

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก



นางสาวเพียงใจ นวนหนู

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF EDUCATIONAL PROGRAM EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION
AT HOME ON SELF-CARE BEHAVIORS OF SCHOOL-AGE CHILDREN
WITH NEPHROTIC SYNDROME



Miss Piangjai Nuannoo

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing


Chulalongkorn University

Academic Year 2006

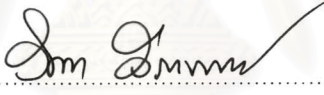
Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
โรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก
โดย นางสาวเพียงใจ นวนหนู
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี

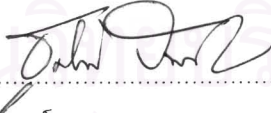
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)


.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

สถาบันพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพียงใจ นวนหนู : ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก
(THE EFFECT OF EDUCATIONAL PROGRAM EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION AT HOME ON SELF-CARE BEHAVIORS OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME) อ.ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.ประนอม รอดคำดี, 145 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกอายุระหว่าง 7-12 ปี ที่เข้ารักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 20 คน โดยจับคู่อายุและระยะเวลาที่เป็นโรคของเด็ก และระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้ดูแล กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน ประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่า โปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา.....2549..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4677628636: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORDS : EDUCATIONAL PROGRAM EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION
AT HOME/SELF-CARE BEHAVIORS / SCHOOL-AGE CHILDREN WITH NEPHROTIC
SYNDROME

PIANGJAI NUANNOO : THE EFFECT OF EDUCATIONAL PROGRAM
EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION AT HOME ON SELF-CARE BEHAVIORS
OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME. THESIS ADVISOR:
ASST. PROF. BRANOM RODCUMDEE, Ph.D., 145 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of educational program emphasizing family participation at home on self-care behaviors of school-age children with nephrotic syndrome. The subjects were 40 nephrotic syndrome children 7-12 years old who were followed up at the pediatric renal clinic, out-patient department, Suratthani Hospital. They were equally assigned into 2 groups by matching of age, duration of having nephrotic syndrome and educational level of their parents or caregivers. Control group received the usual nursing care and experimental group received the educational program emphasizing family participation at home. The questionnaire was tested for content validity and reliability which has Cronbach's alpha value of .79. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The major findings were as follows:

1. The mean score on self-care behavior of school-age children with nephrotic syndrome after receiving educational program emphasizing family participation at home was significantly higher than before at the 0.5 level.
2. The mean score on self-care behavior of school-age children with nephrotic syndrome in experimental group was significantly higher than control group at the 0.5 level.

These findings support that educational program emphasizing family participation at home can enhance self-care practices in school-age children with nephrotic syndrome.

Field of study..... Nursing Science.....Student's signature.....*Piangjai Nuannoo*
Academic year.....2006.....Advisor's signature.....*Branom Rodcumdee*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตากรุณาอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ รอดคำดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ คอยกระตุ้นชี้แนวทางที่เป็นประโยชน์ เสียสละเวลาในการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจ และสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. วิไล จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการใช้สถิติในการวิจัย รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้วิจัย ทั้งยังห่วงใย เอื้ออาทร ตลอดระยะเวลาของการศึกษา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน ที่ได้กรุณาสละเวลา ให้คำแนะนำและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก ที่อนุญาตให้ทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ขอขอบคุณผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ได้ปลูกฝังค่านิยมอันดีงามของการศึกษา ทำให้ผู้วิจัยเติบโตอย่างมีคุณค่า ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ ทุกคนที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด และทุกๆ คนที่มีโอกาสเอ่ยนามได้หมด จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงสมบูรณ์ได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงวิไล เคาวางกูร ผู้ที่ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยจนสามารถสำเร็จการศึกษาได้ด้วยดี คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ขอมอบให้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกทุกคน และกัลยาณมิตรทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
2 เอกสารและงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกในเด็ก.....	11
พัฒนาการของเด็กวัยเรียน.....	19
การให้ความรู้และพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน.....	23
พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก.....	31
บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง	38
การมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	58
การวิเคราะห์ข้อมูล	67

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	68
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	77
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผล.....	80
ข้อเสนอแนะ.....	85
รายการอ้างอิง.....	86
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	94
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย.....	96
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง.....	124
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	128
ภาคผนวก จ หนังสือขอเก็บข้อมูล.....	135
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	145

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก จำแนกตามเพศ อายุ ระยะเวลาเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรค และแหล่งความรู้.....	69
2	จำนวนและร้อยละของบิดา มารดา และผู้ดูแล จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว.....	71
3	ทดสอบความแตกต่างของอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก และระดับการศึกษาของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	72
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	68
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ	74
6	เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนกลุ่มโรคอาการเนฟโฟรติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	75
7	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกก่อนและหลังการสนทนาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	76
8	จำแนกผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกตามอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค และระดับการศึกษาของบิดา มารดาหรือผู้ดูแล.....	129
9	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกก่อนและหลังการสนทนาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	131

ตารางที่	หน้า
10	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้านการดูแลทั่วไป..... 131
11	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ..... 133
12	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้านการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ..... 134

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	50
2	วิธีดำเนินการทดลอง.....	66



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในปัจจุบัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง รวมทั้งการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม และสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ทำให้การรักษาโรคต่างๆ ได้ผลดีมากขึ้น ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเด็กไทย คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเลือด โรคภูมิแพ้ และโรคไต (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2539) โดยเฉพาะโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก พบอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงในเด็กและพบได้มากในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 6-12 ปี (Margic, 1998; Thompson, 1995) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกในประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปีประมาณ 2-7 คน ต่อ 100,000 คน ต่อปี (พรชัย กิ่งวัฒนกุล, 2547) สำหรับประเทศไทยยังไม่ทราบอุบัติการณ์ที่แน่นอน จากข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2547 มีผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกมารับการตรวจรักษาที่คลินิกเด็กโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 93 ราย 76 ราย และ 77 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจำนวน 61 ราย 58 ราย และ 59 ราย ตามลำดับ กล่าวคือเป็นเด็กวัยเรียนประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกทั้งหมด (สถิติโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2547) จากสถิติที่กล่าวมาแม้ว่าโรคนี้จะพบได้ไม่บ่อยนัก แต่ความเรื้อรังของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา รวมทั้งการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายในภายหลังทำให้เกิดผลกระทบในหลายๆ ด้าน จึงนับได้ว่าโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขปัญหาหนึ่ง

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของไตส่วน glomerulus ทำให้มีการสูญเสียอัลบูมินทางปัสสาวะ จนเป็นเหตุให้ระดับซีรัมอัลบูมินต่ำลง (hypoalbuminemia) เกิดอาการบวม (edema) และระดับไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) (พรชัย กิ่งวัฒนกุล, 2547) โรคนี้การดำเนินโรคไม่แน่นอน และมักเกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ (สุชาติ เกิดผล, 2531) จึงพบว่า การควบคุมโรคทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร โรคอาจกำเริบได้เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเอง หรือจากภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น การติดเชื้อ นอกจากนี้การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม การเล่นหรือการออกกำลังกายที่หักโหม ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้โรคกำเริบได้ ซึ่งการมีโรคกำเริบบ่อยครั้งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการรักษาที่ยุ่งยาก

ซับซ้อน และมีการพยากรณ์โรคเลวลง (Waechter, Phillips & Holaday, 1985) ดังนั้นการควบคุมสถานะของโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก

ปัญหาการรักษาพยาบาลที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกคือ การขาดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ทั้งการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรักษาความสะอาด การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาพบแพทย์ตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นต้น ซึ่งหากผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องแล้ว ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หรืออาจส่งผลให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนอาจถึงแก่ชีวิตได้ (กาญจนา ตั้งนราวิชกิจ, 2542; Ruley, 1997) นอกจากนี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น บิดา มารดา ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จากการศึกษาค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคไตร้อยละ 50 ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่น้อยกว่า 5,000 บาท ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน 8-14 วัน (รัชณี สีดา, 2542)

เมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กในด้านต่าง ๆ ทั้งผลกระทบต่อร่างกาย จากการสูญเสียโปรตีนในปัสสาวะอาจส่งผลให้เด็กเกิดภาวะทุพโภชนาการ การเจริญเติบโตช้า มีโอกาสติดเชื้อง่าย การจำกัดกิจกรรมทำให้เด็กขาดโอกาสในการพัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่ การจำกัดอาหารเค็มทำให้เด็กเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง หรืออาจเกิดความไม่สุขสบายจากอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อน เช่น อ่อนเพลีย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อัมตะบวม หายใจลำบาก ฯลฯ ผลกระทบด้านอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเจ็บป่วย ทำให้เด็กมีความกังวลและมีความกลัว เช่น กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน กลัวเพื่อนไม่ยอมรับ กังวลถึงความรู้สึกของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง กังวลเรื่องรูปร่าง นอกจากนี้ความเจ็บป่วยดังกล่าวยังอาจมีผลกระทบต่อด้านสังคมจากการจำกัดกิจกรรม ทำให้เด็กขาดการทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน ไม่มั่นใจในตนเอง แยกตัว ปรับตัวเข้าสังคมได้ยาก และอาจส่งผลกระทบต่อด้านสติปัญญาจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กต้องหยุดพักการเรียน เด็กจึงขาดโอกาสพัฒนาทักษะทางสติปัญญา และเรียนไม่ทันเพื่อน เกิดความรู้สึกลด้อย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2530) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กพยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเกี่ยวกับโรค การดูแลสุขภาพและการดูแลตนเองในด้านอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีกรรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน เป็นเด็กที่มีช่วงอายุระหว่าง 7 ปี ถึง 12 ปี เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการต่างๆมากขึ้น สามารถจัดการเกี่ยวกับตนเอง มีอิสระในการดูแลตนเองมากขึ้น Facticeau (1980) กล่าวว่าเด็กวัยเรียนมีความพร้อมทางด้านร่างกายและการเรียนรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เด็กสามารถเตรียมอาหารง่าย ๆ ได้ การดูแลสุขภาพอนามัยจะกระทำอย่างตั้งใจโดยใช้ความรู้และเหตุผลมากขึ้น สามารถเข้าใจพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพตนเองมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทั้งนี้ บิดา มารดา หรือผู้ให้การดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนและคำปรึกษาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

เด็กวัยเรียนมีความสามารถในการเรียนรู้ เข้าใจ ตัดสินใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อดูแลตนเองได้ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน หรือเมื่อเกิดความไม่สุขสบายจากการรักษา (Thompson, 1995) นอกจากนี้เด็กวัยเรียนยังมีความสามารถเข้าใจเหตุผลมีการพัฒนาความคิด ทำให้มีการประมวลประสบการณ์ ความคิด ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนความคิดใหม่เมื่อมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น เพื่อให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้จะยังปรากฏต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่ (ประดินันท์ อุปรมัย, 2531) จึงถือว่าเป็นวัยที่เหมาะสมในการเตรียมให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นวัยที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลในด้านต่าง ๆ 3 ด้าน กล่าวคือ 1) ด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การทำกิจกรรมและมีการพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขวิทยาที่เหมาะสม 2) ด้านการดูแลตนเองตามพัฒนาการ ได้แก่ การใช้เวลาอย่างสมดุลระหว่างเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การดูแลตนเองเพื่อให้มีพัฒนาการด้านสติปัญญา และ 3) ด้านการดูแลตนเองตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค การเอาใจใส่ แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม และการจัดการกับภาวะเครียดทางอารมณ์จากการที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและจากการรักษา (Orem, 2001)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเด็กวัยเรียนจะสามารถรับรู้และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ บิดา มารดา และครอบครัว ก็ยังมีส่วนสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของเด็ก ทั้งนี้เพราะครอบครัว เป็นหน่วยหรือระบบที่สำคัญที่สุดในการสร้างสุขภาพ (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2543; Friedman, 1997) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยนับเป็นหลักสำคัญในการพยาบาลเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Evan, 1994; Newton, 2000) ซึ่งมีการยอมรับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยในหลายประเทศด้วยกัน เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย (Lima, Rocha, Scochi & Callery, 2001) จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลนั้น จะมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ

ของเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกจะต้องเผชิญกับโรค ผลกระทบจากโรค และภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจากการรักษา ซึ่งมีผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวโดยตรง บิดา มารดา หรือครอบครัว จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการดูแล การกระตุ้น ให้กำลังใจ หรือมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้เด็กป่วยมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญต่อบทบาทการสอนหรือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

การสอนหรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Orem, 2001) และเป็นบทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของพยาบาล การจัดโปรแกรมการสอนหรือให้ความรู้นั้นมีด้วยกันหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย สถานบริการ และตัวผู้ให้บริการ การสอนเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ การใช้สื่อการสอนประกอบการให้ความรู้ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรม โดยการถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น กิจกรรมและวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพกระทำได้หลายวิธี เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การให้ความรู้โดยใช้ไฮตัทศนูปกรณ์ การให้ความรู้เป็นรายบุคคล และการสาธิต (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) แต่ละวิธีจะมีลักษณะเฉพาะ มีจุดเด่นและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน การเลือกใช้จึงต้องคำนึงให้เหมาะสมกับผู้เรียน เนื้อหา เวลา สถานที่ และต้องเข้าใจจุดมุ่งหมายของแต่ละวิธีการ ข้อดี ข้อจำกัด และวิธีการที่ใช้ การสอนหรือการให้ความรู้นั้นมีความสำคัญต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยคือ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงหลายๆอย่างในการปฏิบัติตนซึ่งเกิดจากโรคที่เป็นอยู่และการรักษา ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ ทำให้มีการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการโดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่

จากการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ในผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น จากการศึกษาของ ทัศนียา วังสะจันทานนท์ (2536) ศึกษาผลของการให้ความรู้ในเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดต่อความรู้และการปฏิบัติตัว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดมีความรู้และการปฏิบัติตัวดีกว่าก่อนได้รับการสอน ส่วนการศึกษาของ กาญจนา ครองธรรมชาติ (2544) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กวัย

เรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสอน นอกจากนี้ สุชาติดา ประสงค์ตันสกุล (2544) ได้ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติค ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการให้ความรู้มาใช้ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกิจกรรมการดูแลตนเองของเด็ก เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก และลดการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรด้านสาธารณสุขนำไปเป็นกลวิธีในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เป็นโรคเรื้อรังในเด็กที่มีความผิดปกติในการกรองโปรตีนของเนื้อไตส่วนโกลเมอรูลัส ทำให้เกิดมีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโปรตีนในเลือดต่ำ เกิดอาการบวม อ่อนเพลีย อาจมีท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ความดันโลหิตสูง อัมพาตบวม ท้องมาน หายใจลำบาก รวมทั้งอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากโรค ได้แก่ มีการติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะทุพโภชนาการ เกิดลิ้มเลือดอุดตันได้ง่าย ตลอดจนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน การปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม การเล่นหรือการออกกำลังกายที่หักโหมก็เป็นสาเหตุที่ทำให้โรคกำเริบได้ ซึ่งการมีโรคกำเริบบ่อยครั้งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการรักษาที่

ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีการพยากรณ์โรคเลวลง (Waechter, Phillips & Holaday, 1985) ดังนั้นเมื่อเด็กวัยเรียนเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้เวลาในการรักษานาน การดูแลจึงถือเป็นพฤติกรรมที่สำคัญของเด็กวัยนี้ เนื่องจากเป็นวัยที่เหมาะสมในการเตรียมให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นวัยที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

ในภาวะที่เด็กวัยเรียนป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกนั้น พฤติกรรมการดูแลตนเองนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ และความสามารถในการควบคุมความรุนแรงของโรค พยาบาลจึงต้องส่งเสริมให้เด็กป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยให้ผู้ป่วยเด็กมีการเรียนรู้ จากการสอนเรื่องโรคและวิธีการปฏิบัติตัว ซึ่งการสอนเป็นหน้าที่และบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถกระทำได้ อีกทั้งพยาบาลเป็นผู้ที่ทราบความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยเด็กได้ดีจึงนำมาวางแผนการสอนได้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตาม แต่การสอนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และสามารถปรับตัวต่อสภาพต่างๆ ในชีวิตและสังคมได้นั้น จำเป็นต้องเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหาและผู้เรียน โดยเฉพาะเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นวัยที่มีการคิดหาเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์มากขึ้น มีการแก้ไขปัญหาอย่างมีระบบขึ้น ประการสำคัญคือ การเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนจำเป็นต้องมีสื่อการสอนประกอบ เพื่อเป็นการกระตุ้นและเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น สื่อการสอนที่ผู้วิจัยนำมาใช้ คือสื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวขณะอยู่ที่บ้าน เนื่องจากวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีทั้งเสียงและภาพประกอบ มีการเคลื่อนไหว สามารถสร้างความสนใจให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น ให้ภาพและความรู้สึกที่เหมือนจริง อีกทั้งยังสะดวกในการใช้ สามารถนำมาฉายซ้ำได้หลายครั้งโดยที่เนื้อหาคงเดิม (กิดานันท์ มลิทอง, 2543) นอกจากนี้ยังสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้มีความเด่นชัด ไม่ซับซ้อน ตลอดจนสามารถควบคุมผลตอบสนองที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากได้มีการเตรียมเรื่องราวไว้ก่อนแล้ว (อัญชญา โตศิลากุล, 2544) การสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเชิงทักษะ เช่นเดียวกับ Quinn (1995) ซึ่งได้ศึกษาแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า ผู้เรียน และการตอบสนอง และได้กล่าวว่าวีดิทัศน์ถือเป็นสิ่งเร้า (Stimulus) ตามกระบวนการเรียนรู้ที่จูงใจให้ผู้เรียน (The learner) ซึ่งในที่นี้หมายถึงผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ได้รับรู้และเรียนรู้ตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งเมื่อเกิดการเรียนรู้ ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดการตอบสนองทั้งในรูปของความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และพฤติกรรมเชิงทักษะ (Practice) ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ส่วนคู่มือเป็นวิธีการเรียนรู้ที่ดี เหมาะสำหรับการอ้างอิงหรือทบทวน ช่วยให้ผู้รับความรู้ไม่จำเป็นต้องบันทึกการบรรยายอีก (กิดานันท์ มลิทอง, 2543)

การส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี จำเป็นต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีอิทธิพลทางตรง และทางอ้อมต่อการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็ก การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้การดูแลบุตร รับผิดชอบ กระตุ้นให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน หรือร่วมทำกิจกรรมกับบุตร หรือเป็นผู้ให้คำปรึกษาในประเด็นปัญหาต่าง ๆ แก่บุตร หรือการจัดการกับอาการของโรคที่เผชิญอยู่ จึงนับว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สามารถทำให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ โดยเฉพาะในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเด็กต้องเผชิญกับโรค ผลกระทบจากโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรค เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ของความผูกพันระหว่างเด็กกับครอบครัว และเป็นพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งจะทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือดูแลสุขภาพของตนเองได้สำเร็จ (Friedman, 1997; Palmar, 2001) การมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ดีนั้น จำเป็นต้องมีการเตรียมครอบครัวก่อนเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งมีขั้นตอนการเตรียมครอบครัว 2 ขั้นตอน (Hamson & Boyd, 1996; Friedman, 1997) ได้แก่ การทำให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจ โดยให้ข้อมูล คำแนะนำ อธิบายชี้แจงรายละเอียดแก่บิดามารดา รวมทั้งให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการอธิบายชี้แจงรายละเอียดแก่เด็กที่บ้าน และทำให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ โดยให้บิดามารดาอยู่กับเด็ก ตลอดเวลาที่มีการเตรียมครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวได้รับรู้บทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก (Hamson & Boyd, 1996) และให้ครอบครัวมีบทบาทในการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพเด็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (Boechler et al., 2003) การนำแนวคิดของการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาเป็นกลวิธีในการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ก็เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกนั้นผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีของOrem (2001) โดยการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เพื่อให้บรรลุตามความต้องการในการดูแลที่จำเป็นนั้นจะต้องปฏิบัติกิจกรรมครอบคลุมดังนี้

1. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม การทำกิจกรรมและมีการพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม และการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขวิทยาที่เหมาะสม
2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ ได้แก่ การใช้เวลาอย่างสมดุลระหว่างเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การดูแลตนเองเพื่อให้มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา

3. การดูแลตนเองตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค การเอาใจใส่ แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม และการจัดการกับภาวะเครียดทางอารมณ์จากการที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและจากการรักษา

จากแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์และคู่มืออย่างถูกต้อง เหมาะสม จากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (1997) มาใช้ ในการดูแล รับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ สอน ชี้แนะ ให้คำปรึกษา รวมทั้งการจัดการกับอาการของโรคที่เผชิญอยู่ จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานของการวิจัยไว้คือ

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก อายุ 7-12 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่จัดให้เด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกและครอบครัวอย่างมีแบบแผน โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Friedman (1997) ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์แก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและครอบครัว ในเรื่อง โรค การดำเนินโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

2. การให้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและครอบครัวเพื่อทบทวนเกี่ยวกับเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน โดยบิดา มารดาและครอบครัวกระตุ้นให้เด็กอ่านทบทวนคู่มือหรืออ่านคู่มือร่วมกับเด็ก พร้อมทั้งช่วยอธิบายถ้าผู้ป่วยเด็กอ่านไม่เข้าใจ

3. การใช้โทรศัพท์เยี่ยมติดตามผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่บ้าน เพื่อสอบถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการได้รับโปรแกรม และเพื่อเป็นการกระตุ้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความผาสุกของตนเอง ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ในผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมด้านต่างๆ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ได้แก่
 - 1.1 การดูแลตนเองเพื่อการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม
 - 1.2 การทำกิจกรรมและมีการพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม
 - 1.3 การดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขวิทยาที่เหมาะสม
2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ได้แก่
 - 2.1 การใช้เวลาอย่างสมดุลระหว่างเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 - 2.2 การดูแลตนเองเพื่อให้มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา
3. การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้แก่
 - 3.1 การปฏิบัติตามแผนการรักษา
 - 3.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค
 - 3.3 การเอาใจใส่ แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม
 - 3.4 การจัดการกับภาวะเครียดทางอารมณ์จากการที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและจาก

การรักษา

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก หมายถึง ผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 7-12 ปี ที่มารับการรักษาพยาบาลที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตปฏิบัติ แก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วย โดยการสอนหรือให้คำแนะนำในลักษณะรายบุคคลเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเอง พร้อมทั้งส่งตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขในการใช้ กลวิธีเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางสำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาลได้เห็นความสำคัญของการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ โดยจัดประสบการณ์แก่นักศึกษา ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม
3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการวิจัยหรือขยายขอบเขต ความรู้ ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกต่อไป
4. ด้านบริหาร เป็นการตอบสนองต่อนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุข ที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้ป่วย ทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมวรรณกรรม ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกในเด็ก
2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน
3. พฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน
4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก
5. บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง
6. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกในเด็ก

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก (Nephrotic syndrome) เป็นโรคของหลอดเลือดฝอยในไตที่ไม่ใช่การวินิจฉัยเฉพาะแต่เป็นการอธิบายถึงกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพยาธิสภาพที่ไตส่วนโกลเมอรูลัส (Nelson, 1996) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะทีลิมโฟซัยต์ (T-lymphocyte) ทำให้มีการรั่วของโปรตีนที่มีประจุลบโมเลกุลเล็กออกมาในปัสสาวะ ซึ่งได้แก่ อัลบูมิน ผลจากการมีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะมากกว่าปกติ คือเกินกว่า 3.0 - 3.5 กรัม/ดล. ทำให้เกิดมีลักษณะทางคลินิกคือ มีอาการบวมทั้งตัว มีอัลบูมินในเลือดต่ำ (น้อยกว่า 2 - 2.5 กรัม/ดล.) มีระดับไขมันในเลือดสูง (โคเลสเตอรอลมากกว่า 250 กรัม/ดล.) มีปริมาณน้ำในหลอดเลือดลดลง (hypovolemia) เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hypercoagulability) มีภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อง่าย และมีไขมันในปัสสาวะ (lipiduria) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะปรากฏในผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค (Wiseman, 1991)

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เป็นโรคไตชนิดหนึ่งที่พบมากที่สุดที่สุดในวัยเด็ก (Topor, 1989; Thompson, 1995) ในประเทศสหรัฐอเมริกา อุบัติการณ์การเกิดโรคนี้นี้เท่ากับ 16:100,000 คน:ปี (Betz & Poster, 1992) ส่วนในประเทศไทยยังไม่ทราบแน่นอน 90% ไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่มีรายงานว่าพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 2:1 ที่มีอายุระหว่าง 2-6 ปี (อรุณ วงษ์จิราษฏร์, 2540)

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกแบ่งตามสาเหตุการเกิด ได้ดังนี้ (อรุณ วงษ์จิราษฏร์, 2540; Bets & Poster, 1992; Nelson, 1996)

1. กลุ่มที่เป็นโดยกำเนิด (Congenital nephrotic syndrome) ซึ่งถ่ายทอดมาทางพันธุกรรม

2. กลุ่มที่มีสาเหตุของโรคนี้จากตัวเอง (Primary nephrotic syndrome) กลุ่มนี้พบมากในเด็กร้อยละ 90 ของโรคนี้จะเป็นชนิดนี้ ซึ่งไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่ชัดเจน กลุ่มนี้จะมีอาการคล้ายคลึงกันในทุกวัย นอกจากนี้ ในกลุ่มนี้ยังแบ่งชนิดของโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกโดยอาศัยลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา ได้เป็น 4 ชนิด (วิวัฒน์ ตปณีย์โอฬาร, 2540)

2.1 ชนิดมินิมอลเชนจ์เนฟโรติกซินโดรม (Minimal change nephrotic syndrome) เป็นชนิดที่มีไกลเมอรูลัสปกติ หรือมีการแตกทะลุของหลอดเลือดฝอยเพียงเล็กน้อยเท่านั้นพบว่า 90% ของผู้ป่วยเป็นชนิดนี้

2.2 ชนิดมีเซนเจียลโพรลิเฟอเรทีฟ ไกลเมอรูลเนฟโรติส (Mesangialproliferative-glomerulonephritis) เป็นชนิดที่พบเซลล์มีเซนเจียลเพิ่มทั่วไป แต่ผนังหลอดเลือดยังปกติ

2.3 ชนิดโฟคอลเซกเมนทอลไกลเมอรูลเนฟโรติส (Focal segmental glomerulonephritis) พบว่ามีการตีบแข็งของไกลเมอรูลัสบางส่วน

2.4 ชนิดเมมเบรนโพรลิเฟอเรทีฟไกลเมอรูลเนฟโรติส (Membranoproliferative glomerulonephritis) พบว่ามีทั้งเซลล์มีเซนเจียลและมีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดฝอย ผู้ป่วยชนิดนี้พบน้อยมาก ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากโรคเอสแอลอี (Systemic lupus erythematosus)

3. กลุ่มที่มีสาเหตุจากโรคอื่น (Secondary nephrotic syndrome) แล้วทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไต เช่น โรคติดเชื้อ เนื่องจก ได้รับสารพิษ โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ปฏิกริยาแพ้โรคจากความผิดปกติของการเผาผลาญ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุของกลุ่มนี้จะมีอาการแตกต่างกันตามกลุ่มอายุ ศาสนา ถิ่นที่อาศัยและ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดโรค

พยาธิสภาพของโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

กลไกทางภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของประจุไฟฟ้าและเซลล์ที่ไกลเมอรูลาร์เบสเมมเบรน ทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยเสียคุณสมบัติในการกรองสารโมเลกุลใหญ่ จึงมีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะซึ่งพบว่ามีทั้งอัลบูมิน (albumin) และกลอบูลิน (globulin) โปรตีนที่รั่วออกมาในปัสสาวะที่พบมากที่สุดคือ อัลบูมิน (albumin) ส่งผลให้เกิดภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ปริมาณน้ำในหลอดเลือดลดลงเนื่องจากน้ำออกไปขังอยู่ในเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย ทำให้เกิดอาการบวม โดยเริ่มบวมที่เปลือกตา ต่อมาจะเริ่มบวมทั้งตัวในเวลา 2-3 วัน อาการบวมเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ขณะเดียวกันการลดลงของปริมาณน้ำในหลอดเลือดจะทำให้ร่างกายปรับตัวโดยการกระตุ้นระบบเรนินแองจิโอเทนซิน (rennin-angiotensin system) ทำให้มี

การหลังอัลโดสเทอโรนมากขึ้น ทำให้มีการเพิ่มการดูดกลับโซเดียมและน้ำจากท่อไต ผู้ป่วยจึงมีอาการบวมมากขึ้น ปัสสาวะออกน้อยลง ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่ง 90% มีความดันโลหิตสูงผิดปกติ และการสูญเสียโปรตีนทางปัสสาวะจำนวนมากและเรื้อรัง ทำให้ตับมีการสร้างไขมันเพิ่มขึ้นควบคู่ไปกับการสร้างโปรตีนทดแทน แต่อัตราการสลายไขมันอยู่ในระดับปกติทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงมาก (hyperlipidemia) ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันอุดตันในเส้นเลือด โดยเฉพาะเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและไต การสูญเสียโปรตีนในปัสสาวะจำนวนมาก ทำให้ภูมิโนกลอบูลิน จี (IgG) และพรอพเพอรินแฟคเตอร์ บี (properdin factor B) ในเลือดต่ำลงไปด้วย ส่งผลให้การกำจัดแบคทีเรียโดยขบวนการออปโซไนเซชัน (opsonization) เสียไป นอกจากนี้ อาจเกิดจากภาวะเลือดแข็งตัวง่าย เนื่องจากการลดต่ำลงของแอนติทรอมบินทรี (antithrombin) โปรตีนซี (protein C) และโปรตีน เอส (protein S) ซึ่งเป็นสารต้านการแข็งตัวของเลือดร่วมกับมีภาวะเลือดข้น นอกจากการมีโปรตีนรั่วออกทางปัสสาวะแล้ว พบว่ามีโปรตีนรั่วออกทางผนังลำไส้ด้วย ทำให้สมดุลไนโตรเจนในร่างกายเป็นลบ (negative nitrogen balance) ร่างกายขาดโปรตีนและเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ และผู้ป่วยอาจมีไตวายเฉียบพลันเนื่องจากปริมาณน้ำในหลอดเลือดลดลงจนทำให้เกิดเนื้อตายที่ท่อไต (วิวัฒน์ ตปนีย์โอฬาร, 2540; Nelson, 1996)

อาการและอาการแสดง

การสูญเสียโปรตีนในปัสสาวะเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการบวมรอบ ๆ ตา ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในตอนเช้า เมื่อมีการสะสมของน้ำและเกลือมากขึ้น จะบวมทั้งตัว มีน้ำคั่งในช่องท้อง ถุงอัมตะและในช่องอก อาจมีอาการท้องเสีย ปวดท้องและเบื่ออาหาร เนื่องจากผนังลำไส้บวมมีอาการหายใจลำบากจากการที่มีน้ำในช่องท้องมากทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่ หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดมาก มีการติดเชื้อ มีความดันโลหิตสูง และมีอาการทางจิตประสาท ซึ่งเกิดจากความกังวลเมื่อมีอาการบวมมาก ๆ หรือการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน ๆ ผู้ป่วยอาจมีภาวะไตวายเฉียบพลันได้ (กาญจนา ตั้งนรารักษ์กิจ, 2542; Nelson, 1996)

การวินิจฉัยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ทำได้จาก

1. การซักประวัติ ผู้ป่วยกลุ่มอาการเนฟโรติกจะให้ประวัติว่ามีอาการบวมรอบ ๆ ตา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตอนเช้า และอาการบวมจะเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะท้องมาน มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด อัมตะบวม ร่วมกับมีปริมาณปัสสาวะลดลง บางรายอาจมีไข้ ซึ่งเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มช่องท้องอักเสบ หรือติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Bernstein & Shelov, 1996)

2. การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค และเป็นการพิจารณาถึงความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค จากโรคหัวใจ โรคตับหรือภาวะโภชนาการได้ สิ่งแรกที่ต้องตรวจคือ การตรวจสัญญาณชีพ อาจพบการเปลี่ยนแปลงของ

ความดันโลหิตร่วมกับอาการปลายมือปลายเท้าซีดเย็น อาการบวมซึ่งปรากฏให้เห็นบริเวณอวัยวะส่วนปลาย เช่น บริเวณปลายเท้าและขา ช่อกท้อง และอวัยวะ ดังนั้นการคลำท้องจึงมีความจำเป็นต่อการประเมินภาวะท้องมานหรือเยื่อช่องท้องอักเสบในรายที่มีไข้และปวดท้อง (Bernstein & Shelov, 1996)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญมีดังนี้ (อรุณ วงษ์จิราษฏร์, 2540; Betz & Poster, 1992)

3.1 การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ พบว่ามีโปรตีนในปัสสาวะในระดับ 3+ ขึ้นไปหรือการตรวจโปรตีนในปัสสาวะที่เก็บตลอดคืน 24 ชั่วโมง พบว่ามีโปรตีน 3.0-3.5 กรัม/ดล.

3.2 การตรวจทางชีวเคมี พบว่ามีอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 2.0-2.5 กรัม/ดล. มีไขมันในเลือดหรือโคเลสเตอรอลสูงกว่า 250 กรัม/ดล. มีปริมาณของโซเดียมสูงขึ้น แคลเซียมต่ำลง

3.3 การตรวจนับเม็ดเลือด พบว่าค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นเนื่องจากปริมาณของน้ำเลือดลดลง

3.4 การตรวจชิ้นเนื้อของไต ในรายที่มีการต้านยาสเตียรอยด์ หรือประสิทธิภาพในการทำงานของไตลดลง มีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน มีลิ้มเลือดในปัสสาวะหรือในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี และมากกว่า 6-8 ปี (อรุณ วงษ์จิราษฏร์, 2540; Bernstein & Shelov, 1996)

สำหรับการตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะนั้นมักพบได้เสมอในผู้ป่วยเด็ก และสามารถตรวจพบโปรตีนได้หลายชนิด โดยบางส่วนอาจจะมาจากพลาสมา บางส่วนเป็นโปรตีนที่สร้างโดยเซลล์ของท่อไตหรือทางเดินปัสสาวะตอนล่าง ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของวิธีการตรวจว่าเป็นการตรวจวิธีใด โดยปกติวิธีการตรวจหาระดับโปรตีนในปัสสาวะมี 3 ประเภท คือ 1) การตรวจเชิงกึ่งปริมาณ (Semi-quantitative test) ซึ่งเป็นการตรวจที่ใช้บ่อยทางคลินิก สามารถทำได้ง่ายและรวดเร็ว เหมาะสำหรับการตรวจคัดกรองแต่เนื่องจากการตรวจหาความเข้มข้นของโปรตีนที่ไม่ใช่ปริมาณที่แท้จริง ผลการตรวจอาจจะผิดพลาดได้ทั้งในแง่บวกหรือลบ เช่น จำนวนปัสสาวะในแต่ละวันน้อย ปัสสาวะมีความเข้มข้นมาก การตรวจโดยวิธีนี้ได้แก่การทำ Urine dipstick ซึ่งนิยมใช้มากที่สุดเนื่องจากความง่ายในการตรวจ รวดเร็ว และสามารถบอกความเข้มข้นของโปรตีนได้ โปรตีนที่ตรวจพบโดยวิธีนี้คือ อัลบูมิน 2) การตรวจเชิงปริมาณ (Quantitative test) เป็นการตรวจที่สามารถได้จำนวนของโปรตีนนั้นจริง ไม่ได้เป็นการตรวจหาความเข้มข้นของโปรตีนในปัสสาวะ แต่มีข้อเสียคือต้องใช้เวลาในการเก็บ การตรวจ และการตรวจต้องใช้เครื่องมือจากห้องปฏิบัติการ ที่นิยมใช้ทางคลินิกมีอยู่ 2 วิธี คือ การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และการตรวจปัสสาวะโดยใช้ปัสสาวะครั้งเดียว และ 3) การตรวจหาโปรตีนชนิดอื่น ๆ ซึ่งไม่ค่อยพบในผู้ป่วยเด็ก

การรักษา

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยแน่ชัดว่าเป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก แผนการรักษาประกอบด้วย (Hazinski, 1992; Nelson, 1996; Ruley, 1997)

1. การรักษาโรคเฉพาะ (Specific treatment)

โดยการให้ยาสเตียรอยด์ ซึ่งนิยมใช้ยาเพรดนิโซโลน (prednisolone) ขนาด 2 มก./กก./วัน(สูงสุด 80 มก./วัน) ให้รับประทานทุกวันนาน 4-6 สัปดาห์ ในเด็กที่ตอบสนองต่อยาดี อาการจะสงบภายในเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยจะมีปัสสาวะออกมากขึ้น (diuresis) อาการบวมลดลงอย่างเห็นได้ชัด ตรวจปัสสาวะไม่พบโปรตีน สำหรับอัลบูมินและโคเลสเตอรอลจะกลับสู่ระดับปกติในสัปดาห์ต่อมา เมื่อตรวจปัสสาวะไม่พบโปรตีนเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน แพทย์จะลดขนาดยาลงโดยการให้ยารวันเว้นวัน และลดลง 10 มก.ทุกเดือน จนกระทั่งหยุดยาได้ หรือ หยุดยาภายในเวลาประมาณ 4-5 เดือน

ในเด็กกลุ่มที่มีการตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ได้ไม่เต็มที่ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 พวกที่กลับเป็นซ้ำบ่อย (Frequent relapses) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งสามารถหยุดสเตียรอยด์ได้ แล้วมีการกลับเป็นซ้ำมากกว่า 3 ครั้ง/ปี

1.2 กลุ่มที่ต้องพึ่งยาสเตียรอยด์ (Steroid dependents) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกำเริบ ในขณะที่กำลังลดขนาดของสเตียรอยด์ การรักษาจะกระทำโดย หาขนาดยาที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบของโรค (Remission) นานที่สุดโดยไม่มีอาการแสดงจากพิษของยา เนื่องจากการใช้ยาสเตียรอยด์ขนาดสูงจะเกิดพิษของยาจึงต้องใช้ยากดปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันร่วมด้วย แพทย์ผู้รักษานิยมใช้ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) มากกว่าตัวอื่น เพราะจะทำให้โรคสงบนาน โดยให้ยาเป็นเวลา 2-4 เดือน ควบคู่กับยาเพรดนิโซโลน 1 มก./กก./วัน หรือ วันเว้นวัน (อรุณ วงษ์จิราษฏร์, 2540)

1.3 กลุ่มที่ดื้อต่อยาสเตียรอยด์ (Steroid resistant) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกที่ได้รับการรักษาด้วยสเตียรอยด์เต็มที่ นาน 6-18 สัปดาห์แล้ว ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะยังไม่ลดลง โดยไม่มีภาวะติดเชื้อ กลุ่มนี้มักไม่พบในเด็ก การรักษาจะมีวิธีแตกต่างกันออกไปตามพยาธิสภาพของเนื้อไต จึงต้องประเมินสภาพของเนื้อไตโดยการเจาะเนื้อไตไปตรวจ และให้การรักษาตามพยาธิสภาพของไตนั้น

2. การรักษาแบบประคับประคองอาการ (Symptomatic treatment)

การรักษาเพื่อประคับประคองอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา และอยู่ในภาวะควบคุมสภาวะของโรคได้ดี การรักษากลุ่มนี้ประกอบด้วย

2.1 การรักษาอาการบวม ผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติกที่มีอาการบวมไม่มาก ไม่จำเป็นต้องใช้ยาขับปัสสาวะ แก้ไขโดยการจำกัดเกลือในอาหาร แต่ถ้าบวมมากจนมีน้ำในช่องท้องหรือช่องปอดจำนวนมากหรือผิวหนังบวมจนมีรอยปริและอาจมีการติดเชื้อตามมาก็ควรลดการบวมลงโดยการให้ยาขับปัสสาวะร่วมกับซอลท์พัวร์อัลบูมิน (salt poor albumin) ซึ่งต้องระวังอาการข้างเคียงได้แก่ ความดันโลหิตสูง และภาวะน้ำเกิน จนทำให้หัวใจวาย เป็นต้น (อรุณ วงษ์จิราษฎร์, 2540; Bernstein & Shelov, 1996) แต่การให้อัลบูมิน แพทย์จะพิจารณาในรายที่จำเป็นจริง ๆ เนื่องจากมีราคาแพงและมีครึ่งชีวิต (half life) สั้น ซึ่งจะถูกขับออกทางปัสสาวะภายใน 2 วัน นอกจากนี้ยังทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระหว่างการให้ (วัฒนา ซาติอภิศักดิ์, 2543)

2.2 การควบคุมอาหารเฉพาะโรค อาหารของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกควรควบคุมใน 3 เรื่อง ดังนี้

2.2.1 เกลือ ผู้ป่วยที่มีอาการบวมต้องจำกัดเกลือในอาหาร โดยให้เกลือน้อยกว่า 1 มิลลิโมล/กก./วัน ควรจำกัดเกลือในอาหารขณะที่มีอาการบวมและช่วงที่ได้รับยาสเตียรอยด์

2.2.2 อาหารโปรตีน อาหารโปรตีนที่ให้ควรมีปริมาณปกติ ในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) อาจจำเป็นต้องให้โปรตีนเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันภาวะขาดโปรตีน ควรให้สารอาหารโปรตีนที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับการเจริญเติบโต คือ 1-2 กรัม/วัน จะเหมาะสมกว่าการให้จำนวนมาก ๆ (อรุณ วงษ์จิราษฎร์, 2540) เพราะจะทำให้มีการทำลายเนื้อไตมากขึ้น

2.2.3 อาหารไขมัน ผู้ป่วยจะมีไขมันในเลือดสูงซึ่งเกิดจากระดับของโคเลสเตอรอล ในเลือดสูง จึงควรให้อาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ โดยการจำกัดอาหารประเภทไขมันสัตว์ ไข่แดง กะทิ แล้วใช้น้ำมันพืช หรือไขมันจากปลาทดแทน

2.3 การทำกิจกรรม ควรให้ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมได้ตามปกติ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเป็นไปตามวัย แต่งดการออกกำลังกายที่หักโหมเพราะจะเป็นผลเสียต่อไต ยกเว้นผู้ป่วยเด็กที่มีอาการบวมมากควรจำกัดกิจกรรม (อรุณ วงษ์จิราษฎร์, 2540)

2.4 การรักษาการติดเชื้อ การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมากในโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เพราะมีการสูญเสียภูมิคุ้มกันในกลไกของบุนิน-จี และพรอพเพอร์ดินแฟคเตอร์บี ไปทางปัสสาวะ ทำให้เกิดความพร่องในการกำจัดเชื้อแบคทีเรีย โรคติดเชื้อที่พบบ่อย ได้แก่ เยื่อช่องท้องอักเสบ (primary peritonitis) ผิวหนังอักเสบ มีการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งมักเกิดจากเชื้อสเตรปโตคอคคัส นิวโมเนีย (streptococcus pneumoniae) และ แกรมเนกาทีฟแบคิลลี (gram negative bacilli) เพราะฉะนั้นถ้ามีการติดเชื้อเกิดขึ้น แพทย์จะรักษาครอบคลุมเชื้อดังกล่าวก่อนที่จะทราบผลการตรวจเพาะเชื้อโรค (อรุณ วงษ์จิราษฎร์, 2540)

2.5 การให้ภูมิคุ้มกันโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรคจำพวกวัคซีนจากเชื้อที่มีชีวิต (Live attenuated vaccine) ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ไขสันหลังอักเสบ หัด คางทูม และหัดเยอรมัน จะงดไว้ก่อนเพราะอาจทำให้เกิดโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ดังนั้นการให้ภูมิคุ้มกันโรคจะให้ในระยะเวลาที่โรคสงบ (Remission) ซึ่งได้หยุดยาสเตียรอยด์เรียบร้อยแล้ว (อรุณ วงษ์จิราษฏร์, 2540)

2.6 การดูแลด้านจิตใจ (Psychological aspects) การเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งต่อตัวเด็กป่วยและผู้ปกครอง (Carter & Dearmun, 1995) เนื่องจากการดำเนินโรคของกลุ่มอาการเนฟโรติก มักเป็นแบบเรื้อรังและแตกต่างกันออกไปในแต่ละชนิด มีทั้งตอบสนองและไม่ตอบสนองต่อการรักษาและยังมีปัญหาการกำเริบของโรค การกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ ผลข้างเคียงจากยาและการรักษา รวมทั้งอาการแทรกซ้อนของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการทำหัตถการต่าง ๆ จึงต้องอธิบายให้บิดามารดา รวมทั้งผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้บิดามารดา และผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหาต่าง ๆ ช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดลงได้ (Ruley, 1997)

2.7 การดูแลรักษาที่บ้าน (Home care) ผู้ปกครองและเด็กควรได้รับคำแนะนำให้สามารถติดตามและประเมินอาการของโรค เช่น การชั่งน้ำหนัก การตรวจโปรตีนในปัสสาวะ และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การดูแลด้านอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การพาบุตรไปรับวัคซีน การรักษาความสะอาดของร่างกาย รวมทั้งการกลับมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น (Ruley, 1997)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของกลุ่มอาการเนฟโรติก

ภาวะแทรกซ้อนของโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เกิดขึ้นได้ทั้งจากโรคเองและจากการรักษา (วิวัฒน์ ตบนิยโอฟาร, 2540) ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

1.1 การติดเชื้อ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบเป็นประจำและเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เด็กไม่ตอบสนองต่อการใช้ยารักษา การติดเชื้อเกิดได้ง่ายทุกระบบ ทั้งระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากสภาวะของโรคที่ทำให้มีการเสียสารภูมิคุ้มกันโรคดังกล่าวแล้ว และผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาจะกดกลไกการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโรคร่วมด้วย

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อง่ายคือ การเล่นหรือใกล้ชิดบุคคลที่เป็นโรคติดเชื้อ การรักษาความสะอาดของร่างกาย ปากและฟันไม่ดี และถ้าเด็กมีอาการบวมมากในขณะที่มีการติดเชื้อแทรกจะทำให้เกิดอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น เกิดภาวะปอดบวม เยื่อช่องท้องอักเสบ

การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การมีสุขอนามัยที่ดีจะช่วยป้องกันโอกาสการติดเชื้อโรคได้

1.2 ภาวะแทรกซ้อนจากการบวมมาก ๆ ทำให้มีน้ำคั่งในปอด ช่องท้อง ซึ่งทำให้ติดเชื้อได้ง่าย และมีอาการแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก ในเด็กผู้ชายอาจเกิดน้ำคั่งที่ลูกอัณฑะทำให้เดินลำบาก

1.3 ภาวะทุพโภชนาการ เกิดในรายที่มีการสูญเสียโปรตีนไปอย่างมากเป็นเวลานาน เด็กจะเจริญเติบโตช้าไม่สมวัย กล้ามเนื้อลีบ ผอมเปราะบาง กระดูกเปราะบาง

1.4 ภาวะไตวาย อาจเป็นแบบเฉียบพลันเนื่องจากมีปริมาณน้ำในหลอดเลือดลดลง (hypovolemia) ซึ่งถ้าได้รับการรักษาก็จะกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือการกำเริบของโรคบ่อยครั้ง เนื้อไตจะถูกทำลายจนเกิดภาวะไตวายเรื้อรังและถึงแก่ชีวิตในที่สุด

1.5 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เป็นภาวะที่พบในรายที่ตอบสนองต่อการรักษาไม่ได้ ได้แก่ มีการแข็งตัวของเลือดเร็วกว่าปกติ เนื่องจากมีความปกติของปัจจัยการแข็งตัวของเลือกร่วมกับร่างกายมีปริมาตรสารเหลวในระบบไหลเวียนต่ำ มีภาวะความดันโลหิตสูงแบบวิกฤต และมีการถ่ายปัสสาวะปนเลือดเรื้อรัง

2. ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ส่วนใหญ่รักษาด้วยยา ยาที่ใช้รักษาเป็นหลัก ได้แก่ 1) ยาสเตียรอยด์ ซึ่งมีฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญคือ กดการตอบสนองต่อปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน และกลไกการกำจัดเชื้อโรค ทำให้เด็กมีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย 2) ยากดปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน นิยมใช้ซัยโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) ซึ่งมีฤทธิ์ข้างเคียง ได้แก่ ทำให้มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน บางรายอาจแพ้ยาถึงขั้นช็อกจากยา (anaphylaxis) 3) ยาลดความดันโลหิต นิยมใช้ยาในกลุ่มยาขับปัสสาวะ (diuretic) ได้แก่ ฟูโรซีไมด์ (furosimide) ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ข้างเคียง ได้แก่ ร่างกายผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำอย่างรวดเร็ว สูญเสียโซเดียมและโปแตสเซียมมาก ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร

การพยากรณ์โรค

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เป็นโรคที่พบอัตราการเกิดโรคสูงในเด็กทุกวัย แต่ที่พบมากที่สุดคือ ในเด็กวัยก่อนเรียน และพบว่าผู้ป่วยเด็กมีการเกิดโรคในช่วง 2-6 ปี การพยากรณ์โรคขึ้นอยู่กับอายุที่เกิดเป็นโรค อายุที่มากหรือน้อยเกินไปที่เกิดเป็นโรคจะมีพยากรณ์โรคไม่ดี ในเด็กช่วงอายุ 1-7 ปี การพยากรณ์โรคดีกว่าในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี และมากกว่า 10 ปี เนื่องจากกลุ่มอายุ 1-7 ปี นี้ร้อยละ 80 มีพยาธิสภาพที่เนื้อไตไม่มาก ร้อยละ 90 ของกลุ่มนี้จะตอบสนองดีต่อการรักษา และถ้าสามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ดีโดยไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลังหยุดยา

รักษาแล้วนานกว่า 1 ปี จะมีโอกาสหายขาดจากโรคได้ ดังนั้นจึงสามารถให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และครอบครัวว่าโรคนี้มีพยากรณ์โรคที่ดี และจะไม่เลวลงจนเกิดภาวะไตวาย อาการกลับเป็นซ้ำของโรคจะลดลงหรือหายไปในที่สุด เมื่อผู้ป่วยโตขึ้น (กาญจนา ตั้งนราวิชกิจ, 2542; Ruley, 1997)

สรุป

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เป็นโรคของหลอดเลือดฝอยในไตที่พบบ่อยในวัยเด็ก ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคไม่ทราบแน่ชัด การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาในร่างกายผู้ป่วยทำให้มีอาการ อาการแสดงที่เรื้อรัง และการดำเนินของโรคไม่แน่นอน และถึงแม้ว่าการรักษาด้วยยากกลุ่มสเตียรอยด์จะได้ผลดี แต่ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อน ทั้งจากโรคและการรักษา รวมทั้งต้องมีความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยรายที่ตอบสนองต่อการรักษาดี ผู้ป่วยต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่ตอบสนองต่อการรักษาไม่เต็มที่ ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ มีภาวะฟังกา หรือดื้อต่อยา ซึ่งในกลุ่มนี้ต้องรับการรักษาานานกว่า 6 เดือน นอกจากผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอแล้ว ผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้ง เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อน จึงจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกส่งผลกระทบต่อเด็กมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องวางแผนการดูแลรักษาให้ครอบคลุมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีการดำเนินชีวิตที่ดีในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

2. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียน (School-age children) เริ่มต้นตั้งแต่เด็กเข้าเรียนในชั้นประถมปีที่ 1 และสิ้นสุดเมื่อเข้าวัยรุ่น (Puberty) โดยทั่วไปถือว่าวัยรุ่นอยู่ในช่วงอายุ 6 หรือ 7 ปี ถึง 12 ปี วัยเรียนเป็นวัยที่ต่อระหว่างวัยเด็กเล็กกับวัยรุ่น เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายและรวดเร็ว ทั้งทางด้านสติปัญญา จิตใจ และสังคม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2536) Marlow (1988) ได้กำหนดให้เด็กวัยเรียน คือ ช่วงอายุ 6-12 ปี และแบ่งเด็กวัยเรียนเป็น 3 ช่วงอายุ คือช่วงอายุ 6-8 ปี ช่วงอายุ 8-10 ปี และช่วงอายุ 10-12 ปี ส่วน Piaget ให้ความหมายเด็กวัยเรียนว่า หมายถึงเด็กที่อยู่ในระยะตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนระดับประถมศึกษา คือช่วงอายุตั้งแต่ 7-12 ปี เด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการในทุก ๆ ด้านอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้เพราะเด็กได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ทำให้สามารถที่จะคิดและแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ในบางครั้งจะเรียกเด็กระยะนี้ว่าระยะแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและเป็นรูปธรรม (Concrete operation period) ทั้งนี้เพราะเด็กมีความก้าวหน้าทางสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัดขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้เด็กวัยเรียน คือ เด็กที่มีอายุระหว่าง 7-12 ปี ซึ่งมีพัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม และการดูแลตนเอง ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย

อัตราการเจริญเติบโตของเด็กวัยนี้จะลดลงกว่าวัยเด็กเล็ก ทั้งส่วนสูงและน้ำหนัก แต่ยังเป็นไปอย่างสม่ำเสมอและคงที่ ร่างกายจะขยายออกทางส่วนสูงมากกว่าส่วนกว้าง แขนขาจะยาวออก อวัยวะภายในและระบบไหลเวียนโลหิตเจริญเติบโตเต็มที่ แต่หัวใจยังคงเจริญช้ากว่าอวัยวะอื่น ๆ ทำให้เด็กเหนื่อยง่าย เมื่อวิ่งออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีการประสานงานกันดี มีความคล่องแคล่วในการใช้มือและเท้า (สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2530) เด็กวัยนี้จึงสามารถเล่นกระโดดสูง กระโดดไกล กระโดดเชือก เตะฟุตบอลและตีบักจ๊วยาน เด็กอาจจะทดลองฝึกทักษะใหม่ๆ โดยลืมนึกถึงอันตรายจนอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายในการเล่น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2538)

2. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา

เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้นและซับซ้อนขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการคิดรู้ (Cognitive process) และสังคมของเด็กพัฒนาสูงขึ้นและกว้างขึ้น เป็นวัยที่ใช้ความคิดแก้ปัญหาด้วยเหตุผลและสิ่งที่เป็นรูปธรรม (Phase of concrete operation) เด็กวัยนี้จะเปลี่ยนความคิดจากความคิดที่เฉพาะเจาะจงเป็นความคิดที่กว้างขึ้น สามารถเข้าใจสิ่งที่ตนได้ยิน มองเห็น ได้สัมผัส ได้อ่าน หรือได้รู้ มารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผน มีความหมายจดจำ นึกคิด ตัดสินใจ และวางแผนได้มีเหตุผล และนำความคิดนั้นออกมาแก้ปัญหาได้ เด็กวัยนี้สามารถควบคุมตนเองให้อยู่ในกฎระเบียบมากขึ้น รวมทั้งเริ่มเข้าใจแนวคิด (Concept) ต่าง ๆ เช่น การเกิด การตาย และความแตกต่างระหว่างเพศหญิง เพศชาย เป็นต้น ทางด้านภาษา การพูด การอ่าน เด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการการอ่านอย่างรวดเร็ว สามารถใช้คำต่างๆ มาแสดงแทนกิริยาอาการหรือท่าทางที่แสดงในวัยเด็กเล็ก เด็กวัยเรียนสามารถเรียนรู้ที่จะใช้ภาษาในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีทักษะในการอ่านเพิ่มขึ้น (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2530; สุวดี ศรีเลณวัตติ, 2530) อย่างไรก็ตาม การพิจารณาพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยนี้ สมควรแบ่งอย่างกว้าง ๆ เป็น 2 ช่วงด้วยกัน คือ ช่วงเด็กอายุ 7-9 ปี และช่วงเด็กอายุ 10-12 ปี

ช่วงเด็กวัย 7-9 ปี มีพัฒนาการด้านสติปัญญาในลักษณะของความสามารถในการใช้ภาษา เริ่มตั้งแต่ภาษาพูด โดยอาศัยภาพเป็นสื่อ ความคิดเกี่ยวกับความหมายของคำยังมีน้อยและมักสนใจแต่การเปล่งเสียงออกมา เมื่อเด็กพัฒนาขึ้นอีกระดับหนึ่ง ภาษาในการอ่าน และการเขียนจะเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่เด็กยังไม่คล่องนัก หนังสือที่มีภาพประกอบ เช่น หนังสือการ์ตูนจะเป็น

แรงจูงใจ และเสริมการใช้ภาษาให้กว้างขึ้น แต่ทั้งนี้ยังจำกัดว่าต้องเป็นเนื้อหาในเชิงเพื่อฝัน ตลกขบขัน และสนุกสนาน เด็กยังมีกรอบความคิดติดอยู่กับรูปธรรมเป็นสำคัญ การแสดงเหตุผล ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ปรากฏอยู่ ยังไม่ทะลุเลยกรอบไปสู่ความเป็นนามธรรมได้ ส่วนความสามารถทาง ทักษะการเคลื่อนไหว และการแสดงออกถึงความเข้าใจมิติสัมพันธ์จะเริ่มต้นที่อายุประมาณ 7 ปี และมากขึ้นเมื่อเข้าอายุ 8-9 ปี

สำหรับพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัย 10-12 ปี กล่าวได้ว่าเป็นวัยที่พัฒนาการ ด้านสติปัญญาค่อนข้างสมบูรณ์ ในด้านภาษา ทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียน เริ่มเข้าใจความหมาย นามธรรมของคำศัพท์มากขึ้น เริ่มเข้าใจคำเหมือน รวมทั้งคำกริยาแบบอกรรมกริยาและ สกรรมกริยา มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ ๆ ความสามารถส่วนบุคคล สังคม และความสามารถด้านการเคลื่อนไหวต่าง ๆ กล่าวคือ พัฒนาการด้านสติปัญญาพัฒนาถึง ระยะเวลาที่มีวุฒิภาวะในการสร้างความคิด หาเหตุผล หรือการคิดในลักษณะนามธรรมได้ ดังนั้นจะ พบว่าหนังสือที่เด็กสนใจอาจไม่จำเป็นต้องมีภาพประกอบตลอดเล่มเหมือนแต่ก่อน และเนื้อหาของ หนังสือเริ่มมีความยากซับซ้อนขึ้น เช่น อุตชีวประวัติ สิ่งประดิษฐ์แปลกใหม่ หรือนวนิยาย วิทยาศาสตร์ที่สมจริง เรื่องผจญภัย ซึ่งเรื่องดังกล่าวนี้เด็กวัยก่อนหน้านี้อาจจะไม่อ่าน เพราะไม่อาจ เข้าใจได้ง่าย ๆ จากการที่ความเข้าใจของเด็กวัยนี้มีมากขึ้น ความสนใจก็เปลี่ยนไปด้วย ผู้ใหญ่จึง ควรสนับสนุนโดยไม่เร่งเร้าให้เด็กสนใจเฉพาะสิ่งที่ผู้ใหญ่พอใจเท่านั้น แต่ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้ ตัดสินใจด้วยตนเองว่าเขาควรจะประกอบกิจกรรมใด และอย่างไร โดยมีผู้ใหญ่คอยช่วยอยู่ห่าง ๆ หรือเพียงแค่ช่วยแนะนำก็พอแล้ว

จะเห็นได้ว่าพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็กวัยเรียนจะพัฒนาไปตามความสามารถแต่ ละขั้นตอน การรับรู้จะรับรู้ที่ละเอียดอย่างเริ่มจากง่ายไปสู่ยากขึ้น จนถึงประสบการณ์ที่ซับซ้อน และการ เรียนรู้ของเด็กจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กพร้อมที่จะเรียน ซึ่งเป็นไปตามการสะสมการเรียนรู้ที่ได้จาก ประสบการณ์กับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเด็กวัยเรียน มีพัฒนาการทางสติปัญญาสมบูรณ์พอที่จะสามารถเข้าใจความเป็นจริงบ้างแล้ว และในส่วนที่ เกี่ยวกับร่างกายเด็ก ก็สามารถเข้าใจสภาพร่างกาย รูปร่าง การทำงานของตนเอง และจาก ประสบการณ์ที่ได้รับจากสังคม เช่น บิดา มารดา เพื่อน โรงเรียน จะทำให้เด็กมีความคิดความ เข้าใจต่อสิ่งเร้าด้านสุขภาพที่เป็นจริงยิ่งขึ้น นั่นคือเด็กวัยนี้สามารถจะเรียนรู้ภาวะสุขภาพอนามัยที่ ถูกต้องตามความเป็นจริงได้ และการเรียนรู้จะสะสมยิ่งขึ้นจนพัฒนาการเป็นความเชื่อและการ ปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยนั้น ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานพัฒนาการของเด็ก ตามทฤษฎีพัฒนาการทางปัญญาของ Piaget

3. พัฒนาการทางด้านอารมณ์

Erikson (1963) กล่าวว่า สิ่งสำคัญในระยะเวลาวัยเรียนคือ การมีอุตสาหกรรม (Industry) และความรับผิดชอบ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองก็ทำอะไรได้สำเร็จเหมือนผู้อื่น ถ้าเด็กทำได้สำเร็จตามที่ตนเองหรือผู้อื่นคาดหวังเด็กจะเกิดความรู้สึกภูมิใจ เด็กวัยนี้ยังต้องการความรัก ความอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย ความเอาใจใส่ของบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู รวมทั้งครูและเพื่อน ในระยะต้นของเด็กวัยนี้ คือช่วงอายุ 6-7 ปี เด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์รวดเร็ว และถือตนเองเป็นศูนย์กลาง (Self-centered) ไม่รู้สึกยังคิด จึงแสดงความเอาแต่ใจตัว ต้องการเป็นผู้ชนะ ต้องการทำอะไรก่อนคนอื่น เมื่อเกิดความรู้สึกเครียด อาจแสดงออกโดยการกัดเล็บ หรือแหว่งเท้า ความรักหรือความชอบของเด็กวัยนี้ ขึ้นอยู่กับความไว้วางใจ ความศรัทธาเชื่อมั่นมากกว่าจะลุ่มหลงอย่างไร้เหตุผล เด็กวัยนี้มักจะกลัวสิ่งที่ตนสร้างจินตนาการ โดยนำสิ่งที่ป็นรูปธรรม ที่ตนได้พบเห็นมาประกอบ เช่น กลัวไฟ กลัวความมืด กลัวแพทย์ กลัวพยาบาล กลัวถูกฉีดยา เป็นต้น แต่เด็กจะไม่อยากให้ผู้อื่นรู้ว่าตนกลัว เพราะจะถูกหัวเราะเยาะหรือถูกล้อเลียน ส่วนความายเป็นความกลัวอย่างหนึ่งที่มีต่อสถานการณ์ในสังคมนั้น ในเด็กวัยนี้จะมีน้อยกว่าเด็กวัยก่อนเรียน ความวิตกกังวลนั้นเด็กมักจะสร้างมโนภาพขึ้นจากประสบการณ์ที่ไม่ดี และความอยากรู้ อยากเห็น ในเด็กวัยนี้นั้นจะน้อยกว่าเด็กเล็กแต่ยังคงอยู่ มักแสดงออกโดยการถามถ้าได้รับคำตอบที่ถูกต้อง ก็จะเป็นการช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และประสบการณ์ของเด็กวัยนี้มากขึ้น

4. พัฒนาการด้านสังคม

เด็กวัยเรียนจะมีความสนุกสนานแบบเด็ก ๆ พร้อมกับมีความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ เนื่องจากอยู่ในสังคมที่กว้างขึ้น มีความคิดแ่งมุมอื่น ๆ เพิ่มขึ้น สามารถคิดแก้ไขเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างรอบคอบขึ้น มีความเห็นใจและเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น ชอบจับกลุ่มระหว่างเพื่อนเพศเดียวกัน เพื่อนจะมีอิทธิพลต่อเด็กในระยะนี้มาก เด็กจะพยายามรวมกลุ่มกันและสร้างโครงสร้างของกลุ่ม รวมทั้งมาตรฐานและแนวปฏิบัติของตนภายในกลุ่ม โดยเลียนแบบในสังคมของผู้ใหญ่ (ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 2531) เด็กจะมีความสนุกสนานในการเล่น มีความสนใจใคร่รู้และชอบสิ่งแปลกใหม่ สื่อกต่าง ๆ ควรมีการสร้างสิ่งเร้าให้เด็กสนใจ บรรดาสื่อต่าง ๆ ที่สามารถกระตุ้นความสนใจในเด็กที่ดีที่สุด คือ โทรทัศน์ (สุวดี ศรีเลณวดี, 2530)

5. พัฒนาการด้านการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก เป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน พัฒนาการนี้จะถูกขัดขวางหรือทำให้ล่าช้าหากผู้ใหญ่ทำหน้าที่ต่าง ๆ แทนเด็กมากกว่าการปลูกฝังนิสัยให้เด็กได้ช่วยเหลือตนเอง (วิณา จีระแพทย์, 2533) การเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกฝน

ทักษะในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย เป็นการวางรากฐานสุขนิสัยที่ถูกต้องให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กซึ่งจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดี การดูแลตนเองเริ่มพัฒนามาตั้งแต่แรกเกิด โดยเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย ความสามารถในการเรียนรู้ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เด็กวัยเรียนมีความพร้อมทางด้านร่างกายและมีความพร้อมในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย การดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยเป็นการกระทำอย่างตั้งใจ ใช้ความรู้และมีเหตุผล ทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง

3. การให้ความรู้และพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนจากเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ได้นั้น เกิดจากการให้ความรู้ซึ่งเป็นพฤติกรรมขั้นแรก และจะเป็นส่วนประกอบในการสร้าง หรือก่อให้เกิดทักษะขั้นตอนต่อไป ทำให้เด็กวัยเรียนเกิดการเรียนรู้ขึ้น มีนักการศึกษากล่าวถึงการเรียนรู้ไว้ดังนี้

1. ความหมายของการเรียนรู้

Good (1973) กล่าวว่า การเรียนรู้คือ การเปลี่ยนแปลงการตอบสนองหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากประสบการณ์เป็นบางส่วนหรือทั้งหมด

Hilgard & Bower (1996) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งที่มีผลทำให้พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลจากประสบการณ์ และการฝึกปฏิบัติ

ทรงพล ภูมิพัฒน์ (2538) กล่าวว่า การเรียนรู้ คือ ขบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในลักษณะที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมซึ่งเกิดจากการฝึกฝน หมายถึง ถ้ามนุษย์เกิดการเรียนรู้จะทำให้คนนั้นมีพฤติกรรมอย่างถาวร พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นต้องอาศัยการฝึกฝน ไม่ใช่เกิดจากธรรมชาติ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การพัฒนาความสามารถของพฤติกรรม ทำให้มีการปฏิบัติที่มีลักษณะค่อนข้างถาวรได้ หลังจากการได้รับประสบการณ์ หรือการฝึกฝนแล้ว

2. กระบวนการเรียนรู้

การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ สิ่งเร้า ผู้เรียน และการตอบสนอง (Gagne อ้างถึงใน ฉลองชัย สุรวัฒนบุรณ, 2528) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีดังนี้

2.1 สิ่งเร้า (Stimulus) หมายถึง สิ่งแวดล้อมใดๆก็ได้ อาจเป็นสภาพการณ์ สิ่งของ บุคคล ฯลฯ ที่มาปะทะสัมผัสกับผู้เรียน ถ้าเป็นการเรียนการสอน สิ่งกระตุ้นได้แก่ อุปกรณ์การสอนทั้งหลาย เช่น หนังสือ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ ภาพนิ่ง แผนภูมิ หุ่นจำลอง เป็นต้น

2.2 ผู้เรียน (Learner) หมายถึง ผู้ที่แสดงพฤติกรรมตอบสนองหลังจากการได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งอาจเป็นใครก็ได้ เพราะกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา นับตั้งแต่บุคคลเริ่มทำความรู้จักกับสิ่งแวดล้อมเมื่อแรกเกิด การเรียนการสอนเป็นเพียงกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นสิ่งผลักดันจากภายนอกที่จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้เร็วขึ้น การเรียนรู้ได้ครอบคลุมตามเนื้อหาหรือตามขอบเขตที่กำหนดให้ จัดเป็นการเรียนรู้ที่เป็นทางการ หรือเป็นระเบียบแบบแผน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เรียน คือ เด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ซึ่งจะเป็นผู้แสดงพฤติกรรมตอบสนองหลังจากที่ได้รับการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์เรื่องโรค การดูแลตนเองของเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกไปแล้ว

2.3 การตอบสนอง (Response) หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้เรียนแสดงออกมาเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า

Redman (1976) ได้อธิบายถึงประเภทของการเรียนรู้ไว้ 3 ประเภท คือ การเรียนรู้ด้านความคิด (Cognitive learning) เจตคติ (Affective learning) และทักษะการปฏิบัติ (Learning of psychomotor) ซึ่งการเรียนรู้ที่สมบูรณ์จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ประเภท คือ

1) การตอบสนองในรูปของความรู้ ความคิด ความจำ การวิเคราะห์ วิจารณ์ (Cognitive domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการไม่รู้เป็นรู้

2) การตอบสนองในรูปของความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม (Affective domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากไม่ชอบเป็นชอบ โดยการแสดงออกทางสีหน้า เช่น ยิ้มแย้ม แจ่มใสหรือแสดงความสนใจต่อสิ่งนั้น

3) การตอบสนองในรูปของพฤติกรรมเชิงทักษะ หรือการเคลื่อนไหวโดยการแสดงออกมาเป็นการกระทำ (Psychomotor domain or Practice) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สิ่งที่ไม่เป็น เป็นทำเป็น หรือทำเป็นให้ทำได้เร็วขึ้น ถูกต้องมากขึ้น คล่องแคล่วขึ้น เช่น การเล่นเกม กิจกรรมที่เหมาะสมกับโรค การเลือกอาหารที่จะรับประทานได้เหมาะสม เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการตอบสนองในรูปพฤติกรรมเชิงทักษะ (Psychomotor domain or Practice) คือ พฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ซึ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์นั้น เป็นผลมาจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เพื่อให้ตนเองสามารถปรับตัวอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สิ่งเร้า และการ

ตอบสนองจึงเป็นปัจจัยที่เป็นตัวชี้บ่งในการพิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ อิทธิพลของสิ่งเร้าที่มีการตอบสนองขึ้นอยู่กับตัวกลาง หรือสื่อที่จะนำสิ่งเร้ามาถึงบุคคล ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านใดก็ตามย่อมจะขาดสื่อไปไม่ได้เลย ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้ ตัวกลางในการส่งสิ่งเร้าไปยังผู้เรียน เรียกว่า “สื่อการสอน” ในที่นี้ผู้วิจัยได้จัดทำสื่อวีดิทัศน์มาเป็นสื่อการสอนที่คาดว่าจะทำให้เด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมีความรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

กล่าวสรุปได้ว่า การเรียนรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลของการเรียนรู้ตามพัฒนาการในบุคคลต่างๆ ตั้งแต่แรกเกิด โดยมีการพัฒนาพฤติกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง หรืออาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางพฤติกรรมเช่นเดียวกับการพัฒนาพฤติกรรมอื่นๆ ของบุคคล ระดับการพัฒนาและผลการพัฒนาที่อยู่ในรูปของพฤติกรรมจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ และองค์ประกอบของการเรียนรู้แต่ละด้าน และแต่ละเรื่องเป็นสำคัญ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติ

ความรู้ (Knowledge) ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

Bloom (1971) นักการศึกษากล่าวถึง ความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่างๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้นั้นย่อในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงจัดระบบใหม่

Good (1973) กล่าวว่า ความรู้หมายถึง ข้อเท็จจริงและรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บสะสมไว้

กล่าวโดยสรุป ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถในการจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว การแสดงออกของพฤติกรรมการเรียนรู้ โดยวิธีบอก อธิบายสิ่งที่เรียนรู้แล้ว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลใน 3 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านความรู้ (Cognitive domain) ได้แก่ การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการเรียนรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถ และทักษะสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจในระดับต่าง ๆ เริ่มตั้งแต่ระดับแรก ได้แก่ ความรู้ต่อมาค่อย ๆ เพิ่มความสามารถในด้านความคิด และสติปัญญามากขึ้น เป็นความเข้าใจการประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และประเมินผลได้ดีที่สุด

3.2 ด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้าน จิตใจ หรือความในใจที่ไม่เกี่ยวกับทางสติปัญญา เป็นการกำหนดคุณค่าของสิ่งเหล่านั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากไม่ชอบเป็นชอบ หรือจากชอบเป็นไม่ชอบ (ปราณี รามสูตร, 2528) เชื่อกันว่าทัศนคติมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล แต่ทัศนคติเพียงประการเดียว ไม่สามารถทำนายการปฏิบัติได้แต่ต้องพิจารณาพร้อมกับนิสัย และบรรทัดฐานของบุคคลนั้นด้วย

3.3 ด้านทักษะ หรือการปฏิบัติ (Psychomotor domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ทางกรปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออก สามารถสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับความรู้ซึ่งอาจได้รับมาจากการฟัง การอ่าน การเขียน หรือการมองเห็น จะทำให้บุคคลพยายามทำความเข้าใจกับความรู้ นั้น ๆ ซึ่งความเข้าใจนี้อาจแสดงออกมาหลาย ๆ ลักษณะ เช่น การพูด การแสดงความคิดเห็น การแสดงข้อสรุปหรือการคาดหวังอะไรจะเกิดขึ้น ตามที่บุคคลนั้นเข้าใจ และตามสภาพการณ์ จากนั้นบุคคลจะนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา มีการวิเคราะห์ปัญหาหรือสภาพการณ์ออกเป็นส่วนๆ เพื่อทำความเข้าใจในแต่ละส่วนของสภาพการณ์นั้น สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบนั้น แล้วนำส่วนประกอบเหล่านั้นมารวมกันเข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างแน่ชัด แล้วนำความรู้ที่มีอยู่เดิมมารวมกับความรู้ใหม่ที่ได้รับ แล้วสร้างเป็นแบบแผนการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติตัวนี้ มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทัศนคติของผู้ป่วย การให้ความรู้ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีในเรื่องนั้น แล้วยอมรับในการปฏิบัติตามในเรื่องนั้นได้ง่ายๆ

จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ที่เกิดจากการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่าพฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลง และพัฒนาไปได้เรื่อยๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ เมื่อการเรียนรู้สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติได้ การเรียนรู้ย่อมสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้

กล่าวโดยสรุป ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้ซึ่งอาจได้รับมาจากการฟัง การอ่าน การเขียน หรือ การมองเห็น บุคคลนั้นจะรับและเก็บสะสม ความรู้ นั้นไว้จัดระบบความคิดของตนเอง แล้วสร้างเป็นแบบแผนการปฏิบัติตัวใหม่ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองไปตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง

4. การให้ความรู้แก่เด็กป่วยวัยเรียน

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็น มีความสนุกสนาน ร่าเริง กล้าเปิดเผย และระบายความรู้สึกของตน กลุ่มเพื่อนเริ่มมีบทบาทมากขึ้นสำหรับเด็กวัยเรียน เด็กสนใจกิจกรรมการเรียนรู้มากขึ้น เมื่อมีเพื่อนวัยเดียวกัน Koster (1983 อ้างถึงใน ทศนียา วังสะจันทานนท์, 2536) ให้ความเห็นว่าเด็กวัยเรียนสามารถใช้เหตุผลมาประกอบในการแก้ปัญหา มีแรงจูงใจในการ

นำความสามารถไปใช้เพื่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ดังนั้นในการให้ความรู้แก่เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกจึงควรสอน หรือให้คำแนะนำโดยชี้ให้เห็นถึงผลดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เปิดโอกาสให้เด็กได้มีประสบการณ์ การเรียนรู้ ฟังพาดตนเองในการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมของตนเองในการดูแลสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ สุรีย์ จันทรโมลี (2528) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าในชีวิตของเด็กการเล่นเป็นหัวใจสำคัญ เด็กสามารถใช้ร่างกาย ความคิด ภาษา และแสดงอารมณ์ ในขณะที่เด็กเล่นและมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมทั้งได้ฝึกทักษะใดทักษะหนึ่งไปด้วย ดังนั้นผู้ใหญ่ที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลเด็กทุกๆด้านจะลดลง คงเป็นเพียงแต่ผู้ให้คำปรึกษา หรือให้คำแนะนำในบางครั้งเท่านั้น

วิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจัดได้หลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย สถานบริการ และตัวผู้ให้บริการ การใช้สื่อการสอนมาประกอบในการให้ความรู้ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในสิ่งที่ป็นนามธรรม โดยการถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น กิจกรรมและวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพ กระทำได้หลายวิธี ในการสอนที่มีการเตรียมล่วงหน้า โดยมีเนื้อหาครบถ้วนเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กวัยเรียน เรียบเรียงเนื้อหาตามลำดับก่อนหลังและมีระยะเวลาในการเรียนที่เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน คือ 10-15 นาที (วิภา อุดมฉันท, 2538)

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า การที่จะให้บุคคล หรือผู้ป่วยมีพฤติกรรม หรือทักษะในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม จะต้องมีความรู้เบื้องต้น หรือเป็นพื้นฐาน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้นั้นควรจะยึดหลักการและวิธีการสอนเหมือนกับการสอนโดยทั่วไป คือ ต้องมีวัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการสอน และการประเมินผลที่แน่นอน ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีความแตกต่างกันเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อายุ ระดับการศึกษา ความพร้อม และการยอมรับต่างๆ ในเรื่องนี้ Spradley (1981) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการสอน ดังนี้

4.1 การสร้างแรงจูงใจ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้เรียนถูกกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ โดยเข้าใจความหมายของการเรียนนั้นๆ ผู้เรียนจะเรียนได้ดีที่สุดเมื่อเขามีความต้องการที่จะเรียน และผู้เรียนจะเข้าใจยิ่งขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่เป็นจริง

4.2 ความต้องการและความสามารถของผู้เรียน ในการสอนผู้ป่วย ผู้สอนจะต้องประเมินว่าผู้เรียนมีความรู้เดิมมากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้จัดการสอนได้เหมาะสม ภาวะทางร่างกายของผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมที่จะเรียน

4.3 ธรรมชาติต่างๆ ไปของการเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง จะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นระหว่างผู้เรียนและสิ่งที่เรียน การเรียนรู้เริ่มจากสิ่งที่ไม่รู้ไปสู่สิ่งที่รู้ จากรูปธรรมไปสู่นามธรรม และจากสิ่งที่ยากไปสู่สิ่งที่ง่าย

4.4 วุฒิภาวะของผู้เรียน เรื่องที่จะสอนไม่ควรง่าย หรือยากเกินไปสำหรับผู้เรียน ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับความสามารถ และวุฒิภาวะของผู้เรียน

4.5 เนื้อหาของเรื่องที่สอน ความรู้ที่ให้แก่ผู้เรียนจะต้องมีเนื้อหาเข้าใจง่าย ใช้ภาษาที่นิยมในท้องถิ่น และไม่ยาวจนเกินไป เพราะถ้ายาวเกินไปจะทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่ายที่สำคัญเป็นการเสียเวลาในการปฏิบัติภารกิจประจำวันด้วย

4.6 สภาพแวดล้อมได้แก่ แสง เสียง ความร้อน การระบายอากาศ สมาชิกผู้ร่วมเรียน อาจเป็นปัจจัยเสริม หรืออุปสรรคต่อการเรียนรู้ได้

4.7 อุปกรณ์การสอน เป็นองค์ประกอบที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ เกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็วขึ้น ประหยัดเวลา และทุ่มแรงงานในการสอนได้มาก ฉะนั้นผู้สอนจะต้องคำนึงถึงอุปกรณ์การสอนที่เหมาะสมกับวุฒิภาวะ ความสามารถของผู้เรียน และความเหมาะสมกับเรื่องที่สอน

4.8 เวลา ผู้สอนจะต้องพิจารณาเวลาที่เหมาะสมว่า ผู้เรียนสามารถเรียนได้โดยไม่เสียเวลาต่อกิจกรรมอื่น และเวลาที่สอนไม่ควรนานเกินไป

4.9 วิธีการสอน ผู้สอนจะต้องพิจารณาให้เหมาะสม และเลือกวิธีการสอนที่ได้ประโยชน์มากที่สุดต่อการเรียนรู้

การให้ความรู้โดยการสอนนั้นแบ่งได้หลายแบบด้วยกัน โดยทั่วไปจะแบ่งกว้างๆ ได้ 2 แบบ คือ การสอนเป็นรายบุคคล และการสอนเป็นกลุ่ม โดยที่การสอนเป็นรายบุคคลเกิดจากความเชื่อที่ว่ามนุษย์ทุกคนมีความแตกต่างกันในด้านความสามารถ ความถนัด ความพร้อม และความสนใจ การช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนตามความสามารถและความสนใจของแต่ละคนย่อมทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ส่วนการสอนเป็นกลุ่มเป็นการสอนที่มีผู้เรียนพร้อมกันหลายๆคน ซึ่งการเรียนแบบกลุ่มนี้ นอกจากได้เรียนรู้จากผู้สอนแล้ว ยังมีโอกาสได้เรียนรู้จากผู้เรียนคนอื่นๆอีกด้วย ซึ่งการสอนแบบนี้เหมาะสำหรับกลุ่มผู้เรียนที่มีความสนใจในสิ่งๆที่เหมือนกัน และมีปัญหาคล้ายๆกัน

การสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์

การสอนหรือการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เป็นบทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของพยาบาล พยาบาลเป็นบุคลากรที่สอนผู้ป่วยได้ดีเพราะเป็นผู้ที่ทราบการวินิจฉัย การรักษา การพยากรณ์โรค และเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เกิดการยอมรับและนำไปปฏิบัติตามได้มากที่สุด เพื่อเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพในการสอนมากขึ้นและเพื่อเป็นการพัฒนาเข้าสู่ศตวรรษหน้าของวิชาชีพพยาบาล ที่ควรเป็นผู้ผสมผสานเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจึงควรนำสื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่างๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการสอนผู้ป่วยให้มากขึ้น (Curry & Cullen, 1990) โดยควรเลือกใช้สื่อการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด

ในการสอนหรือให้ความรู้เด็กวัยเรียนจำเป็นมากที่จะต้องมียุทธศาสตร์การสอนหรือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มาเป็นสิ่งจูงใจและเสริมแรงให้เด็กมีการเรียนรู้มากขึ้น (Barnes, 1991; Hussey & Hirsh, 1983; Parker, 1983) เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการพัฒนาทางด้านสติปัญญาทั้งในเรื่องกระบวนการคิดรู้ (Cognitive process) การใช้กระบวนการคิดในการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผลและสิ่งที่เป็นรูปธรรม เด็กวัยนี้จะเป็นวัยที่สามารถเข้าใจสิ่งที่ตนได้ยิน มองเห็น ได้สัมผัส ได้รู้ มารวบรวมอย่างมีระบบแบบแผน ดังนั้นหากให้เด็กวัยนี้ได้เกิดการรับรู้ทางสายตาโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ประกอบคำอธิบายก็จะสามารถทำให้เด็กเกิดการรับรู้ เข้าใจข้อมูลหรือคำอธิบายที่ให้และมีแรงดึงดูดความสนใจมากยิ่งขึ้น (Wong, 1995; Nicastro & Whetsell, 1999) เนื่องจากวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีอิทธิพลต่อผู้ชมเป็นอย่างมาก สามารถใช้โน้มน้าวหรือเปลี่ยนแปลงค่านิยม ทักษะคติ และพฤติกรรมต่างๆ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้มีความเด่นชัด ไม่ซับซ้อน ตลอดจนสามารถควบคุมผลตอบสนองที่เกิดขึ้นได้เนื่องจากมีการเตรียมเรื่องราวไว้ก่อนแล้ว (Kalish อ้างถึงใน อัญญา ไตศลากุล, 2544) ซึ่งผลจากการเรียนรู้ผ่านสื่อที่สร้างความดึงดูดใจให้กับผู้เรียน จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สื่อทัศนูปกรณ์ต่างๆ พบว่า สื่อทัศนูปกรณ์นั้นสามารถปรับปรุงและเป็นแรงจูงใจในการเรียนรู้ได้ สื่อประเภทเทปโทรทัศน์ หรือวีดิทัศน์ เป็นสื่ออย่างหนึ่งที่มีผู้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีข้อดีหลายประการ ข้อดีที่เห็นได้ชัดคือ สามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน มีการเคลื่อนไหว อันจะส่งผลให้มีการเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งจากการวิจัย พบว่ามนุษย์เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทางตาถึงร้อยละ 83 ทางหูร้อยละ 11 ทางกายสัมผัสร้อยละ 1.5 ทางรสสัมผัสร้อยละ 1 และทางจมูกร้อยละ 3.5 วีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีความสะดวกในการใช้งาน และสามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียด สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง ทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน คงที่ การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอน เป็นการจัดการให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสื่อวีดิทัศน์ พบว่าวีดิทัศน์มีประโยชน์ต่อการเรียน การสอนและการฝึกอบรมมาก เนื่องจากเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสื่อสารสูง สำหรับการนำวีดิทัศน์มาใช้ในการสอนผู้รับบริการ พบว่า มีประโยชน์มากเช่นเดียวกับการสอนในลักษณะทั่วไป กล่าวคือวีดิทัศน์จะช่วยประหยัดเวลาของพยาบาลได้เป็นอย่างมาก ทำให้ข้อมูลที่น่าเสนอเป็นระบบและทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เป็นประโยชน์สำหรับสำหรับผู้ที่มีความรู้ด้านการอ่านได้เป็นอย่างดี เป็นการพัฒนาการสอนสุขศึกษาให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล (โกสุ่ม สุวรรณะชฎ และคณะ, 2530; เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, 2531) นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้และการ

ปฏิบัติตนที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ดังเช่น การศึกษาของ จิราพรรณ ทองสุโชติ (2535) ที่ศึกษาผลของการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาล และมีระดับความวิตกกังวลภายหลังการสอนทันทีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารักษ์ นาทีเลิศ (2541) ที่ศึกษาผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 40 ราย พบว่าหลังการสอนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมในการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ สุภาวดี อเนก (2544) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 59 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 57 คน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง มารดากลุ่มทดลองมีความรู้ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดอักเสบดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ นฤมล พรหมภักย์ (2541) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลทารกป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์มีความรู้และความสามารถในการดูแลบุตรดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในต่างประเทศ การใช้วีดิทัศน์ในการสอนผู้ป่วยและเตรียมการในผู้ป่วยก่อนทำหัตถการมีมากขึ้น เพราะสามารถนำมาใช้เป็นกลุ่มได้ สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง เนื้อหาที่ได้รับครบถ้วน คงที่ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่คลาดเคลื่อน นอกจากนี้ วีดิทัศน์สามารถนำกลับไปดูที่บ้านได้ด้วย จึงถือเป็นวิธีการที่จะลดช่องว่างการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลกับที่บ้าน และเป็นการจูงใจให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย (Curry & Cullen, 1990)

จากการวิจัยเกี่ยวกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้และส่งผลถึงการปฏิบัติตน Uzark (1986) ศึกษาผลการใช้วีดิทัศน์ในการส่งเสริมการรักษาสุขภาพฟันในเด็กโรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิด พบว่ากลุ่มที่ได้ดูวีดิทัศน์มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพฟันและการใช้บริการทันตกรรมมากกว่าเดิม Scherz (1994) ศึกษาถึงประสิทธิภาพการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับความรู้โดยพยาบาลประจำการ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ เจตคติ ในการดูแลเท้าและการปฏิบัติเพื่อดูแลเท้าดีขึ้นกว่าเดิมและแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gaskey (1987) ที่เปรียบเทียบผลการใช้วีดิทัศน์กับการเยี่ยมตามปกติของวิสัญญีพยาบาล ในการสอนเรื่องการดม

ยาสลบในผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่ได้ดูวิดีโอมีความรู้ในการดมยาสลบดีกว่าและมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ดูวิดีโอ และ Cassileth (1982) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคมะเร็งในผู้ใหญ่และครอบครัวโดยใช้เทปโทรทัศน์ พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการรักษาดีขึ้น

จากแนวคิดและผลการศึกษาดังกล่าวจึงอาจกล่าวได้ว่า การสอนหรือให้ความรู้ทางวิดีโอเป็นการสอนที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการได้ และให้ผลใกล้เคียงกับการสอนจากพยาบาลโดยตรง ผู้ป่วยได้รับความรู้และเนื้อหาที่เหมือนกัน อย่างไรก็ตาม การสอนด้วยสื่อวิดีโอนั้นก็ยังพบว่ามีข้อจำกัดที่เป็นวิธีการสื่อความหมายทางเดียว (จิรพรณ พิศุทธิ, 2542) ผู้เรียนไม่สามารถซักถามปัญหาหรือเสนอข้อคิดเห็นต่างๆไปยังผู้สอนในวิดีโอได้อย่างทันทีทันใด ขาดการส่งข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกันอย่างทันท่วงที และในการดูวิดีโอผู้เรียนต้องตั้งใจและสนใจตลอด จึงจะทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการปฏิบัติ บุพผา แก้ววิเชียร และจันทิรา ภาวิไล (2542) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการสอนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดระหว่างวิธีการสอนโดยพยาบาลกับวิดีโอในกลุ่มมารดาครรภ์แรกและครรภ์หลังจำนวน 200 คน พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยวิดีโอมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดไม่แตกต่างกัน แสดงว่าการใช้สื่อวิดีโอในการสอนหรือให้ความรู้ยังไม่สามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการมีความรู้หรือการปฏิบัติตัวต่างจากวิธีการอื่นด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำสื่อวิดีโอไปใช้ร่วมกับวิธีอื่น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

จากการที่เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่สามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพลังที่จะเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อให้ตนมีสุขภาพดี Henderson (1992) ได้ให้ความสำคัญต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่เด็กวัยเรียนว่า เป็นส่วนที่มีผลโดยตรงต่อการมีพฤติกรรมทางสุขภาพต่อไปในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากเด็กวัยเรียนมีความสามารถที่จะเลือกกระทำพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง (Dworkin, 1989) เพราะพวกเขามีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และทักษะมากขึ้น มีความคิดเชิงรูปธรรม ให้ความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลได้ สามารถทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลได้ เด็กจึงควรได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนตลอดวัยเด็กไปจนโตเป็นผู้ใหญ่ เพื่อจะได้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งจัดเป็นความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และหากเด็กมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานๆก็จะต้องพัฒนาทักษะ

ในการดูแลตนเองให้มีส่วนร่วมอย่างมากในการวางแผนการพยาบาล เพื่อเด็กจะได้ยอมรับภาวะของโรค และพัฒนาทักษะในการพึ่งตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ตลอดจนมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้เป็นไปตามปกติ ทั้งยังจะช่วยลดจำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ทางหนึ่ง Vassey (1995) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการให้การดูแลขั้นต้นสำหรับเด็กป่วยเรื้อรังเพื่อช่วยเตรียมเด็กให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองและพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพว่าควรเริ่มต้นตั้งแต่วัยก่อนเรียนและวัยเรียน และจากการศึกษาของ Davis & Steel (1991) ศึกษาถึงการดูแลเด็กที่ได้รับการดูแลในคลินิกเฉพาะโรคโดยศึกษาจากครอบครัว 58 ครอบครัวที่มีเด็กป่วย พบว่าเป้าหมายที่ทั้งครอบครัวและทีมสุขภาพมุ่งหวังให้เกิดขึ้นกับเด็กป่วยเรื้อรังคือ ความสามารถในการดูแลตนเอง Abramovitz & Senner (1995) สนับสนุนเรื่องนี้ว่าการดูแลตนเองของเด็กและครอบครัวจะเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนความสำเร็จของการวินิจฉัยและการรักษาด้วย เช่นเดียวกับที่ Dyson et al. (1993) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่เยี่ยมบ้านว่าสิ่งสำคัญที่ต้องระลึกถึงคือ การสนับสนุนให้เด็กและครอบครัวได้ทำหน้าที่ดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

จากคำกล่าวที่ว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในส่วนของแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกจึงประกอบด้วย

1. ประเภทของการดูแลตนเอง

กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองทั้ง 3 ประเภท ได้แก่

1.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self care) การดูแลตนเองประเภทนี้มีจุดประสงค์ของพฤติกรรมคือ เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย ประกอบด้วย

1.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ ด้วยการมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก รักษาไว้ซึ่งความคงทนทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ รวมถึงการดื่มน้ำ และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ด้วยการมีพฤติกรรมจัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม การจัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ การระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล รวมทั้งการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ด้วยการมีกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม รับรู้และสนใจความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง มีการวางแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเองโดยใช้ความสามารถ ความสนใจของตน และค่านิยมขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการวางแผน

1.1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยการใช้เวลาส่วนตัวอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นเพื่อการพึ่งพาซึ่งกันและกัน รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเมื่อจำเป็น

1.1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ ด้วยการสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น การป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆและควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง เป็นการส่งเสริมความปกติของตนเองให้คงอยู่และดำเนินต่อไปได้ ด้วยการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของตนเอง

1.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่างๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับพัฒนาการ เช่น การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ เหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อการพัฒนาการ เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการแบ่งออกเป็น

1.2.1 การดูแลตนเองเพื่อให้มีการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ

1.2.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะจากผลที่เกิดจากเหตุที่สามารถยับยั้งพัฒนาการ เช่น การขาดการศึกษา การมีปัญหาค่าการปรับตัว การเจ็บป่วย เป็นต้น

1.3 การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด หรือมีโครงสร้าง หน้าที่ของร่างกาย ผิดปกติไป โดยมีกิจกรรมดังนี้

1.3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่ช่วยเหลือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพ

1.3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

1.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.4 รับรู้ และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

1.3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

1.3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะของโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ให้ดีที่สุดในความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

2. การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้มีการดำรงชีวิตอย่างผาสุกร่วมกับการเป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ซึ่งได้จากการผสมผสานการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของเด็กวัยเรียน และการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ประกอบด้วย

2.1 การดูแลตนเองเพื่อการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและได้รับอากาศที่ถ่ายเทสะดวก ด้วยการรับประทานอาหารตามอาการและการดำเนินของโรค กล่าวคือ รับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ เพิ่มอาหารที่มีคัลเซียมสูงเช่น ผลไม้พวก ส้ม กล้วยหอม องุ่น จำกัดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ดื่มน้ำตามปกติ จะจำกัดเฉพาะรายที่มีอาการบวมมาก

2.2 การดูแลตนเองเพื่อให้มีการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ซึ่งรวมทั้ง สุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยดูแลเกี่ยวกับความสะอาดทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ร่างกาย ปาก และฟัน เนื่องจากเด็กป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมีความต้านทานโรคต่ำ ร่างกายอ่อนแอ มีโอกาสติดเชื้อโรคได้ง่าย การรักษาความสะอาดจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยกำจัดสิ่งสกปรกไม่ให้เป็นที่ยึดเหนี่ยวของเชื้อโรค ซึ่งรวมถึงความสะอาดของผิวหนัง ปากและฟัน เสื้อผ้า และการไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับคนอื่น

2.3 การทำกิจกรรมและมีการพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม ควรปรับการพักผ่อน การออกกำลังกาย ไม่ควรเล่นโลดโผน หรือใช้กำลังมากเพราะจะเป็นผลเสียต่อไต ในเด็กที่บวมมากควรจำกัดกิจกรรม ส่วนการพักผ่อนนอนหลับช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ลดการทำงานและช่วยในการฟื้นฟูสภาพ เด็กที่เจ็บป่วยย่อมต้องการการพักผ่อนมากกว่าในยามปกติ แต่การพักผ่อนนอนหลับจะต้องสมดุลกับการออกกำลังกาย และสภาวะของร่างกายในขณะนั้น (Koster, 1983) เพราะการออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นการทำงานของร่างกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้ร่างกายแข็งแรง ช่วยคลายความเครียด เกิดความเพลิดเพลิน สนุกสนาน แต่การออกกำลังกายจะต้องเหมาะสมกับสภาวะของร่างกาย ขณะเจ็บป่วยจะต้องอยู่ในขอบเขตความสามารถตามลักษณะของโรคในแต่ละบุคคล และอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล เด็กป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกในระยะที่ไม่มีอาการรุนแรงจะไม่จำกัดการออกกำลังกาย เพราะจะเป็นการไปยับยั้งพัฒนาการของเด็ก อีกทั้งการจำกัดกิจกรรมของเด็กไม่ได้ทำให้การดำเนินของโรคดีขึ้น แต่อาจเป็นผลเสียด้านจิตใจได้ โดยปกติแล้วความเจ็บป่วยจะเป็นตัวจำกัดกิจกรรมของเด็กเอง เช่นรายที่มีอาการบวมมาก แต่อย่างไรก็ตามควรงดประมาณ 1 ปี หรือจนกว่าจะไม่มีอัลบูมินในปัสสาวะ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544)

2.4 การใช้เวลาอย่างสมดุลระหว่างเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการรักษาพยาบาล เช่น การเข้ารับการรักษาตามนัด การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ตามพัฒนาการของเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และต้องการการยอมรับจากสังคม จึงต้องมีการจัดแบ่งเวลาเพื่อให้ใช้เวลาได้อย่างเหมาะสมทั้งกิจกรรมส่วนตัวและกิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลอื่น

2.5 การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่พบบ่อย ๆ คือการป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันอุบัติเหตุ

การป้องกันการติดเชื้อ เด็กที่เป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความต้านทานโรคต่ำอยู่แล้ว ทำให้มีโอกาสติดเชื้อจากโรคอื่น ๆ ได้ง่าย ซึ่งการติดเชื้อที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ จึงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงจากบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ

การป้องกันอุบัติเหตุ หมายถึง การป้องกันเพื่อให้พ้นจากโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน เด็กวัยเรียนแม้ว่าจะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการประสานงานที่ดีระหว่างกล้ามเนื้อกับประสาทก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายในเด็กวัยนี้มาก ทั้งอุบัติเหตุในบ้านและบนท้องถนน (Tackett & Hunsberger, 1981) จึงต้องให้เด็กได้เล่นอย่างระมัดระวัง ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ

2.6 การดูแลตนเองเพื่อให้มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาเพื่อสนับสนุนให้อยู่ในวุฒิภาวะของเด็กวัยเรียน พัฒนาการทางความคิดของเด็กวัยเรียนมีลักษณะที่สำคัญคือ เริ่มต้นคิด และมีเหตุผลตามความเป็นจริงที่พิสูจน์ได้ เด็กจะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ จึงควรได้รับรู้ข่าวสารหรือสาระต่าง ๆ เพิ่มเติมจากสื่อที่ไม่ใช่เพื่อการเรียนในโรงเรียน เท่านั้น

2.7 การดูแลตนเองเพื่อให้มีการเอาใจใส่ แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ โดยการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซักถามปัญหา สังเกตภาวะของโรค รวมทั้งขอความรู้และความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่เมื่อพบความผิดปกติ

สังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากอาการของโรคอาจจะกลับเป็นซ้ำได้อีก โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เด็กป่วยและผู้ดูแลจะต้องรู้จักสังเกตอาการแสดงของโรคที่กลับเป็นซ้ำเพื่อโรคจะได้ไม่รุนแรงมากขึ้น

มาพบแพทย์ตามนัด โรคเรื้อรังเกือบทุกชนิดมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ จึงมักจะพบว่าเมื่ออาการ ดีขึ้น เด็กป่วยจะหยุดยาเอง หรือบิดามารดาไม่มารับยาต่อ เพราะคิดว่าหายจากโรคแล้ว จึงทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นอีก บางครั้งถึงขั้นที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การมาพบแพทย์ตามเวลาที่นัดจะเป็นผลดีต่อเด็กป่วยอย่างมาก เพราะแพทย์จะได้ทำการติดตามการดำเนินของโรค ช่วยให้มีการรักษาที่ต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดป่วยและผู้ดูแลเข้าใจการรักษาพยาบาล และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง

2.8 การดูแลตนเองเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องเด็กจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เช่น การงดออกกำลังกายชนิดหักโหม รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ รับประทานยาหรือรับการบำบัดอื่น ๆ อย่างสม่ำเสมอ เด็กจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคกำเริบขึ้น และเพื่อช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตพัฒนาการปกติ เด็กป่วยและผู้ดูแลไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ไม่ควรลดหรือเพิ่มจำนวนยา โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เพราะอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา และเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ยา การใช้ยาต้องดูตามชนิดและจำนวนให้ถูกต้องตามแบบ

แผนการรักษาทุกครั้ง เพราะการใช้ยาแต่ละครั้งอาจได้รับจำนวนไม่เท่ากัน สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาหรือการรักษาอื่น ๆ เพื่อให้การแก้ไขได้ทันเวลาที่

2.9 การดูแลตนเองเพื่อให้มีการจัดการกับภาวะเครียดทางอารมณ์จากการที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและการรักษาได้อย่างเหมาะสม จากการที่เป็นโรคเรื้อรังและต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองและขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

เด็กป่วยมีความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อสภาวะที่คุกคาม การสูญเสียการควบคุมร่างกายที่บาดเจ็บ กลัวความตาย ขาดความมั่นคงทางจิตใจ มีความเครียด จากการถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อม การเล่นเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยให้เด็กคลายเครียดและความกังวลเหล่านั้นได้ เพราะการที่เด็กได้เล่นระบายอารมณ์ต่าง ๆ ที่มีในจิตใจออกมา ช่วยให้เกิดความรู้สึกสบายใจและเป็นอิสระ ช่วยปรับตัวในการดำรงชีวิตให้อยู่ในภาวะสมดุลต่อไป

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

Orem (2001) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่

3.1 อายุ เพศ และระยะพัฒนาการ โดยทั้งสามอย่างเป็นสิ่งที่แสดงถึงศักยภาพในการมีพฤติกรรมดูแลตนเองตามวุฒิภาวะในขณะนั้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรมในการดูแลตนเอง และจะบอกให้ทราบว่าบุคคลสามารถดูแลตนเองได้เพียงใด เด็กอาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง แต่จะมีการพัฒนาความสามารถในด้านนี้เพิ่มขึ้นตามวัย ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กจะต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้เด็กจนกว่าเด็กจะสามารถดูแลตนเองได้ และจะต้องช่วยเหลือสนับสนุนให้เด็กได้มีโอกาสฝึกกิจกรรมการดูแลตนเอง ในขณะเดียวกันการช่วยเหลือจากผู้ใหญ่จะค่อย ๆ ลดน้อยลง แต่ยังคงให้คำแนะนำและอาจจะต้องช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

3.2 สภาพที่อยู่อาศัย เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องของการปรับวิธีการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพที่อยู่อาศัย

3.3 ระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และระบบแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่อิทธิพลต่อคุณภาพการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งประโยชน์ทั้งเงินทองและระยะเวลาในการจัดระบบการดูแลตนเอง สังคมที่บุคคลอาศัยอยู่จะมีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์

ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งการเรียนรู้ในกิจกรรมการดูแลตนเองนี้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อ นิสัย วัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตของสังคมนั้น ๆ (Orem, 2001) สิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วย บิดามารดาจะต้องมีความพยายามและระลึกไว้เสมอว่าเด็กจะประสบความสำเร็จได้จะต้องได้รับการสนับสนุนค้ำจุนจากบิดามารดา การที่จะช่วยให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น บิดามารดาจะต้องใช้เวลาและกำลังมากกว่าการช่วยทำให้เด็กโดยตรง

3.4 ภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง ส่วนระบบบริการก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่ง ปัจจัยหนึ่งที่จะอำนวยความสะดวกในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

3.5 ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต จะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เช่น มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตจนทำให้เกิดความเครียด ขาดความสามารถในการรู้คิด ตัดสินใจก็ยอมที่จะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

5. บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง

ในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเพื่อสนับสนุน ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองนั้น พยาบาลอาจเกี่ยวข้องโดยเป็นผู้ให้การพยาบาลโดยตรง หรือช่วยเหลือบิดา มารดาและครอบครัวในการเรียนรู้ที่จะดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องหรือเรียนรู้การร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องเลือกวิธีการในการช่วยเหลือเด็กอย่างเหมาะสม โดยตระหนักถึงปัจจัยในเรื่องอายุ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กเป็นสำคัญ

การพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลรวมทั้งการปรับใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการสอน แนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล คอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) และสนับสนุนให้เด็กกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งวิธีการให้ความช่วยเหลือนั้น Orem ได้เสนอไว้ 5 วิธี คือ

1. การกระทำให้หรือการกระทำทดแทน (Acting for or doing for)

เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต หรือผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย และความรู้สึกนึกคิด หรือวิธีการดูแลตนเองนั้นยุ่งยากซับซ้อน

ต้องใช้เทคโนโลยีและเทคนิคเฉพาะ ควรใช้วิธีการอื่นทดแทนเมื่อเด็กหรือผู้ป่วยพร้อมที่จะดูแลตนเองได้

2. การชี้แนะ (Guiding another)

เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับการบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ โดยสามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำหรือการตรวจตรา ซึ่งมักใช้วิธีนี้ร่วมกับวิธีสนับสนุนวิธีนี้ผู้ชี้แนะจะต้องมีความสามารถในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้ชี้แนะและผู้รับการชี้แนะ เพื่อส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้ ซึ่งการชี้แนะมีทั้งในรูปแบบของการแนะนำ การสั่งสอน การสั่ง การให้ข้อคิด การให้แนวทาง และการให้คำปรึกษา

3. การสนับสนุน (Supporting another)

เป็นวิธีการที่แสดงออกถึงการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน Orem (2001) แบ่งประเภทของการสนับสนุนบุคคลอื่นออกเป็น 2 ประเภทคือ การสนับสนุนทางด้านร่างกาย และการสนับสนุนทางด้านจิตใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด และมีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการสนับสนุนจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้

4. การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

เป็นการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ เห็นคุณค่าในการดูแลตนเอง และใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่จำเป็นและควรใช้ในการดูแลครอบครัว สถาบันการเลี้ยงดูเด็ก สถานพยาบาล โรงเรียน และโรงพยาบาล ซึ่งมีคนอยู่รวมกันเป็นกลุ่มประสิทธิภาพของการใช้วิธีนี้ขึ้นอยู่กับความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ เจตคติ และการได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นของผู้ให้ความช่วยเหลือ

5. การสอน (Teaching)

เป็นวิธีการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ หรือทักษะเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และบุคคลที่จะสอนผู้ป่วยได้ดีที่สุดคือ บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ทุกวันหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ที่ทำหน้าที่สอนได้ดีจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และทราบพื้นฐานเดิมของผู้เรียน ทั้งประสบการณ์ นิสัย ความเป็นอยู่ การรับรู้ การคิด และความรู้เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งวิธีการสอนจะต้องปรับตามประสบการณ์ความสามารถตามวัยของผู้เรียน การสอนเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง หลักในการสอนผู้ป่วยมีดังนี้

5.1 สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ การสอนจึงอาจจะเริ่มต้นด้วยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งจะเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้

5.2 เนื้อหาที่จะสอนต้องเสริมจากความรู้เดิม ฉะนั้น ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

5.3 ความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นในการเรียนรู้ ผู้ป่วยและพยาบาลจะต้องตัดสินใจร่วมกันในการเรียนรู้การดูแลตนเอง

5.4 การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ การให้ผู้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการการเรียนการสอน ซึ่งกระทำโดยการแลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกปฏิบัติ กระทำการต่างๆ ในการดูแลตนเอง

5.5 การประเมินผู้ป่วย จะช่วยผู้ป่วยในการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม พยาบาลต้องประเมินความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายของการเรียนรู้ ให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น

5.6 เนื้อหาและวิธีการสอนต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน

5.7 การมีสิ่งรบกวนโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหรือคลินิกตรวจผู้ป่วยจะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้ พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เช่น อาจจะต้องมีห้องเป็นสัดส่วนเมื่อต้องสอนผู้ป่วย

5.8 พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอนโดยใช้สื่อ เช่น สไลด์ เทป หรือภาพวิดิทัศน์ และช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้

5.9 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ปัญหา ซึ่งอาจทำได้โดยพยาบาลกับผู้ป่วยมีการติดต่อ วางแผน ตั้งเป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

6. การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผู้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ตรงกับคำว่า Family participation หรือ Family involvement (Pike, 1989 cited in Coyne, 1996) การมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการดูแลรักษาพยาบาลเด็ก และเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการดูแลรักษาพยาบาลเด็ก (Coyne, 1996)

1. ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation/ Involvement)

Fradd (1987 cited in Coyne, 1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึงความสามารถของบิดา มารดา ในการมีส่วนร่วมในการดูแลรวมทั้งร่วมรับผิดชอบในการดูแลบุตร ไม่ว่าจะพยาบาลคนใดให้การดูแลอยู่ ไม่ว่าจะเด็กจะได้รับการวินิจฉัยโรคหรือรับการรักษาอะไรอยู่ก็ตาม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเหมือนการมีส่วนร่วมของบิดามารดา

Brownlea (1987 cited in Neil, 1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของบิดามารดา หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล หรือการมีส่วนร่วมในการดูแล หรือการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแก่บุตร

Croft & Willadsen (1992 cited in Hanson & Boyd, 1996; Friedman, 1997) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางด้านอารมณ์และร่างกาย

Friedman (1997) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึงการที่บิดา/มารดามีส่วนร่วมในการดูแล มีส่วนรับผิดชอบในการดูแล กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุนให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน ดูแลช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลบุตร

Welk (1999) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือบิดา มารดา หมายถึง การเป็นผู้ช่วยเหลือโดยตรง หรือการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับเด็ก ตัวอย่างเช่นการออกกำลังกาย โดยให้ครอบครัวร่วมกันเดินออกกำลังกาย ร่วมกันเล่น ร่วมกันฝึกทักษะทางด้านร่างกายกับเด็ก การมีส่วนร่วมของบิดา มารดา ในการสาธิตการออกกำลังกายให้แก่เด็ก และ

ในขณะที่ออกกำลังกายครอบครัวจะให้ความสำคัญกับประโยชน์ของการพัฒนาสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้เด็กรู้สึกว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญกับเด็ก

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของบิดามารดา หรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแล หรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลบุตร หรือกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลหรือมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับบุตร หรือเป็นผู้ให้คำปรึกษาในประเด็นปัญหาต่าง ๆ แก่บุตร หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกับผู้อื่น หรือเป็นผู้ช่วยเหลือเด็กโดยตรงในการดูแลด้านอารมณ์และด้านร่างกายของเด็กด้วยความรัก ให้ได้รับความสุขสบาย ไม่ว่าจะพยาบาลคนใดให้การพยาบาลอยู่ ไม่ว่าจะเด็กจะได้รับการวินิจฉัยโรคหรือรับการรักษาโดยอยู่ที่ตาม

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ความหมายแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (1997) เนื่องจากมีความหมายที่ครอบคลุมการช่วยเหลือ ดูแล กระตุ้น ชมเชย ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น

2. บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ (Role of family participation/ Family involvement)

ครอบครัวในฐานะที่มีหน้าที่สร้างและเลี้ยงดูสมาชิกทุกคนย่อมหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกไม่ได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย หมายถึงภาวะและปัญหาต่างๆ ที่ครอบครัวจะต้องแก้ไขให้คืนสู่สภาพเดิม

ได้มีผู้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ว่าประกอบด้วย

1. ครอบครัวจะต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ไปจนถึงการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อน และครอบครัวจะต้องปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นอิสระไปจนถึงการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวภายใต้การควบคุมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

2. ครอบครัวต้องให้การส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวทุกคน และช่วยแบ่งเบาภาระงานของสมาชิกที่ป่วย

3. ครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ง่ายๆ ในการวินิจฉัยโรคและทำการรักษาเบื้องต้น อุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ ยา ปรอท เครื่องวัดความดันโลหิต แก้วชี้เข็ม เป็นต้น

4. ครอบครัวมีอำนาจในการเลือกและตัดสินใจว่า ควรให้การดูแลในรูปแบบใดที่จะไม่เป็นอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนเป็นผู้กำหนดวิธีการและการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม ถูกต้อง แก่สมาชิกเมื่อเจ็บป่วย

Doherty & Campbell (1988 cited in Friedman, 1997; Doherty, 1995 cited in Friedman, 1997) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้ ซึ่งจะครอบคลุมกิจกรรมดังเช่น มีการจัดเตรียมการให้ความรู้และการสอนสมาชิกที่เจ็บป่วยเป็นรายบุคคล (Patient teaching)

2. ครอบครัวสามารถจัดกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้เชิงประสานความร่วมมือกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับเตรียมครอบครัวโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร และให้คำแนะนำแก่ครอบครัว โดยการสอนครอบครัว (Family teaching) เพื่อให้ครอบครัวเป็นผู้มาถ่ายทอดให้แก่สมาชิกในครอบครัว

3. ครอบครัวสามารถให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก และประสบการณ์การดูแลสุขภาพที่ผ่านมา โดยการผสมผสานการสอนแบบสนับสนุนร่วมกับให้คำปรึกษาเชิงการให้ความรู้ (Combination of supportive teaching and educationally focused counseling)

4. ครอบครัวสามารถประเมินครอบครัวตนเอง และกิจกรรมอย่างคร่าว ๆ ได้ โดยเฉพาะครอบครัวที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพและมีปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งครอบครัวที่อยู่ในภาวะความเสี่ยงสูง โดยครอบครัวสามารถขอคำปรึกษาในการประเมิน และการทำกิจกรรมเบื้องต้นได้ (Basic family counseling)

5. ครอบครัวสามารถบำบัดรักษาปัญหาทางด้านจิตสังคม และบำบัดปัญหาของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง โดยใช้ทักษะขั้นสูงช่วยในการดูแลบำบัดรักษาสมาชิกในครอบครัว โดยครอบครัวสามารถขอคำปรึกษาครอบครัวขั้นสูงได้ (Advanced family counseling)

Friedman (1997) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตามสภาวะสุขภาพของเด็ก ดังนี้

1. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยของเด็ก (Health promotion and illness prevention) โดยใช้กลยุทธ์ของการมีสุขภาพดี คือ เด็กมีความต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในลักษณะของครอบครัว ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ของการทำให้มีภาวะสุขภาพดี การปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว เนื่องจากมีผลกระทบต่อระบบการดำเนินชีวิตครอบครัว เด็กอาจจะมองตนเองและมองภาพลักษณะใน

ลักษณะของการมีสุขภาพดีหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป การปรับเปลี่ยนของครอบครัวที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้

2. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยะเวลาที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom experience stage) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในระยะนี้ ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และให้ความหมายของสุขภาพและการเจ็บป่วย การให้ความหมายของอาการในลักษณะ ความรุนแรงของอาการ สาเหตุที่เป็นไปได้ของการเกิดอาการ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการ และความตระหนัก หรือความใส่ใจต่อการดูแลเมื่อเด็กมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันเด็ก จากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ช่วยกันตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นนั้น ๆ

3. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care – seeking stage) ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าเมื่อใดเด็กจะมีภาวะเจ็บป่วยและต้องช่วยเหลือเด็ก ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าเด็กควรจะได้รับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก หรือโรงพยาบาล)

4. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical contact stage) ครอบครัวทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อส่งต่อไปให้ระบบปฐมภูมิ เพื่อทำหน้าที่ส่งผู้ป่วยต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลแบบใดต่อ

5. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพา (Dependent patient stage) ครอบครัวสามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วย (Patient role) ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับไหน และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Patient role behaviors) สามารถบอกได้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อไร ซึ่งช่วงระยะเวลาจะครอบคลุมตั้งแต่การไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วในเวลาอันสั้น จนถึงความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะฟื้นหาย เป็นปกติโดยเร็ว

6. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation stage) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนเด็กหรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีอาการรุนแรง หรือสมาชิกที่เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว หรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างชัดเจนให้หายจากความเจ็บป่วย โดยเร็ว

จากบทบาทดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนับสนุนให้ครอบครัวกระทำพฤติกรรมต่างๆในการดูแลบุตร ทั้งการกระตุ้น ชมเชย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สอน ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมการดูแลตนเองของบุตรทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

3. พยาบาลกับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

จะเห็นได้ว่า พยาบาลต้องสัมผัสกับประชาชนทั้งในระยะเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย พยาบาลต้องสัมพันธ์กับผู้รับบริการทางสุขภาพและสมาชิกในครอบครัวในหลายๆ โอกาสที่หลากหลาย ส่วนใหญ่จะเป็นสถานการณ์ที่สมาชิกเจ็บป่วย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่ควรพัฒนา คือ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ ,2537)

3.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

3.1.1 การสร้างความมีส่วนร่วมของครอบครัวในเรื่องสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมได้

3.1.2 การพัฒนาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการสร้างสุขภาพให้ดีโดยให้ทุกคนมีบทบาท

3.1.3 การพัฒนาบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจจะ เป็นพ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร-หลาน หรือญาติที่ใกล้ชิด โดยพยาบาลจะต้องเตรียมบุคลากรเหล่านี้ให้พร้อมก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.2 ด้านการป้องกันความเจ็บปวดและการเกิดโรค

3.2.1 การดูแลครอบครัวที่อยู่ในภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ กาย จิต สังคม เช่น ครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อน พิการ หรือมีผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น

3.2.2 การป้องกันการเกิดโรคด้วยวิธีการสร้างภูมิคุ้มกัน ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งครอบครัวควรได้มีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัว

3.2.3 การดูแลสมาชิกในครอบครัวตามลำดับขั้นพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่ก่อนเกิดจนตาย สมาชิกในครอบครัวควรมีบทบาทร่วมด้วย

3.2.4 การป้องกันความพิการและการเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งจะเกิดขึ้นกับผู้ที่เจ็บป่วยแล้วต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคทางกระดูก เป็นต้น

3.3 ด้านการรักษาความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ

3.3.1 บทบาทของครอบครัวขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล มีกิจกรรมมากมายที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมได้ โดยจะต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมและเชื้อต่อการแสดงบทบาทของครอบครัว เช่น เวลาเยี่ยมผู้ป่วย การวางแผนให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นต้น

3.3.2 บทบาทของครอบครัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยจะต้องมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning)

3.3.3 บทบาทของพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ยังคงอยู่ในขอบข่ายเดิมที่พยาบาลจะต้องทำคือ บทบาทด้านการสอนและให้ข้อมูล (Health teaching) บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Health counseling) บทบาทด้านการให้การดูแลโดยตรง (Health care providing) และบทบาทด้านการสนับสนุนส่งเสริม (Supportive)

4. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก

การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นพื้นฐานเบื้องต้นในการดูแลรับผิดชอบ และดูแลสมาชิกเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลหรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล หรือมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หรือให้กำลังใจ หรือมีส่วนร่วมในการสนับสนุน หรือมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็ก หรือมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือครอบครัว หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของเด็กในการส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเด็กให้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปฏิสัมพันธ์ของความผูกพันระหว่างเด็กกับครอบครัว และเป็นพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งจะทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยเด็ก

5. ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วย

5.1 ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม กล่าวคือ ด้านร่างกาย ทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรพยาบาล เนื่องจากผู้ปกครองได้ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงของเด็กอย่างละเอียด แม่นยำ และครอบคลุม เช่น การบันทึกจำนวนปัสสาวะ การสังเกตอาการไข้ อาการชัก เป็นต้น (Neil, 1996) ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลเด็กป่วยได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพในด้านจิตใจ ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย หากเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดความวิตกกังวลจากการแยกจาก ด้านสังคมช่วยให้พฤติกรรมเบี่ยงเบนระหว่างที่เด็กอยู่โรงพยาบาลและปัญหาในการปรับตัวลดน้อยลงหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Brunner & Suddarth, 1986)

5.2 ประโยชน์ต่อผู้ปกครอง

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อผู้ปกครองมาก เห็นได้จากความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆกับบุตรมีมากขึ้นจากการที่ผู้ปกครองเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกที่ตนเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการคงบทบาทในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง (Palmar,1993; Neill,1996) อีกทั้งช่วยลด ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ปกครองขณะที่อยู่โรงพยาบาลกับเด็กลดลง

5.3 ประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล ทำให้ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างละเอียด แม่นยำ สามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้ทันเวลาและครอบคลุมมากขึ้น (Coyne, 1995) อีกทั้งได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จากเด็กและผู้ปกครองเป็นอย่างดี ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพและเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็ก ผู้ปกครอง และบุคลากรพยาบาล

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ (2534) ศึกษาผลการสอนสุขภาพอนามัยโดยใช้หนังสือการ์ตูนประกอบต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อายุ 7-13 ปี พบว่าเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสอนโดยใช้หนังสือการ์ตูนประกอบมีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พนารักษ์ นาทีเลิศ (2541) ศึกษาผลการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ผลการศึกษาพบว่าหลังการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กาญจนา ครองธรรมชาติ (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสอน

สุชาดา ประสงค์ตันสกุล (2544) ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก ผลการศึกษาพบว่า

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติกกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ (2544) ศึกษาพฤติกรรมของบิดา มารดา ในการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกในเรื่องการดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเฉพาะโรค การดูแลเมื่อมีอาการผิดปกติ การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับดี แต่ยังมีบางเรื่องที่ยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องนักคือ เรื่องการไม่ให้ลูกออกกำลังกายทุกประเภท การไม่ให้ลูกช่วยทำงานบ้านในขณะที่ลูกไม่มีอาการรุนแรง การดูแลผิวหนังของลูกเมื่อมีอาการบวมแดง การดูแลเมื่อลูกมีไข้หรือท้องเสียและการไม่พาลูกไปในที่ชุมชน พบว่าอยู่ในระดับดีปานกลาง

สมปวารณา ทรายสมุท (2545) ศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัยร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่าการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัยร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรรถน์ มณีเลิศ และคณะ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับดี ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และสุขภาพกายและสุขภาพจิตสังคมอยู่ในระดับดี

เนตรชนก ทหาระสาร (2546) ศึกษาผลของระบบสนับสนุนทางการพยาบาลร่วมกับการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในการจัดการโรคหอบหืดด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่โรงเรียนของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด โดยจัดกิจกรรม 1 ครั้ง ใช้เวลา 15-20 นาที ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองที่โรงเรียนของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่าการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พนิดา พาลี (2546) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตรายด้านในด้านอาการของโรคและการรักษาที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และกลุ่มเพื่อนและด้านอัตมโนทัศน์ ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนกลุ่มอาการเนฟโฟรติกอยู่ในระดับสูง

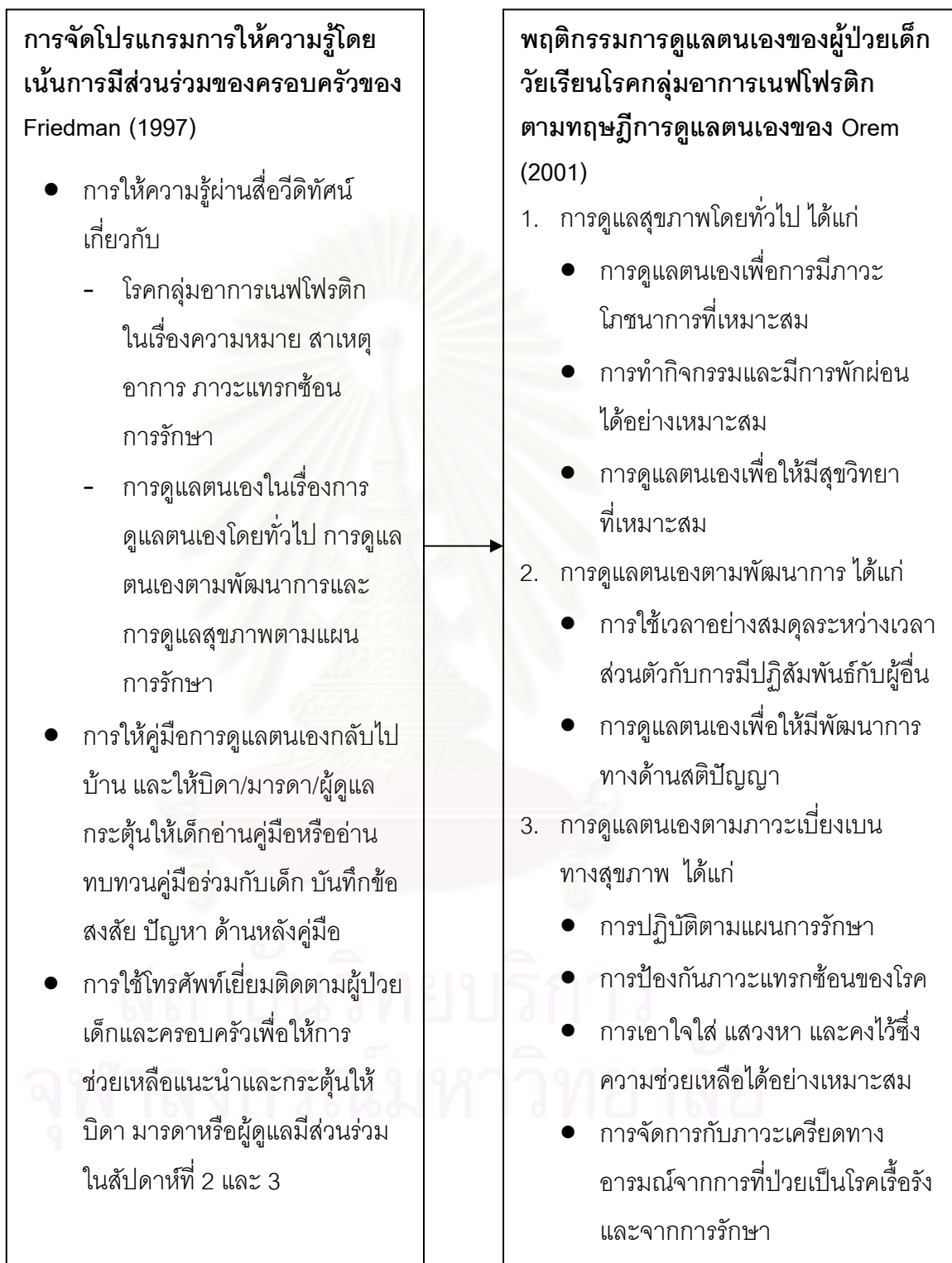
Polkki et al. (2002) ศึกษา Parental views on Participation in their child s pain relief measures and recommendations to health care providers ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาของเด็กที่ลดเจ็บปวดทางศัลยกรรมที่มีอายุ 8-12 ปี จำนวน 192 คน ต้องการและตกลงมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่ลดเจ็บปวดทางศัลยกรรมถึง 98% และพบว่าข้อเสนอแนะของบิดามารดาส่วนมากต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพจัดเตรียมการให้ข้อมูลในการดูแลบุตรเพื่อลดความเจ็บปวด

Luo Zhimin (1998) ศึกษาการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนชาวจีนที่ป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก จำนวน 66 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 90.9 มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่าการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 83.3, 69.7 และ 84.8 ตามลำดับ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า เด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกนั้นมีความเจ็บป่วยเฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ส่วนด้านสติปัญญาเท่าเทียมกับเด็กปกติทั่วไป เด็กวัยนี้เป็นวัยที่คิดหาเหตุผลในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ มีการคิดแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ การให้เด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ รวมทั้งให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องนั้น ขึ้นอยู่กับการสอนหรือการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับเด็ก ซึ่งการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์นั้นเป็นการสอนที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้เรียนได้รับเนื้อหาครบถ้วน ช่วยดึงดูดความสนใจ สามารถเข้าใจได้ แม้ว่าสื่อวีดิทัศน์จะมีข้อจำกัดอยู่บ้าง แต่หากสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับวิธีการอย่างอื่นก็จะส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้วิจัยจึงนำวิธีการให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวเข้ามาช่วยเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขแม้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย อีกทั้งยังเป็นการพัฒนารูปแบบและประสิทธิภาพการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล อันจะช่วยให้วิชาชีพพยาบาลมีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

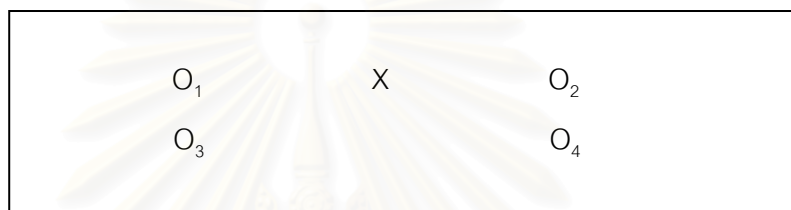


แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัด ทั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pre-test post-test control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการจัดโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้



- O_1 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน
- O_2 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน
- O_3 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O_4 หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
- X หมายถึง โปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก อายุระหว่าง 7-12 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก อายุระหว่าง 7-12 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติ ดังนี้

คุณสมบัติในการคัดเลือกผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก มีดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก
2. ไม่เคยเข้าร่วมงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมาก่อน
3. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือการใช้สายตา อ่านหนังสือได้
4. มารับการตรวจโดยมีบิดา มารดา หรือผู้ปกครองมาด้วย
5. มีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

คุณสมบัติในการคัดเลือกบิดา/มารดา หรือผู้ดูแล โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ไม่เคยเข้าร่วมงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมาก่อน
2. สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือการใช้สายตา ยกเว้นสายตาสั้น หรือสายตาวาว
4. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นประจำที่บ้าน
5. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
6. มีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษาครั้งนี้คือ

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคไตในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อและทะเบียนประวัติการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทีละ 1 รายชื่อ เพื่อเลือกให้เข้ากลุ่มควบคุมก่อน 20 คนแรก (Burns & Grove, 2001)
2. เมื่อผู้วิจัยได้รายชื่อของกลุ่มตัวอย่างมาแล้ว ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกบิดา มารดา ให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion criteria) โดยดูจากทะเบียนประวัติการรักษา ร่วมกับการสอบถามคุณสมบัติจากกลุ่มตัวอย่างและบิดา มารดา
3. เมื่อได้คุณสมบัติครบตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมงานวิจัย ลักษณะงานวิจัย ลักษณะการจัดกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย และกำหนดการแก่กลุ่มตัวอย่างและบิดา มารดา
4. เมื่อผู้วิจัยอธิบายเสร็จแล้ว ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจจากกลุ่มตัวอย่างและบิดา มารดา หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างและบิดา มารดา ถ้ากลุ่มตัวอย่างและบิดา มารดามีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่ม

ตัวอย่าง 20 คนแรกนั้น เป็นกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนกระทั่งกลุ่มควบคุมครบ 20 คนแรก

กลุ่มทดลอง

1. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบ 20 คนแรกแล้ว ผู้วิจัยจัดเรียงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมทั้งหมด 20 คน เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Match pair) ในเรื่องของปัจจัยด้านอายุเด็ก ปัจจัยด้านระยะเวลาที่เป็นโรค และปัจจัยด้านระดับการศึกษาของบิดาหรือมารดา หรือผู้ดูแล ดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านอายุของเด็ก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) เด็กวัยเรียนตอนต้น (อายุ 7-9 ปี) และ 2) เด็กวัยเรียนตอนปลาย (อายุ 10-12 ปี) เนื่องจากพัฒนาการในการรับรู้ การเรียนรู้ ความคิด ความเข้าใจ ของเด็กทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันตามทฤษฎีด้านสติปัญญาของ Piaget ที่กล่าวว่าเด็กวัย 7-9 ปีเป็นวัยที่เด็กเริ่มต้นคิดและมีเหตุผลตามความเป็นจริงที่พิสูจน์ได้ (Inductive logic) สามารถคิดอย่างมีระบบ ขั้นตอน ตามหลักการในระดับของความคิดที่เป็นรูปธรรม แต่เด็กวัย 10-12 ปีจะคิดพิจารณาเหตุผล เป็นความคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น มีความเข้าใจเหตุผลของสิ่งที่ประสบในระดับของนามธรรมมากขึ้น เด็กที่มีอายุมากกว่าจะมีโอกาสรับรู้ และเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง เข้าใจสังเกต เห็นแบบอย่างการกระทำจากผู้อื่น และสามารถดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองมากกว่า (สุวดี ศรีเถื่อนวัตติ, 2534)

1.2 ปัจจัยด้านระยะเวลาที่เป็นโรค แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ น้อยกว่า 1 ปีและมากกว่า 1 ปี เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยในช่วงแรก ๆ อาจไม่มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เพราะยังไม่ได้รับความรู้และประสบการณ์ แต่เมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในลักษณะที่น่ากลัว ทารุณ และกังวล มีผลทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (อำพล สุอำพัน, 2528) อาจได้รับความรู้และประสบการณ์เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของพรทิพา ศุภราศี (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย หลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นระยะเวลาที่เป็นโรคที่แตกต่างกันจึงน่าจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของเด็กในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.3 ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของบิดาหรือมารดาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา-อนุปริญญา และปริญญาตรี-ปริญญาตรีขึ้นไป เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องราวต่างๆพร้อมทั้งมีการ

เรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงย่อมรู้จักแสวงหาแหล่งความรู้และได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้หลายประเภท สามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองและการดูแลสุขภาพของบุคคลอื่น (Orem, 2001) จากศึกษาพบว่า การศึกษาของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลด้านบวกกับสุขภาพของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Perry et al., 1989 cited in Hahn, 1995) ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการดูแลของบิดามารดาที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของเด็กในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีการมีส่วนร่วมในการดูแลของบิดามารดาที่มีการศึกษาแตกต่างกันน่าจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของเด็กในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

2. หลังจากได้คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมครบแล้ว จึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยให้มีคุณสมบัติเหมือนกับการคัดเลือกกลุ่มควบคุม และจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังเป็นกลุ่มทดลองกระทำเช่นนี้จนได้กลุ่มทดลองครบ 20 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเองกับเด็กและบิดา มารดาหรือผู้ดูแล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการทำวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถของการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่ได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ กระทำในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยให้บิดาหรือมารดาและกลุ่มตัวอย่างอ่านแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ เมื่อบิดาหรือมารดาและกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย (ภาคผนวก ค)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 วิดีทัศน์เรื่องโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก โดยมีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1.1.1 ศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสาร ตำรา วารสาร สื่อ งานวิจัย การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง และการสอบถามกุมารแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

1.1.2 คัดเลือกเนื้อหาและความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กวัยเรียน ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ ลักษณะของโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการดูแลตนเองในด้านต่างๆของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

1.1.3 เขียนบทวีดิทัศน์ โดยเรียงลำดับเนื้อหาตามความสำคัญก่อนหลัง แบ่งเนื้อหาเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการรักษา และตอนที่ 2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

1.1.4 ถ่ายทำวีดิทัศน์โดยผู้ที่มีประสบการณ์ด้านโสตทัศนูปกรณ์พร้อมทั้งตัดต่อและบันทึกเสียง

1.2 คู่มือเรื่องโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกเช่นเดียวกับ สื่อวีดิทัศน์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (พิริยะลักษณ์ ธรรมศิลา, 2541) โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

ก. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เป็นโรค

ข. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

ประกอบด้วยข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลในด้านต่าง ๆ ทั้ง 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป มีจำนวน 13 ข้อได้แก่
 - 1.1 การดูแลตนเองเพื่อการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม จำนวน 5 ข้อ
 - 1.2 การดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขวิทยาที่เหมาะสม จำนวน 5 ข้อ
 - 1.3 การทำกิจกรรมและมีการพักผ่อนได้อย่างเหมาะสม จำนวน 3 ข้อ
2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ มีจำนวน 10 ข้อได้แก่
 - 2.1 การใช้เวลาอย่างสมดุลระหว่างเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ
 - 2.2 การดูแลตนเองเพื่อให้มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา จำนวน 6 ข้อ
3. การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 18 ข้อได้แก่
 - 3.1 การปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 4 ข้อ
 - 3.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค จำนวน 5 ข้อ
 - 3.3 การเอาใจใส่ แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม จำนวน 6 ข้อ
 - 3.4 การจัดการกับภาวะเครียดทางอารมณ์จากการป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และจากการรักษา จำนวน 3 ข้อ (รายละเอียดของแบบสอบถามอยู่ในภาคผนวก ข)

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมีลักษณะเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 3 อันดับ ดังนี้

ไม่ได้ทำ	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่ได้ทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ เลย
ทำบางครั้งหรือบางวัน	หมายถึง	ผู้ป่วยทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง หรือบางวัน (ทำ 1-3 วันใน 1 สัปดาห์)
ทำบ่อยครั้งหรือทำทุกวัน	หมายถึง	ผู้ป่วยทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้น ๆ >3วัน ใน 1 สัปดาห์หรือทำทุกวัน

แบบสอบถามมีคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่ได้ทำ	1	3
ทำบางครั้งหรือบางวัน	2	2
ทำบ่อยครั้งหรือทำทุกวัน	3	1

การแปลผล

การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การวิเคราะห์จากสูตร

$$\text{อันตรายภาค} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}}$$

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องมาก

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบวัดการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล ในการมีส่วนร่วมดูแล กระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเด็ก เป็นแบบวัดให้ตอบว่าได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆมากน้อยเพียงใด เพื่อใช้ตรวจสอบว่า ภายหลังให้ความรู้ผู้ป่วยเด็กร่วมกับครอบครัวแล้ว บิดา มารดา หรือครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลอย่างไร โดยเกณฑ์การให้คะแนนใช้มาตราส่วนแบบประมาณค่า 3 อันดับ คือ

ไม่ได้ทำ	หมายถึง	บิดา มารดา หรือผู้ดูแลไม่ได้ทำกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย
ทำบางครั้งหรือบางวัน	หมายถึง	บิดา มารดาหรือผู้ดูแลทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งหรือบางวัน (ทำ 1-3 วันใน 1 สัปดาห์)
ทำบ่อยครั้งหรือทำทุกวัน	หมายถึง	บิดา มารดาหรือผู้ดูแล ทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ >3วัน ใน 1 สัปดาห์หรือทำทุกวัน

การแปลผลคะแนนกำหนดจากเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66	หมายถึง	มีส่วนร่วมในการดูแลน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.33	หมายถึง	มีส่วนร่วมในการดูแลปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00	หมายถึง	มีส่วนร่วมในการดูแลมาก

เกณฑ์ที่ยอมรับว่า บิดา มารดา หรือผู้ดูแล ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง คือ คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.34

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำบทคัดย่อและคู่มือเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกแบบสอภามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกแบบวัดการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล และแบบบันทึกไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภาควิชากุมารเวชศาสตร์ 3 ท่าน พยาบาลผู้ดูแลเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก 1 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) เป็นผู้พิจารณา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องและการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 คือได้รับการยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ส่วนบทคัดย่อผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ (ดังรายนามในภาคผนวก ก) เป็นผู้พิจารณาร่วมด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดต่างๆ มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามซึ่งแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงมีดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ก. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่มีข้อปรับปรุง

ข. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่ายของครอบครัว ไม่มีข้อปรับปรุง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก 9 ด้าน

2.1 ด้านการดูแลตนเองเพื่อการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและได้รับอากาศถ่ายเทที่สะดวก

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 5 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน 5 ข้อ

ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
1. หนูอยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก	1. หนูหลีกเลี่ยงที่จะไปสถานที่ที่มีคนมาก ๆ เช่น โรงหนัง

2.2 ด้านการดูแลตนเองเพื่อให้มีการขับถ่าย การระบายที่ปกติ และมีสุขวิทยาที่เหมาะสม

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 5 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 2 ข้อ
รวมข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน 5 ข้อ

ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
9. หนูใช้เสื้อผ้าหรือของใช้ส่วนตัวร่วมกับพี่น้อง	9. หนูใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับพี่น้อง
10. หนูอาบน้ำแต่งตัวเอง	10. หนูอาบน้ำ วันละ 2 ครั้ง

2.3 ด้านการมีกิจกรรมและการพักผ่อนที่เหมาะสม จำนวน 3 ข้อ ไม่มีข้อคำถามที่ปรับปรุง

2.4 ด้านการใช้เวลาอย่างสมดุลระหว่างเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 4 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 2 ข้อ
รวมข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน 4 ข้อ

ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
16. หนูมีเวลาในการทำงานอดิเรก งานบ้าน และกิจวัตรประจำวันเพียงพอ	16. หนูมีเวลาในการทำงานบ้านเพียงพอ
17. หนูช่วยเหลือพี่น้องในการทำกิจกรรมต่าง ๆ	17. หนูช่วยเหลือพี่น้องในการทำงานบ้าน

2.5 ด้านการดูแลตนเองเพื่อให้มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 6 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 2 ข้อ
รวมข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน 6 ข้อ

ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
21.หนูได้เดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานที่ท่องเที่ยวต่างอำเภอ ต่างจังหวัด	27.หนูได้เดินทางไปยังสถานที่ท่องเที่ยวต่างอำเภอ ต่างจังหวัด
23.หนูซักถามพ่อแม่ หรือครูในเรื่องเหตุการณ์บ้านเมือง และสภาพแวดล้อม	29.หนูซักถามพ่อแม่ หรือครูเรื่องเหตุการณ์บ้านเมือง

2.6 ด้านการเอาใจใส่ แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 6 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน 6 ข้อ

ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
28.หนูจำวันที่แพทย์นัดให้มาตรวจได้ และเตรียมตัวมาตรวจด้วยตนเอง	34.หนูจำวันที่แพทย์นัดให้มาตรวจได้ด้วยตนเอง

2.7 ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 4 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
รวมข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน 4 ข้อ

ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
30.หนูตรวจสุขภาพฟัน ปีละ 2 ครั้ง	36.หนูตรวจฟัน ปีละ 1-2 ครั้ง

2.8 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 6 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
ตัดข้อคำถามที่ไม่สอดคล้อง	จำนวน 1 ข้อ
รวมข้อคำถามที่มีความสมบูรณ์	จำนวน 5 ข้อ

ข้อคำถามที่ปรับปรุงใหม่

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
34.หนูหลีกเลี่ยงคลุกคลีกับผู้ที่ไม่จาม มีน้ำมูก	18.หนูหลีกเลี่ยงที่จะไปอยู่ใกล้กับผู้ที่ไม่จาม มีน้ำมูก

2.9 ด้านการจัดการกับภาวะเครียดทางอารมณ์จากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และจากการรักษา จำนวน 3 ข้อ ไม่มีข้อคำถามที่ปรับปรุง

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก แบบวัดการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาหรือผู้ดูแล และแบบบันทึกที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษา จำนวน 30 รายที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Polit & Hungler, 1999) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกโดยรวมเท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยสร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้กล่าวไปแล้ว

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไตแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

1.3 หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงแผนดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและขอความอนุเคราะห์สถานที่

1.4 ผู้วิจัยติดต่อพยาบาลประจำคลินิกโรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามวันที่มาตรวจ โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อน หลังจากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง ให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มควบคุม (Matched pair) ในเรื่องอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค และระดับการศึกษาของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล

กลุ่มควบคุม (ระหว่างวันที่ 27 กรกฎาคม 2549 – 12 ตุลาคม 2549)

สัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 4 ได้รับการสอนและให้คำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติในการดูแลตนเองจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ กิจกรรมที่กลุ่มควบคุมได้รับประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่โรงพยาบาล.

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือในการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ และแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มควบคุมยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้วให้ผู้ป่วย และบิดา มารดาหรือผู้ดูแล ลงนามในแบบพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

2. ในขณะที่รอผลการตรวจปัสสาวะและรอฟบแพทย์ ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการทำแบบสอบถามให้เด็กและบิดามารดาทราบที่ละเอียด จากนั้นให้กลุ่มผู้ป่วยเด็กทำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กและบิดา มารดา ส่วนที่ 2 คือแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15 นาที (Pre-test) ในห้องที่เงียบ จัดไว้เป็นสัดส่วนที่แผนกผู้ป่วยนอก

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

4. หลังจากแพทย์ตรวจแล้ว พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไต ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ และให้บัตรนัดแก่ผู้ป่วย
5. ผู้วิจัยตกลงกับบิดามารดา และผู้ป่วยอีกครั้ง ถึงวัน เวลาที่แพทย์นัดพร้อมทั้งขอเบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ และขออนุญาตโทรศัพท์ไปเตือนก่อนถึงวันนัด ตามวัน เวลาที่บิดา มารดา หรือผู้ป่วยสะดวก

สัปดาห์ที่ 2-3 ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก และบิดา มารดา หรือผู้ดูแล ดำเนินชีวิตตามปกติที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่โรงพยาบาล

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 2 ส่วน เช่นเดียวกันเมื่อสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 15 นาที (Post-test) และตรวจความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ หลังจากได้จำนวนกลุ่มควบคุมครบ 20 คนแล้ว ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง (ระหว่างวันที่ 17 ตุลาคม 2549- 1 กุมภาพันธ์ 2550)

หลังจากได้จำนวนกลุ่มควบคุมครบ 20 คนแล้ว ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนและให้คำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติในการดูแลตนเองจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตร่วมกับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านซึ่งกลุ่มทดลองได้รับ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่โรงพยาบาล

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือในการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ และแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มทดลองยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้วให้ผู้ป่วย และบิดา มารดาหรือผู้ดูแลลงนามในแบบบันทึกสิทธิของผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและบิดามารดาหรือผู้ดูแล ส่วนที่ 2 คือแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15 นาที (Pre-test) ในขณะที่รอผลการตรวจปัสสาวะและรอพบแพทย์ ในห้องที่เงียบสงบ และเป็นสัดส่วน ที่แผนกผู้ป่วยนอก

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของเด็กจากแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยเตรียมบิดา มารดา หรือผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลา 10 นาที โดยเตรียม 2 ขั้นตอนคือ

4.1 การทำให้บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ

4.1.1 ผู้วิจัยอธิบายบิดา มารดาหรือผู้ดูแลว่า การที่จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีนั้น บิดา มารดา จะต้องมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล โดยการที่บิดา มารดาหรือผู้ดูแลควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่เด็กในการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี จัดเตรียมอาหารให้เด็กรับประทานทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ดูแลเรื่องการพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ การนำเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรค การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ การนำเด็กมาตรวจตามนัด และการกระตุ้น ให้กำลังใจแก่เด็ก ทั้งนี้เพื่อให้บิดา มารดาหรือผู้ดูแลสามารถอธิบายและให้คำแนะนำแก่เด็กได้ถูกต้องเมื่ออยู่ที่บ้าน

4.1.2 ผู้วิจัยแจ้งบิดา มารดาหรือผู้ดูแลว่า เมื่อกลับบ้านผู้วิจัยจะให้คู่มือเรื่องโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกแก่บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเพื่อนำกลับไปทบทวนซึ่งเนื้อหาต่างๆในคู่มือเหมือนกับในสื่อวีดิทัศน์ เน้นให้บิดา มารดา หรือผู้ดูแลกระตุ้นให้เด็กอ่านคู่มือ หรือ อ่านคู่มือร่วมกับเด็ก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

4.1.3 การโทรศัพท์เยี่ยมติดตาม เพื่อทราบถึงปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างอยู่ที่บ้าน โดยจะโทรศัพท์เยี่ยมติดตาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งตกลงร่วมกันกับบิดา มารดาหรือผู้ดูแลถึงวัน เวลา ที่สะดวกในการโทรศัพท์เยี่ยมติดตาม พร้อมทั้งขอเบอร์โทรศัพท์จากบิดา มารดาหรือผู้ดูแล (ภาคผนวก ข)

4.1.4 ให้บิดา มารดาหรือผู้ดูแล ทบทวนถึงกิจกรรมที่จะต้องกลับไปทำที่บ้านแก่ผู้วิจัย

4.2 การทำให้บิดา มารดาหรือผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ โดยให้บิดา มารดา อยู่กับเด็กตลอดเวลาที่ได้รับการให้ความรู้โดยสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้บิดา มารดาหรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมและมีการรับรู้ที่ถูกต้อง

5. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและบิดา มารดา เกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก โดยการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 12 นาที ในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วนที่แผนกผู้ป่วยนอก เนื้อหาที่สอนประกอบด้วย ความหมายของโรค สาเหตุของการเกิดโรค การรักษา ผลกระทบที่เกิดขึ้น และ

การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันและ/หรือลดการติดเชื้อ การป้องกันอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา การรับประทานยา การป้องกันการขาดสารอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ และการเผชิญหรือปรับตัวเมื่อเกิดภาวะเครียด ในขณะที่ให้ความรู้ผู้วิจัยเน้นย้ำในประเด็นที่เด็กยังมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยประเมินจากแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นที่เด็กได้เรียนรู้เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเองที่บ้าน และเปิดโอกาสให้เด็กและบิดา มารดา หรือผู้ดูแลถามข้อสงสัย

6. ผู้วิจัยมอบคู่มือเรื่องโรคและการดูแลตนเองแก่เด็กและบิดา มารดาหรือผู้ดูแล เน้นย้ำให้ผู้ป่วยอ่านบททวนคู่มือและให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลอ่านบททวนคู่มือร่วมกับเด็กขณะอยู่ที่บ้าน

7. พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตให้บัตรนัดแก่ผู้ป่วยและผู้วิจัยเน้นย้ำกับบิดา มารดา หรือผู้ดูแลอีกครั้ง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่บ้าน

ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยเด็กและครอบครัวตามวัน เวลา ที่ได้ตกลงร่วมกันไว้แล้ว เริ่มจากการแนะนำตนเอง ถามปัญหาต่าง ๆ และให้คำแนะนำ กระตุ้นให้บิดามารดา หรือผู้ดูแลให้คำชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อเด็กปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ย้ำเรื่องการอ่านบททวนคู่มือร่วมกับเด็กหรือกระตุ้นให้เด็กอ่านเองอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

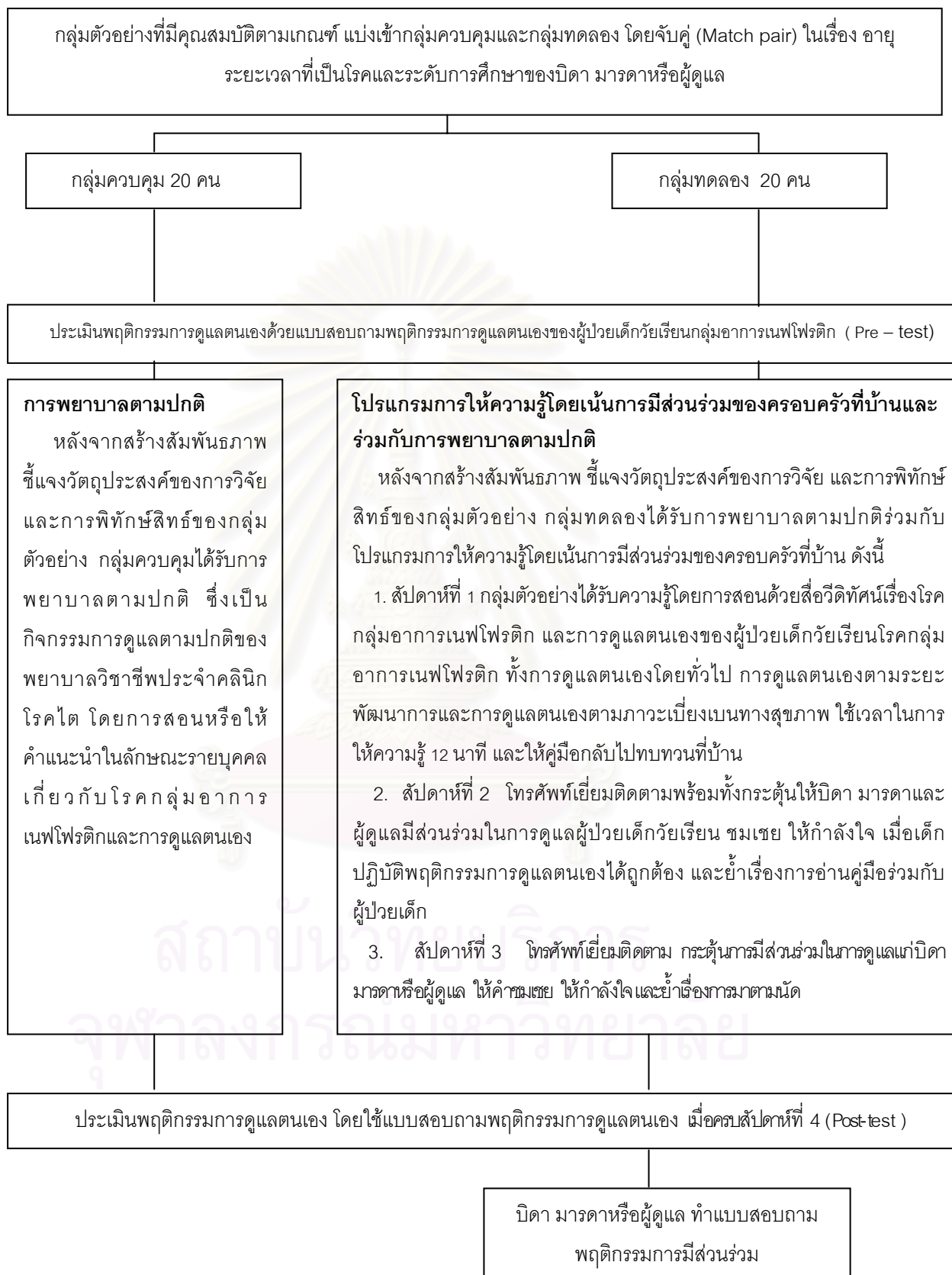
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่บ้าน

ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ตามวันเวลาที่ตกลงไว้ เริ่มจากการแนะนำตนเอง ถามถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่บิดามารดาปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก เน้นย้ำให้บิดามารดา ชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อเด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอนให้คำแนะนำในสิ่งที่เด็กปฏิบัติไม่ถูกต้อง ย้ำเตือนเรื่องการกระตุ้นให้เด็กอ่านคู่มือหรืออ่านคู่มือร่วมกับเด็ก และย้ำเตือนเรื่องการมาตรวจตามนัดในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่โรงพยาบาล

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกทำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 2 ส่วน ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับที่ทำในครั้งแรก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที (Post-test) ในขณะที่รอผลการตรวจปัสสาวะและรอพบแพทย์ จากนั้นให้บิดา มารดา หรือผู้ดูแลทำแบบสอบถามพฤติกรรมมีส่วนร่วมเพื่อนำมาประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดา หรือผู้ดูแลขณะเด็กอยู่ที่บ้านใช้เวลาประมาณ 10 นาที

วิธีการดำเนินการวิจัย



แผนภูมิที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Window โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยวิธีแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติ Dependent t-test
3. วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติกของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Dependent t-test
4. วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรค กลุ่มอาการเนฟโรติก กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรค กลุ่มอาการเนฟโรติก อายุระหว่าง 7-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จับคู่กลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มควบคุมในเรื่องอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค และระดับการศึกษาของบิดา มารดาหรือผู้ดูแล ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก และผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก และผู้ปกครอง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค ประสบการณ์ความรู้เรื่องโรค และแหล่งความรู้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	14	70.0	12	60.0
หญิง	6	30.0	8	40.0
อายุ				
7 ปี	6	30.0	4	20.0
8 ปี	1	5.0	3	15.0
9 ปี	3	15.0	3	15.0
10 ปี	4	20.0	5	25.0
11 ปี	3	15.0	-	-
12 ปี	3	15.0	5	25.0
ระยะเวลาที่เป็นโรค				
1 ปี	6	30.0	6	30.0
2 ปี	7	35.0	5	30.0
4 ปี	1	5.0	3	15.0
5 ปี	1	5.0	2	10.0
6 ปี	1	5.0	2	10.0
7 ปี	2	10.0	1	5.0
8 ปี	2	10.0	1	5.0
ความรู้เรื่องโรค				
มีประสบการณ์	17	85.0	17	85.0
ไม่มีประสบการณ์	3	15.0	3	15.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งความรู้				
แพทย์	14	70.0	12	60.0
พยาบาล	6	30.0	8	40.0
หนังสือ โทรทัศน์	10	50.0	10	50.0
เด็กป่วยคนอื่นๆ	10	50.0	10	50.0

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ประเภทของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ตามลำดับ ช่วงอายุที่พบในช่วง 7-9 ปี และ 9-12 ปี มีจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่มีประการณ์ความรู้เรื่องโรค คิดเป็นร้อยละ 85 และแหล่งความรู้ที่ได้รับส่วนใหญ่ได้จากแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล จำแนกตามความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์				
พ่อ	2	10.0	4	20.0
แม่	17	85.5	13	65.5
ยาย	1	5.0	3	15.5
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	15	65.5	13	65.5
มัธยมศึกษา	3	15.0	5	25.5
ปริญญาตรี	2	10.0	2	10.0
รายได้ของครอบครัว				
5,000 - 10,000	4	20.0	4	20.0
10,000 - 20,000	8	40.0	8	40.0
มากกว่า 20,000	8	40.0	8	40.0
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่พอใช้จ่าย	2	10.0	4	20.0
พอใช้จ่ายไม่เหลือเก็บ	10	50.0	13	65.5
เหลือเก็บ	8	40.0	3	15.5
ผลกระทบด้านการเงิน				
ไม่มีเลย	15	85.5	13	65.5
มีเล็กน้อย	5	15.0	5	25.5
มีปานกลาง	-	-	2	10.0

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าประเภทของผู้ดูแลเด็กของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นแม่ คิดเป็นร้อยละ 85.5 และ 65.5 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.5 และมีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 50 และ 65.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงการทดสอบความแตกต่างของอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก และระดับการศึกษาของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	\bar{X}	P-value
อายุ	1.224	.943
ระยะเวลาที่เป็นโรค	3.921	.789
ระดับการศึกษาของบิดา มารดาหรือผู้ดูแล	.810	.667

จากตารางที่ 3 พบว่าเมื่อนำ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก และระดับการศึกษาของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทดสอบด้วยวิธีทางสถิติ Chi-square พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			df	t	p-value
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ			
โดยรวม	2.40	.21	มาก	2.61	.19	มาก	19	3.64	.02
โดยทั่วไป	2.46	.08	มาก	2.68	.25	มาก	19	2.33	.03
ตามระยะพัฒนาการ	2.19	.20	ปานกลาง	2.43	.23	มาก	19	2.79	.01
ตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	2.48	.31	มาก	2.45	.32	มาก	19	3.82	.00

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกโดยรวม ของกลุ่มทดลองก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านเท่ากับ 2.40 และหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน เท่ากับ 2.61 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired t – test พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ หากพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพทั้งก่อนและหลังทดลองอยู่ในระดับมาก ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Paired t – test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			df	t	p-value
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ			
โดยรวม	2.39	.20	มาก	2.33	.15	ปานกลาง	19	.138	.18
โดยทั่วไป	2.38	.20	มาก	2.40	.22	มาก	19	.717	.71
ตามระยะพัฒนาการ	2.44	.27	มาก	2.44	.21	มาก	19	1.00	1.00
ตามภาวะเบี่ยงเบน - ทางสุขภาพ	2.36	.23	มาก	2.21	.21	ปานกลาง	19	.005	.00

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองเท่ากับ 2.39 หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเท่ากับ 2.33 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Paired t – test พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ หากพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก และเมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ Paired t – test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นพฤติกรรมดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบน ทางสุขภาพ ซึ่งหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	df	p-value
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ			
โดยรวม	2.40	.21	มาก	2.39	.20	มาก	.296	38	.76
โดยทั่วไป	2.46	.28	มาก	2.38	.20	มาก	1.02	38	.31
ตามระยะพัฒนาการ	2.19	.20	ปานกลาง	2.44	.27	มาก	3.25	38	.00
ตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	2.48	.31	มาก	2.36	.23	มาก	1.42	38	.16

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.39 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t – test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ หากพิจารณารายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปและการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด 2 กลุ่มแต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางและระดับมากที่สุดตามลำดับ และเมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ Independent t – test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < .05$

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติภายหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	df	p-value
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ			
โดยรวม	2.61	.19	มาก	2.33	.15	ปานกลาง	5.0	38	.00
โดยทั่วไป	2.42	.25	มาก	2.44	.21	มาก	3.90	38	.00
ตามระยะพัฒนาการ	2.48	.31	ปานกลาง	2.36	.23	มาก	.26	38	.79
ตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	2.68	.25	มาก	2.21	.21	มาก	6.37	38	.00

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2.33 และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t – test พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ หากพิจารณารายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับมากทั้ง 2 กลุ่ม แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางและระดับมากตามลำดับ แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ Independent t – test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกที่มีอายุระหว่าง 7-12 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกอายุระหว่าง 7-12 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีคุณสมบัติคือ ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ไม่เคยเข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกมาก่อน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินหรือการ

ใช้สายตา อ่านหนังสือได้ ขณะมาตรวจมีบิดา มารดาหรือผู้ปกครองมาด้วย มีโทรศัพท์ที่บ้าน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากทะเบียนประวัติการรักษาที่คลินิกโรคไต โดยคัดเลือกให้เข้ากับเกณฑ์ที่กำหนดผู้ป่วย 20 รายแรกที่มีคุณสมบัติครบ จัดเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 20 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยจับคู่ (Match pair) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้มีอายุระยะเวลาที่เป็นโรค และระดับการศึกษาของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

- วัตถุประสงค์เรื่องโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

- คู่มือเรื่องโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ดูแล

เครื่องมือทั้ง 3 ส่วนดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบคุณภาพในด้านความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน บทวัตถุประสงค์และคู่มือเรื่องโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และบทวัตถุประสงค์นั้น ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 ท่านที่มีความชำนาญเกี่ยวกับด้านสถิติศูนูปกรณ์ตรวจสอบร่วมด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและแบบวัดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ดูแลใช้ความคิดเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือหาโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกเท่ากับ .79

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอรายชื่อผู้ป่วยเด็กโดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มาตรวจให้ตรงตามลักษณะที่กำหนดไว้ โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 รายแรกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง 20 รายหลังเข้ากลุ่มทดลอง จับคู่ (Match pair) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคและระดับการศึกษาของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกและผู้ป่วยปกครอง แนะนำตนเองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเด็กทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเสร็จแล้วนำไปหาพยาบาลประจำคลินิกโรคไตเพื่อให้ได้รับการสอนและการให้คำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลประจำคลินิกโรคไตตามปกติ และนัดผู้ป่วยอีกครั้งในอีก 4 สัปดาห์เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคไต จะออกใบนัดให้และผู้วิจัยจะโทรศัพท์เตือนวันนัดหมายให้ทราบอีกครั้ง

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเด็กทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยเตรียมบิดา มารดาหรือผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทบาทของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ควรจะต้องปฏิบัติตาม การอ่านคู่มือให้เด็กฟังหรืออ่านคู่มือร่วมกับเด็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง การเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์ของผู้วิจัย รวมทั้งการให้บิดา มารดาเกิดความมั่นใจในการมีส่วนร่วมและมีการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยให้บิดา มารดา อยู่กับเด็กตลอดเวลาที่ผู้วิจัยให้ความรู้ทางสื่อวีดิทัศน์

2.2.2 ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกและครอบครัว โดยการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 12 นาที ในห้องที่จัดไว้เป็นสัดส่วน จากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นที่เด็กได้เรียนรู้เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเองที่บ้าน และตอบข้อซักถามที่บิดา มารดาหรือผู้ดูแลสงสัย

2.2.3 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับคู่มือเรื่องโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกและการดูแลตนเองแก่เด็ก บิดา มารดาหรือผู้ดูแล และแนะนำให้นำคู่มือกลับไปอ่านทบทวนที่บ้านและนัดผู้ป่วยอีกครั้งในอีก 4 สัปดาห์

2.2.4 ในต้นสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เพื่อกระตุ้นบิดา มารดาให้มีส่วนร่วมในการดูแล สอบถามปัญหา อุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินการและประเมินการปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ หากบิดา มารดา มีปัญหาข้อสงสัยและกระตุ้น ให้บิดา มารดา มีส่วนร่วมในการดูแล สนับสนุน ชมเชย ให้กำลังใจ หากบุตรปฏิบัติตามดูแลตนเองได้ถูกต้อง

2.2.5 สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเช่นเดียวกับการประเมินครั้งแรก และให้บิดามารดา หรือผู้ดูแล ทำแบบวัดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก โดยการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและให้คู่มือกลับไปทบทวนที่บ้าน รวมทั้งการโทรศัพท์เยี่ยมติดตาม สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน

ผลการทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กจะต้องปฏิบัติเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย ในขณะที่เด็กจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ ให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยด้วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติและเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

จากการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน อยู่ในระดับมาก (mean = 2.40 และ 2.39 ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้จากอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เนื่องจากอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 7-12 ปี เด็กวัยนี้กำลังพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน มีความพร้อมทางด้านร่างกายและมีความพร้อมด้านการเรียนรู้ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัย ทำให้เด็กพัฒนาได้อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ระยะเวลาที่เป็นโรคของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนานกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 70 เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่เรื้อรัง ต้องมารับการรักษาตามแพทย์นัดเป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) จึงเคยได้รับคำแนะนำเรื่องโรค การดูแลตนเองจากบุคลากรสุขภาพมาแล้ว ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับมาก

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในรายด้าน ก่อนการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมากเช่นกัน (กลุ่มควบคุม mean = 2.38 และ 2.36 กลุ่มทดลอง mean = 2.46 และ 2.48 ตามลำดับ) อาจเป็นเพราะว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 2 ด้านนี้ เป็นสิ่งที่เด็กปฏิบัติเป็นประจำในชีวิตประจำวัน เนื่องจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่น การรับประทานยา การบอกรพ แม่เมื่อรู้สึกไม่สบาย การตรวจฟันทุกปี เป็นต้น ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่เป็นโรคนานกว่า 1 ปี ต้องมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหลายครั้ง เด็กจึงได้รับประสบการณ์และการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ถือว่าเป็นความรู้ในการดูแลตนเองของเด็ก ทำให้เด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อีกทั้งลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่ เด็กอาศัยกับบิดา มารดาจึงสนใจที่จะพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.19) ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมาก (mean = 2.44) ทั้งนี้เนื่องจาก บิดา มารดาหรือผู้ดูแลของกลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาดีกว่าของกลุ่มทดลอง 2 ราย การเข้าใจถึงพัฒนาการต่างๆของเด็กจึงมีมากกว่า สามารถส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของเด็กรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งจากการศึกษาของสกาเวิร์ตน์ พวงจันทร์ (2539) พบว่า

ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่า หลังจากผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน โดยการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ และให้คู่มือเพื่อให้บิดามารดา หรือผู้ดูแลนำกลับไปทบทวนที่บ้านร่วมกับเด็ก พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมยังคงอยู่ในระดับมาก (mean = 2.61) และเมื่อนำคะแนนมาทดสอบด้วยวิธีทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 2.33) แต่เมื่อนำคะแนนมาทดสอบด้วยวิธีทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Gagne (Gagne, 1970 อ้างถึงใน ฉลองชัย สุวัฒน์บุรณ์, 2528) ที่ว่าการสอนเป็นการให้ข้อมูลผ่านกระบวนการเรียนรู้ และส่งผลต่อผู้เรียน 3 ประการคือ มีความรู้ มีเจตคติ และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ถ้าองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลง ย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลด้วย นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยหรือบุคคลจะมีพฤติกรรมหรือทักษะในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมนั้นจะต้องมีความรู้ซึ่งเกิดจากการสอนที่สามารถสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจได้และเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว (Spradley, 1981) พฤติกรรมของเด็กที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผลจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การใช้สื่อ และวิธีการสอนที่เหมาะสมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า เด็กวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่รู้จักคิดแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลเชิงรูปธรรมจากประสบการณ์โดยตรงของตนเองได้ มีความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สามารถเข้าใจเหตุผลของการเจ็บป่วยที่ไม่ซับซ้อน และป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยของตนเองอย่างง่าย ๆ ได้ ตลอดจนมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ถ้าได้รับการสอนด้วยวิธีที่เหมาะสม (Barners, 1991)

ผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ใช้เวลาประมาณ 12 นาที ซึ่งสื่อวีดิทัศน์นั้นเป็นสื่อที่สามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน มีการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้มากขึ้น วีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีความสะดวกในการใช้งานสามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง หรือในสถานที่ที่มีปัญหา อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน คงที่ ไม่ว่าจะผู้วิจัยจะสอนให้กับผู้ป่วยเด็กกี่ครั้งก็ตามผู้ป่วยก็จะได้รับข้อมูลไม่คลาดเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พงพันธ์ อินตะวิกานนท์ (2539) และพนารักษ์ นาทีเลศ (2541) นอกจากการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์แล้ว ผู้วิจัยยังได้ให้คู่มือเรื่องโรคและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน ซึ่งคู่มือนี้ถือว่าเป็นสื่อการเรียนรู้ที่ดี สามารถอ่านได้ตามความสามารถของแต่ละคน เหมาะสำหรับการอ้างอิงหรือทบทวน (กิดานันท์ มลิทอง, 2543: 85)

นอกจากนี้ก่อนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ผู้วิจัยจะประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก เพื่อสามารถให้ความรู้ได้ตรงตามสภาพปัญหา และมีการเตรียมครอบครัวก่อนให้ความรู้เพื่อให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลหรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล หรือมีส่วนร่วมในการกระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง หรือมีส่วนร่วมในการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวนั้นมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของเด็กในการส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กให้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปฏิสัมพันธ์ของความผูกพันระหว่างเด็กกับครอบครัว และเป็นพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งจะทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยเน้นย้ำในพฤติกรรมส่วนที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเข้าใจ เลือกปฏิบัติตามในสิ่งที่ถูกต้อง รวมถึงการเยี่ยมชมติดตาม กระตุ้นการมีส่วนร่วมทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวกลับไปบ้าน ซึ่งถือว่าการกระตุ้น ชี้แนะ และให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Hunter, 2000) จากการประเมินจึงพบว่า ผู้ป่วยเด็กมีความเข้าใจมากขึ้น สามารถมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินั้น กระทำโดยพยาบาลประจำห้องตรวจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โดยการสอนหรือให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะให้คำแนะนำได้ไม่ครบถ้วน ประกอบกับในแต่ละวันมีผู้ป่วยมารับการตรวจที่แผนกเด็กประมาณ 100-150 คน พยาบาลจึงไม่มีเวลาพอที่จะให้คำแนะนำ ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยได้ทั้งหมด

ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวนั้น ผู้ป่วยเด็กได้รับการสอนเกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีข้อดีหลายประการคือ สามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน ฉายซ้ำได้เมื่อผู้เรียนไม่เข้าใจหรือเพื่อทบทวน (กิดานันท์ มลิทอง, 2543) จึงเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ใกล้เคียงสภาพความเป็นจริงมากที่สุด นอกจากนี้ในการสอนผู้วิจัยมีการเตรียมบิดามารดาหรือ

ผู้ดูแลก่อน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้เด็กสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยเป็นผู้ที่คอยชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเด็ก และผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยว่ายังปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องใดก็จะเน้นย้ำ ในส่วนนั้นๆ จนเกิดความเข้าใจ เพื่อให้พิจารณาเลือกปฏิบัติอย่างถูกต้อง มีการตอบข้อสงสัย ภายใต้อัมพันสภาพที่ตีระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยเด็กและบิดา มารดาหรือผู้ดูแล และผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วย เด็กและบิดา มารดาหรือผู้ดูแลของผู้ป่วย ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ภายใต้อัมพันที่จัดไว้ ซึ่งเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเอื้ออำนวยให้พัฒนาความสามารถในการดูแล ได้อีกทางหนึ่ง

นอกจากการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ เมื่อมารับการตรวจในสัปดาห์แรกแล้วผู้วิจัย ยังให้คู่มือเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพื่อให้บิดา มารดาหรือผู้ดูแล นำกลับไปทบทวนที่บ้านร่วมกับผู้ป่วย อีกทั้งมีการโทรศัพท์เยี่ยมติดตามเพื่อ กระตุ้นการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาหรือผู้ดูแล ทำให้รับทราบปัญหาและให้คำปรึกษาและ ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและบิดา มารดาหรือผู้ดูแลได้ (Soet & Basch, 1991) จากการศึกษาจึง พบว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวมี พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารักษ์ นาทีเลิศ (2541) ซึ่งได้ศึกษาผลการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ กาญจนา ครอบธรรมชาติ (2544) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวกลุ่ม ที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและ ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้การสอนเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก วัยเรียนโรคธาลัสซีเมียของ ยูพากรณ์ พงษ์สิงห์ (2540) ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมใน การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ลิ้มจิตรสมบุญ (2542) เกี่ยวกับผลของการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลตนเองของ เด็กธาลัสซีเมียต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้ คอมพิวเตอร์ช่วยสอนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวที่บ้านที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นนี้สามารถส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก

วัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะ พัฒนาการและการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเด็กได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหา เกิดแรงจูงใจในการนำความสามารถเพื่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ไปใช้ในการค้นหาวิธีการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขแม้มีภาวะเจ็บป่วย ทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการให้ความรู้ที่สามารถเรียนรู้ได้ในระยะสั้น สะดวก ประหยัดค่าใช้จ่ายและแรงงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้ให้คำปรึกษาซ้ำๆ หลายครั้ง เนื่องจากความจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล นอกจากนี้สามารถฉายซ้ำได้หลายๆ ครั้ง หากยังมีปัญหา ข้อเสนออีกด้วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคอื่น เช่น โรคธาลัสซีเมีย โรคหอบหืด ฯลฯ เพราะเด็กป่วยเหล่านี้มีระดับสติปัญญาที่สามารถเรียนรู้ได้เช่นเดียวกับเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก และเด็กอื่นๆ หากเด็กกลุ่มนี้สามารถเรียนรู้ได้อย่างถูกต้องย่อมส่งผลถึงการดูแลสุขภาพของตนเองด้วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา ครองธรรมชาติ และคณะ. 2544. รายงานการวิจัยผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว.

วารสารพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1(1): 58-67.

กาญจนา ตั้งนรารัชชกิจ. 2542. Nephrotic syndrome. ใน สุวรรณา เรื่องกฏาญจนเศรษฐีและคณะ (บรรณาธิการ). **Ambulatory pediatric**. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

กิดานันท์ มลิทอง. 2543. **เทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อรุณาการพิมพ์.

โกสุ่ม สุวรรณะชฎ. 2530. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการสอนสุขศึกษาเรื่องโรค ท้องร่วงในทารกแก่ประชาชนที่มารับบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุข ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. **วารสารสุขศึกษา** 10(37): 1-11.

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2539. **สถิติผู้ป่วย พ.ศ. 2539**. กรุงเทพมหานคร: สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

จิรพรรณ พีรุฒติ. 2542. **สื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พรินติ้งเฮาส์.

ฉลองชัย สุวัฒน์บุรณ. 2538. **การเลือกและการใช้สื่อการสอน**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชา เทคโนโลยีการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เชิดชู อริยศรีวัฒนา. 2543. การเลี้ยงดูและส่งเสริมสุขภาพเด็กแบบองค์รวม. **กุมารเวชสาร** 7(2): 154-158.

ณิชกานต์ ไชยชนะ. 2545. **การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วย เรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทองพล ภูมิพัฒน์. 2538. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษาฝ่าย เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยศรีปทุม.

ทัศนียา วังสะจันทานนท์. 2536. **ผลการให้ความรู้ในเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดต่อความรู้และการปฏิบัติตัว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิพนธ์ สุขปรีดี. 2533. **นวัตกรรมเทคโนโลยีการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- เนตรชนก ทหาระสาร. 2546. **ผลของระบบสนับสนุนทางการพยาบาลร่วมกับการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่องการจัดการโรคหอบหืดด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่โรงเรียนของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บุญชม ศรีสะอาด. 2537. **การพัฒนาการสอน.** กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ประดินันท์ อูปรมัย. 2531. **พัฒนาการเด็ก. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา พฤติกรรมวัยเด็ก หน่วยที่ 8-15.** สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร. 2531. **พัฒนาการวัยเด็ก. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยเด็ก หน่วยที่ 1-8 สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.** นนทบุรี: สำนักงานเทคโนโลยีการศึกษา.
- ประสพศรี อึ้งถาวร. 2528. **การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็ก หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.** นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปราณี รามสูต. 2528. **จิตวิทยาการศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: เจริญกิจ.
- พงษ์พันธ์ อันตะริกานนท์. 2539. **การพัฒนาบทเรียนวิดีโอที่จัดทำด้วยตนเองสำหรับฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขในการเขียนบทวิดีโอที่ต้นเบื้องต้น.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต วิชาเอกเทคโนโลยีทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- พนารักษ์ นาทีเลิศ. 2541. **ผลการสอนด้วยสื่อวิดีโอที่ต้นต่อความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พนิดา พาลี. 2546. **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. 2544. **การพยาบาลเด็กเล่ม 2**. กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. 2530. **ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญาบุรุษ. 2537. **ครอบครัวในยุคโลกาภิวัตน์ ต่อบทบาทพยาบาลที่ก้าวไกล**. ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ครั้งที่ 9 วันที่ 23-29 พฤศจิกายน 2537 ณ ห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พะยอม วงศ์สารศรี. 2526. **จิตวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: สารเศรษฐ.
- พริยะลักษณ์ ธรรมศิลา. 2541. **พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุตรวัยเรียนที่เป็นธาลัสซีเมีย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลบิดามารดาและเด็ก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มัลลิกา มัติโก. 2530. **ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ใน การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2537. **ครอบครัวในยุคโลกาภิวัตน์ต่อบทบาทพยาบาลที่ก้าวไกล**. ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ครั้งที่ 9 วันที่ 23-29 พฤศจิกายน 2537 ณ ห้องประชุม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุณี พงศ์จตุรวิทย์. 2534. **ผลการสอนสุขภาพอนามัยโดยใช้หนังสือการ์ตูนประกอบ ต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาภรณ์ พงษ์สิงห์. 2540. **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี สีดา, ฉันทิกา จันทร์เป็ย, ชูขวัญ ปิ่นสากร และกาญจนา ผลลอบ. 2542. การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 17(1): 47.

- รัตนฐฎาวรรณ มั่นกันนาน. 2541. **ผลของโปรแกรมการพัฒนาศัฎยภาพในการดูแลตนเองต่อความพร่องในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโตโรคธาลัสซีเมีย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัฒนา ซาติอภิศักดิ์. 2543. Nephrotic Syndrome. ใน เกวลี อุณจักร และคณะ (บรรณาธิการ), **Update on common pediatric problem.** เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. 2540. **เภสัชวิทยาสำหรับพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- วิวัฒน์ ตปนีโยพัาร. 2540. โรคไต. ใน วันดี วราวิทย์, ปะพุท ศิริบุญญ์ และสุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ), **ตำรากุมารเวชศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: ไอลิสติก พับลิซซิง.
- วีณา จีระแพทย์. 2533. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก. **วารสารพยาบาล 3** (กรกฎาคม – กันยายน): 216-277.
- วีณา จีระแพทย์. 2534. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก. **วารสารพยาบาล 2** (เมษายน – มิถุนายน): 160-185.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การ ดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรีนติ้ง.
- สมปรารธนา ทรายสมุทธร. 2545. **ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชชาติ เกิดผล 2531. "The nephrotic syndrome." ใน **โรคไตในเด็ก.** กรุงเทพมหานคร: ศิริภันท์ออฟเซ็ท.
- สุชาดา ประสงค์ตันสกุล. 2544. **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนในโรคหัวใจรูห์มาติก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวดี ศรีเลณวัติ. 2530. **จิตวิทยาพัฒนาการ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พิสิกส์เซนเตอร์.
- อมรรัตน์ ลิ้มจิตสมบุญ. 2542. **ผลของการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการดูแลตนเองของเด็กธาลัสซีเมียต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรรรัตน์ มณีเลิศ และคณะ. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก. **วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 2** (พฤษภาคม-สิงหาคม 2545): 31-40.
- อรุณ วงษ์จิราษฏร์. 2540. Steroid responsive nephritic syndrome. ใน อรุณ วงษ์จิราษฏร์, อัจฉรา สัมบุญณานนท์ และประไพพิมพ์ ธีรคุปต์ (บรรณาธิการ), **ปัญหาสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์และโรคไตในเด็ก**. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.
- อัจฉรา เปรื่องเวทย์ และคณะ. 2544. การศึกษาพฤติกรรมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก. **วารสารสภาการพยาบาล 16** (กรกฎาคม- กันยายน): 37-49.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. 2536. วัยเรียนพัฒนาการทางจิตสังคม : ปัญหาและแนวทางแก้ไข. ใน จันทิชาติตา พุกษานานนท์ และประสพศรี อึ้งถาวร (บรรณาธิการ), **การดูแลสุขภาพเด็ก**. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรเมดิเพรส.

ภาษาอังกฤษ

- Abramovitz, L. Z., & Senner, A. M. 1995. Pediatric bone marrow transplantation update. **Oncology Nursing Forum 22**(1): 101-107.
- Barnes, L. P. 1991. Teaching Self-Care to Children. **Journal of Pediatric Oncology Nursing 11**: 120-124.
- Bernstein, D., & Shelov, S. P. 1996. **Pediatrics**. Maryland.
- Bloom, B. S. 1971. **Taxonomy of Educational Objective ; The Classification of Education Goal by Committee of College and University Examiner**. New York: Long Mass Green.
- Burns, N., & Grove, S. K. 2001. **The practice of nursing research conduct, critique, and utilization**. 4th ed. United States of America: W.B. Saunders Company.
- Coyne, Imelda T. 1996. Parent participation : a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing 23** (4): 733 740.
- Curry, R. L. 1990. Using Videorecordings in Pediatric Nursing Practice. **Pediatric Nursing 16**: 501-504.
- Davis, B. D. & Steels, S. 1991. Care Management for Young Children with Special Health Care Needs. **Pediatric Nursing 17**(1): 15-19.

- Evans, M. A. 1994. An investigation into the feasibility of participation in the nursing care of their children. **Journal of Advanced Nursing** 20: 477-482.
- Friedman, M. 1997. **Family nursing research, theory, practice**. 4th ed. United States of America: Appleton and Lange.
- Good, C. V. 1973. **Dictionary of Education**. New York: McGraw-Hill.
- Hanson, S. M., & Boyd, S. T. 1996. **Family health care nursing : theory, practice, and research**. United States of America: F.A. Davis Company.
- Hazinski, M. F. 1992. **Nursing care of the critically ill child**. 2nd ed . St.Louis: The C.V. Mosby.
- Henderson, P. 1992. The Health of School Child. **Pediatric Nursing** 18(1): 530-533.
- Hunter, E. F. 2000. Telephone support for person with chronic mental illness. **Home healthcare Nurse** 18:172-179.
- Jackson, P. L., & Vessey, J. A. 1992. **Primary care of the child with a chronic condition**. St Louis: Mosby Year Book.
- Koster, M. K. 1983. Self care : Health behavior for the school age children. In **Topic in Clinical Nursing** 5(4): 29-40.
- Lima, R. G., Rocha, S. M., Scochi, C. S., & Callery, P. 2001. Involvement and fragmentation: A study of parental care of hospitalized children in Brazil. **Pediatric Nursing** 27: 559-564.
- Luo Zhimin, et. al. 1998. **Self-care Practice among Chinese School-age Children with Nephrotic Syndrome**. [online] Available from <http://www.grad.cmu.ac.th/nur980240.html>. [2005, March 7].
- Margic, H. 1998. **Motivation and personality**. 2nd ed. New York: Harger & Row.
- Marlow, D. R., & Redding, B. A. 1988. **Text book of Pediatric Nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Neill, S. J. 1996. Parent participation 1: Literature review and methodology. **British Journal of Nursing** 5(1): 34-40.
- Nelson, W. E. 1996. **Textbook of Pediatrics**. 15th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Newton, M. S. 2000. Family-centered care: current realities in parent participation. **Pediatric Nursing** 26: 164-168.

- Orem, D. E. 1995. **Nursing : concept of practice.** 5th ed. St. Louis: Mosby year book.
- Orem, D. E. 2001. **Nursing : concept of practice.** 6th ed. St. Louis: Mosby year book.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. 1999. **Nursing research: principles and methods.**
New York: J.B. Lippincott.
- Polkki, T., Pietila, Anna-Maija, Vehvilainen-Julkunen, Laukkala, H. P. 2002. Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. **Journal of Pediatric Nursing** 17(4): 270-278.
- Quinn, F.M. 1995. **The Principle and Practice of Nursing Education.** 3th ed. London: Chapman and Hall.
- Ruley, E. J. 1997. Nephrotic syndrome. In R.A. Hoekelman, (Ed.), **Primary pediatric care.** St. Louis: The C.A. Mosby.
- Soet, J. E.and Basch, C.E. 1997. The telephone as a communication medium for health education. **Health Education and Behavior** 24(6): 759-772.
- Tackett, J. M. & Hunsberger, M. 1981. **Family Centered Care of Children and Adolescence.** Philadelphia : W.B. Sanders.
- Thompson, E. D. 1995. **Introduction to Maternity and pediatric nursing.** 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders .
- Thompaon, M. L. 1995. **Pediatric nursing.** New York: Springhouse.
- Waechter, E. H., Phillips, J., & Holaday, B. 1985. **Nursing care of children.** Philadelphia: J.B. Lippincott .
- Weiner, H., Hafer, A. M., & StunKard, A. J. 1981. **Brain, behavior, and badly disease.** New York: Raven Press.
- Welk, G. J. 1999. Promoting physical activity in children : parental influences. [Online].
Available from: [http:// Digest/ed 436480. html](http://Digest/ed 436480. html). [2002, November, 15]
- Whaley, F. L., Wong, L. D. 1999. **Nursing care of infant and children.** St.Louis: The C. V. Mosby.
- Zhimin, L. 1998. **Self-Care Practice among Chinese School-age Children with Nephrotic Syndrome.** Masters Thesis, Department of Maternal and Child Nursing, Graduate School, Chiang Mai University.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – นามสกุล	ตำแหน่งและสังกัด
1. นายแพทย์ศิริ ขอประเสริฐ	กุมารแพทย์ 8 หนังสืออนุมัติ ผู้เชี่ยวชาญกุมารเวชศาสตร์โรคไต โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัดย์ ประทีปชัยกูร	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกียรติกำจร กุศล	อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
4. อาจารย์ประไพพิศ สิงหเสม	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง
5. นางสาวนฤมล แห่งไฉ	พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตรัง
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์น้ำอ้อย มิตรกุล	อาจารย์คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

(ผู้ทรงคุณวุฒิลำดับที่ 6 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องและประสิทธิภาพของ
สื่อวีดิทัศน์)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. บทวิดีทัศน์ เรื่องกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็ก
วัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก
ตอนที่ 2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการ
เนฟโรติกความยาว 12 นาที
กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

จัดทำโดย

นางสาวเพียงใจ นวนหนู


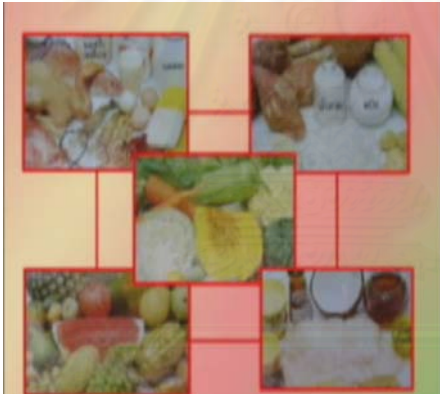
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

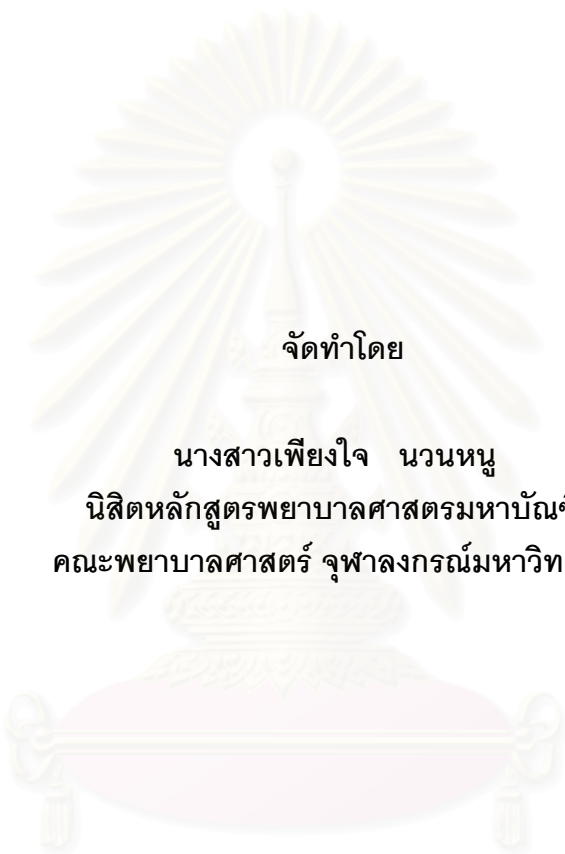
ตอนที่ 1 โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

ลำดับ	ภาพ	เสียง
1		<p>เสียงดนตรี</p> <p>โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก</p>
2		<p>โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เป็นโรคไตชนิดหนึ่งที่พบมากในเด็ก สาเหตุไม่แน่ชัด แต่ที่พบบีสาเหตุจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นมาแต่เกิด โดยสืบทอดจากพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย 2. เกิดจากไตเอง ซึ่งพบมากที่สุด 3. เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ได้รับสารพิษ ถูกแมลงกัดต่อย การติดเชื้อโรคบางชนิด เป็นต้น

ตอนที่ 2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก

ลำดับ	ภาพ	เสียง
1	<p data-bbox="464 367 920 461">การดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก</p> 	<p data-bbox="946 367 1393 640">หนูสามารถไปโรงเรียนหรือออกกำลังกายได้ตามปกติ แต่ไม่ควรออกกำลังกายหักโหม เช่น ตะเตะฟุตบอล ปีนป่ายที่สูง เพื่อป้องกันการตกหรือกระแทก เพราะกระดูกจะเปราะ หักง่าย</p>
2		<p data-bbox="946 958 1393 1285">ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก ควรได้รับอาหารตามอาการและการดำเนินของโรค คือ รับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ เช่น ส้ม ก๋วยหอม อกไก่ ต้มยำตามปกติ ยกเว้นรายที่มีอาการบวมมากจะจำกัดน้ำดื่ม</p>

2. คู่มือ เรื่องกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก



จัดทำโดย

นางสาวเพียงใจ นวนหนู

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

! สุข คู่มือ

เรื่องโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก
และการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก



จัดทำโดย

เพียงใจ นวนหนู

นิสิตหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

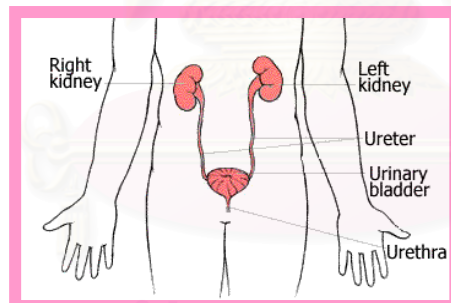
โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เป็นโรคไตชนิดหนึ่งที่พบบ่อยที่สุดในวัยเด็ก มีสาเหตุไม่แน่ชัด แต่อาจมีสาเหตุจาก

1. เป็นมาแต่กำเนิด โดยสืบทอดมาจากพ่อแม่ ปู่ ย่า ตายาย



2. มีสาเหตุจากความผิดปกติของไตเอง



3. เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ได้รับสารพิษ ถูกแมลงกัดต่อย การติดเชื้อโรคบางชนิด



อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่เป็นโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกจะมีอาการและอาการแสดงดังนี้

1. มีการสูญเสียโปรตีนออกทางปัสสาวะ โดยเฉพาะอัลบูมิน ซึ่งจะสังเกตเห็นปัสสาวะขุ่น เป็นฟอง
2. มีระดับโปรตีนในเลือดต่ำ โดยเฉพาะอัลบูมิน
3. บวม โดยเริ่มบวมที่เปลือกตา โดยเฉพาะเมื่อตื่นนอนต่อมาจะเริ่มบวมทั้งตัว
4. มีไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล



การรักษา

1. การรักษาเฉพาะโรค

- โดยการให้ยาสเตียรอยด์ ที่นิยมใช้คือ เพรดนิโซโลน



2. การรักษาแบบประคับประคองอาการ

- การรักษาอาการบวม

อาการบวมหากไม่ได้รับการรักษา จะมีการสะสมของน้ำและเกลือมากขึ้น จะบวมทั้งตัว มีน้ำคั่งในท้องจนมองเห็นว่าท้องโตมาก มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดมาก ทำให้หายใจลำบาก มีน้ำคั่งที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกมองเห็นบวมใส ทำให้เดินลำบาก หากบวมมาก ๆ ให้ยาขับปัสสาวะร่วมกับสารน้ำอัลบูมิน

- การควบคุมอาหาร

- งดอาหารเค็ม ในขณะที่มีอาการบวม และได้รับยาสแตียรอยด์



- ให้อาหารพวกโปรตีนตามปกติ ลดอาหารไขมัน

- การทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ยกเว้นในรายที่บวมมาก
- การรักษาอาการติดเชื้อ
- การให้ภูมิคุ้มกันโรค จะให้ในระยะเวลาที่โรคสงบและหยุดยาสแตียรอยด์แล้ว

ภาวะแทรกซ้อน

1. การติดเชื้อ เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เด็กไม่ตอบสนองต่อการใช้ยารักษา การติดเชื้อจะเกิดได้ง่ายทุกระบบ ทั้งระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ
2. ภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากสูญเสียโปรตีนไปอย่างมากเป็นเวลานาน ทำให้เด็กเจริญเติบโตช้า ไม่สมวัย กล้ามเนื้อลีบ ผอมเปราะบาง กระดูกเปราะง่าย ภูมิคุ้มกันโรคลดลง
3. ภาวะไตวาย อาจเป็นแบบเฉียบพลัน เนื่องจากปริมาณน้ำในหลอดเลือดลดลง หรือหากกำเริบบ่อยครั้ง เนื้อไตจะถูกทำลายจนเกิดไตวายเรื้อรังได้
4. ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น มีน้ำในช่องท้อง ปอดมาก ทำให้แน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก น้ำคั่งที่ลูกอัณฑะ ทำให้เดินลำบาก เป็นต้น

เมื่อเป็นโรคนี้ควรปฏิบัติตัวอย่างไร

ยา

ควรรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด อย่าลดหรือหยุดยาเอง ถ้ายาหมดต้องรีบมาพบแพทย์ทันที



ถ้าขาดยา จะมีอาการของโรคกำเริบ เช่น บวม หรือมีอาการช็อก หมดสติ เนื่องจากหยุดยากะทันหัน และไม่ควรรื้อยามารับประทานเอง



เมื่อรับประทานยาไปนาน ๆ อาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น คือ หน้ากลมเหมือนพระจันทร์ มีก้อนไขมันบริเวณต้นคอ หน้าท้องยื่นใหญ่ กินจุ ขนดก อาจมีผิวหนังคัน ความดันโลหิต เส้นเลือดแตกง่าย แต่อาการเหล่านี้จะค่อย ๆ หายไปเองเมื่อแพทย์สั่งให้หยุดยา

นอกจากนี้ยาอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ จึงต้องรับประทานหลังอาหารทันที ถ้าไม่รับประทานอาหารควรดื่มนมก่อนรับประทานยา





สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ปวดท้อง อาเจียนมีเลือดปน หรือถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อจะได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง



อาหาร

ควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนมากเพียงพอ เช่น เนื้อ ปลา ไข่ หมู นม ไข่ นำนมถั่วเหลือง และรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ผลไม้พวกส้ม กัลฉ่าย องุ่น



รับประทานขนมต่างๆ ที่ไม่เค็ม เช่น ขนมชั้น ทองหยิบ ทองหยอด ไข่หวาน ถั่วต้ม



ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว



ในผู้ป่วยที่มีไขมันในเลือดสูง ร่วมกับมีความดันโลหิตในเลือดสูงร่วมด้วย ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันสัตว์ ไม่ใช้น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ ของทอด ให้ใช้น้ำมันถั่วเหลืองปรุงอาหาร เนื่องจากมีไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งจำเป็นต่อร่างกาย



งดอาหารเค็ม เช่น เกล็ด น้ำปลา ซีอิ๊ว กะปิ ผงฟู เนยชนิดเค็ม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ชนิดต่าง ๆ ขนมกรอบขบเคี้ยวต่าง ๆ



การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยสามารถไปโรงเรียน หรือออกกำลังกายได้
ออกกำลังกายหักโหมจนเกินไป โดยเฉพาะถ้ามี
มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย



ตามปกติ แต่ไม่ควร
อาการบวมมากหรือ

ผู้ป่วยสามารถช่วยพ่อแม่ทำงานบ้านได้
ถูบ้าน ล้างจาน



เช่น กวาดบ้าน

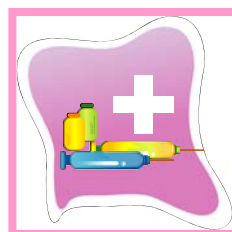
ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายมาก ๆ เช่น เตะฟุตบอล ปีนป่ายที่สูง
เพื่อป้องกันการตก หรือกระแทก เพราะกระดูกจะเปราะ หักง่าย



ควรพักผ่อนให้มาก ๆ นอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

การป้องกันการติดเชื้อ

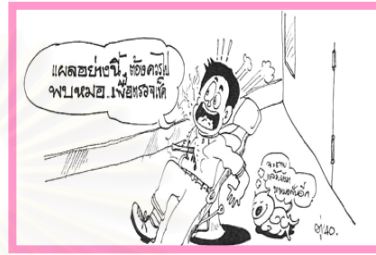
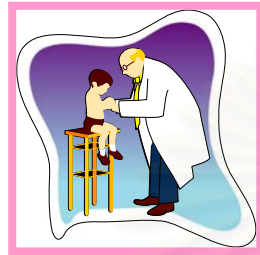
เนื่องจากยาเพรดนิโซโลนที่ใช้รักษามีผลทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ ติดเชื้อโรคได้
ง่าย ถ้ามีการติดเชื้อแทรกซ้อน อาจทำให้โรคไตที่เป็นอยู่มีอาการทรุดลง และอาจเป็น
อันตรายถึงชีวิตได้



ควรหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปคลุกคลี หรือเล่นกับผู้ที่เจ็บป่วย เช่น คนที่เป็นหวัด ไอ ป่วย ๆ คนที่มีไข้ ออกหัด เป็นอีสุกอีใส เพราะจะติดเชื้อได้ง่าย

ไม่ควรเข้าไปในที่ชุมชนหนาแน่น อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เพราะอาจมีคนที่ เป็นโรคติดต่ออยู่ หากจำเป็นต้องเข้าไปต้องใช้ผ้าปิดปากและจมูก

ถ้ามีไข้ เจ็บคอ เป็นหวัด ฟันผุ ผิวหนังอักเสบ ควรรีบมาพบแพทย์



ควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทำความสะอาดผิวหนังให้สะอาด โดยเฉพาะ บริเวณขาหนีบและอวัยวะสืบพันธุ์ ถ้าผิวหนังแห้งมาก อาจทำให้ผิวหนังแตก และ อักเสบควรทาครีมบำรุงหลังอาบน้ำ

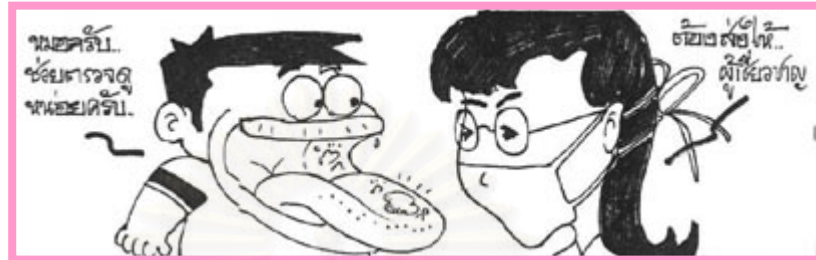


ควรสวมเสื้อผ้าที่ซักสะอาด

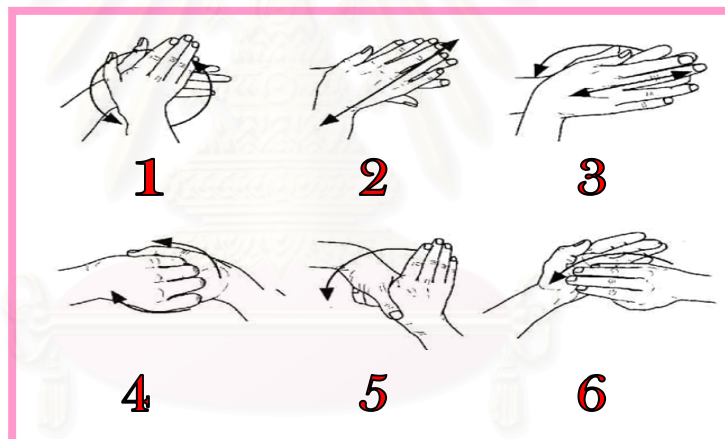


สระผมด้วยแชมพูและน้ำสะอาด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ควรทำความสะอาดหัวพร้อมกับการสระผมด้วย ถ้าผมสกปรกอาจเป็นเหา เป็นแผลที่ศีรษะ หรืออาจ เกิดเชื้อราได้ เพื่อน ๆ ก็จะรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้

ควรทำความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ไม่อมลูกกวาดหรือท็อปปี้ เพราะจะทำให้ฟันผุ



ควรไปพบหมอฟันอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพราะถ้าฟันผุจะทำให้ติดเชื้อ และบวมขึ้นได้



ควรล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ก่อนรับประทานอาหาร และหลังจากเข้าห้องน้ำทุกครั้ง ควรตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอเพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรค ควรรับประทานอาหารที่สะอาด ไม่มีแมลงวันตอม ใช้ช้อนรับประทานอาหาร



ควรสวมรองเท้าเมื่อออกนอกบ้าน
ไม่สวมรองเท้าอาจทำให้เชื้อโรคหรือพยาธิ
เข้าสู่ร่างกายทางเท้าที่มีบาดแผลได้ และ
อันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุ เช่น เศษ
ตำ ฯลฯ



เพราะการ
ที่อยู่บนพื้นดิน
ยังช่วยป้องกัน
แก้วบาด ตะปู

ไม่ควรใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำดื่ม ผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า ฯลฯ
เพราะอาจติดเชื้อจากผู้อื่นได้ เช่น ผู้ที่เป็นหวัด ไข้อยๆ เป็นหิด กลาก เกื้อน



เลือกสวมเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับสภาพอากาศ จะทำให้ไม่เจ็บป่วยง่าย เช่น
อากาศหนาว สวมเสื้อกันหนาวเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น อากาศร้อนสวมเสื้อบาง ๆ เป็นต้น

การมาตรวจตามนัด



ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งแม้ไม่มีอาการผิดปกติ เพราะแพทย์จะได้
ติดตามอาการของโรค ช่วยให้มีการรักษาที่ต่อเนื่อง และจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ
อย่างเคร่งครัด จะต้องนึกอยู่เสมอว่ายังไม่หายเป็นปกติ ยังต้องรับประทานอาหารจัด

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามคำแนะนำข้างต้นที่ได้กล่าวมา รวมทั้ง
การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง แต่อาจมาก่อนเวลาได้ หากมีอาการต่อไปนี้

- บวมมากขึ้น มีไข้สูง ใบบ่อย



- เป็นหวัด เจ็บคอ มีน้ำมูก

- ผื่นหนังอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน

- ปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดหรือมีสีดำ

- ถ่ายปัสสาวะแสบขัด



ไม่ควรซื้อยามารับประทานเองโดยเด็ดขาด#

สรุป

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกเป็นโรคที่รักษาหายได้ หากสามารถควบคุมสถานะของโรคได้ดี หรือได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง มีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ทั้งในระหว่างอยู่โรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้าน หากสามารถดูแลตนเองได้ตามคำแนะนำแล้ว ก็จะทำให้ร่างกายแข็งแรงเหมือนเด็กทั่วๆไป



บันทึก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () และ/หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

ก. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ระดับการศึกษา
 - () ยังไม่เคยเรียน
 - () เคยเรียนถึงชั้น..... เหตุผลที่หยุดเรียน.....
 - () กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่.....
4. ระยะเวลาที่เคยเจ็บป่วยนาน.....เดือน/ปี
5. หนูเคยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับโรคนี้หรือไม่
 - () เคย (ตอบข้อ 6)
 - () ไม่เคย
6. จากข้อ 5 หนูเคยได้รับความรู้จากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () แพทย์
 - () พยาบาล
 - () หนังสือ โทรทัศน์
 - () เด็กป่วยคนอื่น ๆ
 - () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล

1. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย

() บิดา

() มารดา

() อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() ประกาศนียบัตร

()ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

3. รายได้รวมของครอบครัว.....บาท/เดือน

4. ค่าใช้จ่ายในครอบครัว

() ไม่พอใช้จ่าย

() พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ

() เหลือเก็บ

5. ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อปัญหาเรื่องการเงินในครอบครัวมากน้อยเพียงไร

() ไม่มีเลย

() มีบ้างเล็กน้อย

() มีปานกลาง

() มีมาก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อความซึ่งถามถึงการปฏิบัติจริงของท่านในการดูแลตนเอง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริง แต่ละข้อให้ตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ในการเลือกตอบ

ไม่ได้ทำ	หมายถึง	ไม่ได้ทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้น ๆ เลย
ทำบางครั้งหรือบางวัน	หมายถึง	ทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งหรือ บางวัน (ทำ 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์)
ทำบ่อยครั้งหรือทำทุกวัน	หมายถึง	ทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้น ๆ บ่อยครั้งหรือทำทุกวัน (ทำมากกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์)

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้งหรือบางวัน	ทำบ่อยครั้งหรือทำทุกวัน
1. หนูรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ ผักใบเขียว ผลไม้			✓

จากตัวอย่าง หมายความว่า หนูรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ ผักใบเขียว ผลไม้ บ่อยครั้งหรือทุกวัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้ง หรือบางวัน	ทำบ่อยครั้ง หรือทำทุกวัน
<p>การดูแลตนเองเพื่อการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและได้รับอากาศถ่ายเทที่สะดวก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หนูหลีกเลี่ยงที่จะไปสถานที่ที่มีคนมาก ๆ เช่น โรงหนัง 2. หนูรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อตรงเวลา 3. หนูรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ ผักใบเขียว ผลไม้ 4. หนูรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม 5. หนูดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว <p>การดูแลตนเองเพื่อให้มีการขับถ่าย การระบาย ที่ปกติและมีสุขวิทยาที่เหมาะสม</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. หนูบ้วนปากหรือแปรงฟันหลังจากรับประทานอาหาร 7. หนูรับประทานอาหารที่มีกาก ได้แก่ ผัก ผลไม้ และ/หรือดื่มน้ำมากขึ้นเมื่อท้องผูก 8. หนูทำความสะอาดอวัยวะสำหรับขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ หลังถ่าย 9. หนูใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับพี่น้อง 10. หนูอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง <p>การมีกิจกรรมและการพักผ่อนที่เหมาะสม</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. หนูร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน 12. หนูหยุดพักการเล่นเมื่อรู้สึกเหนื่อย 13. หนูนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 			

ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้ง หรือบางวัน	ทำบ่อยครั้ง หรือทำทุกวัน
<p>การใช้เวลาอย่างสมดุลระหว่างเวลาส่วนตัวกับ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น</p> <p>14. หนูทำงานที่ครอบคลุมหมายเสร็จเรียบร้อย ทันเวลา</p> <p>15. หนูไม่มีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ หรือ พ่อ แม่ พี่น้อง</p> <p>16. หนูมีเวลาในการทำงานบ้านเพียงพอ</p> <p>17. หนูช่วยเหลือพี่น้องในการทำงานบ้าน</p> <p>การดูแลตนเองเพื่อให้มีพัฒนาการทางด้าน สติปัญญา</p> <p>18. หนูอ่านหนังสืออื่นๆนอกจากหนังสือเรียน</p> <p>19. หนูเลือกดูรายการทีวีที่มีประโยชน์ เช่น สารคดี สัตว์โลก</p> <p>20. หนูเล่นเกมสกีที่ยากและท้าทาย</p> <p>21. หนูได้เดินทางไปยังสถานที่ท่องเที่ยวในต่าง อำเภอ ต่างจังหวัด</p> <p>22. หนูพูดคุยกับเพื่อนๆ ในเรื่องความรู้ใหม่ๆ</p> <p>23. หนูซักถามพ่อ แม่ หรือครู ในเรื่อง เหตุการณ์บ้านเมือง</p> <p>การเอาใจใส่ แสวงหา และคงไว้ซึ่งความ ช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม</p> <p>24. หนูสังเกตอาการบวมของตนเอง</p> <p>25. หนูซึ้งน้ำหนักด้วยตนเอง</p> <p>26. หนูสังเกตจำนวน ลักษณะของปัสสาวะ</p> <p>27. เมื่อหนูพบอาการผิดปกติเช่น มีไข้ บวม หนูบอกให้ผู้ใหญ่ทราบ</p>			

ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้ง หรือบางวัน	ทำบ่อยครั้ง หรือทำทุกวัน
<p>28. หนูจำวันที่แพทย์นัดให้มาตรวจได้ด้วย ตนเอง</p> <p>29. หนูสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากพ่อ แม่ หรือผู้อื่น</p> <p>การปฏิบัติตามแผนการรักษา</p> <p>30. หนูตรวจฟันปีละ 1-2 ครั้ง</p> <p>31. หนูแอดบ่นำยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลไปทิ้ง</p> <p>32. หนูเพิ่มหรือลดจำนวนยาด้วยตนเอง</p> <p>33. หนูรับประทานยาที่ไม่ได้รับจากโรงพยาบาล</p> <p>การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค</p> <p>34. หนูหลีกเลี่ยงที่จะไปอยู่ใกล้ กับผู้ที่ไอ จาม มีน้ำมูก</p> <p>35. หนูหลีกเลี่ยงการตากแดด ตากฝน</p> <p>36. หนูเป็นปายที่สูง</p> <p>37. หนูใส่เสื้อผ้าหนาๆ เมื่ออากาศหนาว</p> <p>38. หนูข้ามถนนตรงทางม้าลายหรือสะพานลอย</p> <p>การจัดการกับภาวะเครียดทางอารมณ์จากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและจากการรักษา</p> <p>39. เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ หนูจะพูดคุยกับคนใกล้ชิด เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง คุณครู</p> <p>40. เมื่อเรียนไม่ทันเพื่อน หนูจะขอให้เพื่อน คุณครู หรือ พ่อ แม่ ช่วยเหลือเพื่อให้เรียนได้ทัน</p> <p>41. หนูพยายามทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง</p>			

แบบวัดการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา

คำชี้แจง แบบวัดการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาชุดนี้ประกอบด้วยข้อความซึ่งถามถึงการปฏิบัติจริงของท่านในการดูแลเด็ก ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริง แต่ละข้อให้ตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ในการเลือกตอบ

ไม่ได้ทำ	หมายถึง	ไม่ได้ทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย
ทำบางครั้งหรือบางวัน	หมายถึง	ทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง หรือบางวัน (ทำ 1-3 วันใน 1 สัปดาห์)
ทำบ่อยครั้งหรือทำทุกวัน	หมายถึง	ทำกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บ่อยครั้งหรือทุกวัน (ทำมากกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์)

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้งหรือบางวัน	ทำบ่อยครั้งหรือทำทุกวัน
1. ท่านจัดเตรียมอาหารจัดให้บุตรรับประทาน			✓

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านจัดเตรียมอาหารจัดให้บุตรของท่านรับประทานทุกวัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้ง หรือบางวัน	ทำบ่อยครั้ง หรือทำทุกวัน
<ol style="list-style-type: none"> 1. ท่านดูแลไม่ให้นักเรียนอยู่ในที่มีผู้คนแออัด เช่น โรงหนัง 2. ท่านจัดเตรียมอาหารจัดให้นักเรียนรับประทาน 3. ท่านจัดให้นักเรียนรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ ผัก ไข่ ข้าว ผลไม้ 4. ท่านกระตุ้นให้นักเรียนดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว 5. ท่านชมเชยเมื่อนักเรียนของท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันหลังจากรับประทานอาหาร 6. ท่านเน้นย้ำให้นักเรียนของท่านรับประทานอาหารที่มีกาก ได้แก่ ผัก ผลไม้ 7. ท่านชมเชยเมื่อนักเรียนของท่านทำความสะอาดอวัยวะสำหรับขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะหลังถ่าย 8. ท่านดูแลไม่ให้นักเรียนของท่านใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น 9. ท่านชมเชยเมื่อนักเรียนของท่านอาบน้ำ แต่งตัวเอง 10. ท่านสนับสนุนให้นักเรียนร่วมกิจกรรมที่โรงเรียน 11. ท่านเน้นย้ำให้นักเรียนหยุดพักการเล่นเมื่อรู้สึกเหนื่อย 12. ท่านดูแลให้นักเรียนนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง 13. ท่านกระตุ้นให้นักเรียนทำงานที่ครูมอบหมายให้เสร็จเรียบร้อย ทันเวลา 14. ท่านสนับสนุนให้นักเรียนแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ หรือ พ่อ แม่ พี่น้อง 15. ท่านสนับสนุนให้นักเรียนทำงานอดิเรก งานบ้าน และกิจวัตรประจำวัน 16. ท่านชมเชยเมื่อนักเรียนของท่านหลีกเลี่ยง คุกคลี กับผู้ที่ไม่ใช่ จาม มีน้ำมูก 			

ข้อความ	ไม่ได้ทำ	ทำบางครั้ง หรือบางวัน	ทำบ่อยครั้ง หรือทำทุกวัน
<p>17. ท่านชมเชยเมื่อบุตรป้องกันตนเองจากการเกิดอุบัติเหตุ(เช่น เล่นของมีคม ปีนป่ายที่สูง ช้ำมถนนตรงทางม้าลายหรือสะพานลอย)</p> <p>18. ท่านจัดหาเอกสารหรือสื่อที่เป็นประโยชน์แก่บุตร โดยเฉพาะกับโรคที่เป็น</p> <p>19. ท่านพูดให้กำลังใจบุตรในการมีชีวิตอยู่แม้จะเป็นโรคเรื้อรัง</p> <p>20. ท่านสอนวิธีการสังเกตอาการผิดปกติแก่บุตร</p> <p>21. ท่านพาบุตรมาพบแพทย์ตามนัด</p> <p>22. ท่านให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องแก่บุตร</p> <p>23. ท่านพาบุตรไปตรวจฟันปีละ 1-2 ครั้ง</p> <p>24. ท่านสาธิตวิธีการจัดยาเพื่อรับประทานตามแผนการรักษา</p> <p>25. ท่านให้คำปรึกษาเมื่อบุตรรู้สึกไม่สบาย</p> <p>26. ท่านกระตุ้นให้บุตรทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง</p> <p>27. ท่านติดต่อกับคุณครูเพื่อขอทราบปัญหาของบุตรที่โรงเรียน</p> <p>28. ท่านอ่านคู่มือโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและการดูแลตนเองร่วมกับบุตร</p>			

ตัวอย่างแบบบันทึกการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์

คนที่/HN	ครั้งที่ / วันที่	ผลการติดตาม	ครั้งที่ 2/ วันที่	ผลการติดตาม
คนที่ 1 HN.....
คนที่ 2 HN.....
คนที่ 3 HN.....
คนที่ 4 HN.....
คนที่ 5 HN.....
คนที่ 6 HN.....



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติก

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง เกี่ยวข้องเป็น.....

ของด.ช./ด.ญ..... ได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและ
แนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม
และเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าและด.ญ./ด.ช..... ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
ครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และจะ
ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ของด.ช./ด.ญ..... และ

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล
เป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้

.....

สถานที่/วันที่ (.....)

ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่ (.....)

ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-272231 ต่อ 2306

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01-4777137

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก ซึ่งเป็นโรคไตชนิดหนึ่งที่พบมากที่สุดเ็นเด็ก โรคนี้อาจมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ จากความผิดปกติของไต หรือจากสาเหตุอื่นๆ ทำให้เด็กมีอาการบวมรอบๆตา และหากเป็นมากก็จะบวมทั่วตัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกที่มีอายุระหว่าง 7-12 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติ ดังนี้คือ 1) ไม่เคยเข้าร่วมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกมาก่อน 2) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือการใช้สายตา อ่านหนังสือได้ 3) มารับการตรวจโดยมีบิดาหรือมารดามาด้วย 4) บิดาหรือมารดามีความเต็มใจและยินดีให้เข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ และผู้วิจัยคาดว่าความเสี่ยงเล็กน้อยที่อาจเกิดขึ้น คือ ความไม่สะดวกในการเสียเวลาเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก และครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3. รายละเอียด และขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับจากการปฏิบัติในงานวิจัยครั้งนี้คือ

3.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ที่คลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3.2 ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ให้มีลักษณะเหมือนกันในเรื่องปัจจัยด้านอายุของเด็ก ระยะเวลาการเป็นโรค และระดับการศึกษาของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล กล่าวคือ อายุของเด็กแบ่งเป็นเด็กวัยเรียนตอนต้น (อายุ 7-9 ปี) และเด็กวัยเรียนตอนปลาย (อายุ 10-12 ปี) ระยะเวลาการเป็นโรค แบ่งเป็น กลุ่มที่เป็นโรคนานน้อยกว่า 1 ปี และมากกว่า 1 ปี ระดับการศึกษาของบิดา มารดาหรือผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มประถมศึกษา มัธยมศึกษา-อนุปริญญา และปริญญาตรี-ปริญญาตรีขึ้นไป

กลุ่มที่ 1 จะได้รับการดูแลตามปกติที่ทางคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จัดให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก การวัดความดันโลหิต การสอนและให้คำแนะนำเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวซึ่งไม่มีรูปแบบการสอนที่ชัดเจน และการตรวจปัสสาวะ สำหรับระยะเวลาที่ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกจะต้องเกี่ยวข้องกับ การวิจัย คือการใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ครั้งละไม่เกิน 15 นาที

กลุ่มที่ 2 จะได้รับการดูแลเช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 ร่วมกับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรมที่จัดเป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก เป็นรายกลุ่มๆละ 3-5 คน โดยมีรูปแบบที่ชัดเจน จนครบ 20 คน ซึ่งมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่โรงพยาบาลผ่านสื่อวีดิทัศน์ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 15-20 นาที ให้คู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและบิดา มารดานำกลับไปทบทวนที่บ้าน และจัดกิจกรรมเยี่ยมโดยใช้โทรศัพท์กระตุ้น ติดตาม บิดา มารดาและเด็กที่บ้าน 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ใช้เวลาครั้งละประมาณ 5 นาที และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 ครั้งละไม่เกิน 15 นาที

4. ระยะเวลาที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะอยู่ในการวิจัย 1 เดือน

5. ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและครอบครัวมีสิทธิเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาทำการวิจัย โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

6. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย

7. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกและครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

8. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 40 คน



ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำแนกผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกตามอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคของเด็ก และระดับการศึกษาของบิดามารดาหรือผู้ดูแล

คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	อายุเด็ก (ปี)	ระยะเวลา ที่เป็นโรค ของเด็ก (ปี)	ผู้ปกครอง/ ระดับ การศึกษา	อายุเด็ก (ปี)	ระยะเวลา ที่เป็นโรค ของเด็ก (ปี)	ผู้ปกครอง/ ระดับ การศึกษา
1	7	2	มารดา ประถมศึกษา	7	1	มารดา ประถมศึกษา
2	10	8	มารดา ประถมศึกษา	10	4	มารดา มัธยมศึกษา
3	7	2	มารดา ประถมศึกษา	7	2	มารดา ประถมศึกษา
4	7	3	มารดา ประถมศึกษา	8	1	มารดา ปวส.
5	7	1	บิดา มัธยมศึกษา	8	3	มารดา ประถมศึกษา
6	9	1	มารดา มัธยมศึกษา	10	2	มารดา ประถมศึกษา
7	11	5	บิดา ประถมศึกษา	12	1	มารดา ประถมศึกษา
8	12	1	มารดา ประถมศึกษา	12	6	มารดา ประถมศึกษา
9	10	4	น้ำ ปริญญาตรี	10	4	มารดา ประถมศึกษา
10	12	7	ป้า ปริญญาตรี	12	5	บิดา ประถมศึกษา

ตารางที่ 8 (ต่อ)

คู่มือที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	อายุ เด็ก (ปี)	ระยะเวลา ที่เป็นโรค ของเด็ก (ปี)	ผู้ปกครอง/ ระดับ การศึกษา	อายุเด็ก (ปี)	ระยะเวลา ที่เป็นโรค ของเด็ก (ปี)	ผู้ปกครอง/ ระดับ การศึกษา
11	12	2	บิดา ประถมศึกษา	12	2	ป้า มัธยมศึกษา
12	10	1	มารดา ประถมศึกษา	10	2	มารดา ประถมศึกษา
13	9	2	มารดา ประถมศึกษา	9	1	มารดา ประถมศึกษา
14	7	2	มารดา มัธยมศึกษา	7	3	มารดา มัธยมศึกษา
15	8	1	มารดา ประถมศึกษา	8	1	บิดา ประถมศึกษา
16	11	2	อา ประถมศึกษา	12	8	มารดา ประถมศึกษา
17	9	1	มารดา มัธยมศึกษา	9	2	มารดา ประถมศึกษา
18	7	2	บิดา ประถมศึกษา	7	1	มารดา ประถมศึกษา
19	11	7	มารดา ประถมศึกษา	10	5	มารดา ประถมศึกษา
20	10	8	มารดา ประถมศึกษา	9	3	มารดา ประถมศึกษา

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการสอน	หลังการสอน	ก่อนการสอน	หลังการสอน
1	2.32	2.37	2.22	2.24
2	2.24	2.39	2.15	2.27
3	2.54	2.46	2.34	2.27
4	2.83	2.68	2.17	2.49
5	2.32	2.68	2.22	2.39
6	2.29	2.85	2.24	2.51
7	2.56	2.88	2.66	2.46
8	2.59	2.76	2.76	2.44
9	2.44	2.39	2.29	2.49
10	2.10	2.80	2.54	2.32
11	2.02	2.41	2.44	2.24
12	2.20	2.46	2.46	2.20
13	2.27	2.37	2.29	2.15
14	2.37	2.39	1.98	1.88
15	2.54	2.46	2.34	2.37
16	2.83	2.68	2.59	2.51
17	2.32	2.68	2.56	2.39
18	2.29	2.85	2.59	2.34
19	2.56	2.88	2.59	2.41
20	2.59	2.76	2.39	2.29
mean	2.40	2.61	2.39	2.40
SD	.21	.19	.20	.21

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป

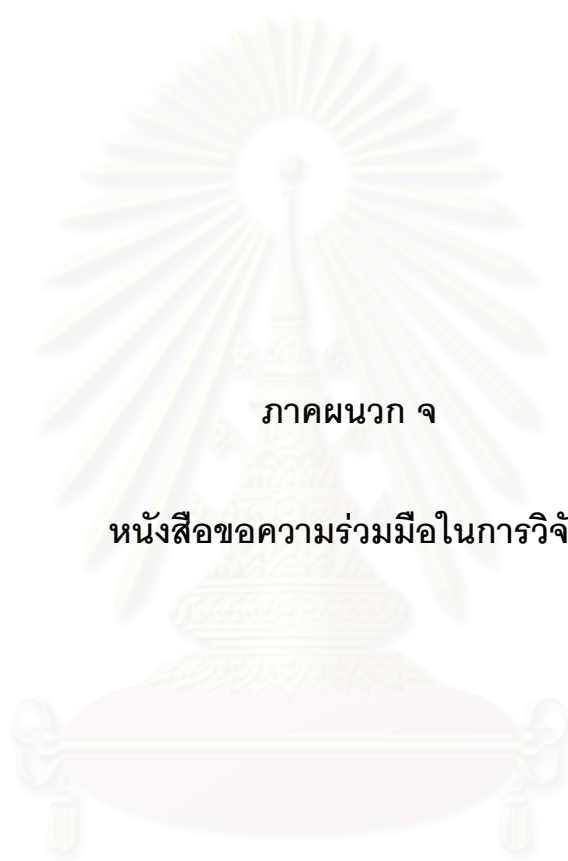
คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	2.46	2.54	2.46	2.62
2	2.69	2.38	2.23	2.46
3	2.54	2.62	2.31	2.00
4	2.85	2.69	2.31	2.69
5	2.54	2.85	2.00	2.69
6	1.92	2.69	2.38	2.54
7	2.46	2.85	2.62	2.15
8	2.69	2.69	2.77	2.31
9	2.69	2.54	2.23	2.62
10	2.00	3.00	2.38	2.38
11	2.08	2.54	2.08	2.15
12	2.23	2.38	2.69	2.54
13	2.46	2.54	2.31	2.23
14	2.69	2.38	2.15	1.92
15	2.54	2.62	2.23	2.23
16	2.85	2.69	2.54	2.54
17	2.54	2.85	2.46	2.54
18	1.92	2.69	2.54	2.54
19	2.46	2.85	2.38	2.46
20	2.69	2.69	2.62	2.54
mean	2.46	2.65	2.38	2.40
SD	.28	.17	.20	.22

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	2.30	2.20	2.20	2.20
2	1.90	2.50	2.00	2.40
3	2.30	2.10	2.40	2.50
4	2.60	2.40	2.00	2.40
5	2.20	2.50	2.40	2.70
6	1.90	2.90	2.30	2.60
7	2.40	2.70	2.90	2.80
8	2.10	2.50	2.70	2.70
9	2.20	2.50	2.40	2.60
10	2.00	2.40	2.50	2.50
11	2.00	2.20	2.80	2.20
12	2.10	2.40	2.50	2.00
13	2.20	2.00	2.40	2.20
14	2.20	2.10	1.90	2.30
15	2.30	2.10	2.40	2.50
16	2.60	2.40	2.60	2.80
17	2.20	2.50	2.60	2.40
18	1.90	2.90	2.80	2.40
19	2.40	2.70	2.70	2.50
20	2.10	2.50	2.40	2.20
mean	2.19	2.42	2.44	2.44
SD	.20	.25	.27	.21

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกก่อนและหลังการสอนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้านการดูแลตนเองตามภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	2.22	2.06	2.33	2.00
2	2.11	2.17	2.33	2.06
3	2.67	2.33	2.56	2.33
4	2.94	2.17	2.83	2.39
5	2.22	2.28	2.67	2.00
6	2.78	2.11	2.94	2.44
7	2.72	2.56	3.00	2.50
8	2.78	2.78	2.94	2.39
9	2.39	2.28	2.22	2.33
10	2.22	2.67	2.89	2.17
11	2.00	2.50	2.44	2.33
12	2.22	2.28	2.56	2.06
13	2.17	2.22	2.44	2.06
14	2.22	1.89	2.56	1.61
15	2.67	2.39	2.56	2.39
16	2.94	2.61	2.83	2.33
17	2.22	2.61	2.67	2.28
18	2.78	2.50	2.94	2.17
19	2.72	2.67	3.00	2.33
20	2.78	2.22	2.94	2.17
mean	2.48	2.68	2.36	2.21
SD	.31	.25	.22	.21



ภาคผนวก จ

หนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ.....
ว.ค.ป. = 7 มี.ย. 2549
เวลา.....

ส่วนราชการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร.88196

ที่ กค.พิจารณาจริยธรรม/ 580/2549

วันที่ 4 เมษายน 2549

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน กณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 3/2549 เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 30 มีนาคม 2549 ที่ประชุมได้พิจารณารายละเอียดใน โครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก (THE EFFECT OF EDUCATIONAL PROGRAM EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION ON SELF-CARE BEHAVIORS OF SCHOOL-AGE CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME) ของ นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน.....

เพื่อโปรด

- ทราบ
- คำเนินการ
- พิจารณา
- อนุมัติ

ลงมือ.....

ที่ ศธ 0512.11/ 934

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 พฤษภาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

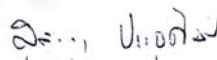
เรียน คณบดีคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ น้าอ้อย มิตรกุล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสอดคล้องและประสิทธิภาพของสื่อ สำหรับบทวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติกและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก” เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของการใช้ภาษาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกสิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ น้าอ้อย มิตรกุล
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828
ชื่อนิสิต	นางสาวเพียงใจ นวนหนู โทร. 0-1477-7137

ที่ ศธ 0512.11/ 934

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖ พฤษภาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

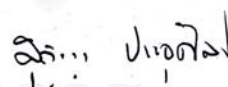
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนฤมล เถ่งไถ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกสิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวนฤมล เถ่งไถ
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828
ชื่อนิสิต	นางสาวเพียงใจ นวนหนู โทร. 0-1477-7137

ที่ ศธ 0512.11/ 934

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 พฤษภาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

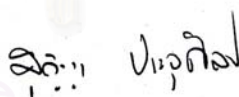
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครัง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ประไพพิศ สิงหเสม อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกติลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ ประไพพิศ สิงหเสม

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต นางสาวเพียงใจ นวนหนู โทร. 0-1477-7137

ที่ ศธ 0512.11/ 934

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 พฤษภาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

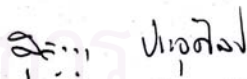
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกียรติกำจร กุศล อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกีฬา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกียรติกำจร กุศล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต นางสาวเพียงใจ นวนหนู โทร. 0-1477-7137

ที่ ศธ 0512.11/ 934

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 พฤษภาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

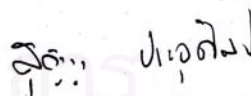
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกสิลาป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต นางสาวเพียงใจ นวนหนู โทร. 0-1477-7137

ที่ ศช 0512.11/ 934

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

3 พฤษภาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

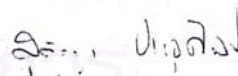
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ ศิริ ขอประเสริฐ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิตลิป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายแพทย์ ศิริ ขอประเสริฐ

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต นางสาวเพียงใจ นวนหนู โทร. 0-1477-7137

ที่ ศร 0512.11/ 1476

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

13 กรกฎาคม 2549

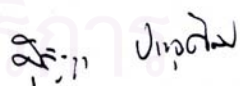
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก อายุ 7-12 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต จำนวน 40 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก แบบวัดการมีส่วนร่วมของบิดามารดา และแบบบันทึก ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเพียงใจ นวนหนู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกุศลป)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 02-218-9808

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต

นางสาวเพียงใจ นวนหนู โทร. 0-1477-7137

ที่ ศธ 0512.11/ 1476

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

13 กรกฎาคม 2549

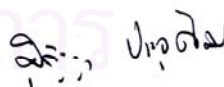
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารอากาศนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวเพียงใจ นวนหนู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก อายุ 7-12 ปี จำนวน 30 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก แบบวัดการมีส่วนร่วมของบิดามารดา และแบบบันทึก ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเพียงใจ นวนหนู ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต

นางสาวเพียงใจ นวนหนู โทร. 0-1477-7137

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาว เพียงใจ นวนหนู เกิดเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2500 ภูมิลำเนา จังหวัด สุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ปี 2521 และสำเร็จการศึกษา สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต จาก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี 2534 เข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2546 ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 (หัวหน้างานหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม) โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย