1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

(2) หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (Sensation) ได้แก่ การสัมผัส การมองเห็น ได้ยิน รับรส ได้แก่

(3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

(4) การเห็นคุณค่าในตนเอง

(5) นิสัยประจำตัว

(6) ความตั้งใจ

(7) ความเข้าใจในตนเอง

(8) ความหวังใยในตนเอง

(9) การยอมรับตนเอง

- (10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ
- (11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

**พลังความสามารถ (Power components)** เป็นความสามารถที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Orem, 1995) ประกอบด้วย

1. มีความสนใจเอาใจใส่ในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง โดยมีความคิดว่าตนเองจะต้องเป็นผู้กระทำการดูแลตนเอง (Self-care agent) และจะต้องรับรู้ถึงปัจจัยภายในและภายนอกตนเอง ที่มีความสำคัญต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง
2. สามารถควบคุมการใช้พลังงานของร่างกายตนเองให้เพียงพอสำหรับที่จะเริ่มต้นปฏิบัติกิจกรรมและดำเนินกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้
3. มีความสามารถที่จะควบคุมดูแลร่างกายและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวให้สามารถริเริ่มกระทำและกระทำการดูแลตนเองจนสำเร็จลงได้
4. มีความสามารถในการใช้เหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจเพียงพอที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการที่จะดูแลตนเองโดยรู้ถึงความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ
6. มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติการตัดสินใจ
7. มีความสามารถที่จะเรียนรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้
8. มีทักษะในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ สถิติปัญหา การรับรู้การจัดการสื่อสาร และทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล พร้อมทั้งสามารถปรับใช้สิ่งเหล่านี้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบระเบียบในการดูแลตนเอง หรือจัดลำดับการดูแลตนเอง ตามความสำคัญก่อนหลัง เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าประสงค์ในการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและความสามารถสอดแทรกผสมผสานการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน

**ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation)** เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องปฏิบัติให้เหมาะสมกับความต้องการในการดูแลตนเองในสถานการณ์นั้น ๆ (Orem, 1995) ประกอบด้วย

1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมซึ่งสำคัญ สำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและการ

ปรับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งความรู้ (Knowledge) เป็นส่วนหนึ่ง ที่มีผลต่อการคาดการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำ ควรกระทำ และจะกระทำ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองซึ่งการตัดสินใจนั้นอาจมีผลมาจาก ประสบการณ์ ความรู้ สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมในขณะนั้น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้รับบริการ ระบบการพยาบาลที่เกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และลงมือกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเอง ซึ่งโอเรม ได้กล่าวถึงการแบ่งบุคคลตามความต้องการการพยาบาล วิธีการช่วยเหลือ และระบบการช่วยเหลือของพยาบาลไว้ดังนี้

1. ความต้องการการพยาบาล(Orem, 1995) โอเรมแบ่งออกเป็น 7 กลุ่มดังนี้

1.1 กลุ่มวงจรชีวิต (life cycle) ภาวะสุขภาพของกลุ่มคนนี้จะขึ้นอยู่กับวงจรชีวิต การวางแผนการดูแลก็เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคเฉพาะอย่างและอันตราย

1.2 กลุ่มบุคคลที่อยู่ในระยะพักฟื้น(recovery stage) จุดประสงค์ของการดูแล สุขภาพคือให้ฟื้นจากโรค อันตรายหรือความผิดปกติ

1.3 กลุ่มที่มีความเจ็บปวดไม่ทราบสาเหตุ(illness op disorder of undetermined origin) จุดประสงค์ของการดูแลคนในกลุ่มนี้ คือให้การดูแลความรุนแรงของโรคผลจากความผิดปกติ และผลที่เกิดจากการวินิจฉัย หรือผลที่เกิดจากวิธีการรักษาที่ใช้

1.4 กลุ่มที่มีความบกพร่องทางพันธุกรรมพัฒนาการและภูมิคุ้มกันทางชีววิทยา (genetic and developmental deficit and biologic immunity) จุดประสงค์การดูแล คือดูแลผลที่เกิดจากความบกพร่องทางโครงสร้างและหน้าที่หรือระยะของวุฒิภาวะไม่เหมาะสมขณะเกิดขึ้น

1.5 กลุ่มที่ได้รับการรักษา และป้องกันการพิการ หรือผลที่เกิดขึ้น(regulation or injury of detemined origin) วัตถุประสงค์การดูแลกลุ่มนี้ คือป้องกันและควบคุมผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาโรค และผลที่เกิดโรคหรือความพิการ

1.6 กลุ่มที่ต้องการคงสภาพการทำงานของร่างกาย(stabilization of integrated functioning) การดูแลสุขภาพของกลุ่มนี้ เพื่อคงสภาพและการควบคุมขบวนการของชีวิต ซึ่งถูกรบกวนโดยขบวนการของโรคหรืออันตราย

1.7 กลุ่มที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต(terminal illness) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยความสงบสุข

2. วิธีการช่วยเหลือ (method to give help) โอเรมได้แบ่งวิธีการช่วยเหลือไว้ 5 ประการ (Orem, 1985)

- 2.1 การกระทำให้หรือการกระทำแทน (acting for or being for another)
- 2.2 การชี้แนะ (guiding another)
- 2.3 การสนับสนุน (supporting another)
- 2.4 การสอน (teaching)
- 2.5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง

3. ระบบการพยาบาล (types of nursing system) โอเรมได้แบ่งระบบการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบดังนี้

3.1 ระยะทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ต้องอาศัยตัวเองเป็นผู้นำ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลระบบนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้คือ

3.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมที่จงใจกระทำ (deliberate action) ไม่ว่าจะรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่นผู้ป่วยหมดสติ หรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้

3.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกตตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ทั้งสิ้น

3.1.3 ผู้ที่ไม่สามารถสนใจหรือเอาใจใส่ตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุในการดูแลตนเอง แม้ว่าจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้

3.2 ทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) ในระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมรับผิดชอบในการสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการ และความสามารถของผู้ป่วยผู้ป่วยและพยาบาลอาจตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเกิดจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites)

3.3 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative nursing system) ในระบบนี้ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการดูแลตนเอง และการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการสอนและแนะนำจากพยาบาลการสอบจะต้องรวมผู้ป่วย และครอบครัว

หรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยด้วยส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนและแนะนำแล้วยังคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตัวเอง ที่ใช้ความสามารถของบุคคลเพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย เป็นการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่สามารถที่จะปฏิบัติและสามารถเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองและกระทำการดูแลตนเองโดยผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามบทบาทของพยาบาล ดังนี้คือ

1. การชี้แนะเป็นวิธีการที่พยาบาลชี้แนะให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองโดยที่พยาบาล ไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้กับผู้ป่วย เพียงแต่ให้ในรูปแบบของการแนะนำ การบอกแนวทางการให้ข้อมูลที่สำคัญ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่จะช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองภายใต้การแนะนำและการตรวจตราของพยาบาลเพื่อปรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับการสนับสนุน

2. การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องแม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานจากโรคให้สามารถควบคุมหรือจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม วิธีการสนับสนุนอาจเป็นคำพูด กิริยา ท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ โดยพยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งการสนับสนุนจะมีส่วนจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ทำให้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และการพัฒนาทางด้านร่างกายโดยพยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะได้รับคำแนะนำและสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การแจกนิทานการจดลตนเองให้เด็กนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และนำกิจกรรมกลุ่มมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

4. การสอน การให้ความรู้ วิธีนี้เหมาะสม ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญอีกวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนผู้ป่วยจะต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง การสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด พยาบาลจะต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาโปรแกรมการเรียนรู้มาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

โอเร็มอธิบายไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมซึ่งบุคคลเริ่มด้วยตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นปกติสุข ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสมป้องกันควบคุม บำบัดรักษาการเจ็บป่วยและการได้รับอันตรายต่างๆ (Orem, 1985) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเป็นการกระทำที่จงใจ เพื่อดำรงรักษาชีวิต สุขภาพอนามัย และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองไว้ ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต ช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดได้ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลเต็มใจกระทำ หรือปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งความผาสุกของชีวิตไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะเจ็บป่วยหรือขณะมีสุขภาพดี ก็ตามซึ่งจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ตามกระบวนการของชีวิตและสังคม (Orem, 1991) การที่เด็กจะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับวัยและสถานการณ์นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก (Self care agency) และความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญคือปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ทำให้แต่ละคนมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกันไป ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สภาพแวดล้อม สังคมชนบทรวมนิยมประเพณี และแหล่งประโยชน์ต่างๆ (Orem, 1995) และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน พบว่ามีบางงานวิจัยที่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม โดยพบว่าปัจจัยพื้นฐานบางปัจจัย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กอาจได้รับการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียด ดังนี้

1. อายุ โอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองนั้น พัฒนามากขึ้นตามอายุโดยจะมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามวัย แล้วพัฒนาจนถึงขีดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงหรือมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา อายุจึงเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ที่ทำให้บุคคลมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ แตกต่างกัน และอายุก็มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1985) จากการศึกษาของ สุจิตา อารยพิทยา (2533) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-14 ปี แต่จากการศึกษาของ กุลชลี ภูมรินทร์ (2535) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากเด็กวัยเรียน

อยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งหลักสูตรเน้นการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลในกิจวัตรประจำวันระดับเดียวกัน ในขณะที่เด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและจากประสบการณ์ของตนเองเท่านั้น ทำให้มีประสบการณ์และความรู้ที่ใกล้เคียงกัน เด็กวัยเรียนจึงมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน

2. เพศ โอเร็ม (Orem, 1985) ได้เสนอแนะว่าเพศเป็นตัวกำหนดความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไปเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างการกำหนดหน้าที่และสวัสดิภาพ แต่จากการศึกษาของ สุธิตา อารยพิทยา (2533) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอายุ 8-14 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของกันทิมา เอกโพธิ์ (2534) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียวัยเรียนถึงวัยรุ่น และการศึกษาของกุลชลี กุมรินทร์ (2535) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน ทั้งนี้อาจจะเพราะว่าการดูแลอบรมเลี้ยงดู การให้ความรัก ความอบอุ่นจากบิดามารดาในคนไทยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางเพศของเด็ก นอกจากนี้ประสบการณ์ในโรงเรียน และสังคมให้โอกาสเด็กแสดงความสามารถและช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆ ทำกิจกรรมต่างๆ เท่าเทียมกัน เด็กหญิงและเด็กชายจึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3 ระดับการศึกษา โอเร็ม (Orem, 1995) เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ทำให้สามารถเข้าใจเรื่องสุขภาพและการรักษาได้ดีขึ้น จากการศึกษาของกุลชลี กุมรินทร์ (2535) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในวัยเดียวกันคือวัยเรียนและมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาความรู้ความสามารถชั้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคลจะอยู่ในระดับเดียวกัน

4. ผลการเรียนรู้ จากการศึกษาของสุธิตา อารยพิทยา (2533) พบว่า ผลการเรียนรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย 8-14 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยเด็กที่ไม่เคยเรียนซ้ำชั้นจะมีคะแนนการดูแลตนเองสูง ส่วนผู้ป่วยที่เคยเรียนซ้ำชั้นจะมีคะแนนการดูแลตนเองต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมักขาดเรียน เพื่อมารับการรักษาบ่อยครั้งหรือมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ ไม่สามารถไปเรียนได้ตามปกติ ทำให้เด็กเรียนไม่ทันเพื่อน ๆ หรือสอบตกบ่อย ๆ ซึ่งการเรียนซ้ำชั้นทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะพัฒนาความคิดและสติปัญญาการเรียนรู้เกี่ยวกับสังคมรอบ ๆ ตัว รวมทั้งทักษะในการช่วยเหลือตนเองในด้านต่าง ๆ นอกจากนี้การเรียนซ้ำชั้นทำให้เด็กมีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถ ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่กระตือรือร้น มองเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่า และขาดความสนใจที่จะดูแลตนเอง

5. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจะทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหรือความเจ็บปวดอีกทั้งมีการแยกจากเพื่อนและครอบครัวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เปื่อหน่ายท้อแท้ ไม่สนใจที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

และแผนการรักษา ทำให้เด็กมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมได้ (ยุพภรณ์ พงษ์สิงห์, 2540) แต่จากการศึกษาของ สุธิตา อารยพิทยา (2533) ซึ่งศึกษาจากในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-14 ปีจำนวน 103 คน พบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยอธิบายว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคไม่รุนแรง ร้อยละ 65 ไม่เคยเข้ากับการรักษาโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี และผู้ป่วยเด็กจะได้รับความรู้และการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจากแผนกผู้ป่วยนอกเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับผู้ป่วยเด็กอยู่ในวัยเดียวกันมีประสบการณ์ในการรักษาและการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน จึงมีทำให้จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

6. รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem, 1995) จากการศึกษาของสุธิตา อารยพิทยา (2533) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-14 ปี โดยผู้ป่วยเด็กที่ครอบครัวมีรายได้มากจะมีคะแนนการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีครอบครัวมีรายได้น้อย แต่จากการศึกษาของ นิตยา ไทยภิรมย์ (2532) พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.64 เป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อย จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการเอาใจใส่จากบิดามารดา การซื้อเครื่องอุปโภคบริโภค ที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพอ ๆ กัน และอีกประการหนึ่งคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะยากจน รัฐบาลมีบริการช่วยเหลือ เช่น ให้ยาฟรี บริการส่งนมสงเคราะห์ ช่วยไม่ให้เสียค่ารักษาพยาบาลมาก จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กที่ครอบครัวมีรายได้น้อยก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลชลี ภูมรินทร์ (2535) พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน ซึ่งผู้วิจัยอธิบายไว้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเป็นเอกพันธ์ โดยเป็นกลุ่มรายได้ค่อนข้างต่ำ จึงมีผลทำให้รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน

7. ลักษณะของครอบครัว โอเรม (Orem, 1995) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคล ปัจจัยต่าง ๆ ในระบบของครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นจะเรียนรู้จากครอบครัว ลักษณะของครอบครัวแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย จากการศึกษาของกุลชลี ภูมรินทร์ (2535) พบว่าลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โดยเด็กที่มาจากครอบครัวเดี่ยวมีแนวโน้มมีคะแนนการดูแลตนเองดีกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวขยาย แต่จากการศึกษาของสุธิตา อารยพิทยา (2533) พบว่าลักษณะของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โดยเด็กที่มาจากครอบครัวเดี่ยวมีแนวโน้มมีคะแนนการดูแลตนเองดีกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวขยาย แต่จากการศึกษาของสุธิตา อารยพิทยา (2533) พบว่าลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-14 ปี ซึ่งอธิบายได้ว่า

ลักษณะของครอบครัวไทยจะมีความผูกพันแน่นแฟ้น มีการติดต่อเยี่ยมเยียนกันอยู่เสมอ ความแตกต่างระหว่างครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายของสังคมไทยจึงมีน้อย ก็อาจได้รับจากญาติผู้ใหญ่ที่อยู่ใกล้กันหรือญาติผู้ใหญ่ที่มาเยี่ยมเยียนเสมอ ดังนั้นลักษณะของครอบครัวจึงไม่มีผลต่อการดูแลตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความแตกต่างของปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมียที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาการของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อป้องกันการเกิดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

#### 4. โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การที่บุคคลมาร่วมปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างอิสระ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้และประสบการณ์ระหว่างกันเพื่อร่วมคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกัน เรียนรู้และพัฒนาทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรมเพื่อนำไปพัฒนาชีวิตของตนเองต่อไป การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นการจัดประสบการณ์ในการเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองในกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ด้วยตัวเอง การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกับผู้อื่นได้มีโอกาสนิวเคราะห์สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม เช่น พฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของตนเองและของผู้อื่น ตลอดจนการเรียนรู้เนื้อหาวิชาต่างๆ ที่เรียนเป็นการเรียนรู้ที่มีความหมายต่อผู้เรียน เพราะผู้เรียนได้เรียนรู้จากการกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มไม่ใช้การแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อทำงานหรืออภิปรายกันเพียงอย่างเดียวแต่ยังหมายถึงการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อจุดประสงค์อื่นๆ ด้วย เช่น เพื่อร่วมกันออกความคิดเห็น เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาต่างๆ เพื่อค้นคว้าหาทางแก้ปัญหาแล้วนำมาเสนอให้กลุ่มรับทราบ เพื่อให้ผู้เรียนที่มีปัญหาหรือความสนใจคล้ายๆ กันมารวมกลุ่มกัน ผู้สอนเสนอเนื้อหาความรู้แล้วผู้เรียนมีการอภิปรายร่วมกับผู้สอน และเพื่อให้ผู้เรียนได้กระทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเป็นต้น โดยกระบวนการกลุ่มจะช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนฝึกทักษะในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาช่วยฝึกทักษะในการพัฒนาตนเอง เมื่อรู้จักตนเองและยอมรับข้อบกพร่องของตนเองก็จะช่วยให้สามารถพัฒนาตนเองได้ดีขึ้น

กระบวนการกลุ่ม มาจากภาษาอังกฤษ คือ คำว่า Group dynamics หรือคำว่า Group process และมีชื่อเรียกแตกต่างกันหลายอย่าง เช่น กลุ่มสัมพันธ์ กระบวนการกลุ่ม กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ พลังกลุ่ม เป็นต้น แต่ที่นิยมใช้กันมาก และมักใช้ในความหมายที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน คือคำว่า กระบวนการกลุ่ม มีคำจำกัดความที่มีผู้ให้ไว้ดังนี้

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2528) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่ม (Group process) หมายถึง การใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกันโดยการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนและสมาชิกกลุ่มซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น

โคเรย์ และโคเรย์ (Corey & Corey, 1992) กล่าวว่าเทคนิคที่ใช้ในกลุ่มทำให้บุคคลตระหนักถึงกระบวนการทางความคิดที่มีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง และของบุคคลอื่น ตระหนักถึงคุณค่าของการรับฟัง และการแสดงความรู้สึกออกมาเป็นคำพูด ซึ่งกระบวนการคิดและการแสดงความรู้สึกดังกล่าวมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล

สุรางค์ โค้วตระกูล (2537) กล่าวว่า การสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มหรือเรียกว่า “การสอนแบบกลุ่มสัมพันธ์” เป็นเทคนิคการสอนที่นักจิตวิทยาได้ทำการทดลองแล้วว่าเป็นการสอนที่ศนคติ ค่านิยม และจริยธรรมที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการในการเรียนรู้ผู้เรียนจะต้องช่วยเหลือกันและกันในการเรียน โดยร่วมกันคิดร่วมกันทำกิจกรรมและนำเอาเหตุการณ์ปฏิสัมพันธ์ความรู้สึก ความคิดเห็น และข้อสังเกตต่างๆ ซึ่งเป็นประสบการณ์จากกิจกรรมกลุ่มนั้นมาร่วมกันวิเคราะห์ อภิปรายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การสอนแบบนี้จะยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และยึดกลุ่มเป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญ โดยให้ผู้เรียนมีโอกาสได้มีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ความรู้สึก และความคิดเห็นของกันและกัน นอกจากนี้ การสอนแบบนี้จะพยายามให้ผู้เรียนได้ค้นพบการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Product) รวมทั้งเน้นการนำความรู้ไปใช้จริงในชีวิตประจำวันด้วย

การเรียนรู้ของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วยเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ และความแปรปรวนทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางการสอนผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ไม่ใช่เป็นการรักษาโดยตรง แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตัวเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางการได้ด้วยดี (Marram, 1978) นอกจากนี้ ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขในสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจผิด เพื่อให้มีความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และการได้รับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายๆ กันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการประคับประคองจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วย ตลอดจนการรักษาที่ได้รับอย่างเหมาะสม ดังนั้นในวงการพยาบาลจึงได้มีการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอนผู้ป่วยทางการ โดยดัดแปลงมาจากวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเป็นกลุ่ม หรือทำจิตบำบัดกลุ่มผู้ป่วยทางการโดยทั่วไปได้แก่ ผู้ป่วยทางอายุกรรม ศัลยกรรม เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

เป็นต้น (ทัศนีย์ พฤกษาชีวะ, 2535) การสอนผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่มควรคำนึงถึงหลักการดังต่อไปนี้

#### 4.1 การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม

ควรพิจารณาถึงความต้องการและความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงไม่เหมาะสมที่จะให้เข้าร่วมกลุ่ม จะต้องซักถามความต้องการและความคาดหวังจากการเข้ากลุ่ม และแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม กฎระเบียบและแนวทางในการปฏิบัติตัวของสมาชิก

#### 4.2 ขนาดของกลุ่ม

จำนวนสมาชิกกลุ่มขึ้นอยู่กับลักษณะของงานในกลุ่มและวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่ม กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน (Taylor, 1982) ไคลน์ (Klein, 1972) กล่าวว่า สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แต่ถ้ากลุ่มมีขนาดใหญ่ขึ้นควรมีสมาชิกจำนวน 4-12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่จะทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันมากที่สุด (Clark, 1977) เพราะการมีสมาชิกกลุ่มน้อยเกินไปจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่ต้องพบกันบ่อย แต่ถ้ามีมากเกินไปอาจทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กันได้ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1975)

#### 4.3 ระยะเวลาในการทำกลุ่ม

ควรมีกำหนดวัน เวลา และจำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มให้แน่นอน และเป็นเวลาที่สมาชิกและผู้นำกลุ่มเว้นจากกิจกรรมต่างๆ ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง-1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ของการเข้ากลุ่มควรจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (Yalom, 1975) จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกลุ่ม (Marram, 1975)

#### 4.4 สถานที่ในการทำกลุ่ม

ควรจัดให้เป็นสัดส่วนเฉพาะ เงียบสงบ ไม่มีสิ่งรบกวนและเบี่ยงเบนความสนใจ สภาพแวดล้อมและบรรยากาศเหมาะกับการเรียนรู้ ไม่แออัด มีที่นั่งสบายและปลอดภัย ควรจัดให้สมาชิกได้หันหน้าเข้าหากัน จะทำให้กลุ่มมีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและทั่วถึง

#### 4.5 ขั้นตอนการจัดประสบการณ์และการเรียนรู้ในกลุ่ม

มีลำดับขั้นตอน 3 ระยะดังนี้ (Marram, 1978)

4.5.1 ระยะที่ 1 เป็นระยะการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก และสมาชิกกับสมาชิกด้วยกันเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตรและไว้วางใจซึ่งกันและกัน กิจกรรมดังกล่าวควรเป็นกิจกรรมที่ทำให้สมาชิกได้เปิดเผยตัวเองและแสดงความรู้สึกนึกคิดได้อย่างอิสระโดยไม่แสดงความคิดเห็นว่าผิดหรือถูก ค้นหาปัญหา ตั้งวัตถุประสงค์ กำหนดกิจกรรมและวางแผนการปฏิบัติร่วมกันภายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ กำหนดกิจกรรมและวางแผนการปฏิบัติร่วมกันภายในกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกของกลุ่มส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระและมีความจริงใจในขณะทำกลุ่ม

4.5.2 ระยะเวลาที่ 2 ระยะเวลาแก้ไขปัญหาและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระยะนี้สมาชิกจะมุ่งความสนใจไปที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ไขปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน แลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในระยะนี้สมาชิกจะเรียนรู้จากกลุ่ม จะทำให้เข้าใจตนเองและบุคคลอื่นมากขึ้น ตลอดจนมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี การมีโอกาสได้คุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ และนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตนเองและสมาชิกในกลุ่ม

4.5.3 ระยะเวลาที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มจะต้องสรุปประเมินผลของกระบวนการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางอกงามของตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม ตลอดจนเสนอข้อคิดเห็นก่อนสิ้นสุดกระบวนการกลุ่ม

#### 4.6 บทบาทของพยาบาล

การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้สอนเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนั้นพยาบาลสามารถปฏิบัติในบทบาทต่อไปนี้ (กองการพยาบาล, 2540)

4.6.1 เป็นผู้ให้การดูแล (Care provider) พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนว่าต้องการความช่วยเหลือในลักษณะใด เช่น ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการความช่วยเหลือในลักษณะรายบุคคลมากกว่ารายกลุ่ม หรือผู้ป่วยบางรายยังขาดความพร้อมในการเรียนรู้ พยาบาลต้องใช้กลวิธีการพยาบาลอื่นๆ ทดแทนไปก่อน และค่อยๆ พัฒนาความพร้อม ของเขา เป็นต้น

4.6.2 เป็นผู้จัดการ (Manager) พยาบาลจะเป็นผู้ริเริ่มในการจัดกลุ่ม เช่น การนำเสนอโครงการการกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่ม การคัดเลือกสมาชิก รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานอำนวยความสะดวกต่างๆ ทั้งการจัดหาสถานที่ การประชาสัมพันธ์ และการนัดหมาย

4.6.3 เป็นผู้ประสานความร่วมมือในทีมสุขภาพ (Collaborator) การดำเนินกลุ่มให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยนั้น จำเป็นต้องมีความร่วมมือกันของทีมสุขภาพในลักษณะสหสาขา เพื่อให้ทีมสุขภาพในแต่ละวิชาชีพได้เป็นแหล่งประโยชน์ ที่จะร่วมกันให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงกับความต้องการ ซึ่งเมื่อพยาบาลประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มแล้ว พยาบาลจะต้องวินิจฉัยปัญหาความต้องการนั้นและเป็นผู้ประสานความร่วมมือดังกล่าว เช่น ในกิจกรรมกลุ่มครั้งหนึ่งๆ อาจจะมีนักสังคมสงเคราะห์ นักสุขศึกษา นักกายภาพบำบัด โภชนาการแพทย์ ฯลฯ เข้าร่วมกลุ่มด้วยตามความต้องการของสมาชิกกลุ่ม และวัตถุประสงค์ของกลุ่ม



4.6.4 เป็นผู้นำกลุ่ม (Leader) พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitate) ให้กลุ่มดำเนินไปได้ตามกลไกกลุ่มและกระบวนการกลุ่ม เป็นผู้ดำเนินการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นในกลุ่ม รวมถึงเป็นผู้นำและตัวแบบในการสื่อสารกันสมาชิกทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบ ซึ่งช่วยให้กลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่น

4.6.5 เป็นที่ปรึกษากลุ่ม (Consultant) พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาหรือเป็นที่เลี้ยงให้กับสมาชิกที่เป็นผู้นำกลุ่ม โดยให้คำแนะนำถึงการดำเนินการกลุ่ม ทักษะต่างๆ การจัดการกับสถานะปัญหาในกลุ่ม การให้ข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการช่วยให้สมาชิกมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และเป็นที่ปรึกษาในเรื่องอื่นๆ อันจะช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองของสมาชิก

4.6.6 เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของสมาชิกกลุ่ม (Advocator) บางครั้งในการทำกิจกรรมกลุ่มอาจมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งซึ่งนำกลุ่ม ซึ่งอาจทำให้สมาชิกอื่นมีการตัดสินใจผิดพลาด พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ รวมทั้งใช้วิธีการที่เหมาะสมในการลดบทบาทของสมาชิกที่ซึ่งนำกลุ่มดังกล่าว รวมทั้งต้องช่วยให้กลุ่มรักษาความลับของสมาชิกกลุ่มด้วย หรือในบางกรณีพยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานงานด้านการบริหารจัดการ เช่น การเสนอนโยบาย แก่กลุ่มงานการพยาบาล หรือโรงพยาบาล เพื่อให้การสนับสนุนการดำเนินการของกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

4.6.7 เป็นผู้ประเมินผลกลุ่ม (Evaluator) พยาบาลต้องใช้กระบวนการประเมินผลในการประเมินผลกลุ่มอย่างเป็นระบบร่วมกับสมาชิก เพื่อสรุปจุดดี/จุดอ่อนของการดำเนินการ เพื่อวางแผนปรับปรุง รวมทั้งการคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ ที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จของกลุ่ม

#### 4.7 กิจกรรมที่นำมาใช้ในการสอนโดยวิธีกระบวนการกลุ่ม มีกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

4.7.1 กิจกรรมนั้นต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วม

4.7.2 กิจกรรมนั้นต้องช่วยลดความเครียดมีเรื่องให้ขำ มีการหัวเราะบ้างในช่วงทำ

ใจคนพอใจ

4.7.3 กิจกรรมนั้นต้องสร้างความพอใจ เห็นใจกัน มิใช่ก่อให้เกิดความแตกร้า

4.7.4 กิจกรรมนั้นต้องให้ข้อคิด มีการประเมินผล มีการวิเคราะห์

4.7.5 กิจกรรมนั้น เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็นมีการซักถาม อภิปรายกัน

4.7.6 กิจกรรมนั้นมีส่วนให้ความรู้มีการย้ำให้สมาชิกเข้าใจเนื้อหาที่ซ่อนเร้นอยู่

4.7.7 กิจกรรมนั้นต้องช่วยชี้แนะแนวทางให้สมาชิกรู้จักตนเอง และกล้าที่จะยอมรับความบกพร่องของตนเอง เพื่อบรรลุถึงจุดมุ่งหมาย และสอดคล้องกับเนื้อหาทั้งหมด กิจกรรมในการสอน อาจอยู่ในรูปต่างๆ ได้แก่ การบรรยาย, การพูดคุย สนทนา ตอบคำถาม

หรือการสัมภาษณ์, เกมส, กรณีตัวอย่าง, ยกเรื่องหรืออุทาหรณ์ประกอบการศึกษาวิจารณ์ วิเคราะห์, สร้างสถานการณ์ขึ้นโดยเลียนแบบสถานการณ์จริง, เล่นบทบาทสมมติ, อภิปราย, กลุ่มย่อย, โต้แย้ง, ประสพการณ์ตรง หรือสถานการณ์จริงอื่น ๆ ถ้าสามารถทำได้ เช่น ทัศนศึกษา การไปตั้งค่ายพักแรม

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มร่วมกับการเล่านิทาน ประกอบภาพการ์ตูนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคลดสติเมียม ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดให้ผู้ป่วยเด็กได้มาเข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และ ประสพการณ์ ต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน โดยนำหลักการของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มมาประยุกต์ใช้ในการ จัดกลุ่ม ดังนี้

1. อายุของผู้ป่วยเด็ก ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดอายุของผู้ป่วยเด็ก โรคลดสติเมียมที่ใช้ในการศึกษาอยู่ในช่วง 6-12 ปี เพื่อให้เหมาะสมกับการสอนโดยการใช้ กระบวนการกลุ่ม ที่จะต้องมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสพการณ์กับ สมาชิกในกลุ่ม ตลอดจนช่วยกันคิดวิเคราะห์ถึงปัญหาและบอกเหตุผลต่าง ๆ ผู้ป่วยเด็กจึงควร จะมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาได้ดีพอสมควร สามารถพูดแสดงความรู้สึกหรือพูดคุยเรื่องที่เป็น นามธรรมได้ สามารถคิดอย่างมีเหตุผลได้ และจากทฤษฎีความคิดความเข้าใจของปิอาเจต์ (Piaget) กล่าวว่า เด็กอายุ 6-12 ปี มีระดับขั้นพัฒนาการด้านความคิดความเข้าใจ อยู่ในขั้น ปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (Concrete operation period) เป็นระยะที่เด็กเริ่มต้นคิด และมีเหตุผล ตามความเป็นจริงที่พิสูจน์ได้ ( Induction logic ) ( สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2530) เด็กอายุ 6 ปี สามารถพูดได้คล่อง เข้าใจความหมายแสดงความคิดได้อย่างมีเหตุผล (ทิพย์ภา เซษฐ์เขาวลิต, 2541) ตลอดจนใช้ภาษาแสดงความรู้สึกได้ดีขึ้น สามารถพูดคุยเรื่องที่เป็นนามธรรมได้ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคลดสติเมียม ที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี

2. การคัดเลือกสมาชิกกลุ่ม ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความพร้อมและความต้องการเข้ากลุ่ม ของผู้ป่วยเด็กโดยกำหนดลักษณะประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคลดสติ เมียม ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรครุนแรง เช่น การติดเชื้อ หัวใจ ล้มเหลว เป็นต้น ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองทราบถึงประโยชน์ของการเข้ากลุ่ม กฎระเบียบและแนวทางการปฏิบัติตัวในการเข้ากลุ่ม จำนวนครั้งและระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม แล้วสอบถามถึงความต้องการในการมาเข้ากลุ่มกับผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองทุกคน

3. ขนาดของกลุ่ม ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยเด็กเข้ากลุ่ม ๆ ละ 15 คน จัดเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่จะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการปฏิสัมพันธ์กันมากที่สุด เพราะเป็นกลุ่ม ที่มีสมาชิกไม่มากเกินไปจนทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กันได้ไม่ทั่วถึง และไม่น้อยเกินไปทำให้กลุ่ม เกิดความวิตกกังวลที่ต้องพบบ่อย

4. ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยเด็กมาเข้ากลุ่มในวันเสาร์ การกำหนดให้ผู้ป่วยเด็กมาเข้ากลุ่มในวันเสาร์ เนื่องจากเป็นวันที่ผู้ป่วยเด็กไม่ต้องไปโรงเรียน

ทำให้ไม่ต้องกังวลกับการขาดเรียน และจากการสอบถามผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กพบว่า ส่วนใหญ่ต้องการให้จัดกลุ่มในเสาร์เพราะผู้ปกครองสะดวกในการพามา ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม ใช้เวลาครั้งละ 40 นาที โดยจัดให้ผู้ป่วยเด็กมาเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน ทั้งนี้เนื่องจากเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และการดูแลตนเองมีหลายด้าน ผู้ป่วยเด็กต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในแต่ละเรื่อง เพื่อค้นหาปัญหาการดูแลตนเองของสมาชิกกลุ่ม แล้วช่วยกันหาแนวทางแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ จึงต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ให้ครอบคลุมทุกด้าน ประกอบกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ต้องการให้ผู้ป่วยเด็กได้มีโอกาสนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มในแต่ละสัปดาห์ไปทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อนำมาอภิปรายผลการปฏิบัติให้สมาชิกกลุ่มฟังในสัปดาห์ต่อไป จึงได้จัดให้ผู้ป่วยเด็กมาเข้ากลุ่ม 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรกเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียและการดูแลตนเองตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอภิปรายผลการนำความรู้จากสัปดาห์ที่ 1 ไปปฏิบัติและให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองตอนที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 เป็นการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์และอภิปรายผลการนำความรู้จากสัปดาห์ที่ 2 ไปปฏิบัติ และสรุปเนื้อหาการเรียนรู้ทั้งหมดที่ได้รับประสบการณ์และอภิปรายผลการนำความรู้จากสัปดาห์ที่ 2 ไปปฏิบัติ และสรุปเนื้อหาการเรียนรู้ทั้งหมดที่ได้รับ โดยก่อนที่จะเข้าโปรแกรมนั้น ผู้วิจัยได้นำผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมาทำความรู้จักกันก่อนเข้าร่วม 1 สัปดาห์ เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความเป็นกันเองและความไว้วางใจ

5. สถานที่ในการทำกลุ่ม ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยเด็กเข้ากลุ่มที่ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนโพนทอง สถานีอนามัยโพนทอง ซึ่งมีความเป็นสัดส่วนไม่มีสิ่งรบกวนและเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็ก มีที่นั่งสบายและปลอดภัยเพียงพอกับสมาชิกกลุ่ม

6. ขั้นตอนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยเด็กเข้ากลุ่มโดยมีลำดับขั้นตอนในการเข้ากลุ่ม แต่ละครั้งเป็น 3 ระยะ คือ

6.1 ระยะที่ 1 เป็นระยะการสร้างสัมพันธภาพ โดยในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 1 จัดให้ผู้ป่วยเด็กเล่นเกม “กระต่ายกับเต่า” ด้วยการให้ผู้ป่วยเด็กได้พูดคุยซักถามข้อมูลของเพื่อนในกลุ่ม เช่น ชื่อ ชื่อเล่น อาหารที่ชอบ เพลงที่ชอบ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รู้จักและคุ้นเคยกัน ส่วนในการเข้ากลุ่มครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 สมาชิกกลุ่มเริ่มคุ้นเคยกันมากขึ้น จึงได้จัดให้สมาชิกกลุ่มได้ทักทายเพื่อน ๆ และแนะนำเพียงชื่อ นามสกุล และชื่อเล่น

6.2 ระยะที่ 2 ระยะแก้ไขปัญหาร่วมกันและให้ความรู้ โดยจัดให้ผู้ป่วยเด็กได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียและการดูแลตนเองกับสมาชิกในกลุ่ม ร่วมกันค้นหาปัญหาการดูแลตนเองของสมาชิกกลุ่ม และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น โดยผู้วิจัยคอยให้ความรู้คำแนะนำที่ถูกต้อง ให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมเป็นระยะ ๆ และช่วยสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหให้กับกลุ่ม

6.3 ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่มได้ช่วยกัน สรุปความรู้ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มและประเมินผลตนเองว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างไร ช่วยชี้ให้ผู้ป่วยเด็กเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้เสนอข้อคิดเห็นและความรู้สึกต่างๆ เกี่ยวกับการเข้ากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

7. ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม มีบทบาทในการประสานงานและเอื้ออำนวยให้กลุ่มดำเนินไปตามกลไกของกระบวนการกลุ่ม เป็นผู้นำในการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและผ่อนคลาย ลดข้อขัดแย้งระหว่างสมาชิกกลุ่ม ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ร่วมกับสมาชิกกลุ่มประเมินผลการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง เพื่อสรุปข้อดีและจุดอ่อนของการเข้ากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการทำกลุ่มครั้งต่อไป ตลอดจนเป็นผู้จัดการเรื่องสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และเป็นผู้นำนัดหมายวัน เวลา ในการมาเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง

8. กิจกรรมที่นำมาใช้ในโปรแกรมการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียในครั้งนี้ เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการพูดแสดงความคิดเห็น ประสพการณ์ต่างๆ ได้อภิปรายและซักถามข้อสงสัยต่างๆ อย่างเป็นอิสระ และเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นปัญหาการดูแลตนเองของตน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ เหล่านั้นได้ตรงประเด็นโดยใช้กิจกรรมการสอนด้วยการบรรยาย ตั้งประเด็นคำถาม ให้ผู้ป่วยเด็กได้มีการพูดคุย เล่าประสพการณ์ตรงของตนเองได้ สมาชิกกลุ่มได้รับ

สำหรับเด็กวัยเรียน คือเด็กที่มีอายุ 6-12 ปี (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2534) เป็นวัยที่มีสังคมกว้างขึ้น จะชอบทำกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน สามารถยอมรับฟัง และทำตามความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม ยอมรับ และปรับตัวต่อพฤติกรรมของกลุ่มได้ เป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็น มีความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการสูง การจัดการเรียนการสอนสำหรับเด็กวัยเรียน จึงควรจัดให้เด็กได้รับประสบการณ์ตรง ได้ทำกิจกรรมต่างๆ ให้ได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามลักษณะความอยากรู้อยากเห็นของเด็ก โดยเริ่มจากกิจกรรมและบทเรียนที่ง่าย ๆ และยากขึ้นตามลำดับ เปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงออกซึ่งความรู้ความสามารถและความเด่นของเด็กแบ่งเด็กเป็นกลุ่มหรือศูนย์การเรียนรู้ โดยให้เด็กเรียนเป็นกลุ่มตามธรรมชาติ และสนับสนุนให้เด็กได้มีกิจกรรมร่วมกันในกลุ่ม (มาลินี จุฑารพ, 2537) ดังนั้น ในการจัดการเรียนการสอนเด็กวัยเรียน จึงได้มีการศึกษาถึงผลการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการสอนและให้ความรู้แก่เด็กอย่างกว้างขวาง และพบว่ากระบวนการกลุ่มหรือกลุ่มสัมพันธ์ หรือกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนสูงกว่าวิธีการสอนธรรมดา ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ มาจัดเป็นโปรแกรมในการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย เพราะกระบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยเด็กได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกระหว่างกัน ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้เกิด

ปฏิสัมพันธ์กันได้รับความรู้ใหม่ๆ ในบรรยากาศที่เป็นกันเองและผ่อนคลาย โดยมีพยาบาลให้คำแนะนำ และเชื่อมโยงแนวความคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดแนวความคิด และความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคศาสตร์สุขภาพและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อนำไปแก้ไขปัญหาของตนเอง และพัฒนาไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องต่อไป เพราะการที่เด็กวัยเรียนมีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และพัฒนาไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องต่อไป เพราะการที่เด็กวัยเรียนมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง

### 5. การเล่านิทานประกอบภาพการ์ตูน

แนวคิดการเล่านิทาน พบว่าการเล่านิทานจะช่วยให้การเรียนรู้แก่เด็ก กระตุ้นให้เกิดความสนใจในเนื้อหาที่จะให้ความรู้ จะช่วยให้โปรแกรมการเรียนรู้มีความน่าสนใจมากขึ้น การเล่านิทานประกอบภาพการ์ตูน การเล่านิทานเป็นศิลปะอย่างหนึ่งในการให้ความบันเทิงทางวรรณกรรม โดยการถ่ายทอดคำจากภาษาเขียน ให้มีชีวิตชีวา อาจจะเป็นการถ่ายทอดความคิด ประสบการณ์ ค่านิยมและการปฏิบัติ เพื่อให้เด็กได้รับสิ่งที่ดีงาม ความประทับใจ และสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้เล่านิทาน ซึ่งหนังสือนิทานมีหลายประเภท ขึ้นกับจุดมุ่งหมายของผู้เล่า (กาญจนา ศิริเจริญวงศ์, 2544) เช่น

1. นิทานมหัศจรรย์ หรือเทพนิยาย เป็นนิทานที่สมมุติขึ้น โดยมีเรื่องราวเกี่ยวกับอิทธิปาฏิหาริย์ ความมหัศจรรย์เหนือธรรมชาติ ส่วนใหญ่นิทานจะจบด้วยความสุข
2. นิทานชีวิต เป็นนิทานที่ดำเนินเรื่องอยู่ในโลกของความเป็นจริง ระบุสถานที่และตัวละครชัดเจน
3. นิทานวีรบุรุษ เป็นนิทานเกี่ยวกับความกล้าหาญ ความฉลาด และคุณธรรมของตัวเอกของเรื่อง อาจจะเป็นนิทานที่จินตนาการขึ้นหรือเรื่องราวที่มีเค้าโครงเรื่องจริง
4. นิทานพื้นบ้าน มักเป็นนิทานแปลกพิสดาร เชื่อว่าเรื่องราวเคยเกิดขึ้นจริง ตัวละครอาจเป็นบุคคลในประวัติศาสตร์
5. นิทานอธิบายเหตุ เป็นนิทานที่อธิบายถึงกำเนิด หรือความเป็นมาของสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่นกำเนิดของสัตว์ ต้นไม้ ดวงดาว
6. นิทานสัตว์ เป็นนิทานประเภทที่มีสัตว์เป็นตัวเอก และสมมุติให้มีพฤติกรรมและพูดได้ เช่นเดียวกับมนุษย์

อนึ่งความสนใจต่อนิทานจะแตกต่างกันตามวัย เด็กอายุ 4-6 ปี จะสนใจตนเองน้อยลง และสนใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวมากขึ้น เด็กจะมีอารมณ์ขัน รักสนุก ชอบฟังนิทานต่าง ๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับสัตว์ ชอบคำพูดซ้ำ ๆ เมื่อเด็กอายุประมาณ 6-7 ปี จะเริ่มสนใจนิทานมหัศจรรย์ หรือเทพนิยาย ชอบเรื่องราวที่สมมุติขึ้น สนใจเรื่องของนางฟ้าเทวดา เรื่องธรรมชาติ เรื่องเกี่ยวกับคน และชอบดูรูปภาพประกอบสวย ๆ เมื่อเด็กอายุประมาณ 7-8 ปี เด็กก็ยังชอบ

นิทานมหัศจรรย์ หรือเทพนิยาย และเริ่มสนใจเกี่ยวกับเรื่องจริง ชอบเรื่องการผจญภัย เด็กอายุประมาณ 8-12 ปี เด็กจะเริ่มชอบนิทานที่เป็นเรื่องจริง อ้างอิงมาจากเรื่องที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเทคนิคในการเล่านิทานมีหลายวิธี ได้แก่ การเล่าปากเปล่า การเล่าเรื่องประกอบสื่อ เช่น ภาพประกอบ หนังสือนิทาน สื่อใกล้ตัว ศิลปะการวาดภาพ หรือกระดาษ เสียงประกอบ เทป บันทึก นิทาน หุ่น หน้ากากละคร สไลด์ ภาพยนตร์ การเลือกเทคนิคขึ้นอยู่กับ จำนวนผู้ฟัง ความพร้อมของอุปกรณ์ สถานที่ การเล่านิทานโดยใช้ภาพการ์ตูน เป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจ ทำให้เด็กสนใจเนื้อหามากขึ้นและเกิดความเข้าใจง่าย รวมทั้งทำให้เด็กรู้สึกสนุกสนาน ทั้งนี้ เนื่องจากการ์ตูนมีลักษณะ เป็นภาพวาดที่เขียนขึ้น เพื่อแสดงเรื่องราวที่ผู้เขียนต้องการถ่ายทอด ความคิด ความเข้าใจแก่เด็ก อาจแสดงเฉพาะส่วนที่สำคัญ ที่ใช้แทนบุคคล สัตว์ สิ่งของ หรือสถานการณ์

ประเภทของภาพการ์ตูน

คินเดอร์ (Kinder, 1995) ได้จำแนกการ์ตูนตามเนื้อหาไว้ดังนี้

1.การ์ตูนธรรมดา (Cartoon) หมายถึง ภาพวาดสัญลักษณ์หรือภาพล้อเลียนเสียดสีบุคคล สถานที่ หรือเรื่องราวที่น่าสนใจทั่วไป

2.การ์ตูนเรื่อง (Comic Strips) หมายถึงการ์ตูนธรรมดาหลายๆ ภาพ ที่จัดลำดับเรื่องราว ให้สัมพันธ์ต่อเนื่องกันไปเป็นเรื่องราวอย่างสมบูรณ์

ลักษณะหนังสือภาพการ์ตูนที่ดี มีผู้กล่าวถึงลักษณะหนังสือการ์ตูนที่ดีไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

ฉวีวรรณ คูหาภินันท์ (2527) ได้จัดลักษณะหนังสือการ์ตูนที่ดีสำหรับเด็กเอาไว้

8 ประการ คือ

1.เนื้อหาตรงกับความสนใจและความต้องการของเด็กแต่ละเพศ แต่ละวัยซึ่งผู้เขียนต้องคำนึงถึงจิตวิทยาของเด็กด้วย

2.รูปเล่มภาพการ์ตูนกะทัดรัด

3.รูปภาพสวยงาม ชัดเจน มีศิลป์ เน้นการเคลื่อนไหว คำอธิบายน้อย ภาพปกจึงดึงดูดความสนใจให้อยากอ่าน

4.ตัวอักษรโต ชัดเจน เหมาะกับสายตาของเด็กแต่ละวัย

5.ใช้ภาษาง่าย เป็นภาษาวัยเดียวกับเด็ก

6.จำนวนหน้าไม่มาก ถ้าเป็นเด็กเล็กควรประมาณ 3-4 หน้า

7. เนื้อหาควรให้ความรู้ ช่วยให้เด็กมีจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง

8.ตัวละครที่อยู่ในภาพการ์ตูนควรอยู่ในวัยเดียวกับเด็ก

ลักษณะของภาพการ์ตูนที่เลือกใช้ เป็นการ์ตูนเรื่องที่มีภาพและการจัดลำดับเรื่องราว ให้สัมพันธ์ต่อเนื่องกันไปเป็นเรื่องราวอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเป็นเรื่องยากในการทำความเข้าใจ แต่การให้ความรู้โดยใช้สื่อร่วมด้วย จะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์เร็วยิ่งขึ้น เพราะสื่อการสอนช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเร็วขึ้น จำได้มากขึ้น เรียนรู้ได้ง่าย และช่วยกระตุ้นความสนใจตลอดจนการมีส่วนร่วมได้เป็นอย่างดีการสอนในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนถึง แม้ว่าเด็กวัยนี้จะมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญาที่แต่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (วีณา จิระแพทย์, 2533) แต่ความเข้าใจของเด็กมีขอบเขตจำกัดเนื่องจากพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กอยู่ในขั้นที่เพียเจต์เรียกว่า ขั้นการเกิดความคิดรวบยอดที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นการสอนผู้ป่วยเด็กวัยเรียนควรนำเสนอเนื้อหาการสอนให้เป็นรูปธรรมโดยผ่านสื่อการสอนที่เป็นการ์ตูนโดยผ่านการเล่าเป็นนิทาน เพราะเป็นสื่อที่ได้รับความสนใจจากเด็กวัยเรียนมากที่สุด (วาสนา ชาวหา, 2533) สื่อความหมายชัดเจน ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย กิดานันท์ มลิทอง ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า สื่อถือเป็นสิ่งกระตุ้นอย่างหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้ดีเหมาะสมกับพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาของเด็กวัยเรียน การเล่านิทานประกอบภาพการ์ตูนจะช่วยดึงดูดและสร้างความสนใจช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กวัยเรียนจะมีความสนใจมากทำให้เด็กเกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน สามารถสรุปประเด็นสำคัญของบทเรียนที่ยากไปทาง่าย อธิบายทำให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการสอน (รุจิรา ภูเขาทา, 2544)

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียและการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ในการให้ความรู้ ทั้งเนื้อหาความรู้ งานวิจัยในประเทศ และต่างประเทศที่เกี่ยวข้องซึ่งพบทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น

รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย การพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจหาสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อการพูดคุยและค้นหาข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง การพัฒนา ความสามารถโดยการสอนให้เข้าใจสาเหตุของปัญหาสุขภาพ สนับสนุนและให้กำลังใจ แนะนำการจดบันทึกกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องกระทำในบันทึกที่แจกให้ จัดให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยที่ผู้วิจัยติดต่อผลการปฏิบัติทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 หลังพบกันครั้งแรก จากนั้นประเมินผลความพร้อมในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ พบว่าคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 และมีภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น

พรศรี โบราณมูล (2546) ศึกษาผลได้รับการสอนของโปรแกรมการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โดยการใช้กระบวนการ

กลุ่ม 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ และได้รับคู่มือความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองสำหรับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย หลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ทำการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองพบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ที่ได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ที่ไม่ได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จะพบว่าการศึกษาที่ผ่านมา การให้โปรแกรมการให้ความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง แต่พบว่าผู้ป่วยเด็กไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าพูดกล้าคุย เนื่องจากไม่คุ้นเคยกัน และคู่มือที่แจกให้ผู้ป่วยเด็กนั้น ผู้ป่วยเด็กมีความสนใจน้อย (พรศรี โบราณมูล, 2546)

ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ อรสา พันธุ์ภักดี (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายกับข้อให้กระทำตาม ในการสอนและให้ความรู้บางครั้ง ผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะรับ ไม่มีโอกาสซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือวางแผนในการดูแลตนเอง ขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้ ขาดปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ ดังนั้น ผู้วิจัยศึกษาวิธีการที่เหมาะสมในการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้ตรงกับปัญหาความต้องการในการที่อยากจะเรียนรู้ พร้อมทั้งส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาของทัศนีย์ พลฤกษ์ (2535) พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มรวมกับการให้คู่มือการปฏิบัติตนไปอ่านทบทวนภายหลัง การใช้กระบวนการกลุ่มทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสฮิบส์ มีความรู้เรื่องโรคดีกว่า และมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสมกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสฮิบส์ที่ได้รับความรู้จากพยาบาลตามปกติ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองของ เพิ่มพูน ธรรมเจริญ (2536) พบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา กลุ่มที่ได้รับความรู้โดยการใช้กระบวนการกลุ่มมีการปรับตัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำตึก

พรสิริ ชินสว่างวัฒนกุล (2538) ได้นำกระบวนการกลุ่มมาใช้สอนผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยกระบวนการกลุ่ม มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ โดยที่การปรับตัวโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มมีความรู้สึกสบายใจขึ้น มีกำลังใจ สามารถพูดคุยกะบายความรู้สึก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษาและการปฏิบัติตน อีกทั้งได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล สามารถเผชิญกับโรคและการรักษาได้อย่างเหมาะสม

วิภา แก้วเคน (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า หลังได้รับความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ปกติ และยังมีผลการให้ความรู้ในรูปแบบกระบวนการกลุ่มแบบต่างๆ เช่น กลุ่มประคับประคอง (Support group) การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - help group)

อาภาพร เผ่าวัฒนา (2537) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพผลของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม และดีกว่าก่อนการทดลอง

จารุภา เลหาพจนารถ (2544) ได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม และการมีพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูงดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกายลดลง การใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในการวิจัยต้องอาศัยผู้ป่วยเป็นผู้นำกลุ่ม ซึ่งการเป็นผู้นำกลุ่มในการทำกระบวนการกลุ่ม ได้มาจากสมาชิกกลุ่ม ซึ่งบางครั้งมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะนำกลุ่ม หรือไม่สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ทุกครั้ง

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ จะพบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โลริค และคณะ (Lorig et al, 1985) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีความรู้เพิ่มขึ้นสามารถดูแลตนเองให้ลดอาการปวดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องหาทางช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม กล่าวคือ พยาบาลต้องเข้าใจว่าบุคคลนั้นเป็นองค์รวม ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งสามารถดึงศักยภาพของผู้ป่วยออกมาให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อไป จะเห็นได้ว่า การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เพิ่มความรู้อีกมีคุณค่าในตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกกลุ่มด้วยตนเอง และยังสามารถขยายเครือข่ายทางสังคมให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำเอาแนวคิดของกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์มาเป็นกลยุทธ์ในการเสริมสร้างการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งกระบวนการกลุ่มนำมาศึกษาในผู้ป่วยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคกลุ่มประคับประคอง (Support group) และกลุ่มให้ความรู้ (Education group) หรือที่เรียกว่า กลุ่มให้ความรู้และประคับประคองทางจิตใจ (Education support group) ซึ่งกลุ่มชนิดนี้จัดตั้งขึ้นโดยมี

เป้าหมายเพื่อทั้งให้ความรู้และประคับประคอง จิตใจสมาชิกกลุ่มไปพร้อม ๆ กัน โดยมีความเชื่อว่าการเรียนรู้จะไม่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ หากผู้เรียนมีความตึงเครียดไม่สบายใจทางอารมณ์ และการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีหากผู้เรียนได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544 ) และนำผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมาทำความรู้จักกันก่อนที่จะนำเข้าไปโปรแกรมเพื่อให้เด็ก ความคุ้นเคยกล้าแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กล้าพูดกล้าคุยมากขึ้น ซึ่งการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มส่งผลให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยเชื่อว่า การให้โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปทางที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมให้เกิดความพอใจในชีวิตตนเอง ครอบครัว สังคม และผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียเพื่อการดูแลตนเองและการมีสุขภาพดีต่อไป