

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กเสียชีวิต ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุ (Foley & Fergusson, 2002) ในประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเด็กเป็นอันดับสองรองจากโรคติดเชื้อ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบเด็กป่วยโรคมะเร็งมีจำนวน 12,400 รายต่อปี (Gurney&Bondy,2004) ในประเทศไทยจากรายงานของชมรมโรคมะเร็งเด็ก ปี พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งในเด็กรายใหม่ทั้งหมด 999 ราย (ชมรมโรคมะเร็งเด็ก, 2546) จากรายงานสถิติเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2549-2551 พบว่ามีเด็กโรคมะเร็งอายุแรกเกิดถึง 15 ปีจำนวน 350 460 และ 489 รายตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2551) จากสถิติเด็กโรคมะเร็งจะเห็นว่าจำนวนเด็กป่วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ส่งผลให้จำนวนเด็กป่วยที่ได้รับผลกระทบจากโรคมะเร็งและการรักษามีเพิ่มขึ้น

การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาหลักในเด็กป่วยโรคมะเร็ง เด็กป่วยต้องได้รับยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เด็กป่วยมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงตามมา (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540; Bleyer, 2004) อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เชื้อราช่องปากอักเสบ (Hockenbery, 2004; Bryant, 2003; Collins et al., 2000, Collins et al., 2002) และมีผลต่อการสร้างเซลล์ของระบบเลือดโดยจะกีดขวางการสร้างเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดของไขกระดูก ทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กติดเชื้อง่าย ซีด และเลือดออกง่าย

ยาเคมีบำบัดจะมีผลทำให้จำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงมากโดยเฉพาะชนิดนิวโทรฟิล (neutrophil) ซึ่งทำหน้าที่สำคัญในการทำลายเชื้อโรคเมื่อมีปริมาณลดลงการทำหน้าที่ทำลายสิ่งแปลกปลอม (phagocytosis) ลดลงทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคของร่างกายลดลง ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (ปัญจะ กุลพงษ์, 2540) และอัตราการติดเชื้อยังขึ้นอยู่กับการจำนวนนิวโทรฟิล และเม็ดเลือดขาว ถ้าผู้ป่วยเด็กมีค่า Absolute Neutrophil Count (ANC) ระหว่าง 1,000-1500 cells/cu mm จะมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 5-15 และอัตราการติดเชื้อจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 30-60 ถ้าผู้ป่วยเด็กมีค่า ANC น้อยกว่า 100 cells/cu mm (Verhoef, 1993) ดังจะเห็นได้จากสถิติผู้ป่วยเด็ก

โรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในปี 2549 2550 และ 2551 มีการติดเชื้อเกิดขึ้น ร้อยละ 7.06 7.28 และ 2.93 ตามลำดับ (รายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบการติดเชื้อเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ดังผลการศึกษายพบอัตราการตายจากการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ซึ่งพบถึงร้อยละ 19.6 (ณัฐติยา จาริวิญญู, 2549) ผลการศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่พบว่าตำแหน่งที่พบเชื้อมากที่สุด ได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 30.5) รองลงมาคือ การติดเชื้อบริเวณหู คอ จมูก และปาก (ร้อยละ 19.6) (ณัฐติยา จาริวิญญู, 2549)

การติดเชื้อเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยเด็กและครอบครัวอย่างมาก ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเมื่อมีการติดเชื้อจะมีอาการไข้สูงเป็นเวลานานทำให้สูญเสียพลังงานจากการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กซึ่งอ่อนเพลียอยู่แล้วมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น เกิดความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะเครียด อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด และโกรธง่าย (Eiser, 1998) นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำมากและมีการติดเชื้อจำเป็นต้องพักรักษาตัวในห้องแยกเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกถูกแยกจากผู้อื่น และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (รวิวรรณ คำเงิน, 2545) เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นทำให้ต้องงดการให้เคมีบำบัดไว้ชั่วคราว ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลงและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ และการติดเชื้อที่รุนแรงขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตได้ (Alexander, Walsh, Freifeld & Pizzo, 2002) เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีการติดเชื้อเกิดขึ้น บิดามารดาจะรับรู้ว่าการป่วยของบุตรรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมากยิ่งขึ้น (สุริภรณ์ สุวรรณโอสธ, 2547) บิดามารดาเครียดมากกับความเจ็บป่วยของบุตรกลัวบุตรเสียชีวิต ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และนอนไม่หลับ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า (Carey, 1999) การติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กยังมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลมากขึ้นและยาวนานขึ้น และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากบิดามารดาอยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลนานและใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลจนบางครั้งไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของพี่น้องของผู้ป่วยเด็กและสมาชิกอื่นในครอบครัว (รุจา ภูโพนุลย์ และคณะ, 2543)

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลนับเป็นหลักการสำคัญในการดูแลเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Coyne, 1995; Evans, 1994; Newton, 2000) ซึ่งได้รับการยอมรับและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญที่สุดสำหรับชีวิตเด็กทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยเฉพาะบิดามารดาจะสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กป่วย

ได้ดีที่สุด เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดกับเด็กป่วยมากที่สุดจึงมีความเข้าใจความต้องการของเด็กป่วยได้ดี (Curley & Meyer, 1996) ปัจจุบันโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีนโยบายให้บิดาหรือมารดาอยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กได้ โดยส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้เฝ้าและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะอยู่โรงพยาบาล แต่นโยบายการให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรวมทั้งการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดยังมีการระบุบทบาทที่ไม่ชัดเจน การให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของบุคลากรพยาบาลแตกต่างกันทั้งชนิดและความซับซ้อนของกิจกรรมการดูแลและบิดามารดาบางรายซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเด็กด้วยตัวเอง จะทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยซับซ้อนมากขึ้น (Ygge & Ametz, 2004)

การที่บิดามารดามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยเด็กและบิดามารดา รวมทั้งบุคลากรพยาบาล ประโยชน์ต่อผู้ป่วยเด็ก หากบิดามารดามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งในเรื่อง การล้างมือ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อและรายงานอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กแก่บุคลากรพยาบาลได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดโอกาสที่ผู้ป่วยเด็กจะสัมผัสเชื้อโรคซึ่งจะป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันจากบิดามารดา ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ลดความเครียด และ ความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยและอยู่โรงพยาบาล (Neill, 1996b) ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมต่อบิดามารดา คือบิดามารดาได้แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยของบุตรและวิธีการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อกับพยาบาลและทีมการรักษาพยาบาลขณะตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยเด็ก ช่วยให้บิดามารดาได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กมากขึ้น ได้มีโอกาสซักถามและปรึกษาเกี่ยวกับอาการและการรักษาผู้ป่วยเด็ก ทำให้ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยเด็กและวิธีการดูแลที่ถูกต้อง ช่วยให้บิดามารดามีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กมากขึ้น (Neill, 1996b) สำหรับประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อต่อบุคลากรพยาบาล คือทำให้พยาบาลได้รับทราบข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กจากบิดามารดา รวมทั้งวิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กของบิดามารดา สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กได้ทันเวลา และครอบคลุมมากขึ้น (Coyne, 1995) ได้มีโอกาสสอนหรือให้ข้อมูลแก่บิดามารดาเพิ่มเติมและได้รับความร่วมมือในการรักษาพยาบาลจากบิดามารดา และผู้ป่วยเด็กมากขึ้น (Power & Rubenstein, 1999)

เชปป์ (Schepp, 1995) ได้เสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลว่า เป็นการที่บิดามารดาได้เข้าร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลเด็กป่วยในสถานการณ์ที่บิดามารดาประสบเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม เมื่อบิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยจะทำให้เด็กป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ ได้รับการดูแลที่ใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่บิดามารดาได้ปฏิบัติขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลขณะทำกิจกรรมการพยาบาล 3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและบุคลากรพยาบาล และ 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย โดยมีผู้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศพบว่าแนวคิดการมีส่วนร่วมนี้สามารถช่วยอธิบายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยได้แต่ไม่ได้ใช้อธิบายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด การศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤต (ไกรวรรร กาพันธ์, 2552) การดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน (สิรินาทยา วงศ์वाल, 2551) การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง (จรัสศรี หินศิลป์, 2549) การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลชุมชน (อัมพร รอดสุทธิ, 2546) และการดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545) พบว่าผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยน้อยทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านการตัดสินใจ ดังนั้นในการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยของเชปป์ (Schepp, 1995) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาข้างต้นการศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในภาพรวมซึ่งรวมถึงผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดด้วย ในประเทศไทยผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยน้อยกว่าการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาปรารถนาที่จะปฏิบัติทั้งด้านกิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจ และพบว่าร้อยละ 82.8 ได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 64.8 ในด้านกิจกรรมการพยาบาล ร้อยละ 44.1 ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และร้อยละ 42.1 ในด้านการตัดสินใจ (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545) และในต่างประเทศพบว่าบิดามารดาของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังได้มีส่วนร่วมน้อยในการดูแลเด็กป่วยโดยเฉพาะในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Ygge & Ametz, 2004) นอกจากนี้ผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่าบิดามารดาของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลมากที่สุด (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545; Balling & McCubbin, 2001) จะเห็นว่าผลการศึกษาดังกล่าวไม่ได้มีส่วนที่ทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับ

การมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด การศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดจะทำให้ได้ความรู้ว่าบิดามารดามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดด้านใดบ้างและมากน้อยเพียงใด

การมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อาจมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะหากบิดามารดามีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดก็จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากกว่าบิดามารดาที่มีความรู้ไม่เพียงพอ ดังผลการศึกษาของ ไกรวรรร กาพันธ์ (2552) พบว่าความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยภาวะฉุกเฉินในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อจะได้ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม และใช้เป็นข้อมูลในการวิจัยเพื่อส่งเสริมให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

คำถามการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีมากน้อยเพียงใด
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดาและระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดหรือไม่

นิยามศัพท์

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง กิจกรรมที่บิดามารดาให้การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดเมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวช มี 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย ประเมินจากแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์ (Schepp,1995) และการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อและระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบิดามารดา หมายถึง ความเข้าใจของบิดามารดาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็น โรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ประเมินจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หมายถึง ระดับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ประเมินความรุนแรงของการเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากค่า Absolute Neutrophil Count (ANC)

บิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง บิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งอายุระหว่าง 1-15 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม