



การรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ภารดี ชวนรินทร์¹, เยาวเรศ กันมะลิ², พิชา คนกาญจน์³, ชยมน ปัญญาวาราคม^{1*}

¹การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

²กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

³ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Self Concept Perception in School-Age Children with Chronic Illness at Kalasin Hospital

Paradee Choanarin¹, Yaowaret Kanmali², Picha Konkanghana³, Chayamon Panyawarakom^{1*}

¹Department of Pediatric and Adolescent Nursing,

Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

²Nursing Research and Development Work Group, Nursing Service Mission Group,
Kalasin Hospital

³Department of Fundamental Nursing and Nursing Administration,
Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

Received: 15 December 2025/ Review: 17 December 2025/ Revised: 16 February 2026/

Accepted: 17 February 2026

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ช่วงเดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 จำนวน 75 ราย ทำการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าเป็นแบบวัดที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้สุขภาพสำหรับเด็กโตที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 50 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดอัตมโนทัศน์ตนสำหรับเด็กโตที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อ ผ่านการหาคุณภาพด้านความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยงของแบบวัดส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.60 และ 0.81 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test และ One way ANOVA

ผลการศึกษา: พบว่า (1) ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนด้านการปรับตัวและการยอมรับในระดับดี รองลงมาคือ ด้านความพึงพอใจต่อร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับดีเช่นกัน ค่า นผลกระทบของโรคต่อภาพลักษณ์มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์ในระดับปานกลาง และด้านความรู้สึกด้านลบและความอายมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาพลักษณ์ต่ำที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ (2) การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพครอบครัว และสถานภาพสมรสของบิดามารดาแตกต่างกันไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน และ (3) การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนของกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย และผู้ดูแลไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกปัจจัย

สรุป: จากผลของการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่เป็นแนวทางสากลหรือแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะบุคคลและมีความยืดหยุ่นในการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละราย

คำสำคัญ: การรับรู้อัตมโนทัศน์, ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน, โรคเรื้อรัง

DOI: <https://doi.org/10.64960/srmedj.v41i1.270178>

*Corresponding author: Chayamon Panyawarakom, E-mail: Pub.warakom@gmail.com

Abstract

Objective: The purpose of this study was to study the self concept perception among school-age children with chronic illness at Kalasin Hospital.

Methods: This was a descriptive study. The sample consisted of 75 school-age children with chronic illness who received treatment at the pediatric ward of Kalasin Hospital between January and December 2024. Participants were selected using simple random sampling according to predetermined inclusion and exclusion criteria. The research instruments developed by the research team consisted of three parts: Part 1, a questionnaire on personal factors; Part 2, a 50-item health promotion scale for school-age children with chronic illness; and Part 3, a 30-item self concept perception scale for school-age children with chronic illness. The instruments were validated by three experts for content validity, with reliability coefficients of 0.60 and 0.81 for Parts 2 and 3, respectively. Data analysis was performed using statistical software, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and one-way ANOVA.

Results: The results showed that (1) school-age children demonstrated the highest mean score for self concept perception in the dimension of adjustment and acceptance at a good level, followed by overall body satisfaction also at a good level. The perceived impact of illness on self concept was at a moderate level, while negative feelings and shame showed the lowest mean score at a low level. (2) comparison of mean differences in self concept perception among participants with different gender, family status, and parental marital status showed no statistically significant differences in any dimension. (3) comparison of mean differences in self concept perception when categorized by age, educational level, duration of illness, and primary caregiver revealed no statistically significant differences across all factors.

Conclusions: The research findings can be applied to develop universal care programs or care guidelines to promote appropriate self concept perception, while considering individual needs and maintaining flexibility to adapt to specific contexts of each case.

Keywords: self concept perception, school-age children, chronic illness

บทนำ

อัตมโนทัศน์ของตน (self concept) คือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อร่างกายตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา การเคลื่อนไหว และการทำหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งเกิดขึ้นภายในจิตใจจากประสบการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อม เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในร่างกายของตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กโตวัย 12-18 ปี ที่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ตามแนวคิดของ Erikson¹ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กโตอยู่ในขั้นที่ 5 identity vs role confusion (อายุ 12-18 ปี) เป็นช่วงที่เด็กผูกพันกับสังคม และต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน มีความรู้สึกเป็นอิสระ และเป็นตัวของตัวเอง พยายามหาอัตลักษณ์และตัวตนของตนเอง

การรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนที่เหมาะสมจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้สำเร็จ มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี และมีความสุขเพิ่มขึ้น แต่หากรับรู้ว่าอัตมโนทัศน์แห่งตนไม่ดี อาจก่อให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กโตที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (ร้อยละ 10-15 ของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี) เช่น เบาหวาน หอบหืด หรือโรคทางเดินอาหาร จะได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การเรียน และต้องเข้าพักรักษาตัวบ่อย อาจทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า เบื่ออาหาร และไม่ร่าเริง นอกจากนี้การป่วยเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต (ซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด) ซึ่งนำไปสู่การรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนในแง่ลบ เกิดความรู้สึกด้อยค่า ไม่ยอมรับตนเอง และภาพลักษณ์ตนเองที่เปลี่ยนไป

การรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนที่เหมาะสมจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้สำเร็จ มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี และมีความสุขเพิ่มขึ้น แต่หากรับรู้ว่าอัตมโนทัศน์แห่งตนไม่ดี อาจก่อให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงองรับบริบท โดยเฉพาะเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก²⁰ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กโตที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (ร้อยละ 10-15 ของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี) เช่น เบาหวาน หอบหืด หรือโรคทางเดินอาหาร จะได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย การเรียน และต้องเข้าพักรักษาตัวบ่อย อาจทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า เบื่ออาหาร และไม่ร่าเริง นอกจากนี้การป่วยเรื้อรังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง

ทางร่างกายและข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต (ซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด) ซึ่งนำไปสู่การรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนในแง่ลบ เกิดความรู้สึกด้อยค่า ไม่ยอมรับตนเอง และภาพลักษณ์ตนเองที่เปลี่ยนไป ผลจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า เด็กที่ป่วยได้ผ่านกระบวนการ “เผชิญและยอมรับ” มาแล้วในระดับหนึ่ง ซึ่งตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus และ Folkman⁴ กล่าวว่า การปรับตัวที่ดีเกิดจาก appraisal ที่สมดุล กล่าวคือเด็กสามารถประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยได้โดยไม่รู้สึกว่าตนเองสูญเสียทุกอย่าง ดังนั้นโปรแกรมในด้านนี้จึงไม่ได้มุ่ง “แก้ไข” แต่มุ่ง “เสริมความแข็งแกร่ง” และ “กันไม่ให้ถดถอย” ในด้านความพึงพอใจต่อร่างกายโดยรวม หากเป็นไปตามทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson¹ ช่วงวัยรุ่นเป็นระยะที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว และเด็กอยู่ในช่วงสร้างอัตลักษณ์ (identity vs. role confusion) ทำให้ความพึงพอใจต่อร่างกายมีความเปราะบางสูงมาก โรคเรื้อรังที่ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงจากยาหรืออาการ เช่น บวม ผอมลง หรือแผลเป็น อาจกีดขวางคะแนนด้านนี้ลงได้ในอนาคตหากไม่มีการเสริมความแข็งแกร่งไว้ล่วงหน้า ด้านผลกระทบของโรคต่อภาพลักษณ์ เด็กที่ป่วยเรื้อรังมากสักระยะหนึ่งจะมีการรับรู้ได้อย่างชัดเจนว่าโรคส่งผลเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนในสายตาผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด social comparison theory ของ Festinger⁹ ที่ว่า มนุษย์ประเมินคุณค่าตนเองผ่านการเปรียบเทียบกับผู้อื่น และวัยรุ่นมีแนวโน้มใช้การเปรียบเทียบกับเพื่อนในวัยเดียวกัน ดังนั้นโปรแกรมในด้านนี้ต้องจัดการกับ “กระบวนการเปรียบเทียบ” มากกว่าแค่การให้ข้อมูลความรู้สึกด้านลบและความอายนั้นพบว่า ในเด็กป่วยเรื้อรังจะมีความรู้สึกนี้มากกว่าที่ปรากฏให้เห็น เพราะ Gilbert¹⁰ ชี้ว่า shame (ความอาย) แตกต่างจาก guilt (ความรู้สึกผิด) อย่างมีนัยยะ กล่าวคือ guilt คือ “ฉันทำสิ่งผิด” แต่ shame คือ “ฉันเป็นคนที่มีผิดพลาด” ซึ่ง shame เป็นอารมณ์ที่ทำลายอัตมโนทัศน์โดยรวมได้รุนแรงที่สุด และในงานวิจัยนี้ที่เด็กมีความรู้สึกอายเกี่ยวกับโรคของตนเอง หมายความว่าเด็กกำลังตีความว่า “การป่วย” คือ “ความบกพร่องในตัวตน” ซึ่งต้องการการจัดการอย่างเร่งด่วนและเป็นระบบ อัตมโนทัศน์ทั้ง 4 ด้านนี้ไม่ได้ทำงานเป็นอิสระจากกัน แต่มีความสัมพันธ์แบบ cascading effect หมายถึงหากด้านความอายและความรู้สึกด้านลบถูกแก้ไข จะส่งผลให้การรับรู้ผลกระทบของโรคต่อภาพลักษณ์ปรับตัวดีขึ้นตาม และจะช่วยรักษาความพึงพอใจต่อร่างกายและการปรับตัวให้คงระดับได้ในระยะยาว ดังนั้นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพสูงสุดควรเริ่มต้นจากการแก้ไขด้านที่ต่ำสุดก่อนเสมอ

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีจำนวนผู้ป่วยผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เป็นเด็กโตที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565-2567) จากร้อยละ 18.7 เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.5 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเด็กทั้งหมด ปัญหาส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเตรียมความพร้อมและความร่วมมือในการรักษา อย่างไรก็ตาม ในอดีตที่ผ่านมาหอผู้ป่วยเด็กไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลหรือศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนในเด็กป่วย คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เพื่อนำผลการวิจัยไปจัดทำโปรแกรมเตรียมความพร้อมและวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไปวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ² และการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนที่คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Thompson และคณะ³ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย (1) ความพึงพอใจต่อร่างกายโดยรวม (2) ผลกระทบของโรคต่อภาพลักษณ์ (3) การรับรู้ความแตกต่างจากผู้อื่น (4) พฤติกรรมหลีกเลี่ยง (5) ความรู้สึกด้านลบและความอาย และ (6) การปรับตัวและการยอมรับ

นิยามโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะทางสุขภาพที่มีระยะเวลาต่อเนื่องนานเกิน 3 เดือนขึ้นไป ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในระยะเวลาอันสั้น และต้องได้รับการรักษาหรือติดตามอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (ตามนิยามของ Centers for Disease Control and Prevention, CDC) ชนิดของโรคเรื้อรังที่ร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย (1) โรคระบบทางเดินหายใจ (2) โรคหอบหืด (asthma) (3) โรคระบบไตและทางเดินปัสสาวะ (4) โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) (5) กลุ่มอาการไตทราม (nephrotic syndrome) (6) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (7) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) (8) โรคระบบต่อมไร้ท่อ: โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes mellitus) (9) โรคเลือด ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย (thalassemia) โรคฮีโมฟีเลีย (hemophilia) (10) โรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia), เนื้องอกในสมอง (brain tumor) (11) โรคระบบประสาท ได้แก่ โรคลมชัก (epilepsy) (12) โรคระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (inflammatory bowel disease) ทั้งนี้

การจำแนกโรคเรื้อรังอ้างอิงตาม ICD-10 (international classification of diseases, 10th revision) และบันทึกจากเวชระเบียนของผู้ป่วย สำหรับสัดส่วนในแต่ละกลุ่มโรคมียอดที่ใกล้เคียงกัน

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเด็กโตที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 เนื่องจากการศึกษาการรับรู้อัตมโนทัศน์ในงานวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยต้องการวัดในขณะที่ยังเด็กกำลังเผชิญสถานการณ์จริง ไม่ใช่การย้อนนึกถึงความรู้สึกในอดีต ซึ่งหมายความว่าคำตอบที่ได้สะท้อน current self-concept ที่แท้จริง ในขณะที่ผู้ป่วยนอกอาจตอบจากความทรงจำหรือจากช่วงที่อาการดีขึ้นแล้ว ทำให้ผลอาจ underestimate ระดับปัญหาที่แท้จริง นอกจากนี้ผู้ป่วยในยังอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ควบคุมได้ พยาบาลและผู้วิจัยสามารถอธิบายแบบสอบถาม สังเกตพฤติกรรมขณะตอบ และช่วยเหลือเด็กในกรณีที่เกิดความรู้สึกด้านลบระหว่างการเก็บข้อมูลได้ทันที ซึ่งสำคัญมากเมื่อเครื่องมือวัดเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึกประการบาง

คณะผู้วิจัยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G* power ระดับค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ได้จำนวน 68 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คือ 7 ราย รวมเป็น 75 ราย กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) เด็กโตที่อายุ 10 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (2) เป็นผู้ป่วยในที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 วัน (3) ผู้ปกครองโดยชอบธรรมและเด็กโตที่ป่วยสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ (4) ผู้ปกครองและเด็กยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เด็กโตที่มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรคขึ้นไป และ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการฯ ได้ ไม่ครบกระบวนการ

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กโตที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 50 ข้อ ประยุกต์จากแนวคิดของ Pender และคณะ²

ส่วนที่ 3 แบบวัดอัตมโนทัศน์สำหรับเด็กโตที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อ ประยุกต์จากแนวคิดของ Thompson และคณะ³ แบบวัดที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 40 ข้อคำถามครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ การรับรู้ด้านร่างกาย

การรับรู้ด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับรู้ด้านความสามารถและการรับรู้คุณค่าและความหมายในชีวิต

แบบวัดผ่านการหาคุณภาพด้านความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient Alpha) มีค่าเท่ากับ .60 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่ COA No.004-2025 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบาง (vulnerable population) คือเด็กที่อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ปกครองต้องพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งอาจมี Freedom of decision ที่จำกัด คณะผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับกระบวนการขอความยินยอมอย่างเคร่งครัด ดังนี้

(1) การเตรียมการก่อนขอความยินยอม

ผู้วิจัยหลักประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตติดต่อผู้ปกครองและประเมินความเหมาะสมของเวลาในการเข้าพบ และตรวจสอบสถานะทางสุขภาพและจิตใจของเด็กว่าเหมาะสมต่อการเข้าร่วมวิจัย (ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต ไม่เจ็บป่วยรุนแรง)

(2) การให้ข้อมูลและขอความยินยอมจากผู้ปกครอง (informed consent)

ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (GCP) นำเสนอ เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (information sheet) และ หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย (consent form) แก่ผู้ปกครองโดยชอบธรรม ชี้แจงข้อมูลเป็นภาษาไทยที่เข้าใจง่าย ครอบคลุม ประกอบด้วย วัตถุประสงค์และความสำคัญของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา การรักษาความลับของข้อมูล การติดต่อผู้วิจัยกรณีมีข้อสงสัย ให้เวลาผู้ปกครองอ่านและตั้งคำถาม ไม่เร่งรัดหรือกดดันให้ตัดสินใจ ผู้ปกครองลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจ

(3) การขอความยินยอมจากเด็ก (child assent)

หลังจากผู้ปกครองให้ความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจะชี้แจงข้อมูลแก่เด็กโดยใช้ภาษาที่เหมาะสมกับวัยและระดับความเข้าใจ ใช้เอกสารแสดงความยินยอมสำหรับเด็ก (assent form) ที่มีภาพประกอบและข้อความสั้นๆ เข้าใจง่าย อธิบายว่าเด็กสามารถปฏิเสธหรือหยุดการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษา ขอความยินยอมจากเด็กด้วยวาจา (verbal assent) หรือให้เด็กเขียนชื่อ/วาดรูปในแบบฟอร์ม assent หากเด็กแสดงความไม่พอใจหรือปฏิเสธ จะไม่ดำเนินการวิจัยต่อ แม้ผู้ปกครองจะยินยอมแล้วก็ตาม

(4) การคุ้มครองสิทธิและความลับ

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะไม่มีชื่อ-นามสกุล แต่ใช้รหัสประจำตัวผู้เข้าร่วมวิจัย เก็บรักษาข้อมูลในตู้ล็อกและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่มีรหัสผ่าน มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงได้ ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปีหลังการวิจัยเสร็จสิ้นตามข้อกำหนดจริยธรรมการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face-to-face interview) ณ หอผู้ป่วยเด็ก ในเวลาที่เหมาะสม (ไม่ตรงกับเวลาทำการหัตถการหรือเวลาพักผ่อน)

(2) การสัมภาษณ์จัดขึ้นในบริเวณที่เป็นส่วนตัว เช่น ห้องประชุมเล็ก ห้องตรวจ หรือบริเวณที่มีม่านกันเตียงผู้ป่วยเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว

บริบทการสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มเด็กอายุ 10 ปี ขึ้นไป เสนอให้เด็กเลือกว่าต้องการให้ผู้ปกครองอยู่ด้วยหรือไม่ เพื่อให้เด็กรู้สึกสบายใจในการแสดงความคิดเห็น คณะผู้วิจัยมีการบันทึกในแบบสอบถามว่าการสัมภาษณ์แต่ละครั้งมีผู้ปกครองอยู่ด้วยหรือไม่ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หากพบความแตกต่างของข้อมูล

(3) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 20-30 นาทีต่อผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ราย ขึ้นอยู่กับความสามารถในการสื่อสารและความเหนื่อยล้าของเด็ก หากเด็กมีอาการเหนื่อยล้าหรือไม่สบาย สามารถพักหรือหยุดการสัมภาษณ์และนัดเก็บข้อมูลในโอกาสต่อไปได้

(4) ข้อมูลที่เก็บรวบรวม

- ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประเภทโรคเรื้อรัง ความถี่ในการเข้ารับการรักษา

- ข้อมูลจากการทำแบบวัด ประกอบด้วย แบบวัด การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับเด็กโตที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 50 ข้อ และแบบวัดอัตมโนทัศน์สำหรับเด็กโตที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อ กลุ่มตัวอย่างทำด้วยตนเองหรือด้วยวิธีการที่คณะผู้วิจัยถามคำถามทีละข้อ

- ข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง (โดยได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง)

การติดตามผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant Flow)

จากผู้ป่วยเด็กที่มีโรคเรื้อรังในฐานข้อมูล 256 ราย ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 168 ราย (ร้อยละ 65.63) ติดต่อขอความยินยอม 168 รายได้รับความยินยอม 75 ราย (response rate 44.64%) ระหว่างการเก็บข้อมูลไม่มีผู้ถอนตัว ส่งผลให้มีผู้เข้าร่วมที่จบการวิจัยและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 75 ราย (completion rate 100%)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพและภาพลักษณ์ใช้การวิเคราะห์สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเพื่อการเปรียบเทียบ independent t-test และ one way ANOVA

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเด็กโตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 50.67) และเพศชายจำนวน 37 ราย (ร้อยละ 49.33) มีช่วงอายุ 10-15 ปี โดยกลุ่มอายุ 10 และ 11 ปีมีจำนวนมากที่สุดอย่างละ 17 ราย (ร้อยละ 22.67) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 30.67) มีสัดส่วนของสถานภาพครอบครัวใกล้เคียงกัน โดยเป็นครอบครัวขยายจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 50.67) และครอบครัวเดี่ยวจำนวน 37 ราย (ร้อยละ 49.33) ผู้ป่วยเด็กโตส่วนใหญ่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกันเป็นคู่จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 82.67) มีระยะเวลาในการป่วย 1-2 ปีจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 57.34) ได้รับการดูแลจากบิดาและมารดาพร้อมกันจำนวน 56 ราย (ร้อยละ 74.67)

ระดับการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนแต่ละด้าน

ผู้ป่วยเด็กมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนด้านการปรับตัวและการยอมรับในระดับดี (4.19 ± 0.24) รองลงมาคือ ด้านความพึงพอใจต่อร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับดีเช่นกัน (4.00 ± 0.29) ด้านผลกระทบของโรคต่ออัตมโนทัศน์มีค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนในระดับปานกลาง (3.63 ± 0.12) ด้านพฤติกรรมหลีกเลี่ยงมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนในระดับปานกลาง (2.94 ± 0.16) ด้านการรับรู้ความแตกต่างจากผู้อื่น ผู้ป่วยเด็กมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ อัตมโนทัศน์แห่งตนในระดับปานกลาง (2.78 ± 0.11) และด้านความรู้สึกด้านลบและความอายมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนต่ำที่สุดและอยู่ในระดับต่ำ (2.01 ± 0.20) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนแต่ละด้าน (n=75)

	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$	การแปลผล
1. ด้านการปรับตัวและการยอมรับ	3.8	4.6	4.19 ± 0.24	ดี
2. ด้านความพึงพอใจต่อร่างกายโดยรวม	3.4	4.6	4.00 ± 0.29	ดี
3. ด้านผลกระทบของโรคต่อภาพลักษณ์	3.4	3.8	3.63 ± 0.12	ปานกลาง
4. ด้านพฤติกรรมหลีกเลี่ยง	2.6	3.4	2.94 ± 0.16	ปานกลาง
5. ด้านการรับรู้ความแตกต่างจากผู้อื่น	2.6	3.0	2.78 ± 0.11	ปานกลาง
6. ด้านความรู้สึกด้านลบและความอาย	1.8	2.2	2.01 ± 0.20	ต่ำ

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้อัตมโนทัศน์ แห่งตนตามปัจจัยส่วนบุคคล

การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์
แห่งตนของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพครอบครัว และ
สถานภาพสมรสของบิดามารดาแตกต่างกันไม่พบความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน เช่นเดียวกับการเปรียบเทียบ
ความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนของ
กลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลา
ที่ป่วย และผู้ดูแลไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ในทุกปัจจัย (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนจำแนกตามเพศ สถานภาพครอบครัว และสถานภาพ
สมรสของบิดามารดา (n=75)

	$\bar{X} \pm SD$	t	df	(95% CI)	p-value
เพศ		-4.5	63.58	-1.57 to 0.99	.66
ชาย (35)	93.89±3.02				
หญิง (35)	93.60±2.30				
สถานภาพครอบครัว	93.77±0.44	.07	68	-1.24 to 1.33	.95
เดี่ยว (34)					
ขยาย (36)	93.72±2.83				
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		-.25	68	-1.91 to 1.49	.81
คู่ (58)	93.71±2.73				
หม้าย/หย่า/แยก (12)	93.92±2.47				

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลา และผู้ดูแล
(n=75)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1. อายุ	Between Groups	28.523	5	5.705	.789	.562
	Within Groups	462.848	64	7.232		
	Total	491.371	69			
2. ระดับการศึกษา	Between Groups	7.987	3	2.662	.364	.780
	Within Groups	483.384	66	7.324		
	Total	491.371	69			
3. ระยะเวลาที่ป่วย	Between Groups	38.264	3	12.755	1.858	.145
	Within Groups	453.108	66	6.865		
	Total	491.371	69			
4. ผู้ดูแล	Between Groups	10.111	2	5.055	.704	.498
	Within Groups	481.261	67	7.183		
	Total	491.371	69			

วิจารณ์

ผู้ป่วยเด็กโตมีความสามารถในการปรับตัวและยอมรับอัตมโนทัศน์ของตนเอง ที่มีต่อร่างกายของตนเอง ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วยได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus และ Folkman⁴ ที่อธิบายว่าบุคคลที่เผชิญกับความเครียดเรื้อรังจะพัฒนากลยุทธ์การเผชิญปัญหา (coping strategies) ที่มีประสิทธิภาพตามกาลเวลา โดยเฉพาะการใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงบวกที่เน้นการยอมรับและการปรับความคิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pinquart⁵ ที่พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคเรื้อรังสามารถพัฒนาความยืดหยุ่น (resilience) และการปรับตัวที่ดีได้เมื่อได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อร่างกายโดยรวมของตนเองอยู่ในระดับดี แม้จะมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Cash⁶ เกี่ยวกับ body image cognitive-behavioral model ที่อธิบายว่าการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนเป็นกระบวนการหลายมิติที่ได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ทางสังคม ความคิด และพฤติกรรม โดยบุคคลสามารถพัฒนาทัศนคติเชิงบวกต่อร่างกายได้แม้จะมีความแตกต่างหรือข้อจำกัดทางร่างกาย

สำหรับด้านผลกระทบของโรคต่ออัตมโนทัศน์แห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pruzinsky และ Cash⁷ ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังมักมีการประเมินผลกระทบของโรคต่ออัตมโนทัศน์แห่งตนในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนการตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงแต่ไม่ถึงขั้นส่งผลกระทบรุนแรงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนพฤติกรรมหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือสถานการณ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี social avoidance and distress ของ Watson และ Friend⁸ ที่อธิบายว่าบุคคลที่รับรู้ความแตกต่างของตนเองอาจมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ทางสังคมเพื่อลดความวิตกกังวล

ด้านการรับรู้ความแตกต่างจากผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ด้วย social comparison theory ของ Festinger⁹ ที่อธิบายว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นเพื่อประเมินความสามารถและคุณลักษณะของตนเอง การรับรู้ความแตกต่างในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำแสดงว่าผู้ป่วยเด็กโตไม่ได้มุ่งเน้นการเปรียบเทียบทางลบมากนัก ส่วนความรู้สึกด้านลบและความอายเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์แห่งตนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งเป็นผลดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Gilbert¹⁰ เกี่ยวกับความอายและการรับรู้ตนเอง ที่อธิบายว่าความอายเกี่ยวกับร่างกายเกิดจากการรับรู้ผู้อื่นมองตนเองในแง่ลบ แต่เมื่อมีการยอมรับจากสังคมและตนเอง ความรู้สึกอายจะ

ลดลง นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยทางประชากรเช่น เพศ สถานภาพครอบครัว อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย และผู้ดูแล ไม่มีผลต่อความแตกต่างของการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนในกลุ่มนี้มีลักษณะที่ค่อนข้างสม่ำเสมอไม่ว่าจะมาจากภูมิหลังใด ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์ของการเป็นโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตนมากกว่าปัจจัยทางประชากรเหล่านี้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของ Erikson¹ เกี่ยวกับการพัฒนาอัตมโนทัศน์แห่งตนในวัยรุ่น ที่อธิบายว่าวัยรุ่นที่เผชิญกับความท้าทายร่วมกัน เช่น การเป็นโรคเรื้อรัง มักมีประสบการณ์และกระบวนการพัฒนาที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ common sense model of self-regulation ของ Leventhal และคณะ¹¹ ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีโรคเรื้อรังจะสร้าง “การแทนค่าของโรค” (illness representations) ที่มีลักษณะร่วมกันไม่ว่าจะมีภูมิหลังใดก็ตาม โดยการรับรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบต่อชีวิตประจำวันกลายเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางจิตใจรวมถึงการรับรู้อัตมโนทัศน์แห่งตน

อย่างไรก็ตามระดับการรับรู้อัตมโนทัศน์จากเครื่องมือในงานวิจัยนี้ เป็นแบบการรับรู้อัตมโนทัศน์ที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 30 ข้อ Likert 5 ระดับ ครอบคลุม 4 มิติ ผลการวัดพบว่าด้านการปรับตัวและการยอมรับ อยู่ในระดับดี (มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด) ด้านความพึงพอใจต่อร่างกายโดยรวม อยู่ในระดับดี ด้านผลกระทบของโรคต่ออาการหลัก อยู่ในระดับปานกลาง และด้านความรู้สึกด้านลบและความอาย อยู่ในระดับต่ำ (มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด) รูปแบบนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้เด็กจะสามารถปรับตัวและยอมรับโรคได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีความรู้สึกด้านลบและความอายเกี่ยวกับภาพลักษณ์อยู่มาก ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องการการแทรกแซงทางจิตสังคม สำหรับการหาความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือในการวิจัยนั้น คณะผู้วิจัยตรวจสอบ content validity โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่ยอมรับในงานวิจัยพยาบาลไทย แสดงว่าเนื้อหาของข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามและกรอบแนวคิด อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ยังไม่ได้รายงาน construct validity (เช่น CFA) หรือ criterion validity ซึ่งเป็นข้อจำกัดประการหนึ่ง

ด้านค่าความเที่ยง (reliability) มีค่า Cronbach's alpha = 0.81 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ ดี (เกณฑ์ยอมรับ ≥ 0.70) แสดงว่าข้อคำถามทั้ง 30 ข้อมีความสอดคล้องภายในกลุ่มเป็นอย่างดี หากเปรียบเทียบกับเครื่องมือวัดอัตมโนทัศน์ขอ

งานวิจัยอื่น การเปรียบเทียบโดยตรงระหว่างคะแนนดิบ มีข้อจำกัด เนื่องจากเครื่องมือแต่ละชุดมีจำนวนข้อ โครงสร้าง มิติ และเกณฑ์แปลผลที่ต่างกัน แต่สามารถเปรียบเทียบ ในเชิง แนวคิด โครงสร้าง และแนวโน้มผล ด้าน

ความเหมือน คือ เครื่องมือในงานนี้มีแนวทางสอดคล้อง กับ Piers-Harris children's self-Concept scale (PHSCS) ซึ่งวัดอัตมโนทัศน์ในเด็กอายุ 8-18 ปีใน 6 มิติ (รวมมิติ ด้านร่างกาย อารมณ์ และความสัมพันธ์สังคม) และมีรายงาน Cronbach's alpha ใกล้เคียงกันที่ระดับ 0.78-0.93 งานวิจัย ระหว่างประเทศที่ใช้ PHSCS ในเด็กโรคเรื้อรังพบแนวโน้ม คล้ายกัน กล่าวคือ เด็กมักมีอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายต่ำกว่า มิติอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลด้านภาพลักษณ์ในงานวิจัยนี้ที่พบว่า เด็กมีความรู้สึกด้านลบต่อร่างกายในระดับต่ำเช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้ Susan Harter's self-perception profile for children (SPPC) ซึ่งวัด 6 ด้าน รวมถึง global self-worth โดยพบเช่นกันว่าเด็กที่มีโรคเรื้อรัง มีคะแนนด้าน physical appearance และ athletic competence ต่ำกว่าเด็กทั่วไป สำหรับความแตกต่าง พบว่า จุดที่งานวิจัยนี้แตกต่างจากเครื่องมือสากลอย่างชัดเจนคือ เครื่องมือนี้ได้รับการออกแบบ เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง จึงมีมิติที่ไม่พบในเครื่องมือทั่วไป เช่น ด้านผลกระทบของโรค ต่อภาพลักษณ์ และด้านการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ในขณะที่ PHSCS หรือ SPPC ถูกสร้างสำหรับเด็กทั่วไป ทำให้ครอบคลุม มิติเหล่านั้นน้อยกว่า เครื่องมือนี้จึงมี ecological validity ที่ดีกว่า สำหรับกลุ่มประชากรเป้าหมาย อีกจุดหนึ่งคือ Tennessee self-concept scale (TSCS:2) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอัตมโนทัศน์ แบบครอบคลุมที่ใช้กันแพร่หลายมี 82 ข้อและวัดถึง 6 มิติรวมถึงอัตมโนทัศน์ด้านจริยธรรมและครอบครัว มี reliability สูงกว่า ($\alpha = 0.87-0.95$) และมีการสร้าง norm สำหรับ เปรียบเทียบระดับประชากรไว้แล้ว ซึ่งเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ยังไม่มี norm อ้างอิงในระดับประชากร ทำให้การตีความผล ยังจำกัดอยู่ในบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

สรุป

โดยสรุปจากลักษณะทางประชากรศาสตร์ทั้งหมด ที่ศึกษา ได้แก่ เพศ สถานภาพครอบครัว สถานภาพสมรส ของบิดามารดา อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย และ ผู้ดูแล ไม่มีผลต่อความแตกต่างของการรับรู้อัตมโนทัศน์ในกลุ่ม เด็กโรคเรื้อรัง ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้อัตมโนทัศน์ ในกลุ่มนี้มีลักษณะสม่ำเสมอและค่อนข้างคงที่ ข้ามภูมิภาคต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับ common sense model ของ Leventhal และคณะ¹¹ ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีโรคเรื้อรังจะสร้าง illness

representation ที่มีแนวโน้มใกล้เคียงกันโดยไม่ขึ้นกับภูมิภาค ทางสังคม อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบนี้ไม่อาจสรุปได้ว่าโรคเรื้อรัง เป็นตัวกำหนดหลักของอัตมโนทัศน์ เนื่องจากการวิจัยนี้ ไม่ได้ออกแบบเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่น่าสนใจ ยิ่งกว่าคือ แม้เด็กทุกคนในกลุ่มตัวอย่างจะมีประสบการณ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมกัน แต่ผลการวิจัยกลับพบว่า เด็กส่วนใหญ่มีการรับรู้อัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดีในด้านการ ปรับตัวและยอมรับ และระดับดีในด้านความพึงพอใจต่อ ร่างกาย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีโรคเรื้อรัง ไม่ได้ส่งผลเชิงลบต่อ อัตมโนทัศน์โดยอัตโนมัติ สอดคล้องกับแนวคิด resilience in chronic illness ของ Compas และคณะ¹² ที่ระบุว่า เด็กจำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถพัฒนาความ ยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological resilience) ได้ในระดับที่ดี โดยเฉพาะเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากร ทางทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง มิติที่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การรับรู้ผลกระทบของโรคต่อภาพลักษณ์และพฤติกรรม หลีกเลี่ยงทางสังคม¹⁶⁻¹⁸ บ่งชี้ว่ายังมีส่วนของการรับรู้ตนเอง ที่ต้องการการดูแลเสริม แต่ไม่ถึงขั้นวิกฤต สิ่งนี้สะท้อนว่า เด็กโรคเรื้อรังในกลุ่มนี้มีทรัพยากรภายในที่พอเพียงในการ รับมือกับโรค แต่ยังต้องการความช่วยเหลือเฉพาะในประเด็น การมองภาพตนเองในบริบทสังคมและการเปรียบเทียบกับผู้อื่น ซึ่งเป็นประเด็นที่ตอบสนองได้ดี ควรริบดำเนินการในรูปแบบ การพยาบาลเชิงรุก มากกว่าการรอให้ปัญหาพัฒนาจนรุนแรง

ข้อจำกัดของการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ทำเพียงโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เท่านั้น ไม่สามารถนำไปสรุปเป็นตัวแทนของผู้ป่วยเด็กในพื้นที่อื่น หรือระดับประเทศได้ การศึกษารวมโรคเรื้อรังหลายประเภท เข้าด้วยกัน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางขณะหนึ่ง (cross-sectional study) ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ เชิงเหตุและผลได้ ไม่สามารถควบคุมปัจจัยรบกวนทั้งหมด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการการศึกษานี้สามารถนำไปสู่การพัฒนา โปรแกรมหรือแนวทางการดูแลเพื่อส่งเสริมการรับรู้อัตมโนทัศน์ แห่งตนที่เหมาะสม โดยควรเป็นโปรแกรมที่มีความเป็นสากล (universal interventions) ใช้ได้ทั่วไปสำหรับเด็กและวัยรุ่น ที่มีโรคเรื้อรัง โดยเน้นที่ประสบการณ์หลักของการเป็นโรคเรื้อรัง มากกว่าการปรับแต่งตามลักษณะทางประชากร อย่างไรก็ตาม ควรคำนึงถึงความต้องการเฉพาะบุคคลและมีความยืดหยุ่น ในการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละราย ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะทางสังคม (social skills

training) และการให้คำปรึกษากลุ่ม (group counseling) เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและลดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงทางสังคม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนเองอย่างไร
2. ควรศึกษาว่าระดับความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ประเภทของโรค และผลกระทบทางร่างกายที่มองเห็นได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนเองอย่างไร
3. ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการศึกษารณีศึกษา เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองของเด็กและเยาวชนอย่างลึกซึ้ง
4. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (longitudinal study) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้อัตมโนทัศน์ของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยรุ่นใหญ่

เอกสารอ้างอิง

1. Erikson EH. Identity: Youth and crisis. W. W. Norton & Company, 1968.
2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice (4th ed.). Prentice-Hall, 2002.
3. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. American Psychological Association, 1999. doi:10.1037/10312-000.
4. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company, 1984.
5. Pinquart M. Body image of children and adolescents with chronic illness: A meta-analytic comparison with healthy peers. Body Image 2013;10(2):141-8. doi:10.1016/j.bodyim.2012.10.008
6. Cash TF. Body image: Past, present, and future. Body Image 2004;1(1):1-5. doi:10.1016/S1740-1445(03)00011-1.
7. Pruzinsky T, Cash TF. Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. In: Cash TF, Pruzinsky T, (Eds.), Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. Guilford Press, 2002: 3-12.
8. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1969;33(4):448-57. doi:10.1037/h0027806.
9. Festinger L. A theory of social comparison processes. Human Relations 1954;7(2):117-40. doi:10.1177/001872675400700202.
10. Gilbert P. What is shame? Some core issues and controversies. In: Gilbert P, Andrews B, (Eds.), Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture. 1st ed. Oxford University Press. 1998:3-38, doi:10.1093/oso/9780195114799.003.0001.
11. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H, (Eds.). The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour, 1st ed. Routledge, London, 2003:42-65.
12. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. Annu Rev Clin Psychol 2012;8:455-80. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108.
13. Pinquart M. Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. J Pediatr Psychol 2013;38(7):708-21. doi:10.1093/jpepsy/jst020.
14. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. Health Qual Life Outcomes 2007;5(1):43. doi:10.1186/1477-7525-5-43.
15. Paterson BL. The shifting perspectives model of chronic illness. J Nurs Scholarsh 2001;33(1):21-6. doi: 10.1111/j.1547-5069.2001.00021.x.
16. Stam H, Grootenhuys MA, Last BF. Social and emotional adjustment in young survivors of childhood cancer. Support Care Cancer 2001;9(7):489-513. doi:10.1007/s005200100271.

17. Maikranz JM, Steele RG, Dreyer ML, Stratman AC, Bovaird JA. The relationship of hope and illness-related uncertainty to emotional adjustment in pediatric transplant recipients. *J Pediatr Psychol* 2007;32(5):571-81. doi: 10.1093/jpepsy/jsl046.
18. Cousino MK, Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. *J Pediatr Psychol* 2013;38(8): 809-28. doi: 10.1093/jpepsy/jst049.
19. Brown B. Shame resilience theory: A grounded theory study on women and shame. *Families in Society* 2006;87(1):43-52. doi:10.1606/1044-3894.3483
20. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. World Health Organization, 2013.

