

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน
- 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน
- 1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

##### ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาของเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน อายุ 1 เดือน – 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 85 ราย และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 30 ราย โรงพยาบาลแขวงจำปาสัก และโรงพยาบาลแขวงสะหวันนะเขต ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2554 ซึ่งมีข้อมูลทั่วไปดังนี้

### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

มารดาเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันจำนวน 85 ราย จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา เด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่า มารดาของเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน ร้อยละ 55.3 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.11 ปี ร้อยละ 45.9 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 49.4 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 520,000 กีบ ร้อยละ 51.8 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาล และร้อยละ 67.0 ไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน ดังแสดงในตารางที่ 1

#### ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของมารดาเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาล และการได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน ( $n = 85$ )

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 20	7	8.2
20 - 30	47	55.3
31 - 40	28	32.9
> 40	3	3.5

(Range = 18 – 42 ปี,  $\bar{x}$  = 28.11 ปี, SD = 5.78)

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.2
ประถมศึกษา	25	29.4
มัธยมศึกษา	39	45.9
อนุปริญญา	13	15.3
ปริญญาตรี	7	8.2
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (กีบ) *		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 450,000 กีบ	23	27.0
450,001 - 520,000 กีบ	19	22.4
520,001 - 620,000 กีบ	10	11.8
620,001 - 735,000 กีบ	12	14.1
735,001 - 980,000 กีบ	17	20.0
มากกว่า 980,000 กีบ	4	4.7
ประสบการณ์ในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาล		
มี	41	48.2
ไม่มี	44	51.8
การได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน		
ได้รับ	28	32.9
ไม่ได้รับ	57	67.0

หมายเหตุ \* อัตราการแลกเปลี่ยน 1 บาท = 260 กีบ



## 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน

เด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำนวน 85 ราย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่าเด็กเจ็บป่วย ร้อยละ 83.5 อายุอยู่ในช่วง 1 เดือน – 3 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 1.89 ปี ร้อยละ 30.6 และร้อยละ 28.2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบ และโรคอุจจาระร่วงตามลำดับ ร้อยละ 55.3 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ร้อยละ 49.4 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยะเวลา 1 - 2 วัน และร้อยละ 71.8 ได้รับการรักษาด้วยยาทางปากและยาฉีด ดังแสดงในตารางที่ 2

### ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของเด็กเจ็บป่วยจำแนกตามอายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษาที่ได้รับ (n = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
1 เดือน – 1 ปี	26	30.6
> 1 – 3	45	52.9
> 3 – 5	14	16.5
(Range = 1 เดือน – 5 ปี, $\bar{x}$ = 1.89 ปี, SD = 1.36)		
การวินิจฉัยโรค		
โรคอุจจาระร่วง	24	28.2
ปอดอักเสบ	26	30.6
คออักเสบ	12	14.1
กระเพาะปัสสาวะอักเสบ	8	10.6
ไข้เลือดออก	9	9.4
อื่นๆ เช่น ไข้สูง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ	6	7.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล (รวมครั้งนี้)		
1	47	55.3
2	26	30.6
3	8	9.4
> 3	4	4.7
(Range = 1 – 6 ครั้ง, $\bar{x}$ = 1.68 ครั้ง, SD = 1.00)		
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (วัน)		
1 - 2	42	49.4
3 - 4	31	36.5
> 4	12	14.1
(Range = 1 – 7 วัน, $\bar{x}$ = 2.65 วัน, SD = 1.60)		
การรักษาที่ได้รับ		
ได้รับยาทางปาก	4	4.7
ได้รับยาฉีด	3	3.5
ได้รับทั้งยาทางปากและยาฉีด	61	71.8
ได้รับทั้งยาทางปาก ยาฉีด และยาพ่นละอองฝอย	8	9.4
ได้รับทั้งยาทางปาก ยาฉีด และได้รับออกซิเจน	3	3.5
ได้รับทั้งยาทางปาก ยาฉีด ยาพ่นละอองฝอย และได้รับออกซิเจน	6	7.0

### 1.3 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 30 ราย จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.97 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.3 จบการศึกษาในระดับพยาบาลเทคนิค และร้อยละ 83.3 เป็นพยาบาลปฏิบัติการ ร้อยละ 86.7 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันมากกว่า 1 ปี ดังแสดงในตารางที่ 3

#### ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การปฏิบัติงานดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน ( $n = 30$ )

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
21 - 30	17	56.7
31 - 40	5	16.6
> 40	8	26.7
(Range = 23 – 53 ปี, $\bar{x}$ = 32.97 ปี, SD = 9.73)		
ระดับการศึกษา		
พยาบาลเทคนิค	28	93.3
พยาบาลอนุปริญญา	2	6.7
ตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
หัวหน้าหอผู้ป่วย	5	16.7
พยาบาลปฏิบัติการ	25	83.3
ประสบการณ์การปฏิบัติงานดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน (ปี)		
< 1	4	13.3
1 - 5	12	40.0
> 5	14	46.7

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน

ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำแนกตามจำนวน และร้อยละของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พบว่า มารดาทุกรายมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันโดย ร้อยละ 61.2 มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันรายด้านพบว่า มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 96.5 มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 58.8 มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาล และร้อยละ 68.2 มีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับมาก แต่ร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับน้อย และร้อยละ 4.7 ไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดังแสดงในตารางที่ 4

### ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โดยรวมและรายด้านในแต่ละระดับ ( $n = 85$ )

ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมโดยรวม		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0.0
ระดับน้อย	2	2.3
ระดับปานกลาง	31	36.5
ระดับมาก	52	61.2
การมีส่วนร่วมรายด้าน		
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0.0
ระดับน้อย	0	0.0
ระดับปานกลาง	3	3.5
ระดับมาก	82	96.5

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านกิจกรรมการพยาบาล		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0.0
ระดับน้อย	7	8.2
ระดับปานกลาง	28	32.9
ระดับมาก	50	58.8
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล		
ไม่มีส่วนร่วม	0	0.0
ระดับน้อย	1	1.2
ระดับปานกลาง	26	30.6
ระดับมาก	58	68.2
ด้านการตัดสินใจ		
ไม่มีส่วนร่วม	4	4.7
ระดับน้อย	43	50.6
ระดับปานกลาง	31	36.5
ระดับมาก	7	8.2

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลางกับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดา ( $r = .419, p < .01$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำกับความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเฉียบพลันของเด็ก ( $r = .225, p < .05$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) กับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วย ดังแสดงในตารางที่ 5

#### ตารางที่ 5

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดา	.417	.001
ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเฉียบพลันของเด็ก	.225	.039
ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน	.260	.166

## การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

**วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1** เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

**คำถามการวิจัย** การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวเป็นอย่างไร

ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยรวมพบว่า มารดาทุกรายมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยร้อยละ 97.7 มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และระดับมาก (ตารางที่ 4) อาจเนื่องจากโรงพยาบาลประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีนโยบายให้บิดามารดาเฝ้าเด็กเจ็บป่วยโดยให้พักรวมอยู่ในหอผู้ป่วย และให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในระหว่างที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 48.2 มารดามีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาลทำให้มารดามีโอกาสได้ให้การดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาลมาก และการที่หอผู้ป่วยมีจำนวนบุคลากรพยาบาลน้อย และมีการเข้าเวร 24 ชั่วโมง ประกอบกับจำนวนเด็กเจ็บป่วยมีจำนวนมากทำให้ดูแลเด็กเจ็บป่วยได้ไม่ครอบคลุมทุกด้าน มารดาจึงมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วย ผลการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการศึกษาของอัมพร รอดสุทธิ และคณะ (2549) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพบว่าเด็กเจ็บป่วยร้อยละ 98.2 เป็นเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน และบิดามารดาทุกรายได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วย โดยร้อยละ 93.8 มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และระดับมาก และการศึกษาของสิรินาถยา วงศ์वाल และคณะ (2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน ซึ่งพบว่าบิดามารดาทุกรายได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วย โดยร้อยละ 90.5 มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และระดับมาก จากผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน โรงพยาบาลชุมชนประเทศไทย และโรงพยาบาลแขวงประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่ามี

ความคล้ายคลึงกันในเรื่องการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันในโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรงพยาบาลดังกล่าวมีนโยบายให้บิดามารดาอยู่เฝ้าเด็กเจ็บป่วย รวมทั้งเด็กอายุช่วงต่ำกว่า 5 ปี ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือช่วยตัวเองได้น้อย ซึ่งต้องการการดูแลจากบิดามารดามากในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็ก และการเจ็บป่วยของเด็กเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และได้รับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่มีความหลากหลายจึงทำให้มารดามีโอกาสให้การดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น

เมื่อพิจารณารายด้าน ในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ พบว่ามารดาร้อยละ 96.5 มีส่วนร่วมในระดับมาก (ตารางที่ 4) และเป็นอันดับสูงสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น อาจเนื่องจากเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน ร้อยละ 83.5 อายุอยู่ในช่วง 1 เดือน - 3 ปี (ตารางที่ 2) ซึ่งเด็กวัยนี้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือช่วยตัวเองได้น้อย การสื่อสารด้วยคำพูดของเด็กยังไม่ชัดเจน มารดาเป็นผู้เข้าใจในตัวเด็กมากที่สุด สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็ก เด็กในช่วงนี้จะติดมารดา กลัวบุคคลแปลกหน้าและไม่ยอมให้มารดาแยกจากทำให้มารดาต้องเข้ามาดูแลเด็กมากขึ้น เด็กเจ็บป่วย ร้อยละ 55.3 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และการเจ็บป่วยเฉียบพลันจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้มารดาที่ไม่เคยพบเห็นอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กเกิดความวิตกกังวล กลัวว่าเด็กจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและการรักษา รู้สึกผิดที่ดูแลเด็กไม่ดีทำให้มารดาต้องการที่จะดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้น ผลการศึกษาคล้ายกับการศึกษาของอัมพร รอดสุทธิ และคณะ (2549) และสิรินดาชา วงศ์वाल และคณะ (2552) พบว่าบิดามารดา ร้อยละ 69.3 และร้อยละ 61.2 ตามลำดับ มีส่วนร่วมในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า การดูแลเจ็บป่วยในโรงพยาบาลในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้แก่ การป้อนนม อาหารหรือช่วยเหลือเด็กในการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกายและการดูแลการขับถ่ายรวมถึงการเปลี่ยนเสื้อผ้าหรือผ้าอ้อมให้เด็กเมื่อสกปรก เปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะ หรืออาเจียน และการอยู่กับเด็กเจ็บป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมส่วนใหญ่ที่มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยเฉียบพลันขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สุคนธา คุณาพันธ์ และคณะ, 2546) และเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วย (Power & Frank, 2008) กิจกรรมดังกล่าวล้วนแต่เป็นกิจกรรมที่มารดาได้ปฏิบัติอยู่ที่บ้านส่งผลให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาลด้านกิจกรรมที่ทำประจำระดับมาก จากผลการศึกษาดังกล่าวสังเกตได้ว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันด้านกิจกรรมที่ทำประจำในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวอยู่ระดับมากและมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาอาจเนื่องจากบริบทการให้บริการด้านสาธารณสุขแตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลไม่มีโรงอาหารที่จัดอาหารให้เด็ก

ไม่มีเสื้อผ้า หรือผ้าอ้อมเด็กของโรงพยาบาล ทำให้การจัดการอาหาร น้ำ นม หรืออุปกรณ์ที่ใช้ในกิจวัตรประจำวัน เช่น เสื้อผ้า ผ้าอ้อมเด็ก อุปกรณ์ทำความสะอาดร่างกายมารดาต้องเตรียมมาจากบ้านทำให้กิจกรรมที่ทำเป็นประจำเป็นความรับผิดชอบของมารดา นอกจากนี้การบริการการพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตารางเวร 24 ชั่วโมง พยาบาลเข้าเวรทำงานทั้งวันการทำงานส่วนใหญ่จึงมุ่งปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาลของแพทย์ ประกอบกับจำนวนเด็กเจ็บป่วยมีจำนวนมาก ส่งผลให้คุณแม่เด็กเจ็บป่วยได้ไม่ครอบคลุมทุกด้าน ดังนั้นกิจกรรมบางอย่างต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยโดยเฉพาะกิจกรรมที่ทำประจำ

ในด้านกิจกรรมการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 58.8 มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4) อาจเนื่องจากเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 30.6 และร้อยละ 28.2 ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ และโรคอุจจาระร่วง ตามลำดับ (ตารางที่ 2) เป็นโรคเจ็บป่วยเฉียบพลันที่มีอาการไม่รุนแรงและได้รับการรักษาที่ไม่ซับซ้อน ร้อยละ 71.8 ได้รับการรักษาด้วยยาทางปากและยาฉีด (ตารางที่ 2) และกิจกรรมการพยาบาลที่มารดามีส่วนร่วมทุกครั้งได้แก่ การอยู่กับเด็กเจ็บป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำเช่น การวัดอุณหภูมิหรือความดันโลหิตหรือการตรวจร่างกาย และการให้ยาทางปากแก่บุตร (ร้อยละ 72.9 และร้อยละ 77.6 ตามลำดับ) (ภาคผนวก จ) กิจกรรมการพยาบาลด้วยการให้ยาทางปากเป็นกิจกรรมที่มารดาสามารถเป็นผู้ดูแลให้เด็กเจ็บป่วยและการได้รับยาคิดนั้นมารดาจะช่วยอยู่ดูแลเด็ก ปลอดภัยขณะที่เด็กได้รับและการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำเช่น การวัดอุณหภูมิหรือความดันโลหิต หรือการตรวจร่างกายจะทำที่เตียงทำให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับมาก ผลการศึกษาล้ากกับการศึกษาของอัมพร รอดสุทธิ และคณะ (2549) และสิรินาทยา วงศ์वाल และคณะ (2552) พบว่าบิดามารดาร้อยละ 61.3 และร้อยละ 34.5 ตามลำดับ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการพยาบาลระดับมาก อาจเนื่องจากโรงพยาบาลอนุญาตให้มารดาเข้ามาอยู่ร่วมกับเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงพบว่ามารดาอยู่กับเด็กในเวลาที่ทำกิจกรรมการพยาบาล และเด็กเจ็บป่วยเป็นเด็กอายุ 1 เดือน - 3 ปี เด็กในช่วงนี้จะได้รับการพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่ เช่น การวัดอุณหภูมิ การวัดความดันโลหิต เด็กจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือจำเป็นต้องให้มารดาช่วยเหลือในการจับเด็กหรือจับอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาลที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่เด็กทำให้มารดาต้องช่วยปลอดภัยให้เด็กพูดคุย สัมผัสโอบกอด และจับเด็กเจ็บป่วย (Mangurten et al., 2006 ; Power & Frank, 2008 ; Simons et al., 2001) ทำให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันด้านกิจกรรมการพยาบาลอยู่ในระดับมาก จากผลการศึกษาดังกล่าวสังเกตได้ว่า การศึกษาของสิรินาทยา วงศ์वाल และคณะ (2552) บิดามารดามี

ส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการพยาบาลอยู่ในระดับมาก แต่น้อยกว่าการศึกษาอื่นอาจอธิบายได้ว่า กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันเป็นกิจกรรมที่ เฉพาะเจาะจงและศึกษาเฉพาะในเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน และได้มีการ ปรับแบบการประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาโดยเพิ่มข้อคำถามให้เหมาะกับการมีส่วนร่วม ของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน

ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 68.2 มารดามีส่วนร่วมในการ ดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันระดับมาก (ตารางที่ 4) อาจเนื่องจากเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันจะมีอาการ เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้มารดาต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก (จิตติมา สุขเลิศตระกูล และคณะ, 2552; Falk et al., 2008; Hallstrom et al., 2002b; Mwangi et al., 2008) และจากการศึกษาพบว่ามารดาร้อยละ 51.8 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเจ็บป่วยใน โรงพยาบาลส่งผลให้มารดาไม่มีโอกาสได้พบเห็นอาการของเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน เกิดการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับมากและมากที่สุด (ร้อยละ 47.1 และร้อยละ 34.1 ตามลำดับ) (ตาราง ฉ.1) ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอาการ การรักษาที่ เด็กเจ็บป่วยจะได้รับทำให้มารดาสอบถามข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อมูลมาก ส่งผลให้มารดาได้รับ ข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็กและพยาบาลได้รับทราบอาการของเด็กเจ็บป่วยมากขึ้น (Brown, 2009) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มารดามีส่วนร่วมทุกครั้ง ได้แก่ การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการ เปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของบุตร มารดาให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบาย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่บุตรได้รับ มารดาได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ของบุตรตามความเป็นจริง (ร้อยละ 60.0, ร้อยละ 56.5 และร้อยละ 56.5 ตามลำดับ) (ภาคผนวก จ) ซึ่งทำให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้าน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระดับมาก ผลการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการศึกษาของอัมพร รอดสุทธิ และคณะ (2549) และสิรินาตยา วงศ์वाल และคณะ (2552) ที่พบว่าบิดามารดาร้อยละ 55.1 และร้อยละ 54.0 ตามลำดับ มีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากทั้งสองการศึกษา เป็นการศึกษานในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย ซึ่งโรงพยาบาลดังกล่าวมีบริบทคล้ายกับ โรงพยาบาลระดับแขวง ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในการบริการเด็กเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีเด็กเจ็บป่วยจำนวนมาก ประกอบกับ จำนวนบุคลากรพยาบาลค่อนข้างจำกัด และให้การดูแลเด็กเจ็บป่วยทุกเพศทุกวัย และทุกโรคใน เวลาเดียวกัน ทำให้บุคลากรพยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ทำงานประจำจึงมีโอกาสดูคุยกับมารดา ลดลง แต่จากการศึกษาในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่ามารดามีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระดับมาก อาจเนื่องจากโรงพยาบาลแขวงจำปาสักและโรงพยาบาลแขวง

สหวันนะเขต ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวเป็นโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ให้บริการสุขภาพในระดับจังหวัดที่ใหญ่และเป็นระดับภูมิภาคของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2010) และเป็นแหล่งการศึกษา ค้นคว้าและฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์และพยาบาล ทำให้มารดามีโอกาสได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยทั้งเรื่องโรค และการรักษาพยาบาลที่เด็กเจ็บป่วยได้รับ นอกเหนือจากการถามจากแพทย์และบุคลากรพยาบาล

ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็ก พบว่ามารดาร้อยละ 50.6 มีส่วนร่วมในระดับน้อย (ตารางที่ 4) อาจเนื่องจาก มารดา ร้อยละ 51.8 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาล (ตารางที่ 1) และเด็กเจ็บป่วย ร้อยละ 55.3 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก (ตารางที่ 2) ซึ่งทำให้มารดาไม่สามารถที่จะตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ประกอบกับระยะเวลาที่เด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสั้นซึ่งพบว่า ร้อยละ 85.9 ใช้เวลารักษาอยู่โรงพยาบาล 1 - 4 วัน (ตารางที่ 2) ทำให้มารดาใช้ระยะเวลาเพื่อดูแลเด็กเจ็บป่วยในด้านอื่นมากกว่าด้านการตัดสินใจ และมารดามีความเคารพ เชื่อมั่นในการตัดสินใจของแพทย์และบุคลากรพยาบาลที่เลือกการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดให้แก่เด็กเจ็บป่วย (สุพิศ คำมุงคุณ, ตัดต่อเป็นการส่วนตัว, 4 ตุลาคม 2553) และมารดาคิดว่าบุคลากรพยาบาลมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และเป็นหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรพยาบาลที่จะตัดสินใจในการดูแลรักษาเพื่อให้เด็กเจ็บป่วยหายโดยเร็ว ผลการศึกษาคล้ายกับการศึกษาของอัมพร รอดสุทธิ และคณะ (2549) และสิรินาตยา วงศ์वाल และคณะ (2552) ที่พบว่าบิดามารดา ร้อยละ 41.8 และร้อยละ 52.5 ตามลำดับ มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจระดับน้อย อาจเนื่องจากเด็กเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหารซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (WHO, 2010b) ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลต้องให้การรักษาพยาบาลเด็กเจ็บป่วยอย่างรีบด่วน ประกอบกับเด็กเจ็บป่วยมีจำนวนมาก จำนวนบุคลากรพยาบาลค่อนข้างจำกัดทำให้คำถามในการประเมินบางข้ออาจไม่ตรง เช่น การเลือกบุคลากรพยาบาลในการดูแลเด็กเจ็บป่วย และบางข้อมารดาไม่สามารถตัดสินใจได้ เช่น การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมเด็กเจ็บป่วย อาจทำให้มารดามีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในระดับน้อย

**วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดา ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

**คำถามการวิจัย** ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดา ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวอย่างไร

ผลการศึกษารั้งนี้พบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลางกับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดา และมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำกับความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเฉียบพลันของเด็ก แต่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวดังนี้

ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดากับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ( $r = .417, p < .01$ ) (ตารางที่ 5) อาจเนื่องจากเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับกิจกรรมตามแผนการรักษาที่หลากหลายเช่น การเจาะเลือดเพื่อวินิจฉัย ได้รับยาชนิดรับประทาน หรือยาฉีด รายที่มีไข้จะได้รับการเช็ดตัวลดไข้ หรือฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ในรายที่มีอาการของการขาดออกซิเจนจะได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนเป็นต้น อีกทั้งมารดาร้อยละ 51.8 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาล ไม่มีโอกาสได้เห็นกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับมาก่อน ประกอบกับการเจ็บป่วยเฉียบพลันจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้มารดาวิตกกังวล เครียดจากการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับ (Ball & Bindler, 2003) และเกิดการรับรู้การเจ็บป่วยของเด็กในระดับมาก และมากที่สุด (ร้อยละ 47.1 และร้อยละ 34.1 ตามลำดับ) (ตาราง จ.1) เด็กเจ็บป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล มีอารมณ์ไม่คงที่ ต้องการให้มารดาอยู่ด้วยตลอดเวลา (Shields, 2001) ทำให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งมารดาในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ถ้าเด็กเจ็บป่วยและได้รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดมารดาต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

เจ็บป่วย เชื่อว่าสิ่งที่ตนได้ทำเป็นสิ่งที่ดีทำให้เด็กเจ็บป่วยรู้สึกอบอุ่นและสิ่งใดที่มารดาสามารถทำให้เด็กเจ็บป่วยได้มารดาก็จะทำอย่างดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินาตยา วงศ์वाल และคณะ (2552) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชนประเทศไทย และโรงพยาบาลระดับแขวงประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน ทั้งสองการศึกษาเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งการเจ็บป่วยเฉียบพลันนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงและได้รับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนมารดาสามารถมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กเจ็บป่วยได้ ประกอบกับเด็กเจ็บป่วยช่วงอายุนี้อย่างช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือ ใด้น้อยทำให้มารดาต้องอยู่ดูแลเด็กตลอด ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ามารดาที่รับรู้ความรุนแรงของโรคมักจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยมาก

ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก กกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำ ( $r = .225, p < .05$ ) (ตารางที่ 5) อาจเนื่องจาก มารดาร้อยละ 45.9 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ตารางที่ 1) ซึ่งในการเรียนการสอนได้มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในประเทศ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น (กระทรวงศึกษาธิการสถาบันค้นคว้าวิทยาศาสตร์การศึกษา, 2010) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรคที่พบบ่อยในประเทศด้วยวิธีโฆษณาทางโทรทัศน์ วิทยุ แผ่นป้าย แผ่นพับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2009b) และมารดาที่ดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาลยังได้ความรู้จากนักศึกษาแพทย์และพยาบาลในโรคที่เด็กเจ็บป่วยหรือโรคที่พบบ่อยทำให้มารดามีความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา และวิธีการดูแลเด็กเจ็บป่วย ส่งผลให้มารดามีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก ระดับปานกลางและระดับมาก (ร้อยละ 56.7 และร้อยละ 43.3 ตามลำดับ) (ตาราง จ.2) ทำให้มารดาที่มีความมั่นใจในตนเองสามารถให้การดูแลเด็กเจ็บป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลได้ แต่จากการศึกษาพบว่า ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยรวม มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากมารดาร้อยละ 51.8 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาล และเมื่อต้องพบเห็นสภาพความเจ็บป่วยของเด็กที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดจะทำให้มารดาไม่กล้าที่จะดูแลเด็กเจ็บป่วยอย่างเต็มที่ อีกทั้งเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่รีบด่วน จึงไม่ได้ถามความคิดเห็นหรือให้มารดาตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและหัตถการต่างๆ นอกจากนี้มารดาส่วนใหญ่มีการศึกษา

ระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา (ตารางที่ 1) อาจคิดว่าบุคลากรพยาบาลมีความรู้ มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กเจ็บป่วยมากกว่าตนเอง (Neill, 1996b) และมีความเชื่อมั่นในแผนการรักษาพยาบาลและการตัดสินใจของแพทย์และบุคลากรพยาบาล ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยกับความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ

ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) (ตารางที่ 5) อาจเนื่องจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีนโยบายให้มารดาเข้ามาดูแลเด็กเจ็บป่วยที่อยู่โรงพยาบาลโดยไม่มีข้อห้าม แต่การที่มารดาเข้ามาดูแลเด็กเจ็บป่วยนั้นยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งที่ผ่านมามารดามีส่วนร่วมในการดูแลตามกิจกรรมที่เคยทำมาเหมือนอยู่ที่บ้าน เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลการขับถ่าย และจากจำนวนบุคลากรที่มีค่อนข้างจำกัด เด็กเจ็บป่วยมีจำนวนมากทำให้พยาบาลเห็นด้วยต่อการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาลระดับปานกลาง และระดับมาก (ร้อยละ 56.7 และร้อยละ 43.3 ตามลำดับ) (ตาราง จ.3) แต่นั้นเป็นเพียงความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อการมีส่วนร่วมของมารดา และยังไม่มีความเห็นในการส่งเสริมให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยซึ่งพยาบาลที่จะส่งเสริมให้มารดาดูแลเด็กเจ็บป่วยได้นั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยในโรงพยาบาล แต่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.3 มีระดับการศึกษาในระดับพยาบาลเทคนิคซึ่งในหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนพยาบาลเทคนิคไม่มีหัวข้อใดกล่าวถึงแนวคิดของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วย มีเพียงหัวข้อย่อยของการส่งเสริมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2003) ทำให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดนี้ยังไม่ครอบคลุม ไม่รู้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยมีแนวคิดใดที่กล่าวถึงและมีแนวทางส่งเสริมอย่างไร ทำให้มารดา ร้อยละ 67.1 (ตารางที่ 1) ไม่ได้รับคำแนะนำในเรื่องการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน แสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นของพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินาตยา วงศ์वाल และคณะ (2552) พบว่าความคิดเห็นของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสองการศึกษานั้น พยาบาลมีความเห็นด้วยที่จะให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเจ็บป่วยแต่ยังไม่มีความเห็นในการปฏิบัติที่ชัดเจนใน

การส่งเสริมให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบซึ่งการที่จะส่งเสริมให้มารดาดูแลเด็กเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการติดต่อสื่อสาร และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับมารดา (Shields, Kristensson – Hallstrom & O'Callaghan, 2003) และด้วยข้อจำกัดของจำนวนพยาบาล และจำนวนเด็กเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทำให้พยาบาลและมารดาติดต่อสื่อสารกันค่อนข้างน้อย พยาบาลมุ่งทำงานที่เป็นกิจกรรมการรักษาพยาบาลจึงเห็นด้วยที่จะให้มารดาดูแลเด็กเจ็บป่วยในกิจกรรมที่ทำประจำ ส่วนมารดาเองก็ดูแลเด็กเจ็บป่วยตามที่เคยดูแลเหมือนอยู่ที่บ้านซึ่งทั้งสองล้วนแต่ทำหน้าที่ของตนโดยไม่ได้มีการสื่อสารกัน ไม่มีการเกี่ยวข้องกันทำให้ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กเจ็บป่วยเฉียบพลัน