

ผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของ
เด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล



นางอุบล วรรณกิจ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

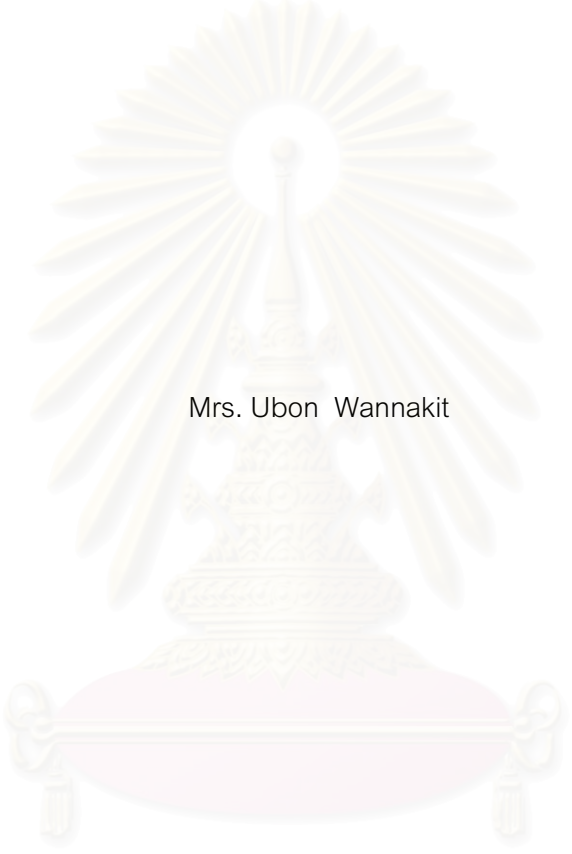
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 947-17-6294-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PRIMARY NURSING PRACTICE SYSTEM ON SELF CARE ABILITIES
OF MENTALLY RETARDED CHILDREN AND CAREGIVERS' SATISFACTION



Mrs. Ubon Wannakit

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 947-17-6294-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึง พอใจของผู้ดูแล
โดย	นาง อูบล วรรณกิจ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข)

อุบล วรรณกิจ : ผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล. (EFFECTS OF PRIMARY NURSING PRACTICE SYSTEM ON SELF CARE ABILITIES OF MENTALLY RETARDED CHILDREN AND CAREGIVERS' SATISFACTION) อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 152 หน้า. ISBN 974-17-6294-1.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติกลุ่มตัวอย่างคือเด็กปัญญาอ่อน จำนวน 40 คน และผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน จำนวน 40 ซึ่งจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ตามอายุ ระดับสติปัญญา และการวินิจฉัยโรค ได้เด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแลกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และแบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนเท่ากับ .89 และแบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลเท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t- test

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ปีการศึกษา 2547

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4577629136 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: PRIMARY NURSING PRACTICE / SELF CARE ABILITIES / SATISFACTION / CAREGIVERS / MENTALLY RETARDED CHILDREN

UBON WANNAKIT : EFFECTS OF PRIMARY NURSING PRACTICE SYSTEM ON SELF CARE ABILITIES OF MENTALLY RETARDED CHILDREN AND CAREGIVERS' SATISFACTION. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, PH.D., 152 pp. ISBN 974-17-6294-1.

The purpose of this study were to compare self care abilities of mentally retarded children and caregivers' satisfaction before and after receiving primary nursing practice system, and to compare self care abilities of mentally retarded children and caregivers' satisfaction in the group that received the primary nursing practice system, and those who received regular caring activities. Forty patients and their caregivers were assigned into an experimental group and a control group by matching with ages, IQ and diagnosis. The experimental group received primary nursing practice system, whereas the control group received the regular nursing care activities. Research instruments were primary nursing practice system, mentally retarded children's self care abilities scale, and caregivers' satisfaction scale which were developed by the researcher. The content validity was established by a panel of 7 experts. The reliability of mentally retarded children's self care abilities scale was .89 and caregivers' satisfaction scale was .97. Data were analyzed by t - test.

Major findings were as follows :

1. Self care abilities of mentally retarded children and caregivers' satisfaction, after receiving the primary nursing practice system were significantly higher than those before the experiment, at the .05 level.
2. Self care abilities of mentally retarded children were significantly higher than those of mentally retarded children who received the regular nursing care activities, at the .05 level, but there was no significant difference between satisfaction of caregivers in the two groups.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing. Student's signature.....

Academic year 2004

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำงานวิจัย เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จในเวลาที่กำหนด ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเมตตา ให้คำชี้แนะในการทำวิจัย และเป็นกำลังใจเสมอมา และรองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อุดม เพชรสังหาร ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล คุณ มัจฉรี โอสถานนท์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล คุณลักขณา ทองกิตติกุล และบุคลากรหอผู้ป่วยหญิง 1 ทุกท่าน บุคลากรแผนกผู้ป่วยในทุกท่าน รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ และดำเนินการทดลองจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

ขอขอบคุณ คุณจิรภัทร เป็ลื่องนุช ผู้ช่วยวิจัย ที่กรุณาช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ คุณชนิสรา เวชวิรุณห์ ที่ให้คำปรึกษาในการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณครอบครัว ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนการศึกษาโดยตลอด คอยเป็นกำลังใจ กำลังใจ รวมทั้งกำลังทรัพย์ตลอดการศึกษาจนกระทั่งบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอบอบแต่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นเด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนทุกท่าน ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ต่อไป

สารบัญ

	หน้า
คำย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
การดำเนินการทดลอง.....	80
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	115
รายการอ้างอิง.....	129
บรรณานุกรม	136
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ.....	138
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	140
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	143
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	152

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม อายุ ระดับเซาว์นปัญญา และการวินิจฉัยโรค ของเด็กปัญญาอ่อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	67
2	จำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ การศึกษา การวินิจฉัยโรค ระดับเซาว์นปัญญา ระยะเวลาที่เข้ารักษา ประเภทที่รับไว้ ผู้ดูแลหลัก ผู้ช่วยเหลือในการดูแล และจำนวนพี่น้องที่ปัญญาอ่อน.....	93
3	จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ระยะเวลาการดูแล เด็ก.....	96
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของ เด็กปัญญาอ่อนรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	98
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของ เด็กปัญญาอ่อนรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	99
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของ เด็กปัญญาอ่อนรายด้านและรวมทุกด้าน ก่อนและหลังทดลองของกลุ่ม ทดลอง.....	100
7	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของ เด็กปัญญาอ่อนรายด้านและรวมทุกด้าน ก่อนและหลังทดลองของกลุ่ม ควบคุม.....	101
8	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการ พยาบาล รวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม.....	102

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการ พยาบาล รวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม.....	103
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการ พยาบาลรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.	104
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการ พยาบาล รวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่ม ควบคุม.....	105
12	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการ พยาบาล ด้านศิลปะการดูแลของพยาบาลเป็นรายข้อก่อนและหลังการ ทดลองของกลุ่มทดลอง.....	106
13	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการ พยาบาลด้านคุณภาพทางเทคนิค(ความสามารถความชำนาญ) ในการดูแล ของพยาบาลเป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	107
14	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการ พยาบาลด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพของพยาบาลเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	108
15	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการ พยาบาลด้านความพร้อมในบริการของพยาบาลเป็นรายข้อ ก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มทดลอง.....	109
16	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการ พยาบาลด้านความต่อเนื่องในการดูแล เป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง.....	110
17	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการ พยาบาลด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาลเป็นรายข้อ ก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง.....	111

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกมีประชากรที่เป็นปัญญาอ่อนร้อยละ 2.5 – 3 ของประชากร (Department of mental Retardation, 2003) ในปี พ.ศ. 2542 พบความชุกของปัญญาอ่อนในประเทศไทยร้อยละ 1.3 (อุดม เพชรสังหาร, 2545) นับเป็นปัญหาที่สำคัญทางจิตเวช เนื่องจากภาวะปัญญาอ่อนเป็นภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติหน้าที่ ระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ มีความบกพร่องในทักษะการปรับตัว 2 ทักษะขึ้นไป ซึ่งได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การใช้ประโยชน์ในชุมชน การรู้จักและควบคุมตนเอง การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย หน้าที่ในการศึกษา การพักผ่อนและการทำงานซึ่งเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี (AAMR,1992 cited in Sadock, 2000) ทำให้เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ เป็นภาระแก่ครอบครัว นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพและปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นความพิการที่เรื้อรัง ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดชีวิต (ชวาลา เรือรณู, 2536)

จากการศึกษาพบว่าเด็กปัญญาอ่อนมีปัญหาสำคัญคือขาดความสามารถในการดูแลตนเองทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างปกติสุข Brust,Leonard & Sielaff (1992) พบว่า เด็กช่วยเหลือตนเองได้น้อย บิดามารดาต้องใช้เวลาในการดูแลมาก การสัมภาษณ์ผู้ปกครองถึงปัญหาการดูแลตนเองของเด็กพบว่ามีปัญหาการสื่อสาร การเข้าใจภาษา น้อย บางครั้งใช้คำพูดที่ไม่สามารถเข้าใจได้ ทำให้เด็กไม่สามารถบอกความต้องการให้คนอื่นรู้ และพฤติกรรมการรบกวนสูง ต้องติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ปลอดภัยจากอันตรายต่อตนเองและพี่น้อง (Keogh et al.,2000) เด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมีความพิการซ้ำซ้อน ไม่มีภาษาพูด และยังมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองยิ่งลดลง (Davies & Evans, 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กสมองพิการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้านการดูแลตนเอง การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง การเคลื่อนไหว การสื่อความหมาย และการเรียนรู้ทางสังคมต่ำกว่าเด็กปกติทั่วไป (พิงพิศ ศรีสืบ, 2543)

การขาดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนนั้นส่งผลกระทบต่อรูปร่างและยาวนานดังนี้ เด็กมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต (Mikhail & King,2001., Oliver & Petty,2002) เกิดความคับข้องใจทั้งต่อเด็กและครอบครัว

ครอบครัวมีความเครียดจากลักษณะการพึ่งพา ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กปัญญาอ่อน (Keogh et al., 2000) เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายและความเจ็บปวด (Davies & Evans, 2001) ความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่นความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา มีแนวโน้มที่จะหย่าร้างมากขึ้น (อริสา พงษ์ศักดิ์, 2536) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กปัญญาอ่อนที่ต้องการดึงความสนใจจากพ่อแม่ (Marcia Van Riper, 2000) รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูและรักษาพยาบาลที่ยาวนานและต่อเนื่องล้วนเป็นสิ่งที่กดดันให้เกิดความเครียดต่อครอบครัว หากเพิ่มพูนสะสมเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อาจเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต (สุนีย์ บรรจง, 2536)

ยิ่งไปกว่านั้นเด็กปัญญาอ่อนวัย 6-12 ปี เป็นวัยที่มีความยุ่งยากและมีปัญหาการดูแลตนเอง เนื่องจากเด็กวัยนี้ อารมณ์มีความซับซ้อนมากขึ้น เป็นช่วงสร้างปฏิสัมพันธ์เพื่อปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม มีการพัฒนาความสามารถทุกๆด้าน ร่างกายเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก่อนเข้าสู่วัยรุ่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การมีพัฒนาการด้านต่างๆล่าช้า ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆบกพร่องยิ่งขึ้น บิดามารดาหรือผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการบุคคลปัญญาอ่อนโดยเฉพาะอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีคุณภาพ

การศึกษาปัญหาการบริการสำหรับเด็กปัญญาอ่อนพบว่า มีปัญหาในหลายด้านดังนี้ บุคลากรมีความเชื่อที่จำกัดว่าทักษะการศึกษาเป็นเรื่องไกลเกินความสามารถของเด็กปัญญาอ่อน จึงให้บริการโดยสอนการใช้ชีวิตประจำวันเท่านั้น (Batshaw, 1999) การรายงานในรอบ 12 ปี เสนอแนะว่าบุคคลปัญญาอ่อนมักเข้าไม่ถึงการดูแลสุขภาพที่พวกเขาต้องการ (Bollard, 1999) บางคนได้รับการดูแลที่ไม่มีคุณภาพ และมักไม่มีการบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของพวกเขาได้ (Glasby, 2002) สำหรับการบริการบุคคลปัญญาอ่อนในประเทศไทยมีโรงพยาบาลเพียง 2 แห่งคือราชานุกูลและศูนย์พัฒนาเด็กภาคเหนือ จึงมีเด็กปัญญาอ่อนจำนวนหนึ่งที่ได้รับบริการแต่ที่เหลือเข้าไม่ถึงบริการ แม้ว่าจะมีโครงการพัฒนารูปแบบโดยให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลอื่นระดับชุมชนและศูนย์สุขภาพในการคัดกรองและให้การดูแลแก่เด็กเหล่านี้ ก็พบว่า มีเด็กปัญญาอ่อนเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้นที่ได้รับบริการนี้ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ให้บริการเคยชินต่อปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลแบบเดิม คิดว่าเสียเวลาและโปรแกรมการฝึกไม่เพียงพอที่จะปฏิบัติได้ (อุดม เพชรสังหาร, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กปัญญาอ่อนที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการในโรงพยาบาล เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว เด็กไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องจึงกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก พบว่าอัตราการรับเด็กปัญญาอ่อนเข้ารักษาซ้ำในปี พ.ศ. 2544, 2545, 2546 สูงถึงร้อยละ

53.81, 58.13 และ 50.25 ตามลำดับ (สถาบันราชานุกูล, 2546)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายสำคัญของนโยบายด้านบริการสาธารณสุข และความสามารถในการดูแลตนเองเป็นเครื่องชี้บ่งคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ข) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชนเป็นสำคัญ ดังนั้นเป้าหมายของการบริการบุคคลปัญญาอ่อนคือเด็กปัญญาอ่อนมีความสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ดังนั้นการบริการที่มีคุณภาพต้องสามารถส่งเสริมและพัฒนาเด็กปัญญาอ่อนให้สามารถดูแลตนเองและคงความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนโดยเป็นภาระน้อยที่สุด ตลอดจนครอบครัวให้การดูแลและช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนได้อย่างเหมาะสม

ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นคุณภาพบริการนั้น เครื่องชี้วัดคุณภาพอีกประการหนึ่งที่น่าจะนอกเหนือจากกิจกรรมการดูแลตนเอง คือความพึงพอใจในบริการ (จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือครอบครัวต่อบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้และยังต้องการผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาและหรือสมาชิกในครอบครัวนั้น ความพึงพอใจไม่เพียงแต่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือต่อเนื่องเท่านั้น แต่ยังช่วยลดปฏิกริยาความตึงเครียดของครอบครัวในการฟ้องร้องทางกฎหมายต่อการรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้องอีกด้วย ดังนั้นความพึงพอใจของครอบครัวและผู้ดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ชี้วัดคุณภาพบริการ โดยที่การดูแลของพยาบาลจะเป็นตัวทำนายความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว (สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2545)

จากการวิจัยความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อนในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูลพบว่าการประสานงานบริการและค่าใช้จ่ายในบริการมีความพึงพอใจน้อยที่สุด(พรรณเพ็ญ อมรรักษ์ยาวิจารณ์, 2545) นอกจากนี้จากการศึกษาความต้องการของ บิดามารดา/ผู้ดูแลเด็กพบว่าต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและการให้การสนับสนุนจากบุคลากร (ศิริรัตน์ นาคทองแก้ว, 2544) ต้องการให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ การฝึกให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และได้รับการศึกษา (Tymchuck, 1999; รสลิน เอี่ยมยิ่งพานิช, 2539) และจากการสอบถามผู้ปกครองอย่างไม่เป็นทางการจำนวน 10 คน พบว่ายังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่พึงพอใจเท่าที่ควร

ดังนั้นจะเห็นว่าการบริการบุคคลปัญญาอ่อนยังไม่บรรลุเป้าหมายในการดูแล และยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ทำให้เด็กไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลตลอดไป

ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อแรงและเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้คุณภาพบริการที่ดี ตอบสนองความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวได้ ตามนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก มุ่งสู่การมีสุขภาพะ ประชาชนมีส่วนร่วม เน้นผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานภายใต้แหล่งประโยชน์ที่จำกัด ประสานบริการได้อย่างครอบคลุม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2546; อรพรรณ ไตสิงห์, 2546) การดูแลบุคคลปัญญาอ่อนซึ่งเน้นผลลัพธ์ที่ความสามารถในการดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ดูแล จึงเป็นบทบาทของพยาบาลโดยตรง โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2541; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2543)

การปฏิบัติการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน คือ การดูแลช่วยเหลือที่มีลักษณะของการช่วยเหลือระยะยาว การปฏิบัติการพยาบาลสู่การมีผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง พัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลงในเด็กเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ดังนั้นการจัดระบบการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนจึงต้องมีลักษณะพิเศษ คือเป็นระบบที่มีพยาบาลหนึ่งคนดูแลเด็กเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องเช่น ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการจัดการดูแลที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการพยาบาลอย่างสมบูรณ์แบบโดยใช้กระบวนการพยาบาลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล (Marram, 1974) Archibong (1999) ศึกษาพบว่า การพยาบาลในระบบเจ้าของไข้สามารถเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาล และที่เพิ่มมากที่สุดคือ การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเฉพาะราย สอดคล้องกับสองแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ซึ่งพบว่าคุณภาพบริการพยาบาลด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้พิการสูงขึ้นเมื่อจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกซึ่งเป็นข้อความที่จัดทำอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสม (จิตร สิทธิอมรและคณะ, 2543) และเป็นสิ่งยืนยันการปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงได้ จึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะส่งผลให้เกิดวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมจากรายงานการใช้ แนวปฏิบัติพยาบาลคลินิกในเด็กกลุ่มอาการดาวน์พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นและเกิดแนวทางที่ดีในการดูแล (Kerins, 2003)

ดังนั้นจากปัญหาการขาดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและปัญหาบริการพยาบาลสำหรับบุคคลปัญญาอ่อนที่ยังไม่สามารถตอบสนองให้เด็กปัญญาอ่อนมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นและคงอยู่อย่างต่อเนื่องได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทาง มีการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในการส่งเสริมและฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทักษะทางภาษา ทักษะทางสังคม การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ทั้งนี้โดยยึดเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประสานการดูแลกับบุคลากรในทีม ประชุมปรึกษาปัญหา ประเมินผลร่วมกับบุคลากรในทีมและครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งจะช่วยให้เด็กปัญญาอ่อนพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ และสามารถบอกประสิทธิผลของการพยาบาลได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ว่าจะส่งผลอย่างไรต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล และความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลแตกต่างกันอย่างไรระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับการดูแลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้จะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวได้อย่างแท้จริง เกิดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและพัฒนา ระบบบริการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram (1974) เป็นกระบวนการในการปฏิบัติการพยาบาล และแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลคลินิกของจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) เป็นเนื้อหาของวิธีการในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อ

พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้าน คือการวางแผนขอบเขตการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก และการประชุมปรึกษาและบันทึกผลลัพท์ทางการพยาบาล

ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้เป็นการมอบหมายให้พยาบาลรับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์รวม ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีการประสานงาน ติดต่อสื่อสารและร่วมมือปฏิบัติกับบุคลากรในทีม (Marram, 1974) ดังนั้นพยาบาลจะให้การดูแลส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมโดยทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น การที่พยาบาลดูแลอย่างครอบคลุมต่อเนื่องทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ จากการศึกษาของส่องแสง ธรรมศักดิ์(2542) พบว่าการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้พิการเพิ่มขึ้น และเพิ่มคุณภาพบริการให้สูงขึ้น (Marram, 1974; Archibong, 1999; จิรภัค สุวรรณเจริญ, 2545) นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดคุณภาพโดยเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ(Daeffler, 1975; Ventura et al, 1982) เนื่องจากพยาบาลให้เวลากับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้สามารถเข้าใจและทราบรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาต่างๆของผู้ป่วยและทำการวางแผนการพยาบาลให้ตรงกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย (เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์, 2543)

การวางแผนการปฏิบัติตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลร่วมประชุมเพื่อจัดการดูแลทำความเข้าใจวิธีปฏิบัติ ได้รับทราบบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนอย่างชัดเจนเป็นรายบุคคลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งการจัดการดูแลแบบนี้ทำให้เพิ่มคุณภาพบริการพยาบาลและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ(Archibong, 1999; จิรภัค สุวรรณเจริญ, 2545; ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542; เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์, 2543; ศศิธร แสงสร, 2545) มีการประเมินสภาพและปัญหาโดยรวมรวมข้อมูล ค้นหาความต้องการและปัญหาของเด็กและครอบครัว วางแผนการพยาบาล กำหนดกิจกรรม ผลลัพท์ทางการพยาบาล เกณฑ์ประเมินผลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ยึดความต้องการของเด็กและครอบครัวเป็นศูนย์กลางซึ่งทำให้แก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของเด็กและครอบครัวได้ถูกต้อง ทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นและผู้ดูแลรับรู้ความสามารถในการดูแลของพยาบาล ความพร้อมจากการประเมินและวางแผนที่ตอบสนองความต้องการได้ตรง เด็กและครอบครัวได้รับความสะดวกสบาย ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก มีกิจกรรมการพยาบาลคือ

การสร้างสัมพันธภาพบำบัดกับเด็กอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เด็กเกิดความไว้วางใจพยาบาล และบุคคลแวดล้อมและช่วยให้พยาบาลเข้าใจความหมายของพฤติกรรมการสื่อสารและความต้องการของเด็กได้ถูกต้อง เป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาทักษะทางภาษา (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) ซึ่งจะส่งเสริมให้เด็กมีความสามารถในการใช้ภาษามากขึ้น อีกทั้งช่วยให้เด็กได้พัฒนาตัวตนและรับรู้บุคคลได้มากขึ้นจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล

การตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านที่บกพร่อง โดยฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองให้ข้อมูลย้อนกลับและกระตุ้นให้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสม ลดสิ่งกระตุ้นปัญหาพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ จะส่งเสริมให้เด็กสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

การส่งเสริมพัฒนาทักษะในการใช้ภาษา โดยช่วยเหลือฝึกทักษะการสื่อความหมาย การใช้ท่าทางหรือเปล่งเสียงเพื่อให้เด็กสื่อความต้องการได้ ทำให้เด็กได้พัฒนาความสามารถในการสื่อสาร การใช้และเข้าใจภาษาและสื่อความต้องการของตนเองได้มากขึ้น และการส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมโดยดูแลฝึกทักษะการปฏิสัมพันธ์ มารยาทในการอยู่ร่วมกัน กฎระเบียบในสังคม รวมถึงการฝึกให้รู้จักบุคคล เวลา สถานที่ สิ่งของ รู้จักรูปร่าง เพศ และเข้าใจเหตุผล ซึ่งจะทำให้เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการเข้าใจระเบียบทางสังคม การรับรู้บุคคลเวลาสถานที่ และสิ่งของ การพัฒนาตัวตนได้ดีขึ้น และการให้ความรู้ สอน ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อนทุกเรื่อง สอนและจัดประสบการณ์ในการฝึกกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาทักษะ ให้คำแนะนำปรึกษาและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ความพร้อมในการให้บริการ การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ทำให้เด็กได้รับความสะดวกสบาย การดูแลที่ต่อเนื่องของพยาบาล ผลลัพธ์ที่ผู้ดูแลรับรู้จากการที่เด็กมีการพัฒนาที่ดีขึ้น ข้อมูลคำแนะนำที่ได้รับจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ ซึ่งจากรายงานการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลคลินิกในเด็กกลุ่มอาการดาวน์พบว่าเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและเกิดแนวทางที่ดีในการดูแล (Kerins, 2003) และการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนโดยยึดแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นแนวทางจะเพิ่มคุณภาพบริการ (Department of Mental Retardation, 2003) ซึ่งตรงกับการศึกษาของเรณู พุกบุญมีและคณะ (2544) พบว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและความมั่นใจในบริการ ความไว้วางใจที่เพิ่มขึ้นของผู้รับบริการและครอบครัว

ดังนั้นเมื่อผู้รับบริการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตนและครอบครัวแล้ว จะเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล และผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงสุดทั้งด้านการรับรู้พฤติกรรมและทัศนคติต่อการพยาบาล การได้รับการดูแลในฐานะบุคคลและการสนับสนุนทางอารมณ์ (Marram, 1974)

การประชุมปรึกษาและบันทึกผลลัพท์ทางการพยาบาล มีการประสานงานการดูแล โดยสื่อสารแผนการดูแล ติดต่อกันเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ประเมินผลและบันทึกผลลัพท์ทางการพยาบาล แล้วประชุมปรึกษาโดยนำปัญหาการดูแลมาประชุมร่วมกับทีมการพยาบาลแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม เป็นกระบวนการติดตามและประเมินผลซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติงานเป็นการใช้ประโยชน์จากบุคลากรและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาความรู้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาบริการส่งผลให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข (Zander, 1980; Yoder-Wise, 1999) ซึ่งทำให้เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น และครอบครัว/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ

จากแนวเหตุผลดังกล่าวการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้จะทำให้เด็กปัญญาอ่อนได้รับการดูแลให้พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมและเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการทดลองที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลปัญญาอ่อนที่มีอายุ 6 – 12 ปีและผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งเข้ารับการรักษา ประเภทผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล
2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และการดูแลตามปกติ
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และความพึงพอใจของผู้ดูแล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ทีมพยาบาลจิตเวชเด็กซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบดูแลเด็กปัญญาอ่อน ปฏิบัติต่อเด็กปัญญาอ่อนตั้งแต่เข้ารับการรักษา และตลอดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน ติดตามและประเมินผลการดูแล ปรับแผนการดูแล ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวมจนกระทั่งกลับบ้าน โดยยึดเด็กปัญญาอ่อนเป็นศูนย์กลางและครอบครัวมีส่วนร่วม ในงานวิจัยนี้ครอบคลุมกิจกรรม 3 ด้านตามลำดับคือ

1. วางแผนการปฏิบัติตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือการที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมประชุมกับทีมการพยาบาล (ซึ่งได้แก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้) ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้ความกระจ่างในวิธีการปฏิบัติ ทีมพยาบาลทำความเข้าใจวิธีปฏิบัติ ร่วมกันจัดเตรียมเอกสารและเครื่องมือที่จำเป็น ประเมินสภาพและปัญหาของผู้ใช้บริการ แล้ววางแผนการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย

1.1 การจัดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ คือการที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจัดความรับผิดชอบให้ทีมพยาบาลทุกคน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเทคนิคเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้ร่วมดูแลในเวรบายดึก ทุกคนร่วมทำความเข้าใจวิธีการปฏิบัติ รับทราบบทบาทหน้าที่ มีแบบฟอร์มแสดงบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนแสดงไว้อย่างชัดเจน ทุกคนร่วมจัดเตรียมเอกสารและเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้

1.2 ประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วย คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพทุกครั้ง

1.3 วางแผนการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ยึดความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก

2. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ร่วมดูแล นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติอย่างเป็นองค์รวมยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ปฏิบัติในเวรเช้า และในเวรบายดึกผู้ร่วมดูแล(ผู้ช่วยเหลือคนไข้)เป็นผู้ให้การดูแลเด็กตามแผนการพยาบาล และผู้ดูแลเด็กต้องร่วมกิจกรรมการดูแลในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ชั่วโมง/สัปดาห์

2.1 สร้างสัมพันธภาพบำบัด คือ การที่พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลสร้างความคุ้นเคย แนะนำตัว ติดต่อสื่อสารกับเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอน

มีจุดมุ่งหมายให้เด็กมีการพัฒนาศักยภาพของตนอย่างเต็มที่

2.2 ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านที่บกพร่องและฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองคือการที่พยาบาลเจ้าของไข้ดูแลให้เด็กปฏิบัติกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเองด้านที่บกพร่องได้ ฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเอง ให้ข้อมูลย้อนกลับและกระตุ้นให้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง พยาบาลผู้ร่วมดูแลช่วยเหลือในการฝึก และดูแลเด็กขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ฝึกเด็กอีกคน

2.3 จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมคือการที่พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล กระทบต่อสภาพภายในหอผู้ป่วยให้ปราศจากอันตราย ลดสิ่งกระตุ้นปัญหาพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้

2.4 ส่งเสริมพัฒนาทักษะในการใช้ภาษา คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้ ช่วยเหลือฝึกทักษะการสื่อความหมาย การใช้ท่าทางหรือเปล่งเสียงเพื่อให้เด็กสื่อความต้องการได้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลช่วยเหลือในการฝึก จัดเตรียมอุปกรณ์ และดูแลเด็กขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ฝึกเด็กอีกคน

2.5 ส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคม คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้ ดูแลฝึกทักษะการปฏิสัมพันธ์ มารยาทในการอยู่ร่วมกัน กฎระเบียบในสังคม ที่ละเรื่องจากง่ายไปยาก พยาบาลผู้ร่วมดูแลช่วยในการฝึก จัดเตรียมอุปกรณ์ ดูแลเด็กขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ฝึกเด็กอีกคน

2.6 ให้ความรู้ สอน ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลปัญหาอ่อนทุกเรื่อง สอนและจัดประสบการณ์ในการฝึกกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาทักษะ ให้คำแนะนำปรึกษาและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล

3. การประชุมปรึกษาและบันทึกผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล คือการที่หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลมีการประสานความร่วมมือในการดูแล บันทึกผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาลนำปัญหาในการดูแล สู่อการประชุมปรึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

3.1 ประสานงานการดูแล คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้สื่อสารแผนการดูแลติดต่อเป็นระยะเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

3.2 บันทึกผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้ และพยาบาลผู้ร่วมดูแลประเมินผลสัมฤทธิ์ บันทึกการพยาบาลทั้งหมดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้งที่มีการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประสานงาน ประชุมปรึกษา

3.3 ประชุมปรึกษา คือการที่พยาบาลเจ้าของไข้นำปัญหาการดูแลมาประชุมร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ร่วมดูแลร่วมกันแสดงความรู้ ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชเด็กปฏิบัติต่อเด็ก ปัญญาอ่อนขณะที่เด็กปัญญาอ่อนรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาลคือ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้แก่ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสร้างเสริมแรงจูงใจ กลุ่มกีฬา กลุ่มศิลปะ กลุ่มเล่นเกมส์ ให้การพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยทางกาย การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการฝึกเด็กปัญญาอ่อน

ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน หมายถึง กิจกรรมที่เด็กปัญญาอ่อนลงมือกระทำได้ด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองของความต้องการในกิจวัตรประจำวัน เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ดำรงชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ เช่นบุคคลทั่วไป วัดโดยแบบประเมินที่สร้างขึ้นเองตามแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ข) และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนของโรงพยาบาลราชานุกูลที่สร้างโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ดูแลและบำบัดเด็กปัญญาอ่อนมากกว่า 10 ปี และตรวจสอบเนื้อหาโดยจินตนา ยูนิพันธ์ ประกอบด้วยความสามารถ 6 ด้าน

1. การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่และสิ่งของ หมายถึง ความสามารถของเด็กในการรู้จักชื่อตนเอง บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เวลา สถานที่ สิ่งของต่างๆ
2. การพัฒนาตัวตน หมายถึง ความสามารถของเด็กในการรู้จักชื่อสกุลจริง ชื่อเล่นของตน รู้จักรูปร่าง ลักษณะ เพศของตน แสดงความคุ้นเคยคนใกล้ชิด เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น กล้าทำกิจกรรมหรือสิ่งที่ตนเองถนัดหรือทำได้ มั่นใจในการทำกิจกรรม ตลอดจนรู้จักควบคุมตนเองเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึงความสามารถของเด็กในการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเองด้านต่างๆ ในกิจกรรมประจำวันได้แก่ รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ แต่งกาย ทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย และทำงานบ้านง่ายๆ
4. การรับรู้และเข้าใจระเบียบทางสังคม หมายถึง ความสามารถของเด็กปัญญาอ่อนในการรู้จักมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักทาย ลา ขอบคุณ ขอโทษ รู้จักการเล่น การรอคอย และปฏิบัติตนเพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย
5. การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของเด็กในการเข้าใจภาษา มองสบตา มีสมาธิในการทำกิจกรรม ปฏิบัติตามคำบอก การพูดหรือสื่อความต้องการของตนเองได้
6. การเจ็บป่วยทางกาย หมายถึงความสามารถของเด็กในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพอย่างง่ายๆ รู้จักระมัดระวังอันตรายหรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น สู้ให้ทราบภาวะเจ็บป่วยของตน รวมถึงดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

ความพึงพอใจของผู้ดูแล หมายถึงระดับความคิดหรือความรู้สึกยินดี ชื่นชอบของบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ที่มีหน้าที่หลักในการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนต่อบริการพยาบาลที่แสดงออกต่อบุตรและต่อตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยรวม วัดโดยแบบวัดที่พัฒนาจากแนวคิดของ Eriksen (1988) ครอบคลุม 6 ด้าน คือ

1. ศิลปะการดูแล หมายถึงกระบวนการหรือการปฏิบัติที่การดูแลผู้รับบริการของพยาบาลด้วยความอ่อนโยน มีความสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วย เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย
2. คุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึงทักษะความรู้ ความสามารถ และความชำนาญของพยาบาลในการปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน
3. ความพร้อมในการบริการของพยาบาล หมายถึงการตรวจสอบและการประเมินสภาพร่างกายผู้รับบริการเพื่อวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและตอบสนองความต้องการได้ตลอดเวลา
4. การจัดสภาพแวดล้อม หมายถึงการจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็นของผู้รับบริการในหน่วยงานได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย ทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกสบาย
5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึงการปฏิบัติที่มีการประสานงานที่ดีเพื่อให้การพยาบาลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย
6. ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึงผลกระทบจากกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการในการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การสอน และการสาธิต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน ผลลัพธ์ทางการพยาบาล การพัฒนานวัตกรรมการปฏิบัติการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน
 - 1.1 ภาวะปัญญาอ่อน
 - 1.2 เด็กปัญญาอ่อน วัย 6 -12 ปี
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 2.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 2.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน
 - 2.4 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 2.5 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลปัญญาอ่อน
3. ครอบครัวของบุคคลปัญญาอ่อน
4. การพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน
 - 4.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก
 - 4.2 การพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน
 - 4.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน
5. การปฏิบัติการพยาบาลแบบเจ้าของไข้
 - 5.1 ความหมาย แนวคิดและวัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้
 - 5.2 หลักการ วิธีปฏิบัติ และข้อดีและข้อด้อยของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้
6. ความพึงพอใจของครอบครัว/ผู้ดูแล
 - 6.1 ความหมาย และแนวคิดความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการ
 - 6.2 เครื่องมือวัดความพึงพอใจ
7. การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับบุคคลปัญญาอ่อน
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อน

ภาวะปัญญาอ่อนเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความพิการเรื้อรัง ยาวนานตลอดชีวิต และเป็นอาการเริ่มต้นของความผิดปกติที่เป็นปัญหาอีกหลายอย่างตามมาได้ เช่น ภาวะโรคจิต ภาวะชัก จึงเป็นภาระหนักแก่ผู้ดูแลและสังคมเสียยิ่งกว่าการป่วยด้วยโรคทางกายใดๆ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงาน บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งการให้การพยาบาลแก่บุคคลปัญญาอ่อนได้อย่างมีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลปัญญาอ่อนเป็นอย่างดีทั้งนี้เพื่อเข้าใจและวางแผนการพยาบาลอย่างถูกต้องครอบคลุมเป็นองค์รวม

1.1 ภาวะปัญญาอ่อน

1.1.1 ความหมายของภาวะปัญญาอ่อน

ภาวะปัญญาอ่อน คือภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนของการปฏิบัติตน ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย(IQ=70) มีความจำกัดของทักษะการปรับตัวอย่างน้อย 2 จาก10 ทักษะคือ 1) การสื่อความหมาย 2) การดำรงชีวิตในบ้าน 3) รู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน 4) การนำความรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน 5) การใช้เวลาว่าง 6) การดูแลตนเอง 7) ทักษะทางสังคมและการปฏิสัมพันธ์ 8) รู้จักควบคุมตนเอง 9) การทำงาน 10) สุขภาพอนามัยและความปลอดภัยและแสดงอาการก่อนอายุ 18 ปี (WHO, 1985 cited in Beirne-Smith, 1998)

ภาวะปัญญาอ่อนเป็นภาวะที่มีความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติหน้าที่ ระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ มีความบกพร่องในทักษะการปรับตัว 2 ทักษะขึ้นไป ซึ่งทักษะการปรับตัวได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การใช้ประโยชน์ในชุมชน การรู้จักและควบคุมตนเอง การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย หน้าที่ในการศึกษา การพักผ่อนและการทำงานซึ่งเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี (AAMR ,1992 cited in Sadock, 2000)

ดังนั้นบุคคลปัญญาอ่อนคือบุคคลที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติ มีความจำกัดอย่างชัดเจนในการปฏิบัติหน้าที่ และความบกพร่องในการปรับตัวได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตภายในบ้าน ทักษะทางสังคม การใช้ประโยชน์ในชุมชน การรู้จักและควบคุมตนเอง การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย หน้าที่ในการศึกษา การพักผ่อนและการทำงานซึ่งเกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี

1.1.2 อุบัติการณ์

โดยทั่วไปพบบุคคลปัญญาอ่อนประมาณร้อยละ 1 - 3 ของประชากร และข้อมูลปี พ.ศ.2546 พบว่ามีประมาณร้อยละ 2.5 – 3 ของประชากร (Department of Mental Retardation, 2003) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2500 สํารวจโดย Dr.Allen Stroller จากองค์การ

อนามัยโลก พบบุคคลปัญญาอ่อนร้อยละ 1 ของประชากร และข้อมูลปี พ.ศ.2542 พบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.3 ของประชากร(อุดม เพชรสังหาร, 2545) ในจำนวนบุคคลปัญญาอ่อนนี้มีภาวะปัญญาอ่อนระดับน้อยร้อยละ 85 ซึ่งพบความชุกได้ร้อยละ 4.47 ในเด็กวัยเรียนของกรุงเทพมหานคร (เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์และคณะ, ในวินัดดา ปิยะศิลป์, 2545)

เพศ โดยทั่วไปพบเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง โดยอัตรา ชาย:หญิง ประมาณ 1.5:1 พบในชนบทมากกว่าในเมือง พบในเศรษฐฐานะต่ำมากกว่าสูง

1.1.3 สาเหตุ

ปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อน มีดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Hereditary) พบประมาณร้อยละ 5 ได้แก่ ความผิดปกติของยีนเดี่ยว เช่น Phenylketonuria, ความผิดปกติของโครโมโซม เช่น Down's syndrome ความผิดปกติของหลายยีนร่วมกัน

2) การแปรผันของการพัฒนาตัวอ่อนในครรภ์ตั้งแต่ระยะต้นๆ (Early alternation of embryonic development) พบประมาณร้อยละ 30 ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโครโมโซม, ติดเชื้อ (Rubella, Toxoplasmosis, AIDS, Syphilis) สารที่ก่อให้เกิดความพิการ Alcohol, รั้งสี, ยาต่างๆ, ความผิดปกติของรก, ความผิดปกติของ CNS แต่กำเนิด

3) ปัญหาต่างๆในระยะตั้งครรภ์และคลอด พบประมาณร้อยละ 10 ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการของทารกในครรภ์, คลอดก่อนกำหนด, การบาดเจ็บที่ทำให้สมองขาดออกซิเจน- ขาดเลือด, เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ, ความผิดปกติของเมตาโบลิซึม, การติดเชื้อ

4) ปัญหาต่างๆในระยะหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 5 ได้แก่ การติดเชื้อ (Encephalitis, Meningitis), การได้รับบาดเจ็บที่สมองอย่างรุนแรง, ภาวะขาดออกซิเจน (จมน้ำ ชัก), ความผิดปกติของเมตาโบลิซึม (ภาวะน้ำตาลต่ำ, ไฮเดียมสูง), ได้รับสารพิษ(ตะกั่ว โลหะหนัก), เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะและภาวะทุพโภชนาการ

5) ปัจจัยต่างๆจากสิ่งแวดล้อมและความผิดปกติทางจิตอื่นๆ พบร้อยละ 15 - 20 ได้แก่ ความยากจน ครอบครัวแตกแยก, ความผิดปกติในปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูกับเด็ก, ความผิดปกติทางจิตของผู้เลี้ยงดู, ความผิดปกติทางจิตรุนแรง และผู้เลี้ยงดูติดสารเสพติด

6) ไม่ทราบสาเหตุ ประมาณร้อยละ 30

1.1.4 อาการแสดงทางคลินิก

พัฒนาการล่าช้าเป็นอาการที่สำคัญของภาวะปัญญาอ่อนยิ่งรุนแรงมากเท่าใดความล่าช้าของพัฒนาการก็ยิ่งปรากฏให้เห็นเร็วขึ้นเท่านั้น ในเด็กปัญญาอ่อนรุนแรงพบทักษะการเคลื่อนไหวปกติ แต่ด้านภาษาจะล่าช้าเห็นได้ในช่วงวัยเตาะแตะ ส่วนปัญญาอ่อนระดับ

น้อยอาจไม่แสดงความล่าช้าจนกระทั่งวัยเรียน อย่างไรก็ตามหากสังเกตอย่างละเอียดแล้วจะพบความสามารถต่ำกว่าเกณฑ์อย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่วัยอนุบาล นอกจากนี้เด็กปัญญาอ่อนอาจมีความผิดปกติทางจิตได้ทุกประเภท เช่นเดียวกับบุคคลปกติ และพบได้มากกว่าคนปกติ 3-4 เท่า

ลักษณะพฤติกรรมจำเพาะ 7 ด้าน เด็กปัญญาอ่อนจะมีลักษณะที่เป็นลักษณะเฉพาะกลุ่มที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน Hallahan & Kauffman (1994) อธิบายลักษณะพฤติกรรมเฉพาะกลุ่ม 7 อย่าง ดังนี้

1) การตั้งความสนใจ ความสามารถในการตั้งความสนใจในการทำกิจกรรมและการเรียนรู้ใดๆมีความสำคัญยิ่ง การศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งชี้ว่าเด็กปัญญาอ่อนจะมีปัญหาในการตั้งความสนใจ ขาดสมาธิ จิตใจสับสน และจับจด

2) ความจำ การวิจัยมากมายบ่งชี้ว่า เด็กปัญญาอ่อนมีความบกพร่องในด้านการจดจำข้อมูลข่าวสารอย่างยิ่งคือ จำได้ยาก และลืมได้อย่างรวดเร็ว

3) ความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมต่างๆได้เอง เช่นเมื่อให้คำศัพท์จำนวนหนึ่ง เด็กปัญญาอ่อนไม่ทราบว่าจะจัดการอย่างไรในการจดจำคำศัพท์เหล่านั้น (ขณะที่เด็กปกติจะหาวิธีจำคำเหล่านั้น เช่น ท่องดังๆ ทวนซ้ำคำ) มีความสามารถในการตระหนักรู้ว่าจำเป็นต้องใช้วิธีการใด (เช่น การวางแผน ขั้นตอนการดำเนินการ)ในการทำกิจกรรมบางประเภท (Metacognitive) น้อยมาก ซึ่งนักวิจัยเรื่องปัญญาอ่อนในปัจจุบันมักทำการวิจัย วิธีพัฒนาสมรรถภาพแบบ Metacognitive เคียงคู่กับการรู้จักกระตุ้นตนเอง (Self-regulation) เพราะถ้าสามารถพัฒนาการในด้านนี้ได้เป็นอย่างดี เขาจะหายจากการเป็นบุคคลปัญญาอ่อน

4) การพัฒนาทางภาษา มีความด้อยหรือความเบี่ยงเบนทางด้านพัฒนาการทางภาษา เช่นพูดไม่ชัด รู้คำศัพท์น้อยมาก เนื่องจากภาษากับความคิดมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นเด็กก็มักจะมี ความด้อยในด้านความคิด ความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมของตนด้วยตนเอง

5) ผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ เนื่องจากความฉลาดและผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษามีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นเด็กปัญญาอ่อนจึงมักเป็นผู้ที่ไม่ค่อยประสบความสำเร็จทางวิชาการ

6) พัฒนาการทางสังคม การวิจัยมากมายพบว่า เด็กปัญญาอ่อนมีปัญหาด้านพฤติกรรมเชิงสังคม เช่น ไม่สามารถคบกับใครเพื่อเป็นเพื่อนได้ ซึ่งเห็นได้ชัดตั้งแต่อายุน้อย มักทำอะไรแปลกๆ ซึ่งทำให้ไม่ค่อยมีใครยอมรับเขาเป็นเพื่อนได้

7) แรงจูงใจ ลักษณะข้างต้นทั้ง 6 ประการมากพอที่จะทำให้เด็กมีแรงจูงใจต่ำที่จะทำกิจกรรมต่างๆ และหากมีประสบการณ์ความล้มเหลวในด้านต่างๆซ้ำแล้วซ้ำเล่า จะทำให้เด็กพัฒนาสภาวะ“learned helplessness”คือความเชื่อที่ว่า เขาจะไม่ประสบผลสำเร็จใดๆเลย แม้ว่า จะพยายามมากแล้ว ดังนั้นเด็กกลุ่มนี้จึงขาดความพยายาม มักล้มเลิกความตั้งใจง่ายๆ มีแรงจูงใจต่ำกว่าปกติ เมื่อต้องทำอะไรที่ยากเด็กน้อยจะไม่ค่อยพยายาม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

1.1.5 การแบ่งประเภทของภาวะปัญญาอ่อน

DSM-IV แบ่งความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนเป็น 4 ระดับ

ปัญญาอ่อนระดับน้อย (Mild Mental Retardation) ระดับเซวาน์ปัญญา 50-55 ถึง 70 พบ 85% ของเด็กปัญญาอ่อน แยกจากเด็กปกติไม่ค่อยได้จนกว่าอายุมากขึ้น มักมาด้วยปัญหาการศึกษาในโรงเรียน อาจมีพัฒนาด้านภาษาช้า เรียนรู้วิชาสามัญได้ถึงประถมปีที่ 6 มีทักษะด้านสังคมและอาชีพที่จะทำงานเลี้ยงตนเองได้ แต่ยังต้องการความช่วยเหลือเมื่อประสบความเครียดทางสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถดำรงชีวิตแบบพึ่งตนเองในชุมชนได้

ปัญญาอ่อนระดับปานกลาง (Moderate Mental Retardation) ระดับเซวาน์ปัญญา 35-50 ถึง 50 – 55 พบ 10% มีปัญหาการเรียนรู้และการปรับตัวมากกว่า Mild MR จึงมักได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่วัยก่อนเรียน มีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา สามารถพูดคุยและสื่อความหมายได้ดี เคลื่อนไหวได้ดี เรียนรู้วิชาสามัญได้ถึงระดับประถมปีที่ 2 เดินทางตามลำพังในสถานที่คุ้นเคยได้ ฝึกอาชีพที่ไม่จำเป็นต้องใช้ฝีมือหรือความละเอียดมากนักได้ ต้องการผู้ดูแล แนะนำเวลาประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือสังคมแม้เพียงเล็กน้อย สามารถปรับตัวดำรงชีวิตในชุมชนได้ดี

ปัญญาอ่อนระดับรุนแรง (Severe Mental Retardation) ระดับเซวาน์ปัญญา 20-25 ถึง 30 - 40 พบ 3 - 4% พบความผิดปกติของพัฒนาการตั้งแต่ปีแรก มักมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้านโดยเฉพาะด้านภาษา สื่อความหมายได้เพียงเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย พัฒนาการการเคลื่อนไหวช้า หัดให้ดูแลความสะดวก/ทำกิจวัตรประจำวันและทำงานง่ายๆได้โดยมีผู้ควบคุมอย่างใกล้ชิด

ปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก (Profound Mental Retardation) ระดับเซวาน์ปัญญาต่ำกว่า 20 หรือ 25 พบประมาณ 1 – 2% พัฒนาการช้าอย่างชัดเจนตั้งแต่เด็กทั้งในด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว มีขีดจำกัดในการเข้าใจและใช้ภาษา มักมีความพิการทางกายร่วมด้วย (เรื้อนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์และคณะ, 2545)

สรุป บุคคลปัญญาอ่อน เป็นบุคคลที่มีความจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ ระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย มีความบกพร่องในการเรียนรู้และปรับตัว ซึ่งพบได้ 1-3 % ของประชากร มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยส่วนใหญ่จากปัจจัยทางชีวภาพ อาการสำคัญคือพัฒนาการล่าช้า แบ่งระดับตามความรุนแรงเป็น 4 ระดับ

1.2 เด็กปัญญาอ่อนวัย 6- 12 ปี

ทฤษฎีสำคัญส่วนใหญ่เกี่ยวกับพัฒนาการมนุษย์มักละเลยรูปแบบพัฒนาการในบุคคลปัญญาอ่อน รวมถึงพัฒนาการครอบครัวที่มีเด็กปัญญาอ่อนด้วย (Eyman & Borthwick - Duffy, 1994 cited in Beirne-Smith, 1998)

เด็กช่วงอายุ 6-12 ปี นับเป็นวัยเรียน (school age) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางร่างกาย เริ่มมีการเจริญเติบโตของอวัยวะเพศระยะที่สอง ในเด็กหญิงเริ่มอายุ 11 ปี และเด็กชายเริ่มอายุ 12 ปี เป็นจุดเริ่มต้นของวัยรุ่น เป็นวัยที่เด็กออกสู่สังคมนอกบ้านอย่างจริงจัง ไปโรงเรียนเต็มเวลา เรียนรู้การปรับตัวในด้านต่างๆ ทั้งด้านการเรียน เข้ากับเพื่อน ครู ปรับตัวให้เข้ากับระบบสังคมโรงเรียนที่ใหญ่กว่าบ้าน เด็กพร้อมที่จะจากบ้านโดยไม่รู้สึกลัวการพลัดพราก มีการใช้กล่อมเหนื้อมัดใหญ่ได้ดี ส่วนมัดเล็กพร้อมที่จะขีดเส้นได้มากขึ้น เด็กจะคิดและรับรู้ถึงความสามารถและข้อจำกัดของตัวเอง เรียนรู้ที่จะมีรูปแบบพฤติกรรมทางสังคมแบบใดแบบหนึ่ง

เมื่อถึงตอนปลายของวัยเรียนเข้าใกล้วัยรุ่น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และชัดเจน เด็กหญิงโตเร็วกว่าเด็กชายเพราะเริ่มมีการทำงานของฮอร์โมนเพศแล้ว ชอบเล่นกับเพศเดียวกันมากกว่าเพื่อนต่างเพศ ในด้านความคิดเด็กสามารถคิดได้อย่างมีเหตุผลมากขึ้น ทำให้ยับยั้งความหุนหันพลันแล่นได้มากขึ้น สามารถคิดย้อนกลับไปได้ สามารถคิดได้อย่างมีเหตุผลมากขึ้น คิดแบ่งแยกประเภทได้สามารถจัดสิ่งๆ ที่เหมือนกันคล้ายกันอยู่ในกลุ่มเดียวกันได้ เข้าใจความดี ความชั่ว ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น อีริคสัน กำหนดให้วัยนี้เป็นระยะขยันทันเพียรกับความรูสึกมีปมด้อย (industry versus inferiority) เด็กจะพอใจในความสามารถของตนเอง เมื่อประสบความสำเร็จ เด็กที่ไม่มีความสามารถจะรู้สึกผิดหวัง ไม่พอใจในตนเอง จะเกิดปมด้อย (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544)

Green (1989) กล่าวถึงพัฒนาการเด็กวัยเรียน 6-12 ปีไว้ใน 4 ด้านคือ

1) พัฒนาการทางอารมณ์ พัฒนาทักษะความสามารถทางคุณธรรม จริยธรรม ความเข้าใจในภาพลักษณ์แห่งตนและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ยับยั้งชั่งใจ ไม่แสดงความรู้สึกเป็นพฤติกรรมไม่ดีในทันที รักษาอารมณ์ได้ดีพอควร ต้องการการยอมรับจากเพื่อน อยู่กันเป็นกลุ่ม และทำงานร่วมกันได้ แต่หากมีข้อขัดแย้งต่อพัฒนาการในวัยนี้ เด็กจะรู้สึกด้อย คิดว่าตนเองไม่ดี ไม่เก่ง ซึ่งเป็นผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองเมื่อโตขึ้น

ในเด็กปัญญาอ่อนมีความแตกต่างระหว่างอายุจริงและอายุสมอง เช่น เด็กวัย 6 ปีที่มีระดับเชาวน์ปัญญา 70 จะมีอายุสมองประมาณ 4.5 ปี แตกต่างจากเด็กปกติประมาณ 1.5 ปี หากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม หรือช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมเสียก่อน เด็กอาจมีปัญหาในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในการเล่นรวมกลุ่ม หรือทำตามกฎของกลุ่ม ความล้มเหลวที่เด็กได้รับจะทำให้เด็กมีความรู้สึกไม่มั่นคง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ก้าวร้าวและไม่รู้จักควบคุมอารมณ์ เป็นต้น จากการศึกษาของ William et al (1989) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ในเด็กอายุ 11 ปี จำนวน 792 คน พบว่า ปัจจัยของอายุมารดาขณะมีบุตรคนแรก ความสามารถทางภาษา การเป็นทั้งพ่อ และแม่คนเดียวของมารดาขณะเด็กเกิด การที่มารดามีภาวะซึมเศร้า รายได้ เศรษฐฐานะ ระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาของ

เด็ก เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตของครอบครัว เช่น การย้ายบ้าน การเปลี่ยนโรงเรียนใหม่ ฯลฯ มีผลต่อปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์เด็กมากที่สุด ในเด็กที่มีเซวาร์นปัญญาต่ำกว่า 90 จากการทดสอบด้วยแบบทดสอบ WISC มีคะแนนของปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกตสูง

2) พัฒนาการทางสังคม เด็กจะปรับตัวเข้ากับเพื่อน ครู และสิ่งแวดล้อมใหม่ สิ่งสำคัญที่ช่วยให้เด็กปรับตัวได้ดีคือ ประสบการณ์ทางบ้านที่ให้โอกาสเด็กเล่นกับเด็กอื่น ครอบครัวอบอุ่น ให้ความรัก และยอมรับเด็ก, สถานที่เด็กวิ่งเล่น และมีการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กคนอื่น จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ มีการปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นดีขึ้นและพัฒนาไปสู่การพึ่งตนเองได้ต่อไป และบทบาทของครูผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้เด็กเรียนรู้ปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม นอกจากนี้เพื่อนก็มีความสำคัญต่อการปรับตัวในความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในตนเอง และผู้อื่น เด็กที่มีพัฒนาการทางสังคมดีจะมีอารมณ์แจ่มใส โอบอ้อมอารี ให้ความร่วมมือกับหมู่คณะ ยอมรับฟังและทำตามความคิดเห็นของผู้อื่น รู้จักรักษาสีทธิของตนเอง

ในเด็กปัญญาอ่อนโดยทั่วไปจะมีหน้าตาขี้มแย้มชอบเข้าหาผู้ใหญ่ อารมณ์ดี ขี้อาย ดูเหมือนจะมีทักษะทางสังคมดี แต่ความด้อยทางภาษาและสติปัญญาอาจทำให้มีปัญหาในการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและผู้อื่นก่อน และหากเด็กมีปัญหาพฤติกรรมบางอย่างร่วมด้วย เช่น ก้าวร้าว หลีกหนีซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพื่อนไม่ยอมรับจะทำให้มีเพื่อนน้อย และมีปัญหาการสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพในเวลาต่อมา

3) พัฒนาการทางสติปัญญา ปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาสติปัญญาได้แก่ แรงจูงใจ สิ่งเร้า และการลงมือกระทำด้วยตนเอง ในวัย 7 ปี รู้คำศัพท์เพิ่มขึ้น ใช้ภาษาแสดงความคิด ความรู้สึกได้ดี พัฒนาการทางจริยธรรม ในวัย 8 ปี คิตรีเริ่ม สร้างสรรค์ ประสบการณ์จากภาพยนตร์ การ์ตูน วิทยุโทรทัศน์จึงเป็นสิ่งสำคัญหรับเด็กวัยนี้ ในวัย 9 ปี เด็กมีพฤติกรรมใหม่ๆ ในเรื่องการอ่าน ชอบอ่านมากขึ้นทั้งเด็กชายและหญิง เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเวลา กับเหตุการณ์ประจำวัน เข้าใจคำที่เป็นนามธรรมเช่นความตาย

ในเด็กปัญญาอ่อน จะมีพัฒนาการเป็นลำดับขั้นเช่นเดียวกับเด็กปกติแต่ช้ากว่า จึงควรกระตุ้นโดยการจัดประสบการณ์ให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเด็กความสามารถของเด็กแต่ละคน วิธีการจัดการเรียนที่ได้ผลดีคือการแยกย่อยขั้นตอนและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การวิจัยของ Jarrold (1999) สรุปว่าระดับเซวาร์นปัญญาทำให้มีความแตกต่างของภาษาในเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพและมีความเข้าใจภาษาเช่นเด็กปัญญาอ่อนระดับรุนแรงมาก จะมีภาษาแบบเด็กเล็กๆ ประสบการณ์ในชีวิตก็เป็นสาเหตุหนึ่ง ของการมีพัฒนาการทางภาษาต่างกันด้วย

4) พัฒนาการทางร่างกาย การเจริญเติบโต และความสมบูรณ์ทางร่างกาย ขึ้นอยู่กับ โภชนาการ การฝึกทักษะในการเคลื่อนไหว การมีความบกพร่องของอวัยวะ ในเด็ก

ปัญญาอ่อนระดับน้อย และปานกลาง ส่วนใหญ่มีพัฒนาการทางกายไม่ต่างจากเด็กปกติในวัยเดียวกันหากได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมตามวัย

สรุป เด็กปัญญาอ่อนวัย 6 -12 ปี มีพัฒนาการด้านต่างๆคล้ายกับเด็กปกติแต่มีความล่าช้ากว่า ซึ่งขึ้นกับระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อนนั้นๆ เด็กมักมีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มักปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้น้อย จากความด้อยทางภาษาและปัญหาพฤติกรรม ทำกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ช้า หากไม่ได้รับการส่งเสริมที่เหมาะสมจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนด้านร่างกายมีการเจริญเติบโตเท่าเด็กปกติทุกประการ

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง

นโยบายในการให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะในยุคปฏิรูประบบสุขภาพนี้ เน้นที่ความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องนำสู่สุขภาพที่ดีนั่นเอง ดังนั้นการทำความเข้าใจความสามารถในการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสุขภาพต้องตระหนักและทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง เพื่อให้การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มที่ตนรับผิดชอบได้ ให้เป็นไปตามนโยบายและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มุ่งหวังต่อไป

2.1 ความหมายความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันการเกิดโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย (Levin, 1980 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

การดูแลตนเอง เป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการ ดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ (Hill and Smith, 1990)

การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด (Orem, 2001)

สรุป การดูแลตนเอง หมายถึงกระบวนการที่บุคคลกระทำกิจกรรม/หน้าที่ด้วยความตั้งใจ มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของตน ซึ่งครอบคลุมทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จะทำให้บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะคงไว้และส่งเสริมความแข็งแรงของโครงสร้าง และการทำงานของ

บุคคล เพื่อพัฒนาบุคคลและส่งเสริมความผาสุกของบุคคล(Orem, 1991)

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีลดการสูญเสียเปล่าทางเศรษฐกิจ ดังนั้นการพยาบาลที่ให้อำนาจเน้นการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Kinlein, 1977)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึงพลังหรือศักยภาพของบุคคลในการที่จะดูแลตนเองและบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ (Nursing Development Conference Group, 1997 อ้างใน ดารุณี จงอุดมการณ์, 2538)

สรุป ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนคือ กิจกรรมที่เด็กปัญญาอ่อนลงมือกระทำได้ด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในกิจวัตรประจำวัน ประโยชน์ในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ สุขภาพและสวัสดิภาพของตน ดำรงชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคมได้เช่นบุคคลทั่วไป

2.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังโดยทั่วๆ คือความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะทำ(doing) และ คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ(ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วๆ ไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง(capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นทราบถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยกระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน(transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที และการที่บุคคลจะมีความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแล

ตนเอง บุคคลจะต้องประกอบไปด้วยพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

Nursing Development Conference Group (1979) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นพลัง/ศักยภาพของบุคคลในการที่จะดูแลตนเองและบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ มีองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1) ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง และความต้องการในการปรับการดูแล (Estimative operation)

2) ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำได้ สิ่งที่ต้องกระทำและจะกระทำ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Transitional operation)

3) กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Productive operation) ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรม 3 ประการนี้ได้ บุคคลจะต้องมีพลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ดังนี้ 1) ความสนใจ เอาใจใส่ในการดูแลตนเอง 2) ความสามารถควบคุมการใช้พลังงานของร่างกาย 3) ความสามารถในการที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง 4) ความสามารถในการใช้เหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ 5) การมีแรงจูงใจเพียงพอที่จะทำการดูแลตนเอง 6) การมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 7) ความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ 8) การมีทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเอง 9) ความสามารถในการจัดระบบ ระเบียบหรือจัดลำดับดูแลตนเอง 10) ความสามารถสอดแทรก ผสมผสานกิจกรรมการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดำเนินชีวิต (ดาร์ณี จงอุดมการณ์, 2538) ซึ่งแนวคิดนี้ ก็เป็นการนำเอาแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มมาเป็นแนวคิดหลักนั่นเอง

Norris (1979) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและครอบครัวมีการริเริ่ม มีความรับผิดชอบ และทำหน้าที่ในการพัฒนาขีดความสามารถทางภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) การดูแลตนเองในลักษณะของการสังเกตอาการ หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ตลอดจนจิตใจของตนเพื่อประเมินหรือวินิจฉัยภาวะสุขภาพของตนอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อลงความเห็นและนำไปสู่การตัดสินใจการเลือกหรือละเว้นการปฏิบัติ

2) การดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นไปตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมประจำวันที่เกิดจากการเรียนรู้และยอมรับที่จะปฏิบัติจนเป็นนิสัย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร เป็นต้น

3) การดูแลตนเองตามการรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

ซึ่งการดูแลตนเองในลักษณะนี้ต้องการข้อมูล คำแนะนำ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับความสามารถสอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อของตน

4) การดูแลตนเองในการป้องกันโรค หรือความไม่สมดุลทางสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยที่ปรึกษาในการให้ความรู้สุขภาพผ่านสื่อมวลชน

5) การดูแลตนเองตามความต้องการที่เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพ โดยบุคคลนั้นต้องได้รับรู้ถึงแหล่งบริการในชุมชนที่ควรไปรับบริการเมื่อเกิดความต้องการ และเปิดโอกาสให้บุคคลหรือองค์กรในชุมชนเข้ามามีบทบาทในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง ซึ่งทำให้บทบาทนี้เป็นไปอย่างกว้างขวางและตรงตามความต้องการยิ่งขึ้น

6) การดูแลตนเองในแง่ของการตรวจสอบและติดตามแผนการรักษา เพื่อเรียนรู้ขั้นตอนในการเรียนที่ตนจะได้รับและสามารถตรวจสอบได้ถูกต้องตามนั้นหรือไม่

7) การดูแลตนเองโดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนปัญหาทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไขหรือคิดเห็นต่างๆในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาค้ำเคียงกัน

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวถึง การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตใน 7 ด้าน ซึ่งได้นำเอาแนวคิดของโอเร็มมาเป็นส่วนหนึ่งในด้าน การดูแลตนเองโดยทั่วไป จึงนับว่าเป็นแนวคิดที่กล่าวครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการพิจารณาและประเมินตนเองเกี่ยวกับการที่บุคคลรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม เป็นกระบวนการต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใดรู้จักตนเองอย่างสมบูรณ์ครบถ้วนถึงระดับสูงสุด

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนและตีความหมายของข้อมูลและเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่าในการปฏิสัมพันธ์กัน การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพคือ การติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลต้องเห็นคุณค่าของเวลา รู้จักประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน มีการวางแผนการใช้เวลาทั้งในด้านการทำงาน และการพักผ่อน การพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

4) การเผชิญปัญหา การดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล จะต้องประสบกับปัญหาในลักษณะต่างๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจ และเป็นทุกข์ ดังนั้นบุคคลจึงพยายามหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้สภาพอารมณ์กลับคืนสู่สมดุล

5) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งรวมถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วม

6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นที่การละเว้นความชั่ว การกระทำความดี และการทำจิตใจให้สงบ เพื่อขัดเกลาจิตใจให้คนสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข

7) การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความแข็งแกร่งด้านร่างกาย รวมถึงการผ่อนคลายความตึงเครียดจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองโดยทั่วไปตามกรอบแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธ์ ที่พัฒนาจากแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ การดูแลตนเองในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และการฝึกทักษะเพื่อผ่อนคลาย

สรุป ความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม บุคคลจำเป็นต้องรู้และสามารถกระทำ โดยต้องมีพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งมีข้อจำกัดในการอธิบายความสามารถในการดูแลเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งบ่งพร่องในด้านการคิด การรู้และการตัดสินใจอยู่แล้ว เช่นเดียวกันแนวคิดของ Nursing Development Conference Group ซึ่งใช้กรอบของโอเร็มก็ต้องประกอบด้วยความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ การตัดสินใจ ส่วนแนวคิดของ Norris ก็เช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน

2.3 ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน

ความสามารถในการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นเป็นความสามารถในการดูแลตนเองในบุคคลปกติ สำหรับบุคคลปัญญาอ่อนซึ่งมีความบกพร่องในการเรียนรู้และการปรับตัวนั้น ไม่มีผู้กล่าวถึงไว้ชัดเจน

ดาร์ณี จงอุดมการณ์และคณะ(2538) ศึกษาองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กป่วยเรื้อรัง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กป่วยเรื้อรังประกอบด้วย

1) แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง ได้แก่ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ ความต้องการมีสุขภาพดี ทำงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ

2) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ได้แก่ การขยับถ่ายเป็นเวลาและการออกกำลังกาย

3) การแสวงหาความรู้และการนำไปใช้ในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การทำจิตใจให้แจ่มใส ครอบครัวยุให้กำลังใจเมื่อเจ็บป่วย สอบถามและสนใจความรู้เกี่ยวกับโรคและปฏิบัติตามตามนั้น สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และเรียนได้แม้มีความเจ็บป่วย

4) ทักษะการตัดสินใจในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ

5) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานและการเคลื่อนไหวร่างกายของตนเองให้เหมาะสมเพียงพอ ได้แก่ การรู้สึกถึงความสามารถที่ลดลงเมื่อเจ็บป่วยและยังดูแลความสะอาดร่างกาย รับประทานอาหารได้เอง

6) ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน ป้องกันการติดเชื้อ เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

7) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับรู้ว่าจะรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนเพียงพอ และออกกำลังกายให้แข็งแรง

8) ความสามารถการมีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา เพื่อ ปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง ได้แก่ รับประทานยาได้เอง ความอยากหายจากโรค การตัดสินใจ ด้วยตัวเอง

9) ความสามารถในการสนใจ เอาใจใส่ในการดูแลตนเองในด้าน ระวังการดื่มน้ำตาม แพทย์สั่ง สังเกตอาการผิดปกติ และเลือกซื้อขนมที่เป็นประโยชน์

10) ความสามารถในการสอดแทรกกิจกรรมการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของ แผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ จำวันแพทย์นัดได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำได้เสมอ และช่วยงานบ้านได้แม้ เจ็บป่วย

แนวคิดนี้ใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม ซึ่งเมื่อพิจารณาความเหมาะสมในบุคคลปัญญาอ่อน จะพบว่าบุคคลปัญญาอ่อนซึ่งระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์มีความบกพร่องในการปรับตัวและ เรียนรู้ จึงบกพร่องในการรับรู้และรู้จักตนเองในการที่จะจัดระบบการดูแลตนเองได้ตามแนวคิดนั้น เนื่องจากเป้าหมายในการดูแลเด็กปัญญาอ่อนคือให้พัฒนาความสามารถได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ซึ่งเน้นที่การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

สถาบันราชานุกูลซึ่งเป็นแหล่งให้บริการบุคคลปัญญาอ่อน 1 ใน 2 แห่งของประเทศไทย มี เป้าหมายในการดูแลเพื่อให้บุคคลปัญญาอ่อนมีความสามารถในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองได้ เป็นภาวะแก่ผู้ดูแลน้อยที่สุด กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ซึ่งมี แนวทางพัฒนาการเรียนรู้และการปรับตัวของเด็ก โดยมุ่งพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญาและพื้นฐานอาชีพ โดยแบ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเป็น 5 ด้านคือ

1) ด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเคลื่อนที่ เคลื่อนย้ายร่างกาย ประกอบด้วยกล้ามเนื้อ มัดใหญ่ ได้แก่ การเดิน ยืน กระโดด วิ่ง เป็นต้น กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ได้แก่ การหยิบจับ สิ่งของ การประสานสายตากับมือและเป็นพื้นฐานในการพัฒนาสู่ด้านอื่นๆ

2) ด้านการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ การรับประทาน อาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งกาย ขับถ่าย

3) ด้านภาษาและการรับรู้ เป็นการพัฒนาด้านอารมณ์ได้แก่ การสื่อความหมายให้ ผู้อื่นเข้าใจ การเข้าใจภาษา/การปฏิบัติตามคำบอก

4) ด้านสังคม เป็นการพัฒนาการด้านสังคม ได้แก่ การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น กฎระเบียบสังคม มารยาทในสังคม

5) ด้านพื้นฐานงานบ้าน เป็นการพัฒนาความสามารถทางสังคมให้บุคคลปัญญาอ่อน ได้เรียนรู้ความรับผิดชอบในหน้าที่ การทำงานบ้านที่จำเป็นเช่นเช็ดโต๊ะ ล้างแก้วน้ำ กวาดถูบ้าน

ทำความเข้าใจเครื่องแต่งกาย รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น

การปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 5 ด้านนี้นับเป็นหลักในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งยังพบว่าไม่ครอบคลุมถึงความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวอย่างแท้จริง บุคคลปัญญาอ่อนยังเข้ารับการรักษาซ้ำแล้วซ้ำอีก ไม่สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้

กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล จึงได้จัดทำมาตรฐานในการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งยึดแนวทางการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นกรอบ เพราะเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทั้งด้านกายและจิต ซึ่งมีการพัฒนาแนวคิดของโอเร็มมาไว้ในองค์ประกอบในการดูแลตนเองโดยทั่วไปซึ่งไม่ละเลยด้านร่างกาย และเหมาะสมกับเด็กปัญญาอ่อน ดังนั้นกลุ่มการพยาบาล จึงนำแนวทางการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ มาปรับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับเด็กปัญญาอ่อน จึงได้แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน ตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลในมาตรฐานการพยาบาล 6 ด้านได้แก่

1) การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่และสิ่งของ หมายถึง ความสามารถของเด็กในการรู้จักชื่อตนเอง บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เวลา สถานที่ สิ่งของต่างๆ

2) การพัฒนาตัวตน หมายถึง ความสามารถของเด็กในการรู้จักชื่อสกุลจริง ชื่อเล่นของตน รู้จักรูปร่าง ลักษณะ เพศของตน แสดงความคุ้นเคยคนใกล้ชิด เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น กล้าทำกิจกรรมหรือสิ่งที่ตนเองถนัดหรือทำได้ มั่นใจในการทำกิจกรรม ตลอดจนรู้จักควบคุมตนเองเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

3) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึงความสามารถของเด็กในการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเองด้านต่างๆ ในกิจกรรมประจำวันได้แก่ รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ แต่งกาย ทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย และทำงานบ้านง่ายๆ

4) การรับรู้และเข้าใจระเบียบทางสังคม หมายถึง ความสามารถของเด็กปัญญาอ่อนในการรู้จักมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักทาย ลา ขอบคุณ ขอโทษ รู้จักการเล่น การรอคอย และปฏิบัติตนเพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย

5) การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถของเด็กในการเข้าใจภาษา มองสบตา มีสมาธิในการทำกิจกรรม ปฏิบัติตามคำบอก การพูดหรือสื่อความต้องการของตนเองได้

6) การเจ็บป่วยทางกาย หมายถึงความสามารถของเด็กในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพอย่างง่ายๆ รู้จักระมัดระวังอันตรายหรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น สื่อให้ทราบภาวะเจ็บป่วยของตน รวมถึงดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงใช้แนวคิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลของสถาบันราชานุกูลซึ่งพัฒนามาจากแนวทางการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ ซึ่งมีความเหมาะสมในการพัฒนาและส่งเสริมให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้ตรงที่สุด

สรุป ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นศักยภาพที่บุคคลลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่พัฒนาอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนจึงเป็นกิจกรรมที่เด็กปัญญาอ่อนลงมือกระทำได้ด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการในกิจวัตรประจำวัน เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ดำรงชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ เด็กปัญญาอ่อนมีความบกพร่องในการเรียนรู้และปรับตัว ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองจึงบกพร่องไปด้วย จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้ โดยให้มีการรับรู้บุคคล สถานที่ เวลาและสิ่งของ มีการพัฒนาตัวตน รู้จักตนเอง ผู้อื่น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง รับรู้และเข้าใจกฎระเบียบในสังคม สามารถใช้ภาษา สื่อความ ต้องการได้ ดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้

2.4 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ขณะที่เด็กเติบโต ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในตัวบุคคลจะมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา โดยการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากคำแนะนำ และจากประสบการณ์ที่เด็กประสบด้วยตนเอง เด็กเรียนรู้ที่จะกระทำหรือไม่กระทำกรสิ่งใด ตัดสินใจที่จะมีส่วนร่วมในการกระทำการดูแลตนเองในเงื่อนไข และสภาพแวดล้อมต่างๆ โดยมีเป้าหมายคือ การอยู่อย่างเป็นสุข ซึ่งผลจากการที่ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นบันไดในการพัฒนาไปเป็นพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งในที่สุดความสามารถในการดูแลตนเองนี้จะพัฒนาต่อไปอีกให้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติดูแลตนเอง

วิธีการดูแลตนเองไม่ได้มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นการเรียนรู้จากความเชื่อ นิสัย และการปฏิบัติตามวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มที่คนนั้นอาศัยอยู่ คนแต่ละคนจะเรียนรู้มาตรฐานในการดูแลตนเองเริ่มแรกจากครอบครัวของตน เพื่อนบ้าน ครู เพื่อนร่วมห้องเรียน ซึ่งการที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าวจะช่วยให้มีการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเอง สามารถที่จะประยุกต์ความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติดูแลตนเอง ในเด็กกระบวนการเรียนรู้นี้จะได้รับการช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา จนเด็กสามารถนำไปปฏิบัติจนเกิดเป็นกิจกรรมประจำวันของแต่ละคนได้ จึงกล่าวได้ว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญยิ่งในการถ่ายทอดพฤติกรรมการดำรงชีวิต การดูแลตนเองไปสู่เด็ก นอกจากนี้การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก ยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่

อายุและพัฒนาการ อายุซึ่งนับตามวันเดือนปีเกิด และพัฒนาการซึ่งเป็นวุฒิภาวะจริง เด็กจะมีการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม จะมีการพัฒนาเกี่ยวกับความรู้ ความจำ ทักษะและตัดสินใจ ตลอดจนรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี (Pender, 1987)

ภาวะสุขภาพ เป็นตัวกำหนดขอบเขตการดูแลตนเองของเด็กเนื่องจากการเจ็บป่วยมี ผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาของเด็กตามปกติ โดยเฉพาะในการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอุปสรรค ในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

สรุป ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน จากความหมายของภาวะ ปัญญาอ่อนซึ่งเด็กจะมีระดับเขาวงกตปัญญาต่ำกว่าปกติ ทักษะในการปรับตัวบกพร่องซึ่งเหล่านี้ ส่งผลให้ พัฒนาการล่าช้า การเรียนรู้ต่างๆของเด็กบกพร่อง การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น บกพร่อง และการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อน เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองให้ลดน้อยลงไป ยิ่งระดับความรุนแรงของปัญญาอ่อนมากเท่าไร ความบกพร่องก็ยิ่งมากขึ้น อย่างไรก็ตามความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนก็ สามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้ ตามองค์ประกอบที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งจะต้องอาศัยวิธีการจัดการดูแลที่มี คุณภาพ

2.5 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลในการที่จะ ปฏิบัติ หรือกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่น และบุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้ย่อมแสดง ว่าคนนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีผู้สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแล ตนเองในระดับต่างๆดังต่อไปนี้

2.5.1 เครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) เครื่องมือวัด การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self-Care Agency scale) ของ Kearney & Fleisher(1979) ประกอบด้วยการดูแลตนเองใน 5 มิติ คือ ก) เจตคติความรับผิดชอบ ข) แรงจูงใจ ค) การประยุกต์ใช้ความรู้ ง) การให้คุณค่าและความสำคัญต่อสุขภาพ จ) การมองเห็น คุณค่าในตนเอง แต่เมื่อทดลองใช้เครื่องมือนี้ยังขาดความตรงตามโครงสร้าง ไม่สามารถอธิบาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน 2) เครื่องมือในการประเมินความสามารถ ในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) ของ Evers,et al (1986) ใช้วัด ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของบุคคล ทั่วไปทั้งภาวะปกติและความเจ็บป่วยโดยมีการดัดแปลงให้เหมาะสม สร้างบนพื้นฐานพลัง ความสามารถ 10 ประการ และการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง สามารถใช้ประเมิน ความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีในบุคคลปกติ

2.5.2 เครื่องมือวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ 1) เครื่องมือวัด ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของ Denyes (1982) สร้างเพื่อการวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น มีข้อจำกัดในการทำนายการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ถ้าบุคคลนั้นไม่นำพลังความสามารถที่มีอยู่ครบถ้วนมาใช้ 2)

เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Perception of Self-Care Agency Questionnaire) ของ Hanson & Bickel (1985) โดยวัดความสามารถ 10 ประการ เมื่อทดสอบ เครื่องมือนี้ยังมีความคลุมเครือในความจริงตามโครงสร้าง(ตัดทรวง ปุญญทล้งค์,2541)

อย่างไรก็ตามเครื่องมือวัดเหล่านี้เป็นการวัดในบุคคลปกติ สำหรับบุคคลปัญญาอ่อนหรือ ผู้พิการนั้น American Congress of Rehabilitation Medicine และ American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation สร้างแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและ ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย/ผู้พิการเรียก Functional Independence Measure (FIM) วัด ความสามารถเป็น 7 ระดับ เพื่อบอกความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งบอกความจำเป็นของการใช้อุปกรณ์ช่วยคนพิการ (ส่องแสง ธรรมศักดิ์,2542., พิงพิศ ศรีสืบ ,2543) ต่อมานักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กร่วมกันแก้ไข พัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของ เนื้อหา เรียกว่า Functional Independence Measure for Children (WeeFIM) มีจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถในการทำกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) กิจวัตรประจำวัน 6 ข้อ 2) การ ควบคุมการขับถ่าย 2 ข้อ 3) การเคลื่อนที่ 3 ข้อ 4) การเดินทาง 2 ข้อ 5) การติดต่อสื่อสาร 2 ข้อ 6) สัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 6-7 คะแนนเมื่อเด็กทำกิจกรรมได้ เองหรือใช้อุปกรณ์ช่วยอาจใช้เวลามากขึ้นเพื่อให้มีความปลอดภัย และให้ 1- 5 คะแนน เมื่อเด็ก ต้องการผู้ช่วยให้คำแนะนำ หรือทำให้บางส่วน หรือเด็กไม่สามารถทำทั้งหมด แต่แบบวัดนี้กำหนด เกณฑ์และด้านที่เหมาะสมสำหรับผู้พิการซึ่งมีเกณฑ์ในการใช้กายอุปกรณ์อื่น ๆ ในการประเมิน แต่ใน เด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่มักไม่ใช้กายอุปกรณ์ จึงยังไม่เหมาะสมสำหรับการประเมินในเด็ก ปัญญาอ่อนนัก

สถาบันราชานุกูล ซึ่งให้การดูแลบุคคลปัญญาอ่อนมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2500 ได้สร้างแบบ ประเมินการปฏิบัติกิจกรรมตามทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน ใช้ในการประเมินความสามารถ ในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน เพื่อให้การดูแล กระตุ้นส่งเสริมในด้านที่บกพร่อง แบ่งเป็น 5 ด้าน 1) ด้านการเคลื่อนไหว 25 ข้อ 2) ด้านการช่วยเหลือตนเอง 37 ข้อ 3) ภาษาและการรับรู้ 30 ข้อ 4) ทักษะทางสังคม 49 ข้อ 5) ทักษะพื้นฐานงานบ้าน 35 ข้อ แบ่งเกณฑ์การวัดเป็น 5 ระดับ โดย 0 คือเด็กไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง, 1 คือเด็กพยายามปฏิบัติและต้อง ช่วยเหลือโดยจับมือและชี้แนะ 2 คือเด็กปฏิบัติได้แต่ต้องชี้แนะ, 3 คือเด็กปฏิบัติได้แต่ไม่ เรียบร้อย, 4 คือเด็กปฏิบัติได้เองอย่างครบถ้วน ซึ่งประเมินได้ครอบคลุมสำหรับเด็กปัญญาอ่อน แต่จำนวนข้อการประเมินมีจำนวนมาก ใช้เวลาในการประเมินนาน และเกณฑ์ที่ใช้ยังแยกไม่ชัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิดมาตรฐาน การพยาบาลของสถาบันราชานุกูลซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ญนิพันธ์ุ และเกณฑ์ในการประเมิน ใช้แนวคิดของแบบวัด WeeFIM และแบบประเมิน

ทักษะของสถาบันราชานุกูล ซึ่งใช้ควบคู่กับมาตรฐานการพยาบาล มาปรับปรุงเพื่อให้ได้เกณฑ์การประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

3. ครอบครัว/ผู้ดูแลของบุคคลปัญญาอ่อน

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมแห่งแรกที่เด็กเติบโต และเป็นรากฐานแก่สถาบันอื่นๆในสังคม เด็กทุกครอบครัวควรได้รับประสบการณ์ที่อบอุ่นรักใคร่ และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เจตคติ ทักษะ และการปฏิบัติของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูลูกมีความสำคัญต่อการพัฒนาทางอารมณ์ บุคลิกภาพของเด็ก และสุขภาพจิตของคนในครอบครัว วิธีปฏิบัติ และการทำหน้าที่ของครอบครัว มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การเรียนรู้ รับรู้ เข้าใจ การแสดงออก และพัฒนาการทางบุคลิกภาพ (อัมพร โอตระกูล, 2540)

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ หรือญาติที่มีหน้าที่หลักในการดูแลเด็กปัญญาอ่อน ดังนั้นผู้ดูแล จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นกลไกหลักที่ช่วยเหลือ ส่งเสริม พัฒนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กปัญญาอ่อนให้ช่วยเหลือตนเองได้ (จิรภัทร เปลื้องนุช, 2545)

การดูแลเด็กปัญญาอ่อน เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการและการปรับตัวของเด็กในแต่ละช่วงวัย (ชวาลา เขียวธนู, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม ที่กำหนดการดูแลตนเองของเด็กพึ่งตนเองไม่ได้ให้เป็นความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ ซึ่งมีความรู้เรื่องการเจริญเติบโต พัฒนาการของเด็ก เพื่อส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ปรึกษาหารือ ชี้แนะ สอนและจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับเด็ก (Orem, 1991) ซึ่งผู้ใหญ่ที่ดูแลเด็กในที่นี้ก็คือครอบครัวหรือผู้ดูแลนั่นเอง ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก

จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลและครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อนพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีหน้าที่หลักในการดูแลเด็กปัญญาอ่อน ต้องใช้เวลาการดูแลมาก บางรายต้องใช้เวลาเกือบทั้งวัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าใช้เวลาในการดูแลนาน (Brust, Leonard & Sielaff, 1992) มีความรู้สึกถูกคุกคาม ทำทนาย ถูกทำลายหรือรู้สึกสูญเสีย และยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา มีแนวโน้มที่จะมีการหย่าร้างมากขึ้น (อริสา พงษ์ศักดิ์, 2536) นอกจากนี้ยังเป็นเหตุให้เกิดปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องของเด็กปัญญาอ่อน ที่ต้องการได้รับความสนใจจากพ่อแม่ (Marcia Van Riper, 2000) รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจที่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูและการรักษาพยาบาลที่ใช้เวลายาวนานและต่อเนื่อง ล้วนเป็นสิ่งกดดันให้เกิดความเครียดต่อครอบครัว หากเพิ่มพูนสะสมเป็นระยะเวลานาน อาจเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต (สุนีย์ บรรจง, 2536) เด็กปัญญาอ่อนที่ผู้ดูแลไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่มีความสนใจฝึกลบจะมีพัฒนาการไม่สมวัยมากยิ่งขึ้น ส่วนผู้ดูแลที่ให้ความสนใจเด็ก ฝึกลบเด็กทุกครั้ง

เมื่อได้รับมอบหมายให้ไปฝึกเด็กที่บ้าน เด็กมีพัฒนาการที่ดีอย่างเห็นได้ชัด (จิรภัทร เปลื้องนุช, 2545) และ Stroman (1989) พบว่ามารดาที่มีความสามารถในการเลี้ยงดู เข้าใจและยอมรับ จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของบุตรให้ดีขึ้น และก่อให้เกิดความรักความผูกพันระหว่างพี่น้องของเด็ก ปัญญาอ่อน Beirne-Smith (1998) พบว่าเด็กที่เลี้ยงดูจากครอบครัวที่มีเพียงบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว มีความเสี่ยงทางอุบัติเหตุ การหยุดชะงักทางการเรียน การถูกออกจากโรงเรียนมากกว่า

สรุปจากการศึกษาข้างต้น ครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนต้องประสบกับปัญหาในการดูแลที่ต้องใช้เวลานาน ปัญหาอารมณ์พฤติกรรมเด็ก ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลเด็ก ปัญหาเศรษฐกิจที่ต้องรักษายาวนานและต่อเนื่อง

พฤติกรรมและการดูแลของครอบครัวหรือผู้ดูแล การปฏิบัติของพ่อแม่หรือผู้ดูแลต่อเด็กปัญญาอ่อนหรือรูปแบบการเลี้ยงดูเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาการด้านต่างๆของเด็ก จากการศึกษาของ Nongpanga (1996) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาจิตเวชเด็กบางอย่างกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กพบว่าร้อยละ 80 มีการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงหรือเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาจิตเวชเด็ก อีกร้อยละ 24 มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ลูกโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปนัดดา มุมบ้านเช่า (2536) ที่พบว่าแบบการอบรมเลี้ยงดูและสถานภาพของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ นอกจากนี้ประเสริฐ จุฑาและคณะ (2544) ศึกษาผลกระทบต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กปัญญาอ่อนอายุ 6 - 11 ปี จากทัศนคติในการเลี้ยงดูของบิดามารดาที่ต่างกันพบว่าร้อยละ 66.7 มีทัศนคติในการเลี้ยงดูแบบรักและตามใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติของมารดาต่อบุตรปัญญาอ่อนกลุ่มอาการดาวน์ ของ อุ่นเรือน อำไพพัสด์และคณะ ที่พบว่ามารดามีทัศนคติด้านการประคบประหงม และตามใจมากเกินไปในระดับสูง

จากการศึกษาครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อนตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา นักวิจัยเริ่มเปลี่ยนแนวคิดจากเดิมเน้นพยาธิสภาพในครอบครัวเป็นการเผชิญกับความเครียดในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวทั้งในด้านบวกและด้านลบ พบว่าความเครียดของครอบครัวมีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาการปรับตัว (maladaptive) ของเด็กและครอบครัว แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญญาอ่อน และอายุของเด็ก ในครอบครัวที่กระตือรือร้นและพยายามแก้ปัญหาจะมีความเครียดน้อยกว่า การประเมินครอบครัวและการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว ญาติ และชุมชน ครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการทราบข้อมูล การสนับสนุน และการบอกความผิดปกติของเด็กแก่ผู้อื่น บริการในชุมชน และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นหากครอบครัวได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่เหมาะสมก็จะมีความเข้มแข็ง สามารถให้การดูแลเด็กปัญญาอ่อนได้อย่างเหมาะสมต่อไป (เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์และคณะ, ในวินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2545)

Beirne-Smith (1998) กล่าวว่า ข้อเสนอพื้นฐานเกี่ยวกับรูปแบบผู้ดูแล-บุคคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อเป็นกรอบการปฏิบัติที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว ดังนี้

- 1) ครอบครัวของเด็กปัญญาอ่อน ส่วนใหญ่มีมักความคล้ายคลึงกับครอบครัวอื่นๆ ครอบครัวและบุคลากรต้องปฏิบัติเหมือนเป็นครอบครัวปกติ คำนึงถึงความต้องการของครอบครัว
- 2) การดูแลช่วยเหลือโดยพิจารณาจากความต้องการของบุคคลปัญญาอ่อนในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งไม่เพียงพอ เป้าหมายระยะยาวจึงเป็นสิ่งจำเป็น
- 3) สมาชิกครอบครัวเป็นแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์และดีกว่าแหล่งอื่นๆ ทำให้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนของเด็ก การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทำให้ประสบความสำเร็จในการดูแลมากกว่า
- 4) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับหน่วยบริการชุมชนมักจะน้อย และยากลำบาก แม้จะมีการให้ความรู้แต่การตอบสนองและได้รับความร่วมมือมีน้อย
- 5) นโยบาย สังคม รูปแบบในการปฏิบัติมักเป็นอุปสรรคในการให้บริการ นโยบายมักตอบสนองปัญหาที่เร่งด่วนมากกว่า การบริการควรเน้นป้องกันมากกว่ารักษา

สิ่งสำคัญของการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนคือให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวและผู้ดูแลเด็กต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสภาพของเด็ก มีความคาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็กปัญญาอ่อน และมีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ครอบครัวและผู้ดูแลยังต้องมีความรู้ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน สามารถขอความช่วยเหลือ ขอรับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มีประสิทธิภาพ(จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

สรุปกลไกหลักที่ให้การดูแลเด็กปัญญาอ่อนคือครอบครัวหรือผู้ดูแลซึ่งมีความเครียดจากปัญหา ภาวะในการดูแล และต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนในการดูแลเด็ก จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถผ่านพ้นความเครียดและสามารถให้การดูแลเด็กได้ดีขึ้น ดังนั้นบุคลากรพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดครอบครัวและเด็กปัญญาอ่อนมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่างๆ ทั้งความรู้ การให้ข้อมูล การสอนให้ดูแลส่งเสริมพัฒนาการบุตรอย่างถูกต้อง ให้คำแนะนำปรึกษาและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กได้ดี ไม่รู้สึกเป็นภาระ และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

4. การพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน

4.1 หลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก

การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นองค์ความรู้เชิงผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ช่วยเหลือ บำบัดเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิต กิจกรรมการ

พยาบาลครอบคลุมการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การช่วยเหลือ บำบัดเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิตเพื่อการดำรงชีวิตในครอบครัวที่เป็นสุข ทั้งนี้เพื่อเป้าหมายสำคัญของการสร้างสรรค์สังคมสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

เมื่อเด็ก/วัยรุ่นมีปัญหาทางจิตถูกส่งมาเพื่อการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ถูกส่งมาโดยโรงเรียน บิดา มารดา ทีมสุขภาพ ตำรวจ หรือศาล หลักการพยาบาลจิตเวชเด็กโดยทั่วไป มีดังนี้

4.1.1 การใช้กระบวนการพยาบาล คือ การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การกระทำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล และการประเมินผล ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นตามกฎหมายที่ผู้ประกอบวิชาชีพต้องปฏิบัติ ทั้งนี้เพราะการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจทางคลินิก การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล

4.1.2 การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติจะต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง องค์ความรู้ที่สำคัญได้แก่ ศาสตร์การพยาบาล จิตเวชศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์ โดยเฉพาะจิตวิทยา รวมทั้งมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล องค์การวิชาชีพ และของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพราะการรักษาเด็กที่มีปัญหาทางจิตหรือโรคจิตจำเป็นต้องทำงานเป็นทีม

4.1.3 ใช้การพยาบาลแนวองค์รวม หมายถึงการดูแล ช่วยเหลือเด็กพร้อมๆกัน ทั้งทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งด้านการเจริญเติบโตทางกาย การเคลื่อนไหว สถิติปัญญา ภาษา ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการกับสิ่งแวดล้อมในครอบครัว และในชุมชนทั้งที่เป็นกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคม

4.1.4 มุ่งการปฏิบัติการพยาบาลสู่ผลลัพธ์

4.1.5 ให้ความสำคัญกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดสำคัญ เนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางจิตในเด็ก เกี่ยวข้อง อย่างแยกกันไม่ได้กับการดำรงชีวิตและการปฏิบัติของบิดา มารดา ผู้เลี้ยงดูหรือผู้ใกล้ชิดที่สำคัญ ดังนั้นการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาลจิตเวชเด็กจึงต้องคำนึงถึงและปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือเด็กร่วมกับครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดสำคัญ

4.1.6 ใช้ทักษะพื้นฐานด้านสัมพันธภาพ และการสื่อสาร ร่วมกับการบำบัดทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับเด็กและวัยรุ่น

4.1.7 แหล่งข้อมูลสำคัญคือข้อมูลจากเด็กและวัยรุ่น ข้อมูลส่วนใหญ่พยาบาลได้จากบิดา มารดา ผู้ดูแล ครูหรือเพื่อน อย่างไรก็ตามข้อมูลจากตัวเด็กเองมีความสำคัญไม่น้อยกว่า เพราะเป็นการสะท้อนประสบการณ์ทั้งเชิงปรนัย (Objective data) และข้อมูลอัตนัย (Subjective data) จริงที่เกิดขึ้นภายในตัวเด็กเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2545)

4.2 การพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน

การพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนยึดหลักเกี่ยวกับการพยาบาลจิตเวชเด็ก และมีรายละเอียดเจาะจงสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน ทั้งนี้เพื่อสามารถช่วยเหลือดูแลให้เด็กสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมายการดูแลนั่นเอง

Department of Mental Retardation กล่าวถึงมาตรฐานการพยาบาล ไว้ดังนี้

1) การประเมิน (Assessment)

1.1) การประเมินทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ประเมินทางร่างกาย 2) รวบรวมข้อมูลอย่างรอบคอบ เป็นระบบ 3) การกำหนดสถานะทางสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคล 4) ประเมินรูปแบบการจัดการกับปัญหาทั้งในอดีตและปัจจุบัน 5) การวิเคราะห์ข้อมูลและระบุปัญหา

1.2) ปัจจัยที่ควรคำนึงถึงสำหรับแต่ละบุคคล 5 อย่างคือ 1) ปัจจัยทางชีววิทยา 2) ภาวะแวดล้อมทางจิตสังคม 3) การดูแลตนเอง 4) การศึกษา 5) การเปลี่ยนแปลงตามเหมาะสม

1.3) การประเมินทางการพยาบาลก่อนยอมรับเข้าตามโปรแกรมดังนี้ ก) การจัดการดำรงชีวิตในชุมชน ข) บริการด้านความเป็นอยู่ที่ได้รับการช่วยเหลือ ค) วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย โดยพยาบาลวิชาชีพจะประเมินการพยาบาลให้สมบูรณ์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลและหรือเมื่อต้องการปรับการดูแล ควรทำการประเมินให้เสร็จในแต่ละครั้งที่มีการตกลงกันภายใน 24 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 2 วัน และควรประเมินให้เสร็จในแต่ละครั้งของการบริการ

1.4) การประเมินทางการพยาบาลสำหรับโปรแกรมอื่น (เช่นการฝึกในบ้านและชุมชน, การจัดให้ดำรงชีพด้วยตัวเอง, หรือบริการชั่วคราว) ควรทำบนหลักการส่งต่อโดยทีมที่รับผิดชอบ

2) การวางแผน (Planning)

2.1) พยาบาลวิชาชีพควรปรับปรุงแผนการปฏิบัติบนพื้นฐานข้อมูลที่ได้รับ

2.2) แผนการปฏิบัติควรปรับปรุงภายใน 30 วันหรือตามที่กำหนดโดยพยาบาลวิชาชีพ

2.3) พยาบาลวิชาชีพประสานร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพของทีมในขณะปรับแผน

2.4) พยาบาลเทคนิคช่วยเหลือในการเป็นตัวแทนภายใต้การควบคุมของพยาบาล

วิชาชีพ

3) การปฏิบัติ (Implementation)

3.1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลตามแผนปฏิบัติโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริม รักษาสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ

3.2) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสอดคล้องกับมาตรฐานการบันทึก

3.3) พยาบาลวิชาชีพอาจตั้งตัวแทนในการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการแต่งตั้งตัวแทนทางการพยาบาลที่อนุมัติแล้ว

3.4) พยาบาลเทคนิคหรือผู้ช่วยพยาบาลอาจช่วยในกระบวนการตั้งตัวแทนภายใต้การควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ

4) การประเมินผล (Evaluation)

4.1) พยาบาลวิชาชีพประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปรับปรุงข้อมูลพื้นฐาน และการประเมินนี้ควรร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

4.2) พยาบาลวิชาชีพควรประเมินอย่างต่อเนื่องและบันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อระบุระดับผลลัพธ์บรรลุตามที่คาดหวัง

4.3) นำข้อมูลจากการประเมิน มาปรับปรุงแผนการพยาบาลใหม่ให้เหมาะสม พยาบาลเทคนิคหรือผู้ช่วยพยาบาลจะช่วยในกระบวนการดูแลช่วยเหลือ ภายใต้การควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ

4.4) การประเมินผลดำเนินการและบันทึกในแบบตามมาตรฐานการบันทึก โดยทำทุกครั้งที่ของการบริการ หรือตามกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือกำหนดโดยพยาบาลบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วย (Department of mental retardation, 2003)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2545) กล่าวถึงการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนไว้ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาล หรือบทบาทของพยาบาลสำหรับเด็กปัญญาอ่อนเป็นการปฏิบัติการณ์ในมิติต่างๆดังนี้

1) การป้องกันมิให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนและการคัดกรองเพื่อการค้นหาเด็กปัญญาอ่อนในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่วัยเริ่มแรก ป้องกันมิให้เกิดผลกระทบสู่ความผิดปกติด้านอื่นๆ

2) การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะปัญญาอ่อนหมายถึงการดูแลช่วยเหลือและบำบัด เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน สติปัญญาและการได้รับการศึกษา ทักษะการติดต่อสื่อสารและการพัฒนาทักษะทางสังคม และการใช้กล้ามเนื้อ หรือสมรรถนะทางกาย ทั้งนี้โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง และการทำงานร่วมกับครอบครัวเป็นสำคัญ

3) การให้การคุ้มครองและการพิทักษ์สิทธิเด็กปัญญาอ่อนตามประกาศสิทธิเด็ก

4) การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษาและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กปัญญาอ่อนให้มีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและสามารถดำรงชีวิตร่วมกับเด็กปัญญาอ่อนอย่างเป็นปกติสุข

5) การให้ความรู้ การเป็นที่ปรึกษา แก่ชุมชน และสังคมโดยรวม ในการสร้างความเข้าใจ และให้มีส่วนร่วมในการป้องกันการเกิดภาวะปัญญาอ่อน

ประเด็นสำคัญคือการดูแลช่วยเหลือที่เป็นลักษณะการดูแล ช่วยเหลือระยะยาว การปฏิบัติการพยาบาลสู่การมีผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง พัฒนาการหรือการ

เปลี่ยนแปลงในเด็กเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ดังนั้นการจัดระบบการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนจึงต้องมีลักษณะพิเศษ คือเป็นระบบที่มีพยาบาลหนึ่งคนดูแลเด็กเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องเช่น ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing) หรือการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการทางการพยาบาลเป็นพิเศษ และต้องใช้ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง
กระบวนการพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน

1) การประเมินภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากเด็ก บิดามารดา ผู้นำส่ง และผู้เกี่ยวข้องกับเด็กเกี่ยวกับ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความคาดหวังของครอบครัวต่อการใช้บริการ 3) การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ การปฏิบัติของบิดามารดาต่อบุตร ความเครียดความกังวลของบิดามารดา 4) แบบแผนการสื่อสาร 5) การระบุปัญหา ควรให้บิดา มารดา ระบุปัญหา เกี่ยวกับพัฒนาการของเด็ก 6) อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม 7) การเจริญเติบโตและพัฒนาการ, พัฒนาการของเด็กด้านการดูแลตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านสติปัญญาและการได้รับการศึกษา พัฒนาการส่วนตน ประวัติทางสังคมของเด็ก 8) การประเมินด้านร่างกายและอารมณ์ รวมถึงการตรวจร่างกายอย่างละเอียด

2) การวินิจฉัยทางการแพทย์ ควรพิจารณาให้ครอบคลุมถึงปัญหาที่เดิขึ้นในบริบทของครอบครัว กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ขึ้นกับระดับความรุนแรงของภาวะปัญญาอ่อน เช่น เสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ เนื่องจากพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น

3) การวางแผนการพยาบาล ร่วมกับบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก โดยกำหนดวัตถุประสงค์และกิจกรรมการพยาบาล

3.1) การกำหนดวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ ความรู้สึก พัฒนาการเด็ก หรือปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงสู่ภาวะสุขภาพดี เช่น เด็กไม่มีอันตราย/บาดเจ็บ ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง

3.2) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือและบำบัดทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำคัญในเด็กปัญญาอ่อน ได้แก่

ก) การตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของเด็กในด้านเรื่องที่เด็กมีความบกพร่อง ฝึกทักษะการดูแลตนเอง เทคนิคสำคัญคือให้เด็กได้เรียนรู้ หรือฝึกทีละอย่างเมื่อเด็กปฏิบัติได้ ชมเชย หรือให้รางวัล จึงค่อยๆ เพิ่มการเรียนรู้การดูแลตนเองเรื่องอื่น

ข) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก เป็นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสม

ค) การส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อสื่อความต้องการให้ผู้อื่นทราบ เกิดความไว้วางใจพยาบาล และบุคคลแวดล้อม คาดการณ์ความต้องการ

ของเด็กและตอบสนองได้อย่างเพียงพอ ฝึกพัฒนาการด้านภาษาอย่างต่อเนื่อง

ง) การดูแล ช่วยเหลือเด็กเพื่อการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยเริ่มสอนทักษะทางสังคมเมื่อเด็กไว้วางใจพยาบาลแล้ว อธิบายแก่เด็กหรือผู้อื่นให้เข้าใจความหมายของท่าทาง/สัญลักษณ์ที่เด็กใช้ในการสื่อสาร ใช้ภาษาพูดที่ง่าย สั้น ใช้เทคนิคของการปรับพฤติกรรม

สิ่งสำคัญคือให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวต้องมีความรู้ ความเข้าใจในสภาพของเด็ก คาดหวังต่อพฤติกรรมของเด็กตามสภาพที่เป็นจริง เข้าใจศักยภาพของเด็ก มีความรู้ความเข้าใจและใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง

4) การปฏิบัติการพยาบาล ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็ก ความเครียด ความกังวล และรู้สึกคับข้องใจ ให้มีความรู้ การเสริมสร้างพลังอำนาจของครอบครัวให้สามารถเลี้ยงดูเด็กได้อย่างมีคุณภาพ กลยุทธ์สำคัญที่พยาบาลควรใช้ ได้แก่ ก) การกระตุ้นให้ครอบครัวระบายนารมณ์ ข) ช่วยเหลือให้ครอบครัวลดความรู้สึกผิด ค) สนับสนุน ปรึกษาประคองให้ครอบครัวผ่านพ้นความเศร้าโศก ง) กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวด้วยกัน จ) ให้โอกาสในการซักถามจนได้คำตอบที่พอใจ ฉ) กระตุ้นให้ครอบครัวรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริง ช) เน้นสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ กำลังใจในการดูแลเด็ก ซ) ร่วมกันกำหนดเป้าหมายอนาคตของเด็กอย่างเหมาะสม ฉ) สอนพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม ญ) ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิของเด็ก ฎ) สร้างเครือข่ายกับชุมชน

5) การประเมินผลการพยาบาล เน้นผลลัพธ์ที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์ สู้พัฒนาการตามวัยของเด็กในทุกด้าน ใช้เกณฑ์ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับเด็กเป็นแกน ประเมินซ้ำตามเวลาที่กำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล และต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์เกี่ยวกับความสามารถของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

สรุป การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนเป็นการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลและให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม เน้นการให้ครอบครัว/ผู้ดูแลมีส่วนร่วม โดยการปฏิบัติการพยาบาลเน้นไปที่การส่งเสริม/ฝึก กระตุ้นให้เด็กมีการพัฒนาความสามารถในทักษะต่างๆในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งการช่วยเหลือตนเอง ภาษา สังคม เพื่อให้เด็กมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เต็มศักยภาพและการให้ความรู้ สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง

4.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน

การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนเป็นการดูแลเฉพาะที่มีเป้าหมายให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นสามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องมีการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงตามระยะของการดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกจึงเป็นการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวได้อย่างครบถ้วนตามความต้องการการดูแล

4.3.1 ระยะเริ่มแรก (Initial Phase) เด็กมีความต้องการการดูแลมาก

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Outcome)

- 1) บุคคลปัญญาอ่อนมีพัฒนาการด้านร่างกาย และทักษะในการดำรงชีวิตประจำวันในระดับ
ง่ายได้
- 2) บุคคลปัญญาอ่อนได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างเพียงพอและ
เหมาะสม
- 3) บุคคลปัญญาอ่อนมีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน
- 4) ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความวิตกกังวลลดลง ยอมรับบุคคลปัญญาอ่อน ตลอดจนสามารถ
ให้การดูแลบุคคลปัญญาอ่อนขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้

Assessment

- 1) ไม่รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และสิ่งของ
- 2) ไม่รับรู้รูปร่าง ลักษณะ เพศของตนเอง
- 3) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
- 4) ไม่เข้าใจเหตุผล ไม่รู้จักคาดการณ์อนาคต
- 5) ไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและแก้ปัญหาต่างๆได้
- 6) มีปัญหาทางพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเอง / ผู้อื่น หรือสิ่งของ
- 7) สมาธิสั้น ร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ไม่เกิน 5 นาที
- 8) มีความบกพร่องทางการสื่อสาร ทั้งการพูดหรือการใช้ภาษาท่าทาง
- 9) อาจมีภาวะความเจ็บป่วยทางกายอยู่ในภาวะวิกฤติหรือมีภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต
หรือมีความพิการทางกายเพิ่มมากขึ้น

Nursing Intervention

- 1) สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าที่นุ่มนวล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเพื่อประเมินปัญหา /
ความต้องการ
- 2) ประเมินนิเทศแก่บุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัว โดยแนะนำสถานที่ในหอผู้ป่วย บุคลากร
การดำรงชีวิตในโรงพยาบาล กิจกรรมทางการพยาบาลที่จะได้รับ
- 3) ดูแลให้ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
- 4) ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาป้องกันอุบัติเหตุ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลอื่น/
สิ่งของ
- 5) ดูแลช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด จากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บทางกาย
- 6) จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้บุคคลปัญญาอ่อนรู้สึกปลอดภัย ไม่เกิดอันตราย และส่งเสริม
การเรียนรู้

7) กระตุ้นให้เด็กสร้างสัมพันธภาพโดยการทักทาย บอกชื่อและสอนให้รู้จักชื่อตนเอง พ่อแม่ รู้จักสิ่งของของตน รูปร่างลักษณะและเพศของตน

8) ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและการเคลื่อนไหวและฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเอง เริ่มจากเรื่องที่ยากก่อน เช่นการเดิน การทรงตัว หยิบจับ การใส่เสื้อผ้า รับประทานอาหาร เป็นต้น

9) คาดการณ์ความต้องการของเด็กและตอบสนองความต้องการนั้นๆได้อย่างเพียงพอ จนกว่า พัฒนาการทางภาษาจะเกิดและเด็กบอกความต้องการของตนได้

10) คอยสังเกตพฤติกรรมที่ต้องระวังที่สื่อให้ทราบว่าเป็นปัญหา เก็บข้อมูลพฤติกรรม เรียนรู้ แบบแผนการแสดงพฤติกรรม แล้วเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

11) เรียนรู้จากบิดา มารดา สังเกตและพยายามหาความหมายการสื่อสารที่เป็นอวัจนภาษา แล้วอธิบายแก่เด็ก หรือผู้อื่นให้เข้าใจความหมาย ของท่าทาง หรือสัญลักษณ์ที่เด็กใช้ในการสื่อสาร เพื่อให้มีการสื่อความหมายที่มีการเข้าใจกันและกัน

12) ฝึกการมีสมาธิโดยจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยจัดกิจกรรมที่เด็กชอบก่อน นำการเล่นมาผสมผสานการเรียนรู้ ให้เด็กนั่งทำกิจกรรมแล้ว เพิ่มระยะเวลาของกิจกรรม ให้มากขึ้นเรื่อยๆ

13) ให้ความรู้ครอบครัวเรื่องภาวะปัญญาอ่อน วิธีการดูแลและมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

14) สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว/ผู้ดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์

4.3.2 ระยะเวลา (Intermittent Phase) เด็กต้องการการดูแลปานกลาง

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Outcome)

1) บุคคลปัญญาอ่อนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลให้การช่วยเหลือ แนะนำบางครั้ง

2) บุคคลปัญญาอ่อนสามารถเรียนรู้กิจกรรมที่ยาก/ซับซ้อนขึ้นได้

3) บุคคลปัญญาอ่อนมีทักษะในการปรับตัว แก้ไขปัญหาในระดับง่าย ๆ ได้

4) ครอบครัว/ผู้ดูแลมีความรู้ เข้าใจ ยอมรับ และร่วมวางแผนและดูแลเด็กร่วมกับพยาบาลได้

Assessment

1) มีการรับรู้บุคคลและสิ่งของในระดับง่าย ๆ ได้ เช่น รู้จักชื่อเล่นตนเอง รู้จักชื่อบิดา มารดา หรือผู้ดูแล รู้จักสิ่งของที่ตนเองใช้เป็นประจำ

2) รู้จักรูปร่าง หน้าตาตนเอง

3) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ ด้วยตนเองได้ เช่น รับประทานอาหาร แต่งกาย ควบคุมการขับถ่าย

4) ร่วมกิจกรรมกลุ่มได้นานขึ้น อย่างน้อย 15 นาที

5) รู้จักแสดงมารยาททางสังคมที่ง่าย ๆ เช่น การไหว้ทักทายกัน การโบกมืออำลา

6) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น อย่างน้อยสามารถใช้ภาษาท่าทางเพื่อสื่อความต้องการ

ของตนเองได้ในเรื่องการกิน การนอน การขับถ่าย

7) อาจมีปัญหาทางพฤติกรรม แต่ปัญหานั้นไม่เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น

8) อาจมีภาวะความเจ็บป่วยทางกาย แต่การเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรง ไม่เสี่ยงต่อการเกิด

อันตรายต่อ Vital Organs

Nursing Intervention

1) สร้างสัมพันธภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ประเมินและเลือกใช้การบำบัดทางการพยาบาลเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ตามปัญหา/ความต้องการ และศักยภาพ

2) ดูแลให้บุคคลปัญญาอ่อนได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่อง

3) ให้การส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและทักษะการช่วยเหลือตนเองอย่างต่อเนื่องโดยการฝึกต่อเนื่องในเรื่องที่ยากขึ้นหรือเด็กยังทำไม่ได้ เช่น การแต่งกาย การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

4) จัดการกับปัญหาพฤติกรรม โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการให้มีมากขึ้น ใช้หลักการให้แรงเสริมร่วมด้วย

5) ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาทางพฤติกรรมเกิดขึ้น

6) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อกลับไปอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและชุมชนเช่นคนปกติ

7) ดูแลช่วยเหลือฝึกทักษะภาษาและการรับรู้ โดยเริ่มฝึกความเข้าใจภาษาก่อน เช่น ฝึกการเลียนแบบท่าทาง การปฏิบัติตามคำสั่ง แล้วฝึกการใช้ภาษา เช่น การออกเสียงเลียนคำพูด ออกเสียงตามบัตรคำ

8) ดูแลช่วยเหลือฝึกทักษะทางสังคมในเรื่องที่ง่าย ๆ

ก่อน เช่น ทักษะการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มารยาทในการอยู่ร่วมกัน กฎระเบียบสังคม โดยคำนึงถึงศักยภาพเด็กแต่ละคน

9) เปิดโอกาสให้เด็กร่วมกิจกรรมกลุ่มและให้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์

10) ฝึกให้เด็กเรียนรู้จากอุปกรณ์/เหตุการณ์สมมุติหรือจากสถานการณ์จริงตามโอกาส โดยทำให้อุปกรณ์เป็นแบบอย่างเพื่อให้เด็กเลียนแบบ

11) กระตุ้นและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ตำหนิเด็ก

12) ให้แรงเสริมทางบวกแก่เด็ก เมื่อเด็กมีส่วนร่วมในการดูแลหรือปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ สำนึกในคุณค่าของตนและภาคภูมิใจในตนเอง

13) ให้ความรู้แก่ครอบครัว หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะและความต้องการของบุคคลปัญญาอ่อน

14) สอน/ให้การปรึกษาคครอบครัวเป็นรายบุคคล /กลุ่ม เพื่อเสริมสร้างความสามารถเผชิญและจัดการปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวเนื่องกับการดูแลบุคคลปัญญาอ่อน

15) สอน/ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลและประเมินผล

4.3.3 ระยะเวลาก่อนกลับบ้าน (Pre-discharge Phase) เด็กต้องการการดูแลน้อย ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Outcome)

- 1) บุคคลปัญญาอ่อนสามารถดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ
- 2) ครอบครัวมีความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจรวมทั้งมีความมั่นใจ พร้อมทั้งจะรับบุคคลปัญญาอ่อนกลับไปดูแลด้วยตนเองที่บ้าน
- 3) ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนในเรื่องการฝึกทักษะต่างๆแก่บุคคลปัญญาอ่อน การใช้ยา สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา การมาตรวจตามนัด
- 4) บุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัว สามารถดำเนินชีวิตและร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ตามศักยภาพ

Assessment

- 1) มีการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และสิ่งของ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น ชื่อตนเอง พ่อแม่ ผู้ดูแล คนใกล้ชิด รู้จักเวลา ช่วงเวลาใดควรทำกิจกรรมใดบ้าง และสิ่งของต่างๆ ภายในบ้านที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน
- 2) รู้จักรูปร่าง หน้าตา เพศของตนเอง
- 3) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ยังต้องการคำแนะนำบางเรื่อง
- 4) ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้เหมาะสม
- 5) ช่วยเหลืองานบ้านง่ายๆได้ เช่น เทขยะ กวาด ถูพื้น ล้างจาน
- 6) สื่อสารกับผู้อื่นได้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน และเรื่องที่ไม่ซับซ้อนมาก อาจสื่อโดยใช้ภาษา ท่าทางหรือการพูดเพื่อสื่อความหมายให้ผู้อื่นเข้าใจสิ่งตนเองต้องการ รวมทั้งรับรู้และเข้าใจความหมายที่ผู้อื่นสื่อสาร
- 7) รับรู้และเข้าใจเหตุผลง่ายๆได้ รวมทั้งสามารถคาดการณ์อนาคตที่เกิดจากการกระทำที่ไม่ซับซ้อนได้ เช่น ฟ้ามีดครึ้มฝนอาจจะตก ถ้าแย่งของเล่นเพื่อนจะถูกงัดขนม เป็นต้น

Nursing Intervention

- 1) สร้างสัมพันธภาพบำบัดและเลือกใช้การบำบัดทางการพยาบาลเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มตามปัญหาของแต่ละราย เพื่อช่วยเหลือเด็กและครอบครัวในการดำรงชีวิตประจำวันในสังคมตามศักยภาพที่มีอยู่
- 2) ดูแลให้ได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่อง
- 3) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด มุ่งให้ได้กปลอดภัย ส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะการดำรงชีวิต

ประจำวัน เพื่อกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนเช่นคนทั่วไป

4) ให้การส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและทักษะการช่วยเหลือตนเองอย่างต่อเนื่องในเรื่องที่ยากขึ้น เช่น การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดหลัง ขยับถ่าย เป็นต้น

5) ฝึกทักษะภาษาและการรับรู้ ในเรื่องที่ยากขึ้นหรือเด็กยังทำไม่ได้ เช่นการรับคำสั่งที่ซ้อนกัน การพูดเป็นประโยค เพื่อให้เด็กพัฒนาการใช้ภาษามากยิ่งขึ้น

6) ฝึกทักษะทางสังคมในเรื่องที่ยากขึ้นหรือเด็กยังทำไม่ได้ เช่นการปฏิบัติตนเพื่อความปลอดภัย การดำเนินชีวิตในชุมชน และการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย เป็นต้น ทั้งนี้โดยคำนึงถึงศักยภาพเด็ก เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้เด็กสามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

7) ฝึกทักษะพื้นฐานงานบ้าน เช่นการทำความสะอาด กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า เป็นต้น

8) จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้เด็กพัฒนาการแสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ และปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในกลุ่มได้มากขึ้น

9) ให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ

10) จัดประสบการณ์ให้ผู้ดูแลในการฝึกกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาทักษะต่างๆแก่เด็ก โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลและลองฝึกเด็กด้วยตนเอง

11) สอน/ให้การปรึกษาแก่นบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัว เป็นรายบุคคลและกลุ่มเพื่อ ปรึกษาประคองจิตใจและเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของ เด็กและครอบครัวให้สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้น การไปใช้บริการของสถานบริการต่างๆใน ชุมชน หรือสถานบริการที่เป็นเครือข่ายใกล้บ้าน

สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกนี้นับเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ตามความต้องการการดูแลในระยะต่างๆซึ่งระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ การประเมินและกิจกรรมการพยาบาล อย่างครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับบุคคลปัญญาอ่อน ในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง เด็กปัญญาอ่อนมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

5. การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

5.1 ความหมาย แนวคิด วัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

5.1.1 ความหมายของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หมายถึง วิธีการมอบหมายให้พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบ

ผู้ป่วยรายบุคคล พยาบาลจะเริ่มรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่และวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และตลอดเวลาที่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ให้การพยาบาลด้วยตนเองเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน และขณะที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้จะให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้ได้วางไว้ ร่วมมือในการปฏิบัติงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพคนอื่นๆ (Marram, 1974)

ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นวิธีการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาล 1 คน ปฏิบัติหน้าที่อย่างอิสระโดยตนเองเป็นพยาบาลหลักของผู้ป่วยตลอดการอยู่โรงพยาบาล(Yoder– Wise,1999)

5.1.2 แนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้

Marram (1974) ได้เสนอแนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไว้ดังนี้

1) มอบหมายงานโดยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย คำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความสามารถของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน มอบหมายผู้ป่วยแต่ละคนให้กับพยาบาลเฉพาะคนตั้งแต่วันรับผู้ป่วยใหม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมดต่ออัตราส่วนของพยาบาล มีลักษณะ3อย่างคือความเป็นอิสระในตนเอง อำนาจหน้าที่และความสำนึกในภาระหน้าที่

2) พยาบาลเจ้าของไข้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยรวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงจนกระทั่งจำหน่าย

3) พยาบาลเจ้าของไข้ต้องร่วมมือกันปฏิบัติ(collaboration) กับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม โดยวางแผนและประเมินผลการพยาบาล ให้การพยาบาลด้วยตนเองติดตามและปรับปรุงแผนการพยาบาลอยู่เสมอ กรณีไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานพยาบาลผู้ร่วมดูแลเป็นผู้ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้

4) การติดต่อสื่อสารโดยตรงจากพยาบาลเจ้าของไข้ไปยังบุคลากรอื่นๆในทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย ใช้ภาษาพูดหรือการบันทึกก็ได้ พยาบาลเจ้าของไข้ประสานงานกับทีมสุขภาพ ใช้แหล่งประโยชน์อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวได้ประโยชน์มากที่สุด

5) สิ่งที่เป็นจำเป็นในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีดังนี้ 1) แผนการพยาบาล พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง 2) แบบบันทึกและ Kardex 3) แผ่นป้ายเจ้าของไข้ แสดงจำนวนที่มอบหมายผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ 4) แผ่นชื่อพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ติดไว้ประจำเตียง

6) บทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่สำคัญๆในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

พยาบาลหัวหน้าห้วหน้าตึก ควบคุมคุณภาพการพยาบาล และดำเนินงานให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ มีลักษณะผู้นำ สามารถจูงใจ เห็นความสำคัญในการพัฒนาบุคลากร เชี่ยวชาญการใช้กระบวนการพยาบาล ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาล

พยาบาลเจ้าของไข้ ให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่อง วางแผนการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงและตลอดไป ตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่าย ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลและปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

พยาบาลผู้ร่วมดูแล มีบทบาทที่สำคัญที่จะดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องโดยดูแลผู้ป่วยตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดไว้ เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่อยู่ เช่น เวรหยุด และสามารถที่จะปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยได้ตามความจำเป็น

Manthey (1973) กล่าวถึงหลักการของการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ว่า

- 1) พยาบาลคนหนึ่งตัดสินใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจำนวนหนึ่งตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้รวบรวมข้อมูลและวางแผนการพยาบาลตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย
- 2) พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้งที่ขึ้นปฏิบัติงาน นอกเวลาปฏิบัติงานมอบหมายให้พยาบาลผู้ช่วยปฏิบัติตามแผนการพยาบาล
- 3) มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้การพยาบาลคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง โดยแผนการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาล
- 4) หัวหน้าตึกเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำ ผู้ปฏิบัติงาน ตรวจสอบความเที่ยงตรงและให้ความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร

สรุปแนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทั้งของ Marram และ Manthey มีความคล้ายคลึงกันคือพยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย วางแผนและปฏิบัติด้วยตนเอง มีการติดต่อสื่อสารการดูแล แต่ Marram ให้แนวคิดที่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของทีมงานสุขภาพทุกคน ระบุกระบวนการที่เป็นแนวทางอย่างละเอียดเหมาะสำหรับการนำไปใช้ได้ดี

5.1.3 วัตถุประสงค์ของการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้

- 1) การพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ตามกระบวนการพยาบาล คือ วางแผน นำแผนการดูแลไปปฏิบัติและการประเมินการดูแล
- 2) สำคัญในภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Accountability of patient care) มอบหมายหน้าที่ให้กับบุคลากรพยาบาลโดยพิจารณาจากความสามารถและทักษะของพยาบาลแต่ละคนอย่างเหมาะสม โดยมีวิธีการดังนี้
- 3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of patient care) ความต่อเนื่องของการดูแลเกิดจากการมอบหมายผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลเจ้าของไข้คนใดคนหนึ่งทำหน้าที่ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและประสานงานกับบุคลากรต่างๆให้การดูแลเป็นไปตามที่กำหนดไว้

4) ให้การดูแลที่สมบูรณแบบ(Comprehensive patient care) เป็นองค์รวม (Holistic) มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม พิจารณา ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

5) การประสานการดูแลผู้ป่วย(Coordination of patient care) กับบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด ใช้ประโยชน์จากบุคลากร และทรัพยากรต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกับบุคลากรอื่นๆ

6) การพัฒนาบุคลากร(Staff development) กระตุ้นและส่งเสริมให้พยาบาลเจ้าของใช้การพัฒนาความรู้และการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม (Marram,1974)

5.2 หลักการ วิธีปฏิบัติ และข้อดี ข้อด้อยในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

5.2.1 หลักการ และวิธีปฏิบัติในระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

Marram (1974) กล่าวถึงหลักการดูแลตามแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย

1) ลักษณะโครงสร้างขององค์กรจะต้องมีการกระจายอำนาจ หรือมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบไปสู่บุคลากรระดับปฏิบัติอย่างเหมาะสม และแสดงไว้อย่างชัดเจน หัวหน้าหอผู้ป่วย รายงานตรงต่อผู้อำนวยการหรือหัวหน้าพยาบาล มีอิสระในการปฏิบัติงาน และกระจายหน้าที่รับผิดชอบไปสู่พยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีที่ปรึกษาคือพยาบาลนิเทศ ผู้ช่วยหัวหน้าตึก และผู้ประสานงาน

2) แนวทางติดต่อสื่อสาร ใช้การติดต่อสื่อสารด้วยวาจา ใช้แผนการพยาบาลและใช้การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล นำครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทสำคัญด้วย การติดต่อสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยเริ่มต้นทันทีเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจต่อสภาวะโรคของผู้ป่วยเป็นอย่างดี รับผิดชอบตนเองในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม พยาบาลเจ้าของไข้เสมือนที่ปรึกษาของครอบครัว และประสานการดูแลกับบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆทั้งในและนอกโรงพยาบาล

3) การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ พยาบาลเจ้าของไข้จะรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลตั้งแต่รับผู้ป่วยใหม่ ส่วนพยาบาลผู้ร่วมดูแลจะดูแลผู้ป่วยเฉพาะเวลาที่เจ้าของไข้ไม่ขึ้นปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้ป่วย 1 คน จะมีผู้ดูแล คือพยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน และพยาบาลผู้ร่วมดูแล 2 – 3 คน รวมทั้งสิ้น 4 คน เป็นอย่างมาก

4) การบันทึกและรายงาน พยาบาลเจ้าของไข้ หรือพยาบาลผู้ร่วมดูแลบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละเวลาอย่างถูกต้องเหมาะสม

MacGuire (1989) กล่าวว่าข้อปฏิบัติตามหลักการของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้มีดังนี้

1) ผู้ป่วยแต่ละคนจะได้รับการจัดแบ่งให้กับพยาบาลเจ้าของไข้ ตั้งแต่แรกรับเข้าอนใน

หอบผู้ป่วย จนกระทั่งกลับบ้านหรือย้ายไปหน่วยงานอื่น พยาบาลแนะนำตัวและทำความรู้จักกับผู้ป่วยโดยผู้ป่วยทราบว่ามีการพยาบาลรับผิดชอบดูแล

2) พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หมายถึง มีการวางแผนการดูแลไว้อย่างต่อเนื่อง เมื่อพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน แต่ได้มีการประสานงานเรื่องการดูแลกับบุคลากรพยาบาลคนอื่นให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย

3) พยาบาลเจ้าของไข้รับผิดชอบในการประเมินวางแผนการพยาบาล ประเมินผลทางด้าน การพยาบาลและปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลให้ถูกต้อง

4) วางแผนและประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับทีมบุคลากรทางด้านการแพทย์พร้อม กับผู้ป่วยและญาติ

5) รับผิดชอบต่อผลการดูแลซึ่งได้จากการร่วมประสานงานกับทีมสุขภาพอื่น

6) พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลด้วยตนเองเมื่อขึ้นปฏิบัติงาน ในกรณีที่ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานจะเป็นหน้าที่ของพยาบาลผู้ร่วมดูแลหรือพยาบาลคนอื่น

7) มีพยาบาลผู้ร่วมดูแลรับผิดชอบดูแลร่วมกันตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ป่วย 1 คนจะมีผู้ดูแล คือ พยาบาลเจ้าของไข้ 1 คน และพยาบาลผู้ร่วมดูแล 2-3 คน

8) ถ้ามีนักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติงาน จัดให้นักศึกษาดูแลร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้

9) พยาบาลเจ้าของไข้จะปรึกษาพยาบาลผู้ชำนาญการเฉพาะทาง ในด้านการวางแผน และประเมินผลด้านการพยาบาล

10) พยาบาลเจ้าของไข้ ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในทุกด้านอย่างเหมาะสม

สรุปวัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการกระจายอำนาจโดยหัวหน้าหอบผู้ป่วยมอบหมายให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งคำนึงถึงความเหมาะสมตามจำนวนผู้ป่วยและความสามารถของพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลโดยครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มแรก วางแผนการพยาบาล ติดต่อสื่อสารที่ดี ประชุมปรึกษาปัญหาการดูแล และบันทึกรายงาน เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่องสมบูรณ์แบบเป็นองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

5.2.2 ข้อดีและข้อด้อยของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

ข้อดีของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการกระจายความรับผิดชอบ ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการทำงาน เกิดความพึงพอใจในงาน เพราะได้ใช้ความรู้ความสามารถเต็มที่ มีอิสระในการตัดสินใจภายในขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพของการบริการที่ดี รู้สึกภาคภูมิใจต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วย พยาบาลเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้การวางแผนการพยาบาลสมบูรณ์มากที่สุดและผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง พึงพอใจ

ต่อบริการที่ได้รับมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูตนเอง (Yoder-Wise, 1999; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

ข้อเสียของระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลวิชาชีพอาจจะไม่มีประสบการณ์หรือพื้นความรู้ที่จะจัดการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้นองค์กรจึงต้องให้การศึกษาแก่บุคลากรเพื่อความพร้อมสำหรับบทบาทนี้ พยาบาลบางกลุ่มไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง และต้องใช้พยาบาลวิชาชีพเป็นจำนวนมาก (Yoder-Wise, 1999; นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2545)

สรุปแนวคิดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดมีแนวทางคล้ายคลึงกันคือเป็นการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมเป็นองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ประชุมปรึกษาและติดต่อสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์แบบ จะเห็นว่าแนวคิดของ Marram (1974) บอกระบวนการ ขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน นำมาใช้ในการจัดการดูแลและปฏิบัติการพยาบาลในเด็กปัญญาอ่อนได้เหมาะสมที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาใช้เป็นกระบวนการในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก ตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ มาใช้ในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ

6. ความพึงพอใจของครอบครัว/ผู้ดูแล

6.1 ความหมายและแนวคิดความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล คือ เจตคติที่สะท้อนถึงระดับของความสอดคล้องกันในความคาดหวังของผู้รับบริการกับการพยาบาลที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้รับบริการ (Risser, 1975)

ความพึงพอใจในการพยาบาลหรือการดูแล ประกอบด้วย ลักษณะและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ความละเอียดความสมบูรณ์ การให้ข้อมูลต่างๆ ความสุภาพ ลักษณะที่เป็นมิตร ความเอาใจใส่และการยอมรับ (Ware cited in Eriksen, 1995)

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือชื่นชอบของผู้รับบริการซึ่งเป็นประสบการณ์รวมที่ผู้รับบริการได้จากการที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการและสอดคล้องกับความต้องการของเขา (Brown, 1992 อ้างถึงใน จิรภัค สุวรรณเจริญ, 2545)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นการประเมินบริการของผู้ให้บริการ เปรียบเทียบมาตรฐานของตนกับสิ่งที่ได้รับนั้นตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของตนหรือไม่ (Eriksen, 1995)

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจหมายถึงระดับความคิดหรือความรู้สึกยินดี ชื่นชอบของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลที่แสดงออกต่อบุตรและต่อตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยรวม

Maslow (1970) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ไว้ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด

เป็นธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการอย่างหนึ่ง ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว จะมีความต้องการอย่างอื่นเข้าแทนที่เป็นเช่นนี้เรื่อยไป นั่นคือ เมื่อเกิดความปรารถนาขึ้น ก็จะมีแรงขับการกระทำก็จะถูกปลุกเร้าแล้วจะเกิดความพอใจขึ้น จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆของบุคคลที่จะปรากฏขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคลและเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูง

การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาลที่นับว่าเป็นการศึกษาเริ่มแรกที่มีคุณค่าทางการพยาบาล ได้แก่ การศึกษาของ Abdallah & Levine(1957) ซึ่งพบว่าปัจจัย 5 ประการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยคือประสิทธิภาพของโครงสร้างองค์กร ความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ความสามารถและคุณสมบัติของพยาบาล และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย จากการศึกษากลับครั้งต่อมาก็พบว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญกับบุคลิกภาพของพยาบาล ความรวดเร็วและประสิทธิภาพของบริการ ความรู้ และทักษะ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่พอใจมากที่สุดคือ การตอบสนองความต้องการหรือการร้องขอของผู้ป่วยช้า (Tagliacozzo cited in Eriksen, 1988)

พรจันท์ สุวรรณชาติ (2530) สรุปความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อบริการพยาบาลไว้ดังนี้

1. ผู้ให้บริการเป็นผู้ที่มีความสามารถทางวิชาชีพ สามารถให้ความมั่นคงปลอดภัยและเอาใจใส่ผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ
2. ผู้ให้บริการเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ผู้รับบริการประสงค์ที่จะมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล และต้องการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาพยาบาลของตนเอง
4. ผู้รับบริการประสงค์จะได้รับความช่วยเหลือเมื่อต้องการ และบางโอกาสต้องการดำรงความเป็นอิสระแก่ตน จึงคาดหวังว่าผู้ให้บริการจะสามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้เหมาะสม
5. ผู้ให้บริการให้การยอมรับผู้รับบริการในฐานะบุคคล และตระหนักถึงสิทธิของผู้รับบริการเสมอ (สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต, 2540)

Eriksen (1988) กล่าวว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นการประเมินการบริการของผู้ให้บริการ และการบริการมีการเปรียบเทียบมาตรฐานของตนกับสิ่งที่ได้รับนั้นตอบสนองความต้องการของตัวเองหรือไม่ แบ่งเป็นความพึงพอใจในบริการพยาบาล 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. ศิลปะการดูแล หมายถึงกระบวนการหรือการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลด้วยความอ่อนโยน มีความสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วย เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย
2. คุณภาพการดูแลทางเทคนิค หมายถึง ทักษะและความรู้ความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐานเช่นการอธิบายขั้นตอนและให้เหตุผลก่อนการปฏิบัติพยาบาล
3. ความพร้อมในการบริการ หมายถึง การตรวจสอบและประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยเพื่อสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามสภาพของผู้ป่วย และสนองความต้องการผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง การจัดเตรียมสิ่งของอุปกรณ์ตามความจำเป็นของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย และมีการควบคุมแสงสว่าง อุณหภูมิ และเสียง ให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย

5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลและการปฏิบัติการณ์ที่มีการประสานงานที่ดี เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

6. ประสิทธิภาพ หรือผลลัพธ์ของการดูแล หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ และการสอน รวมทั้งการสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้

จะเห็นว่าแนวคิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของ Eriksen ครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่เด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดนี้มาใช้ในการวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลเพราะผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้บริการเพราะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือหลักแก่เด็ก คุ่มครองดูแลและตัดสินใจแทนเด็กในกรณีที่เป็นเรื่องซับซ้อน การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนจึงต้องให้การพยาบาลแก่ครอบครัว/ผู้ดูแลไปพร้อมๆกัน ดังนั้นความพึงพอใจของครอบครัว/ผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่วัดคุณภาพบริการได้

สรุป ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนเป็นระดับความรู้สึกยินดี ซึ่งชอบของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลที่แสดงออกต่อบุตรและต่อตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยรวมจากการได้พบปะ พูดคุย มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเมื่อพยาบาลให้บริการได้ตรงตามความต้องการซึ่งต้องประกอบด้วย ศิลปะในการดูแลที่พยาบาลอ่อนโยน สนใจ เอาใจใส่ คุณภาพการดูแลที่ดีและต่อเนื่อง มีความพร้อมในการบริการอยู่เสมอ จัดสภาพแวดล้อมได้เหมาะสม ผลลัพธ์การดูแลที่ตอบสนองของความต้องการได้ ความพึงพอใจของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่วัดคุณภาพของบริการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนได้

6.2 เครื่องมือวัดความพึงพอใจ

Aday&Anderson (1971) ได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประการว่า ผู้รับบริการจะเกิดความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ ต่อการประสานงานของการบริการ ต่ออรรถยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ ต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ ต่อคุณภาพการบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (จิรภาค สุวรรณเจริญ, 2545)

Servellen (1988) กล่าวว่า Individualized Care Index (ICI) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาล โดยวัดที่พยาบาลเป็นการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่มีทั้งหมด 45 ข้อคำถาม ผลที่ออกมาจะบอกถึงการดูแลของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

Eriksen (1988) กล่าวว่า Measuring Patient Satisfaction with Nursing Care: A Magnitude Estimation Approach เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการพยาบาลวัดที่ผู้ใช้บริการเป็นการประเมินผลการพยาบาลจากการรับรู้ของผู้ใช้บริการทั้งหมด 6 ด้าน มีข้อคำถาม 35 ข้อ ได้แก่ ศิลปะการดูแล คุณภาพการดูแลทางเทคนิค ความพร้อมในการบริการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิภาพ หรือผลลัพธ์ของการดูแล

สรุปว่าความพึงพอใจของครอบครัว/ผู้ดูแล เป็นความสำเร็จประการหนึ่งของผู้ให้บริการที่สามารถให้บริการตามความคาดหวังได้ จึงเป็นปัจจัยสำคัญในประการหนึ่งที่จะชี้วัดคุณภาพบริการได้ ผู้วิจัยจึงเลือกแบบวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของ Eriksen มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้

7. การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับบุคคลปัญญาอ่อน

จากความรู้เรื่องบุคคลปัญญาอ่อน แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน การพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก จึงได้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับบุคคลปัญญาอ่อนดังนี้

7.1 คุณสมบัติของพยาบาล

พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ทุกคน ต้องมีความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นอย่างดีหรือผ่านการอบรมเรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้และมีคุณสมบัติคือ

หัวหน้าหอผู้ป่วย ในฐานะเป็นผู้ควบคุมคุณภาพการพยาบาลและดำเนินการให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ จะต้องมีลักษณะเป็นผู้นำ เชี่ยวชาญในการใช้กระบวนการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก สามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติต่างๆ ได้ดี

พยาบาลเจ้าของไข้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน และสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกได้ครบถ้วน มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถติดต่อประสานงานกับผู้ร่วมงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลได้ดี

พยาบาลผู้ร่วมดูแล เป็นพยาบาลเทคนิคที่มีประสบการณ์ให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อน และสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกได้ครบถ้วน

ผู้ร่วมดูแล เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่มีประสบการณ์ให้การดูแลเด็กปัญญาอ่อนและสามารถปฏิบัติการดูแลตามแผนการพยาบาลที่พยาบาลเจ้าของไข้วางไว้ได้ครบถ้วน

7.2 เป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับบุคคลปัญญาอ่อนมีเป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ดังนี้

7.2.1 ด้านเด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแล มีเป้าหมายและผลลัพธ์คือ

- 1) เด็กปัญญาอ่อนมีพัฒนาการด้านร่างกาย ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างเหมาะสม ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- 2) เด็กปัญญาอ่อนสามารถดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ
- 3) ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้าใจ ยอมรับ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล
- 4) ครอบครัว ผู้ดูแลมีความรู้ สามารถดูแลเด็กปัญญาอ่อนในการฝึกทักษะต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

- 5) เด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตและร่วมกิจกรรมในชุมชนได้

7.2.2 ด้านการพยาบาล มีเป้าหมายและผลลัพธ์คือ

- 1) การมอบหมายงานที่คำนึงถึงความสามารถของพยาบาล และความต้องการความยากง่ายของผู้ป่วย โดยให้พยาบาลมีอำนาจหน้าที่ในการจัดการดูแลอย่างอิสระ
- 2) บุคลากรพยาบาลมีความสำนึกในหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กปัญญาอ่อน รับผิดชอบต่อหน้าที่และปฏิบัติตามบทบาทนั้นได้ครบถ้วน ตลอดจนร่วมมือกันในการดูแล
- 3) ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม เป็นองค์รวมโดยยึดความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการครบถ้วน
- 4) การประสานงานการดูแลที่รวดเร็ว ติดตามและประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง และปรับวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมทันเหตุการณ์อยู่เสมอ
- 5) พยาบาลเกิดการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล

7.3 วิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

วิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้มี 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการปฏิบัติตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้

หัวหน้าหอผู้ป่วย ประชุมกับทีมการพยาบาล ซึ่งได้แก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อจัดการดูแลผู้ป่วยตามแผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1) การจัดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

หัวหน้าหอผู้ป่วย

1.1) ประชุมทีมการพยาบาล ทบทวนบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน และขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.2) มอบหมายงานให้ทีมพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งมี 3 คนเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน รับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อน 7 คน/พยาบาล 1 คน และพยาบาลวิชาชีพอีก 1 คน รับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อน 6 คน พยาบาลเทคนิคเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลซึ่งมอบหมายโดยจับคู่กับพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้ร่วมดูแลในเวรเข้ามามอบหมายเป็นเวรตาม

จำนวนคนที่ขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ได้เด็กปัญญาอ่อนที่เป็นคนเดิม และในเวรบายเด็กผู้ร่วมดูแล รับผิดชอบดูแลเด็กตามมอบหมาย ซึ่งการมอบหมายประเมินจากความสามารถ หรือศักยภาพของ บุคลากรพยาบาลแต่ละคนและความยากง่ายหนักเบาของผู้ป่วย แล้วมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเป็น รายบุคคลตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ตามความเหมาะสมในแบบมอบหมายงานประจำ สัปดาห์และประจำวัน ระบุกิจกรรมอื่นๆที่จัดขึ้นในแต่ละวันด้วย เช่นการประชุมปรึกษา เป็นต้น

1.3) จัดการให้ทีมพยาบาลทุกคนรับทราบบทบาทหน้าที่ โดยให้อ่านบทบาทบทบาท หน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในแบบแสดงบทบาทหน้าที่ แล้วเซ็นรับทราบในแบบมอบหมาย ทีมพยาบาล จัดเตรียมเอกสารและเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ โดย

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล เตรียมแบบฟอร์มที่ใช้ในการปฏิบัติทั้งหมด ผู้ช่วยเหลือคนไข้(ผู้ร่วมดูแล) เตรียมแผนป้ายเจ้าของไข้แล้วติดแสดงไว้ในหอผู้ป่วย และ แผนชื่อพยาบาลเจ้าของไข้และผู้ป่วยในรับผิดชอบนำไปติดหน้าห้องฝึกทักษะ

2) ประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วย

พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ใน ความรับผิดชอบ และประเมินเพิ่มเติมตามความต้องการการพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไป

2.1) รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ และยึดแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางการประเมิน

2.2) จัดหมวดหมู่ข้อมูลและลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ทั้งนี้โดยยึดแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทาง

3) วางแผนการพยาบาล

พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางปฏิบัติ

3.1) กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลอย่าง ครอบคลุมเป็นองค์รวม ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางในการวางแผน บันทึก แผนการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล

3.2) ติดต่อสื่อสารกับพยาบาลผู้ร่วมดูแล เจ้าหน้าที่ผู้ร่วมดูแลให้ทราบแผนการพยาบาล เพื่อให้ปฏิบัติตรงกัน

3.3) มีการปรับแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาผู้ป่วย หลังจากนำแผนไปปฏิบัติแล้วยัง มีปัญหาที่แก้ไขได้ไม่ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติการพยาบาล มี กิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก 6 กิจกรรมคือ

1) สร้างสัมพันธภาพบำบัด

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าที่นุ่มนวล ยิ้มให้ สบตา ทักทายเรียกชื่อเด็กอย่างถูกต้อง และแนะนำตัวพยาบาล กระตุ้นให้เด็กรู้จักทักทายและ มองสบตา อย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอน สม่่าเสมอ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดย

- 1.1) พยาบาลประเมินความรู้สึกของตนเองเพื่อให้ตระหนักในความเป็นตัวของตัวเอง
- 1.2) รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติหรือรายงานผู้ป่วยเพื่อเป็น ข้อมูลในการวางแผนหรือกำหนดวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพ
- 1.3) กำหนดวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพบำบัด
- 1.4) แนะนำตนเองด้วยท่าที่นุ่มนวล ทักทายเรียกชื่อเด็กอย่างถูกต้อง เพื่อสร้าง ความคุ้นเคยและไว้วางใจ ให้รู้จักกัน
- 1.5) สนทนาด้วยเรื่องทั่วๆไปเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย และเปิดโอกาสให้เด็กได้พูดคุย เรื่องราวต่างๆ
- 1.6) กระตุ้นให้เด็กรู้จักทักทาย มองสบตา และทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน
- 1.7) ปฏิบัติต่อเด็กอย่างสม่ำเสมอ ให้การยอมรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนโดยไม่ตัดสินหรือ ตำหนิ สม่่าเสมอ และจริงใจ เพื่อให้เด็กไว้วางใจและมีการพัฒนาศักยภาพของตนอย่างเต็มที่

2) ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านที่บกพร่องและฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเอง พยาบาลเจ้าของไข้

- 2.1) ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยดูแลให้ เด็กได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลความสุขสบายและสุขอนามัย ให้กำลังใจ ประคับประคองเมื่อมีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ
- 2.2) ให้การส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวและทักษะการ ช่วยเหลือตนเองอย่างต่อเนื่อง โดย ฝึกทักษะการช่วยเหลือโดยให้เด็กได้เรียนรู้ทีละอย่าง โดยใช้ คำอธิบาย หรือคำสั่งอย่างง่ายที่เป็นรูปธรรม เป็นขั้นตอน ค่อยๆเพิ่มการฝึกทักษะเรื่องอื่นๆ เมื่อ เด็กสามารถปฏิบัติทักษะในเรื่องที่ฝึกได้เป็นอย่างดีแล้ว ชมเชย หรือให้รางวัลเมื่อเด็กปฏิบัติได้
- 2.3) ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เหมาะสม เมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยทางกาย

หลักการฝึกบุคคลปัญญาอ่อน

- 1) การฝึกควรฝึกจากสิ่งที่ย้ำไปยาก และฝึกทีละเรื่องจนเด็กสามารถปฏิบัติในเรื่องที่ ฝึกได้แล้วจึงฝึกเรื่องต่อไป
- 2) ควรฝึกแบบระบบย่อยหลังจากขั้นสุดท้ายต่อเนื่องไปถึงขั้นแรก
- 3) ควรฝึกโดยใช้หลักการเรียนรู้ คือ กำหนดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ต้องการให้ เกิดขึ้น ศึกษาภูมิหลัง ประเมินความสามารถก่อนฝึก แล้วดำเนินการฝึกเป็นขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 : ขั้นนำ สนทนาและสร้างความคุ้นเคย อธิบายเรื่องที่จะฝึก บอกวัตถุประสงค์ แนะนำอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฝึก เพื่อให้บุคคลปัญญาอ่อนเห็นของจริงและเกิดความกระตือรือร้นที่จะฝึก จัดท่าก่อนเริ่มฝึก

ขั้นที่ 2 : ขั้นฝึก ใช้การสาธิตทีละขั้นตอน โดยใช้คำพูดง่ายๆ ประโยคสั้นๆ อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย พูดซ้ำๆ พูดซ้ำๆ และหลายๆ ครั้ง จนครบทุกขั้นตอน ผู้ฝึกให้บุคคลปัญญาอ่อนปฏิบัติตามโดยการเลียนแบบทีละขั้นตอนจนครบทุกขั้นตอนที่กำหนดไว้ ถ้าบุคคลปัญญาอ่อนทำไม่ได้ในขั้นตอนใด ผู้ฝึกจะช่วยชี้แนะและช่วยเหลือ (Coaching) จนสามารถทำตัวเองทีละขั้นตอน จนครบทุกขั้นตอน เสริมแรงบุคคลปัญญาอ่อนทุกครั้งที่ทำตัวเอง

ขั้นที่ 3 : ขั้นสรุป ผู้ฝึกและเด็กปัญญาอ่อนช่วยกันสรุปเรื่องที่ฝึก พร้อมทั้งให้บุคคลปัญญาอ่อนทำเองตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย เมื่อบุคคลปัญญาอ่อนทำตัวเองให้การเสริมแรงอีกครั้ง

การประเมินผล ผู้ฝึกให้บุคคลปัญญาอ่อนแสดงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ฝึก ตั้งแต่ขั้นแรกจนถึงขั้นสุดท้าย โดยผู้ฝึกประเมินผลลงในแบบประเมินผล ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3) จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสม

พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลจัดสภาพภายในหอผู้ป่วยให้ปราศจากอันตราย ลดสิ่งกระตุ้นปัญหาพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งเพื่อให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสม ตามระดับสติปัญญาและระดับพัฒนาการของเด็กในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กปัญญาอ่อน ทำได้โดย

3.1) จัดห้องฝึกให้สะอาด การวางโต๊ะเก้าอี้เป็นระเบียบ สภาพพร้อมใช้งาน ของเล่นที่ใช้ในการฝึกอยู่ในสภาพดีไม่ชำรุด และเก็บเป็นระเบียบ ไม่หล่นกระจายตามพื้นห้องเพื่อป้องกันเด็กเหยียบลิ้นหกล้ม หรือนำของเล่นที่ไม่ได้เก็บเข้าที่มาปาเล่น

3.2) จัดห้องฝึกที่ส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ โดยมีภาพประกอบการฝึกที่สวยงาม ผนังห้องสีสว่าง ม่านหน้าต่างสีสว่างเพื่อให้แสงสว่างเพียงพอ ของเล่นและอุปกรณ์ที่ใช้ฝึกมีสีสันสวยงามสะดุดตา

3.3) ไม่ให้ของมีคม หรือของใช้ที่มีขนาดเล็กที่เด็กจะหยิบชวยได้ ของใช้ประจำวันควรเป็นของที่ไม่แตก ไม่หักง่าย และอยู่ใกล้มือหยิบใช้ได้ไม่ต้องเอื้อม

3.4) ในกรณีที่เด็กมีอาการชักร่วมด้วยสภาพแวดล้อมและของใช้ในห้องพัก หรือในหอผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการบุนวม ตามความจำเป็น

3.5) ในกรณีของเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากการป้องกันข้างต้น พยาบาลต้องป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นด้วยการเรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หากอาการนำของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

4) ส่งเสริมพัฒนาทักษะในการใช้ภาษา

พยาบาลเจ้าของไข้ฝึกทักษะภาษาและการรับรู้ที่ละเอียดเรื่องจากง่ายไปยากตามแผนการพยาบาล ซึ่งต้องพิจารณาจากศักยภาพของเด็กและความต้องการของผู้ดูแลเด็ก โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางปฏิบัติ โดย

4.1) ดูแลช่วยเหลือฝึกทักษะภาษาและการรับรู้ โดยฝึกความเข้าใจภาษา เช่น ฝึกการเลียนแบบท่าทาง การปฏิบัติตามคำสั่ง และฝึกการใช้ภาษา เช่น การออกเสียงเลียนคำพูด ออกเสียงตามบัตรคำ

4.2) คาดการณ์ความต้องการของเด็กและตอบสนองความต้องการนั้นๆ ได้อย่างเพียงพอจนกว่าพัฒนาการทางภาษาจะเกิดและเด็กบอกความต้องการของตนได้

4.3) เรียนรู้จากบิดา มารดา และพยายามสังเกตและหาความหมายการสื่อสารที่เป็นอวัจนภาษา

4.4) อธิบายแก่เด็ก หรือผู้อื่นให้เข้าใจความหมาย ของท่าทาง หรือสัญลักษณ์ที่เด็กใช้ในการสื่อสาร เพื่อให้มีการสื่อความหมายที่มีการเข้าใจกันและกัน

4.5) ใช้ภาษาพูดที่ง่าย สั้น ในการอธิบาย หรือบอกเด็กให้ทราบว่า พฤติกรรมการสื่อสารใดที่เป็นที่ยอมรับ และพฤติกรรมใดต้องปรับปรุง

หลักการส่งเสริมพัฒนาทักษะในการใช้ภาษา ประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือฝึกทักษะด้านความเข้าใจภาษา เช่น การเลียนแบบท่าทาง การปฏิบัติตามคำสั่ง และการฝึกทักษะการใช้ภาษา เช่นการออกเสียงเลียนคำพูด ออกเสียงตามบัตรคำ โดยมีวิธีการดังนี้

1) ฝึกด้านความเข้าใจภาษา แสดงถึงการรับรู้และเข้าใจในการสื่อความหมาย สิ่งที่เกิดขึ้นได้ว่าเด็กมีทักษะด้านความเข้าใจก็คือ การเลียนแบบท่าทาง การปฏิบัติตามคำสั่งได้

2) ฝึกด้านการใช้ภาษา เป็นการออกเสียงพูดหรือแสดงท่าทางที่มีความหมาย เพื่อใช้ในการสื่อความหมายให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเองต้องการอะไร การฝึกทักษะด้านภาษาและการรับรู้ต้องฝึกด้านความเข้าใจก่อนระยะหนึ่งแล้วจึงฝึกทักษะการใช้ภาษาตามและควบคู่กันไป จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ได้ดีขึ้น

5) ส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคม

พยาบาลเจ้าของไข้ฝึกทักษะทางสังคมที่ละเอียดเรื่องจากง่ายไปยาก

5.1) ดูแลช่วยเหลือฝึกทักษะทางสังคม เช่นทักษะการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มารยาทในการอยู่ร่วมกัน กฎระเบียบสังคม และการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยคำนึงถึงศักยภาพเด็ก

5.2) เปิดโอกาสให้เด็กร่วมกิจกรรมกลุ่มและให้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์

5.3) ฝึกทักษะพื้นฐานงานบ้านที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ เช็ดโต๊ะ เก้าอี้ ล้างจาน ซ้อน ซักเสื้อผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น จัดการกับปัญหาพฤติกรรม คอยสังเกตพฤติกรรมที่ต้องระวังที่สื่อให้ทราบว่าเป็นปัญหา แล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.4) กระตุ้นและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ตำหนิเด็ก

5.5) ฝึกให้เด็กเรียนรู้จากอุปกรณ์/เหตุการณ์สมมุติหรือจากสถานการณ์จริงตามโอกาส

5.6) จัดการกับปัญหาพฤติกรรม คอยสังเกตพฤติกรรมที่ต้องระวังที่สื่อให้ทราบว่าเป็นปัญหา แล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกรณีเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว เรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หาอาการนำของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

6) ให้ความรู้ สอน ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล พยาบาลเจ้าของไข้ พุดคุยนัดหมายกับผู้ดูแลล่วงหน้า เพื่อให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลในหอผู้ป่วย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยยึดวันเวลาตามความสะดวกของผู้ดูแล ซึ่งกิจกรรมดังนี้

6.1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลอย่างเป็นมิตร อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

6.2) ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุคคลปัญญาอ่อน แผนการพยาบาล สิ่งฝึกให้ตอบปัญหาข้อสงสัยในการฝึก ให้กำลังใจในการดูแลเด็ก

6.3) สอนและจัดประสบการณ์ในการฝึกกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาทักษะต่างๆแก่เด็กโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลและลองฝึกเด็กด้วยตนเอง

6.4) สอน แนะนำ และ/หรือให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว/ผู้ดูแล ในเรื่องวิธีการฝึกทักษะต่างๆแก่บุคคลปัญญาอ่อน การใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การมาตรวจตามนัด

ในกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม การปฏิบัติของพยาบาลผู้ร่วมดูแล คือในกรณีพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลปฏิบัติกรพยาบาลเช่นเดียวกับพยาบาลเจ้าของไข้ทุกข้อ และขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแล ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยดูแลและฝึกเด็ก ตลอดจนอำนวยความสะดวก โดย

- ดูแลเด็กคนอื่นๆในกลุ่ม และหรือช่วยฝึกทบทวน หรือฝึกเรื่องอื่นๆตามแผน ขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้กำลังฝึกทักษะเด็กอีกคน

- ช่วยจัดเตรียมและเก็บอุปกรณ์ในการฝึกทักษะ

ขั้นตอนที่ 3 การประชุมปรึกษาและบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล

หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลมีการประสานความร่วมมือในการดูแล บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำปัญหาในการดูแลที่มีอยู่ สู่การประชุมปรึกษา

1) ประสานงานการดูแล

หัวหน้าหอผู้ป่วยรับส่งเวรร่วมกับบุคลากรพยาบาลเพื่อรับทราบ และรวบรวมข้อมูลสำคัญ

เกี่ยวกับผู้ป่วยและการพยาบาล ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล ประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา

พยาบาลเจ้าของไข้

1.1) สื่อสารแผนการดูแลให้ทีมการพยาบาลคนอื่นทราบตรงกัน มอบหมายการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ให้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแลในขณะที่ยังไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2) ติดต่อประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม เป็นองค์รวม รวมทั้งนิเทศพยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในการดูแลผู้ป่วย

2) บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล

2.1) ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและการช่วยเหลือ

2.2) บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งหมดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบบันทึกทางการพยาบาล

3) ประชุมปรึกษา

พยาบาลเจ้าของไข้นำปัญหาการดูแลมาประชุมร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ร่วมดูแล และผู้ร่วมดูแลร่วมกันแสดงความรู้ ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ร่วมดูแล จัดประชุมปรึกษาร่วมกันดังนี้

3.1) Pre-Post Conference หรือประชุมปรึกษาจากคาร์เด็กซ์ทุกวัน

พยาบาลเจ้าของไข้พูดถึงแผนการพยาบาลประจำวัน ให้นักลการพยาบาลทุกคนได้ทราบเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมด เช่น ความต้องการและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ สามารถตรวจสอบสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้จากคาร์เด็กซ์

3.2) Case Conference

พยาบาลเจ้าของไข้เสนอข้อมูลประวัติ การประเมินปัญหา แผนการพยาบาล การพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วย ปัญหาในการดูแล ให้ทีมการพยาบาลร่วมอภิปรายและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขที่เหมาะสม

3.3) การประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัว

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล พูดคุยกับผู้ป่วย ทุกครั้งที่มีนัดหมายมาร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 10 นาที เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจและยอมรับต่อความต้องการการ

ช่วยเหลือของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสามารถจัดบริการให้ได้ การติดต่อสื่อสารกับแหล่งชุมชนที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

7.4 การประเมินผล

การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ประเมินผลการปฏิบัติโดย

7.4.1 ประเมินผลผลลัพธ์การดูแล

- ก) หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลร่วมกัน ประเมินผลตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กำหนดไว้
- ข) พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลประเมินผลลัพธ์และความก้าวหน้าในการดูแล ตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้นตามเกณฑ์การประเมินผล
- ค) รวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นจากการประเมิน สิ่งที่ไม่บรรลุผลตามที่วางแผนไว้ เพื่อนำสู่การอภิปรายหรือ Conference ในครั้งต่อไป เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน แล้วปรับแผนการพยาบาลและวิธีการปฏิบัติ แล้วรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นและประเมินผลซ้ำ และปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร

7.4.2 ประเมินกระบวนการปฏิบัติ

- ก) พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนดครบถ้วนหรือไม่ เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติและกำกับติดตามตนเองในเบื้องต้น
- ข) ประชุมบุคลากร อภิปรายวิธีการปฏิบัติ ข้อดี ข้อจำกัด ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ แล้วรวบรวมเป็นข้อสังเกต ร่วมกันหาวิธีปรับปรุงการปฏิบัติงานต่อเนื่องไปเรื่อยๆ

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Marram et al. (1974) ศึกษาการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในโรงพยาบาลหลายแห่งในสหรัฐอเมริกา โดยเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการที่ได้รับจากการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ การมอบหมายระบบทีมและระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ กลุ่มตัวอย่าง 360 คน พบว่าผู้รับบริการรู้สึกว่ายามีความเข้าใจในตัวผู้รับบริการดีและพอใจที่จะให้การดูแล พร้อมทั้งจะให้การรักษาพยาบาลทันทีและปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ สนใจที่จะไต่ถามความต้องการอยู่เสมอ ที่เห็นได้ชัดอีกข้อหนึ่งคือพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ใช้เวลาอยู่กับผู้รับบริการสูงกว่าวิธีการมอบหมายงานแบบอื่นๆ ผู้รับบริการได้รับความสนใจจากพยาบาลสูงคือพยาบาลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการโดยพยายามให้การพยาบาลเกิดผลดีมากที่สุด ผู้รับบริการรู้สึกมั่นใจคงปลอดภัยสูงกว่าการมอบหมายงานระบบทีมและระบบการมอบหมายงาน

ตามหน้าที่ ซึ่งผู้รับบริการเห็นว่าจะเป็นไปได้ในลักษณะที่จะทำให้งานเสร็จเสียมากกว่าที่จะคำนึงถึง การพยาบาลที่ให้เกิดผลดีที่สุด ถึงร้อยละ 65 และพบว่าหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของ ใช้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดร้อยละ 65 ซึ่งก่อนการใช้มีความพึงพอใจเพียงร้อยละ 29 เท่านั้น

Daeffler (1975) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการ ดูแลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของใช้กับระบบทีม ในผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรม 52 ราย ใช้ แบบสอบถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่า (1) เกิดขึ้นวันนี้ (2) เกิดขึ้นวันอื่น (3) ไม่เคยเกิด ข้อคำถาม แบ่งเป็น 7 หมวด หมวดที่ 1 เป็นเหตุการณ์ที่แสดงความพึงพอใจในการดูแล มีคำถาม 3 ข้อ หมวด ที่ 2-7 เป็นเหตุการณ์ที่แสดงถึงการละเลยในการพยาบาล โดยแบ่งหมวดที่ 2-7 ไว้ว่า 2) การ พักผ่อนและการผ่อนคลาย 3) ความต้องการในเรื่องอาหาร 4) การขับถ่าย 5) การดูแลสุขอนามัย ส่วนบุคคลและการให้ความช่วยเหลือ 6) ปฏิบัติการต่อการรักษา 7) การติดต่อกับพยาบาล พบว่า ในหมวดที่ 1 ผู้ป่วยตอบว่า การดูแลในระบบเจ้าของใช้ดีกว่าการดูแลในระบบทีมอย่างมีนัยสำคัญ 2 ข้อ จากทั้งหมด 3 ข้อ โดยเฉพาะข้อที่ว่า “พยาบาลอธิบายการดูแลแก่ฉัน” ส่วนผลการศึกษาใน เรื่องการละเลยในการดูแล ผู้ป่วยตอบว่า การละเลยในการดูแลในระบบทีมมีมากกว่าการดูแล แบบระบบพยาบาลเจ้าของใช้

Robert (1980) ศึกษาผลการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของใช้ เปรียบเทียบกับระบบทีม ในโรงพยาบาลเมือง Winnipeg ประเทศแคนาดา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการ ดูแลแบบพยาบาลเจ้าของใช้มีการรับรู้ในเรื่องความต่อเนื่องของการดูแล เกิดการดูแลเฉพาะ บุคคลมากขึ้น แต่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับไม่แตกต่างกัน ส่วนด้าน ความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า พยาบาลในระบบการพยาบาลเจ้าของใช้มีความพึง พอใจมากกว่า เนื่องจากมีอิสระในการใช้ความรู้ความสามารถในการตัดสินใจให้การพยาบาลด้วย ตนเองมากขึ้น ได้รับการยอมรับนับถือจากผู้ป่วย และเพื่อนร่วมงาน

Ventura et al (1982) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการดูแลของพยาบาล เปรียบเทียบระหว่างการดูแลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของใช้กับการดูแลด้วยระบบเดิมที่ใช้การ ดูแลระบบทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มควบคุม 21 ราย กลุ่มทดลอง 25 ราย พบว่า ไม่มีความแตกต่างในความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่าง 2 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญ แต่ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการพยาบาลเจ้าของใช้มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่า

Chavigny & Lewis (1984) ศึกษาการให้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของ ใช้เปรียบเทียบกับมอบหมายงานแบบทีม ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรมโดยวัดผลการ

ดูแลจากความพึงพอใจของผู้ป่วย และความรู้ของผู้ป่วยในการจัดการภาวะสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามมี 2 ส่วน คือส่วนแรกถามเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านคุณภาพการพยาบาล ส่วนที่สองเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วยว่าภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน วัดผลการสอนการดูแลตนเองที่บ้านหลังจากได้รับการสอนจากพยาบาลพบว่า ความรู้ของผู้ป่วยในการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันทั้ง 2 ระบบ อาจเป็นเพราะการจับคู่ห่อผู้ป่วยเปรียบเทียบกันนั้น ลักษณะผู้ป่วย ระดับความต้องการการดูแลไม่เหมือนกัน เช่น ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกเปรียบเทียบกับห่อผู้ป่วยระบบประสาท (Stroke) ทำให้ผลการวัดความรู้ของผู้ป่วยที่ได้แตกต่างกัน ส่วนในด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

Blerken (1988) ศึกษาองค์ประกอบต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความพึงพอใจในงานที่มาจากกรดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในโรงพยาบาลชุมชนที่รักษาผู้ป่วยจิตเวชในเมือง Ottawa โดยใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้รวม 3 ปี ในห่อผู้ป่วย 2 แห่งพบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลเพิ่มขึ้นทั้ง 2 หน่วยงาน แต่ในหน่วยงานแรกเท่านั้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ไปแล้ว 3 ปี ใน 4 องค์ประกอบ คือ สถานภาพทางวิชาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ความเป็นอิสระในงานและการบริหารจัดการ แต่ในหน่วยงานที่ 2 พยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน 3 องค์ประกอบยกเว้นด้านการบริหารจัดการ

Perala & Hentinen (1989) สำนวจความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลถึงผลการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนและหลังการปฏิบัติ โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค ในห่อผู้ป่วย 3 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง 62 ราย และหลังการทดลองระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปแล้ว 5 เดือน จำนวน 58 ราย ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้จะรับผิดชอบผู้ป่วย 1-5 รายพบว่าเมื่อใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลรู้จักผู้ป่วยแต่ละรายมากขึ้น เนื่องจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้น และการทำงานเป็นระบบมากขึ้น มีการกระจายอำนาจในการตัดสินใจและใช้แผนการพยาบาลมากขึ้น แต่ข้อเสียคือ บางคนรู้สึกว่าคุณป่วยทุกคนไม่ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีพยาบาลประจำตัว

Mcconigle (1998) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมของพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้เปรียบเทียบกับระบบพยาบาลรูปแบบอื่นๆ โดยใช้แนวกรอบทฤษฎีของ King (1981) พยาบาลและผู้รับบริการตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกันเมื่อปฏิบัติถึงจุดมุ่งหมาย ผู้รับบริการก็เกิดความพึงพอใจ วัดโดยใช้ Mcconigle Satisfaction Scale ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจ

ของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมของพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิธร แสงศร, 2545)

Gray & Smedley (1998) ศึกษาความต่อเนื่องในการดูแลผู้รับบริการทางจิตเวชของบุคลากรระดับต่างๆในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เก็บข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยการสุ่มในระยะเวลา 7 วัน ผลการวิจัยพบว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลจากพยาบาลเจ้าของไข้ระยะเวลาเฉลี่ย 3.19 เวน ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้ช่วยเฉลี่ย 2.25 เวน บุคลากรอื่นๆ เฉลี่ย 1.81 เวน

Archibong (1999) ศึกษาประเมินการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพการพยาบาลกรณีศึกษาในไนจีเรีย ประเมินผลโดยใช้ Quality of Patient Care Scale (QUALPACS) แบ่งเป็น 6 หน่วย ได้แก่จิตสังคมส่วนบุคคล จิตสังคมกลุ่ม ร่างกาย ท้วไป การติดต่อสื่อสาร และการใช้วิชาชีพ พบว่าการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดคือ การตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้รับบริการรายบุคคล และที่เพิ่มน้อยที่สุดคือการดูแลทางด้านร่างกาย

Laakso & Routasalo (2001) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ที่พักในเนอสซิ่งโฮม และพยาบาลผู้ให้การดูแลต่อการเปลี่ยนจากระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่เป็นระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เปลี่ยนแปลงระบบโดยการฝึกอบรมบุคลากร การวางแผนและการอภิปรายร่วมกับบุคลากร มีการจัดประชุมสมาชิกในครอบครัวเพื่อแนะนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เก็บข้อมูลโดย การสัมภาษณ์เจาะลึกในเรื่อง 1) ความเปลี่ยนแปลงในเนอสซิ่งโฮม 2) การปฏิบัติตัวของผู้ที่พักในเนอสซิ่งโฮม 3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่พักในเนอสซิ่งโฮมกับพยาบาล 4) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่พักกับพยาบาล 5) บทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแล ผลจากการสัมภาษณ์พบว่าทำให้การพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่พักในเนอสซิ่งโฮมกับพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลง แต่ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่พักกับพยาบาลพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมอย่างชัดเจน คือ พยาบาลมีความเป็นมิตรมากขึ้น ให้เวลาและแสดงถึงว่ามีความพึงพอใจในงานสูงขึ้น

สุกัญญา โกวศัลย์ดิลก (2537) ศึกษาผลการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วย เปรียบเทียบกับระบบการมอบหมายงานแบบทีม พยาบาลวิชาชีพ 23 คน ได้รับการอบรมวิธีการใช้ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ 2) ผู้ป่วยจำนวน 40 คน ตัวอย่างประชากร พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานในระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ สูงกว่าระบบการมอบหมายงานแบบปกติ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลและ

ค่าร้อยละ,ค่าเฉลี่ยของการใช้กระบวนการพยาบาล ในระบบการมอบหมายงานทั้ง 2 ระบบไม่แตกต่างกัน

สิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) ศึกษาผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลจำนวน 9 คน และกลุ่มผู้ป่วยจำนวน 146 รายเป็น กลุ่มควบคุม 73 ราย กลุ่มทดลอง 73 ราย พบว่า ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลมีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบขั้นตอนและต่อเนื่องมากกว่า และมีความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติกรการพยาบาลมากกว่าการมอบหมายงานแบบที่มีอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ศึกษาผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการพยาบาล ด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการก่อนและหลังการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และด้านความพึงพอใจและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการระหว่างกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้และกลุ่มที่มีการจัดการดูแลแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ ในผู้พิการจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน ใช้การจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ และกลุ่มควบคุม 20 คน ใช้การจัดการแบบปฏิบัติงานตามหน้าที่ พบว่าคุณภาพบริการด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้บริการในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

วราภรณ์ เขมโชติกูร(2542) ศึกษาความรู้และทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 109 คน ใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้และวัดทัศนคติต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้พบว่าความรู้เรื่องระบบการพยาบาลเจ้าของไข้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้และทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

เยาวลักษณ์ โฉนทยานนท์(2543) ศึกษาผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรมกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 12 คน และผู้ป่วยใน 36 คน พบว่า

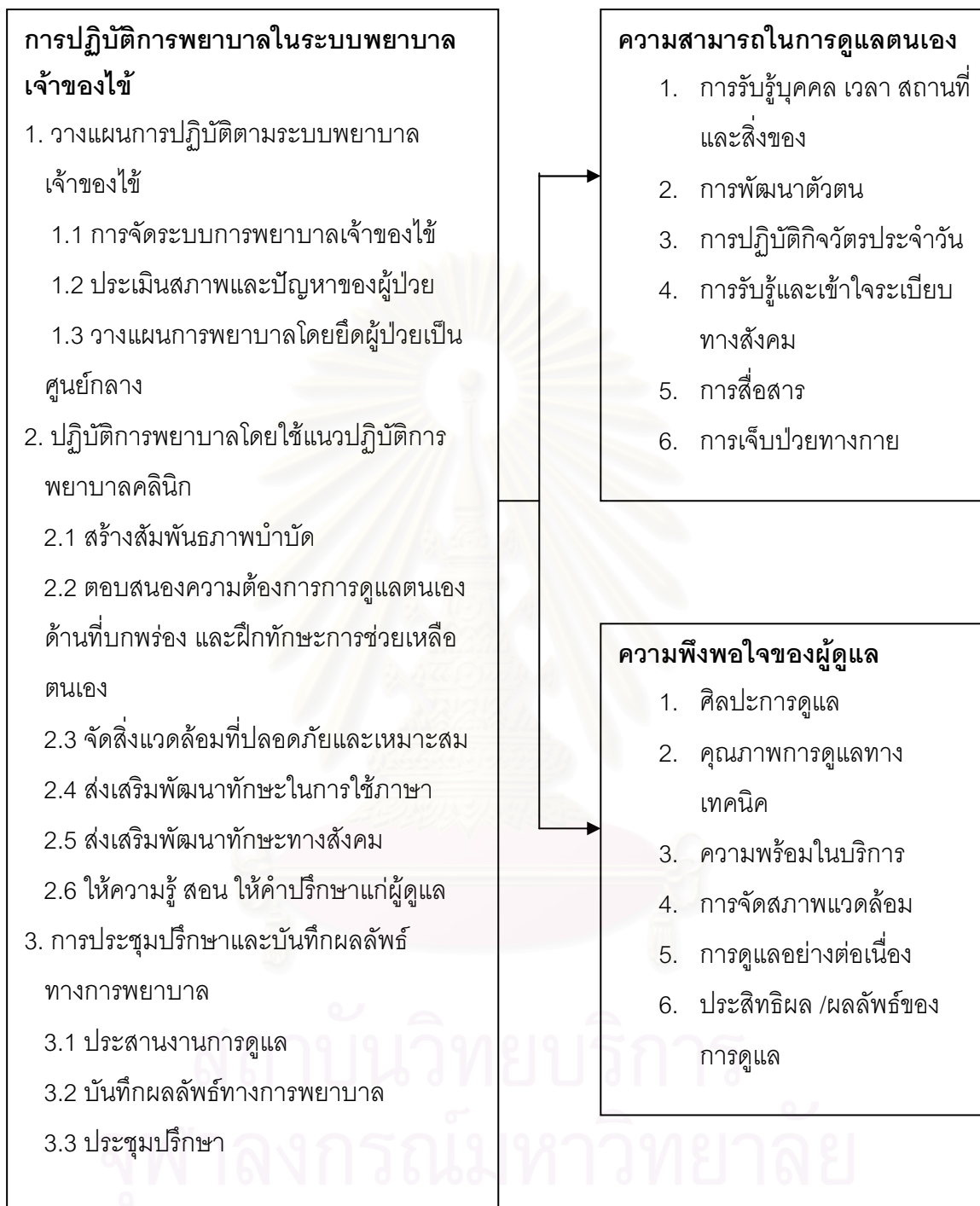
ความพึงพอใจในงานของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยรวมไม่แตกต่างกัน รายงานพบว่าความพึงพอใจด้านความเป็นอิสระในการทำงานหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไม่แตกต่างกัน

อุษณีย์ หลิมกุล(2544) ศึกษาผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน เครื่องมือ คือคู่มือการมอบหมายงานแบบเจ้าของ และแบบตรวจสอบการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบขั้นตอนโดยตรวจสอบจากแบบบันทึกทางการพยาบาล พบว่า การมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าการมอบหมายงานแบบรายผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญ

จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545)เปรียบเทียบความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการบริการด้วยระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน ผู้รับบริการจำนวน 60 คน พบว่า ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลระบบเจ้าของไข้สูงกว่าระบบการมอบหมายงานตามหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศศิธร แสงศร (2545) ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช เครื่องมือที่ใช้คือ คู่มือระบบพยาบาลเจ้าของไข้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ โครงการให้ความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ นำระบบที่สร้างขึ้นทดลองใช้เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และประเมินผลโดยจัดอภิปรายกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับคือ ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจมากขึ้น เนื่องจากความต่อเนื่องในการดูแล ประโยชน์ที่พยาบาลได้รับคือ ความพึงพอใจในงานในด้านการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และประโยชน์ที่เกิดกับหออภิบาลผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาลคือ การพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง บุคลากรพยาบาลมีความพร้อมด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest- Posttest Control Group Design) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล มีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Polit & Hungler, 1999 :187)

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₁		O ₂	กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้และก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₂ หมายถึง การวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง ให้การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะปัญญาอ่อน ขณะมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลซึ่งให้บริการแก่บุคคลปัญญาอ่อน
2. ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนซึ่งเป็นพ่อแม่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ ที่ให้การดูแลหลัก ซึ่งพาเด็กปัญญาอ่อนที่อยู่ในความดูแลมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่เด็กปัญญาอ่อน

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. เด็กปัญญาอ่อนที่มีอายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันรามาธิบดี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือนเมษายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2547 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1.1 มีอายุระหว่าง 6 – 12 ปี ทั้งชายและหญิง

1.2 มีระดับเขาวนปัญญาต่ำกว่า 50 หรือได้รับวินิจฉัยว่าเป็นปัญญาอ่อนระดับรุนแรงถึงปานกลาง เนื่องจากเด็กปัญญาอ่อนระดับน้อยวัย 6 -12 ปี ส่วนใหญ่เมื่อได้รับการกระตุ้นเล็กน้อยก็สามารถดูแลตนเองได้ดี

1.3 ผู้ดูแลยินดีให้เด็กเข้าร่วมในการวิจัย

2. ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่พาเด็กมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่เดือนเมษายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2547 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

2.1 เป็นบิดา มารดาหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่หลักในการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างในข้อ 1

2.2 มีสุขภาพและการรับรู้ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วยได้

2.3 มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยแบบทดลองควรมีอย่างน้อย 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากการวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด แต่ในกรณีนี้ที่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 30 คน (Burns & Grove, 2001) ดังนั้นจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เพื่อให้เหมาะสมและมีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกหอผู้ป่วยโดยสุ่มด้วยการจับสลาก จากหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วย 20 คนขึ้นไป และมีเด็กปัญญาอ่อนอายุ 6-12 ปี มี 2 หอผู้ป่วย ได้หอผู้ป่วยหญิง 1 เป็นกลุ่มทดลอง และหอผู้ป่วยชาย 1 เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่มีจำนวนเด็กใกล้เคียงกันและจำนวนบุคลากรเท่ากัน ได้เด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่ม

2. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched Pair) โดยจับคู่เด็กปัญญาอ่อนทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ ระดับเขาวนปัญญาและอายุ โดยให้ระดับเขาวนปัญญาอยู่ในระดับเดียวกันคือระดับปานกลางหรือรุนแรง และในระดับเดียวกันนั้นให้ต่างกันไม่เกิน 5 อายุเท่ากันหรือต่างกันไม่เกิน 2 ปี นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคให้ใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยหาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และควบคุมแล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุดจนครบ 20 คู่ ซึ่งบางคู่อายุต่างกัน 1-2 ปี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะพัฒนาการของเด็กวัยเรียนช่วงอายุ 6- 12 ปี ที่อายุต่างกัน 1-2 ปี โดยเฉพาะเด็กปัญญาอ่อนไม่มีผลต่อความสามารถในการ

ทำกิจกรรมในการดูแลตนเองของเด็ก ผู้วิจัยจึงจับคู่โดยใช้แนวคิดดังกล่าว ส่วนเรื่องของระดับเซาว์นปัญญาสามารถจับคู่ได้ตรงตามกำหนดทุกคู่ นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคก็สามารถจับคู่ได้ตรงกันเป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม อายุ ระดับเซาว์นปัญญา และการวินิจฉัยโรคของเด็กปัญญาอ่อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	อายุ	ระดับเซาว์นปัญญา (IQ)		การวินิจฉัยโรค		
		ทดลอง	ควบคุม	ทดลอง	ควบคุม	
1	6.03	6.08	ไม่ระบุ	<30	MR Severe	MR Severe
2	6.06	7.06	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	MR Severe with Autistic	MR Severe with Autistic
3	6.09	8.02	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	MR Severe with Autistic	MR Severe with Autistic
4	6.10	6.11	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	MR Severe with CP	MR Severe with CP
5	7.06	8.03	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	MR Severe with Autistic	MR Severe with Autistic
6	7.07	7.07	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	MR Severe	MR Severe
7	8.07	8.06	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	MR Severe	MR Severe
8	9.03	9.04	32-34	<30	MR Severe	MR Severe
9	9.05	9.04	<30	ไม่ระบุ	MR Severe with CP	MR Severe with CP
10	9.08	9.07	<30	<30	MR Severe	MR Severe with Autistic
11	10.02	9.10	<24	<24	MR Severe	MR Severe
12	10.04	10.06	40	42	MR Moderate with Autistic	MR Moderate
13	10.06	9.08	<30	<30	MR Severe	MR Severe with Autistic
14	11.04	9.7	<24	<24	MR Severe	MR Severe
15	11.09	10.05	35	32	MR Severe	MR Severe
16	11.10	9.11	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	MR Severe	MR Severe
17	12.01	10.10	<30	<30	MR Severe	MR Severe
18	12.02	12.08	<30	<30	MR Severe with CP	MR Severe with CP
19	12.04	11.09	<30	<30	MR Severe	MR Severe with Autistic
20	12.08	11.08	<25	<24	MR Severe	MR Severe

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาล เจ้าของไข้

ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ของ Marram (1974) เป็น
กระบวนการในการปฏิบัติ และใช้ในแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาล
บุคคลปัญญาอ่อน ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เป็นเนื้อหาในการปฏิบัติการพยาบาล
มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบ
พยาบาลเจ้าของไข้โดยเฉพาะแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ของ Marram (1974) ปัญหา
อุปสรรคในการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้จากการวิจัยที่ผ่านมา แนวปฏิบัติการพยาบาล
คลินิก และการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนโดยเฉพาะแนวคิดเรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก
ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) พบว่าในต่างประเทศและประเทศไทยมีการศึกษาการใช้ระบบ
พยาบาลเจ้าของไข้เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจในงาน
ของพยาบาล ซึ่งมีการศึกษาโดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันของผู้พิการ (ส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542) และศึกษาผลของการใช้ระบบพยาบาล
เจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยศัลยกรรม (เยาวลักษณ์ อโนทยานนท์, 2543) และยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับระบบ
พยาบาลเจ้าของไข้ที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลอีกหลายฉบับทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งเป็น
การเน้นให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มคุณภาพการ
บริการพยาบาล และการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข

1.2 สรุปเนื้อหาสำคัญ กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของแผนการปฏิบัติการพยาบาล
ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แนวคิดและวัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้
- ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
- ส่วนที่ 3 คู่มือปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

1.3 สร้างแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยกำหนดเนื้อหาของกิจกรรม โดยการนำแนวคิด
ต่างๆที่ได้จากการค้นคว้า รวมทั้งแนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram (1974) และแนว
ปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) และ
ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษากำหนดเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของแผนให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับ
การพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน

และความพึงพอใจของผู้ดูแล โดยแผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ที่ผู้วิจัยนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่เป็นเด็กปัญญาอ่อนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยให้บุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแลตามแผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ใช้เวลาในการปฏิบัติต่อเนื่องกัน ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ซึ่งพอสรุปเนื้อหาและกิจกรรมในแผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดและวัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ประกอบด้วยความหมาย แนวคิดของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และวัตถุประสงค์ของการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการสูงสุด

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้และเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง มีการปฏิบัติการพยาบาล 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการปฏิบัติตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (ในสัปดาห์ที่ 1)

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยร่วมประชุมกับทีมการพยาบาล ในการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้ความกระจ่างในวิธีการปฏิบัติ ทำความเข้าใจวิธีปฏิบัติ ร่วมกันจัดเตรียมเอกสารและเครื่องมือที่จำเป็น ประเมินสภาพและปัญหาของผู้ให้บริการ แล้ววางแผนการพยาบาล ดังนี้

1. การจัดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (ในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1)

หัวหน้าหอผู้ป่วยจัดความรับผิดชอบให้ทีมการพยาบาลทุกคน โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลเทคนิคเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้ร่วมดูแลในเวรบายดึก ทุกคนร่วมทำความเข้าใจวิธีการปฏิบัติ รับทราบบทบาทหน้าที่ มีแบบฟอร์มแสดงบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนแสดงไว้อย่างชัดเจน ทุกคนร่วมจัดเตรียมเอกสารและเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้

2. ประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วย (ในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1-2 ถึงสัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว จัดหมวดหมู่ข้อมูลและลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางบันทึกการประเมินภาวะสุขภาพทุกครั้ง

3. วางแผนการพยาบาล (ในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2-3 ถึงสัปดาห์ที่ 7)

โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลเจ้าของไข้กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

(ในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7) มีกิจกรรมการพยาบาล 6 กิจกรรมคือ

1. สร้างสัมพันธภาพบำบัด (ในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแลสร้างความคุ้นเคย แนะนำตัว ติดต่อสื่อสารกับเด็กและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอนตามคู่มือการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเจ้าของไข้ มีจุดมุ่งหมายให้เด็กมีการพัฒนาศักยภาพของตนอย่างเต็มที่

2. ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านที่บกพร่องและฝึกทักษะ (ในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7)

ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมให้การส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวและทักษะการช่วยเหลือตนเองอย่างต่อเนื่องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เหมาะสม เมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยทางกาย

3. จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสม(ในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3 ถึงสัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลกระทำต่อสภาพภายในหอผู้ป่วยให้ปราศจากอันตราย ลดสิ่งกระตุ้นปัญหาพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้

4. ส่งเสริมพัฒนาทักษะในการใช้ภาษา (ในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 7)

ฝึกทักษะภาษาและการรับรู้ที่ละเอียดจากง่ายไปยากตามแผนการพยาบาล ซึ่งต้องพิจารณาจากศักยภาพของเด็กและความต้องการของผู้ดูแลเด็ก โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางปฏิบัติ โดย (ดูรายละเอียดวิธีการฝึกในคู่มือฯ)

5. ส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคม (สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 1 – สัปดาห์ที่ 7)

ฝึกทักษะทางสังคมที่ละเอียดจากง่ายไปยาก (ดูรายละเอียดการฝึกเพิ่มเติมในคู่มือฯ) ดูแลช่วยเหลือฝึกทักษะทางสังคม เปิดโอกาสให้เด็กร่วมกิจกรรมกลุ่มและให้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ ฝึกทักษะพื้นฐานงานบ้านที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ เช็ดโต๊ะ แก้ว ล้างจาน เป็นต้น จัดการกับปัญหาพฤติกรรม คอยสังเกตพฤติกรรมที่ต้องระวังที่สื่อให้ทราบว่าเป็นปัญหาแล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพยาบาลเจ้าของไข้ ประสานงานกับบุคลากรในทีมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เป็นสื่อกลางการติดต่อสื่อสารของผู้บังคับบัญชาและใต้บังคับบัญชา

6. ให้ความรู้ สอน ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล (สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 1 - สัปดาห์ที่ 7)

พูดคุยนัดหมายกับผู้ดูแลล่วงหน้า เพื่อให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลในหอผู้ป่วย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยยึดวันเวลาตามความสะดวกของผู้ดูแล พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลปัญหาอ่อนทุกเรื่อง สอนและจัดประสบการณ์ในการฝึกกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาทักษะ ให้คำแนะนำปรึกษาและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การประชุมปรึกษาและบันทึกผลลัพท์ทางการพยาบาล

(สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 7)

หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลประสานความร่วมมือในการดูแล
บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำปัญหาในการดูแลที่มีอยู่ สู่การประชุมปรึกษา

3.1 ประสานงานการดูแล สื่อสารแผนการดูแล ติดต่อบรรลุเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม เป็นองค์รวม

3.2 บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งหมดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลทุกครั้งที่มีการประเมิน วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ติดต่อบริการประสานงานประชุมปรึกษา ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

3.3 ประชุมปรึกษา พยาบาลเจ้าของไข้นำปัญหาการดูแลมาประชุมร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ร่วมดูแลร่วมกันแสดงความรู้ ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม โดยมีการ Pre-Post Conference Case Conference และประชุมร่วมกับผู้ดูแลเด็ก

เครื่องมือที่เกี่ยวข้องได้แก่

1) แบบแสดงบทบาทหน้าที่ของบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นแบบฟอร์มที่อธิบายกิจกรรมที่บุคลากรแต่ละระดับต้องปฏิบัติตามหน้าที่ซึ่งแบ่งเป็น หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ร่วมดูแล

2) แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน เป็นข้อความที่ระบุวิธีปฏิบัติการพยาบาลสำหรับบุคคลปัญญาอ่อน ผลลัพธ์ทางการพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติ

3) แบบมอบหมายงานรายสัปดาห์ เป็นแบบฟอร์มซึ่งระบุ ชื่อผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล เป็นรายสัปดาห์

4) แบบมอบหมายงานประจำวัน เป็นแบบฟอร์มซึ่งระบุ ชื่อผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล หน้าที่ความรับผิดชอบพิเศษเป็นรายวัน

5) แบบประเมินภาวะสุขภาพบุคคลปัญญาอ่อน เป็นแบบสัมภาษณ์และซักประวัติเด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแล เพื่อรวบรวมข้อมูลเด็กปัญญาอ่อนอย่างครอบคลุมทุกด้าน ประเมินสภาพปัญหา และนำสู่การวางแผนการพยาบาล

6) แผนการพยาบาลและตัวอย่างแผนการพยาบาล เป็นข้อความที่ระบุปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยการพยาบาล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

7) Kardex เป็นแบบฟอร์มในการบันทึกข้อมูลประวัติที่จำเป็นของผู้ป่วย ปัญหาความต้องการ การพยาบาลที่ให้ ยาที่รับประทาน การนัดหมายของหน่วยงานอื่นๆ

8) แบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกกิจกรรมที่พยาบาลกระทำ ปัญหาความต้องการของผู้ป่วย การพยาบาลที่ให้จริง การประเมินผล

9) แบบบันทึกการประชุมปรึกษา เป็นแบบฟอร์มที่ระบุ วันเดือนปี ชื่อเรื่องการประชุม ปรึกษา ประเด็นที่ประชุมปรึกษา สมาชิกผู้เข้าประชุม ปัญหาที่นำประชุม วิธีการแก้ไข

ส่วนที่ 3 คู่มือปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

ประกอบด้วย 1) หลักการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน

2) วิธีปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ(Content Validity)

ผู้วิจัยนำแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้ที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้ที่สร้างขึ้น พร้อมชื่อ ที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาคือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความตรงทางโครงสร้าง ความถูกต้อง ครอบคลุม ความชัดเจนเหมาะสมและการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้วพบว่าทุกท่านเห็นด้วยกับแนวคิดดังกล่าว แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

1) การมอบหมายงาน ถ้าผู้ร่วมดูแล (nurse aid) มีส่วนร่วมด้วย คือ ได้ case เหมือนกัน จะเพิ่มความกระตือรือร้นและเพิ่มการมีส่วนร่วมได้มากขึ้น อาจจับเป็นคู่กับพยาบาลไว้ก็ได้

2) เน้นบทบาทหัวหน้า ที่ต้องเข้าใจลึกซึ้งใน Primary Nursing System มิเช่นนั้นการนิเทศ การช่วยเหลือน้อง (PN) จะได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร

3) เพิ่มบทบาทของหัวหน้าดีก็มีความรู้ความเข้าใจในระบบบริการพยาบาลเจ้าของใช้และให้คำปรึกษาแก่ ผู้ช่วยเหลือคนใช้ในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนมาก

4) มีตัวอย่างแผนการพยาบาล

5) ควรระบุแหล่งอ้างอิงในคู่มือเพื่อความน่าเชื่อถือ

ผู้วิจัยจึงปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังกล่าวร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับ บุคลากรพยาบาลที่ให้การพยาบาล

เด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแล แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองใช้แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับพยาบาลที่หอผู้ป่วย ชาย 2 และชาย 3 สถาบันราชานุกูล ระหว่างวันที่ 22-26 มีนาคม 2547 เวลา 08.00 – 16.00 น. แล้วสัมภาษณ์เพื่อดูความเป็นไปได้ในการนำแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ ซึ่งพยาบาลที่ลองใช้แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้ความเห็นตรงกันว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้ปฏิบัติกับเด็กปัญญาอ่อนและเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ไม่มีข้อเสนอแนะในการแก้ไข

ปัญหาเล็กน้อยที่พบในการทดลองใช้โปรแกรม คือเรื่องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ที่ต้องปรับให้มีความกระชับขึ้น เครื่องมือที่เกี่ยวข้องคือ แบบประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งพยาบาลยังไม่เข้าใจในบางประเด็น ซึ่งเมื่อพูดคุยซักถามและอธิบายรายละเอียดในข้อสงสัยแล้ว พยาบาลในหอผู้ป่วยก็สามารถนำไปใช้ได้ ส่วนแบบมอบหมายงานซึ่งซ้ำกับแบบมอบหมายงานที่ใช้อยู่ในบางส่วน จึงปรับรูปแบบให้เหมาะกับหอผู้ป่วยโดยเพิ่มชื่อกลุ่มการพยาบาลไว้ด้านบนแบบฟอร์ม ในส่วนของวิธีการปฏิบัตินั้นสามารถปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลได้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

2.1 สรุปการปฏิบัติการพยาบาลจากแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่สร้างขึ้น

2.2 นำข้อสรุปมาสร้างแบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยให้ครอบคลุมกิจกรรมทุกด้านในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ลักษณะเป็นแบบ Check List จากกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติและบันทึกทางการพยาบาลทั้งหมด ว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้หรือไม่ จำนวน 38 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีการปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่มีการปฏิบัติให้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์มีการปฏิบัติทุกข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ หากไม่ผ่านเกณฑ์ มีการแก้ไขโดย 1) ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นผู้ใช้แบบตรวจสอบอธิบายให้ทราบผลการตรวจสอบในข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติ 2) พยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป็นผู้แก้ไขโดยลงมือปฏิบัติในข้อนั้นทันที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ(Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่สร้างขึ้นให้ผู้

ทรงคุณวุฒิ(เหมือนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่สร้างขึ้น พร้อมชื่อ ที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ครอบคลุม ความชัดเจนเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการจัดลำดับความต่อเนื่องของคำถาม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 1-4 เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.94 มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้ปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นและเสนอแนะให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้แทนผู้ช่วยวิจัยเนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเหมาะสมและคล่องตัวกว่าในหลายประการคือด้านอำนาจในการตรวจสอบการปฏิบัติ ความใกล้ชิดกับพยาบาลในตึกและความชำนาญซึ่งจะช่วยให้สังเกตการปฏิบัติงานได้ดีกว่า จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับบุคลากรพยาบาลที่ให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแล กลุ่มเดิมที่ทดลองใช้ แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นบุคลากรหอผู้ป่วยชาย 2 และชาย 3 สถาบันราชานุกูล จำนวน 10 คน และพยาบาลหอผู้ป่วยอื่นอีก 20 คน โดยให้ตรวจสอบด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่า เท่ากับ 0.80

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด คือ

3.1 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน

เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลปัญญาอ่อน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534ข) และแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนซึ่งกล่าวถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลปัญญาอ่อนตามการจำแนกประเภท ของกลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล ที่จัดทำขึ้นจากผู้มีประสบการณ์พยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนนานกว่า 10 ปีและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดย จินตนา ยูนิพันธุ์

มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

3.1.1 ศักยภาพที่เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน โดยเฉพาะแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2543ข) และมาตรฐานการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งกล่าวถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลปัญญาอ่อนตามการจำแนกประเภท ซึ่งมาตรฐานการพยาบาลนี้จัดทำโดยผู้ที่มีประสบการณ์ให้การพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนมากกว่า 10 ปีและตรวจสอบเนื้อหาโดย จินตนา ยูนิพันธ์ และแนวคิดการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้พิการเรียกว่า Functional Independence Measure for Children (WeeFIM) ประกอบด้วยความสามารถในการทำกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนที่ การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร และสัมพันธภาพทางสังคม

ดังนั้นจึงสรุปโครงสร้างหลัก ของความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนได้ 6 ด้านคือ

- 1) ด้านการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่และสิ่งของ
- 2) ด้านการพัฒนาตัวตน
- 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 4) ด้านการรับรู้และเข้าใจกฎระเบียบสังคม
- 5) ด้านการสื่อสาร
- 6) ด้านการเจ็บป่วยทางกาย

3.1.2 ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบประเมินค่า โดยพยาบาลผู้ประเมิน สังเกตพฤติกรรมและความสามารถที่บุคคลปัญญาอ่อนแสดงออกในการดูแลตนเอง 6 ด้าน จำนวน 33 ข้อ คือ ด้านการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่และสิ่งของ 4 ข้อ ด้านการพัฒนาตัวตน 6 ข้อ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ข้อ ด้านการรับรู้และเข้าใจกฎระเบียบสังคม 5 ข้อ ด้านการสื่อสาร 4 ข้อ และด้านการเจ็บป่วยทางกาย 4 ข้อ โดยผู้ประเมินให้คะแนนตามรายการประเมิน แบ่งเกณฑ์ประเมินโดยปรับปรุงจากแนวคิดการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของสถาบันราชานุกูล และเกณฑ์การประเมิน Functional Independence Measure for Children (WeeFIM) เป็นเกณฑ์ประเมิน 5 ระดับคือ 5,4,3,2,1 ตามลำดับ

5 คะแนน หมายถึง เด็กสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองอย่างครบถ้วน

4 คะแนน หมายถึง เด็กสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ แต่มีผู้ช่วยคอยให้คำแนะนำหรือพูดชี้แนะ

3 คะแนน หมายถึง เด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เองทั้งหมด ปฏิบัติได้เกินครึ่งต้องมีผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและจับมือทำในบางขั้นตอนโดยช่วยเหลือเล็กน้อย

1- 49 %

2 คะแนน หมายถึง เด็กปฏิบัติกิจกรรมได้เองน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของกิจกรรม ต้องมีผู้ช่วย
เหลือคอยชี้แนะและจับมือทำเกินครึ่งของกิจกรรม 50 -79 %

1 คะแนน หมายถึง เด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง ต้องมีผู้ช่วยเหลือทำกิจกรรมให้
ทั้งหมดหรือทำให้เกือบทั้งหมด 80 -100 %

คิดคะแนนรวมและเป็นรายด้านโดยคะแนนสูง มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง
คะแนนต่ำคือความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ

3.1.3 ตรวจสอบ และแก้ไข ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ร่วมกับ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ(Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนที่สร้างขึ้น
ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่มี
ประสบการณ์ทำงานกับเด็กปัญญาอ่อน 1 ท่าน จิตแพทย์เด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน
และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบ
ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนที่สร้างขึ้น พร้อมชื่อ ที่อยู่และข้อมูล
จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ครอบคลุม ความชัดเจนเหมาะสมของภาษาที่ใช้
และการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา ความเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 1-4
คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียน
ข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 มีข้อเสนอแนะ
เพิ่มเติมให้ปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ในส่วนของระดับการ
ประเมินนั้น เสนอแนะให้ปรับระดับคะแนน จาก 5 ระดับ เป็น 4 ระดับ เนื่องจากในหลายข้อของ
การประเมินบางระดับคะแนนแยกจากกันได้ยาก หากปรับเป็น 4 ระดับจะมีความคล่องตัวในการ
ใช้งานได้มากกว่า จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์
ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งระดับคะแนนถูกปรับเป็น 4 ระดับดังนี้

4 คะแนน หมายถึง เด็กสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองอย่างครบถ้วน

3 คะแนน หมายถึง เด็กสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้แต่ยังไม่ครบถ้วนหรือไม่เรียบร้อย ต้องมี
ผู้ช่วยคอยให้คำแนะนำหรือพูดชี้แนะจึงทำได้สำเร็จอย่างครบถ้วน

2 คะแนน หมายถึง เด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง ต้องมีผู้ช่วยเหลือ ชี้แนะและจับ
มือทำ โดยช่วยเหลือปานกลาง- มาก ประมาณ 50 -60 %

1 คะแนน หมายถึง เด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง ต้องมีผู้ช่วยเหลือทำกิจกรรมให้ทั้งหมดหรือทำให้เกือบทั้งหมด 80 -100 %

คิดคะแนนรวมและเป็นรายด้านโดยคะแนนสูง มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง
คะแนนต่ำคือความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

โดยตรวจสอบความเที่ยงแบบ หาค่าความสอดคล้องกันของการสังเกต ดังนี้

1) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับเด็กปัญญาอ่อน แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองกับเด็กปัญญาอ่อนหรือผู้ป่วยชาย 2 และ หอผู้ป่วยชาย 3 กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

2) ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล และอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลแบบประเมินแก่ผู้ช่วยวิจัยอย่างละเอียด ทบทวนความเข้าใจซ้ำ

3) เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมิน โดยใช้วิธีการสังเกตร่วม ทั้งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมสังเกตพฤติกรรม ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในเวลาเดียวกัน จำนวนเด็กปัญญาอ่อน 10 คน ชาย 8 คน หญิง 2 คน ระหว่างวันที่ 15 – 23 มีนาคม 2547 รวมระยะเวลาการสังเกต 7 วันทำการ

4) นำข้อมูลมาหาค่าความสอดคล้องกันของการสังเกตได้ค่าความสอดคล้องกันของการสังเกต (Interrater Reliability) ตามลำดับการประเมินครั้งที่ 1 -10 เท่ากับ 0.85, 0.88, 0.73, 0.97, 0.88, 0.79, 0.79, 0.85, 0.97 และ 0.82 ซึ่งค่าที่ได้แม้จะอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่ไม่มีความสม่ำเสมอ ค่าที่ได้ขึ้นๆลงๆ ดังนั้นจึงทำการสังเกตซ้ำ โดยทบทวนความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยอีกครั้ง นำแบบประเมินที่มีความเห็นหรือให้คะแนนต่างกัน มาพูดคุย อภิปรายกัน เพื่อให้มีความเข้าใจการประเมินมากขึ้น แล้วเก็บข้อมูลกับเด็กปัญญาอ่อนอีก 5 คน ได้ค่าความสอดคล้องของการสังเกตตามลำดับการประเมินครั้งที่ 11- 15 เท่ากับ 0.90, 0.93, 0.97, 1 และ 1

3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล

เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลต่อบริการพยาบาลที่ได้รับกับความคาดหวัง ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Eriksen(1988) ซึ่งส่องแสง ธรรมศักดิ์(2542) นำมาปรับใช้ในการวัดความพึงพอใจของผู้พิการ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของส่องแสง ธรรมศักดิ์มาปรับปรุง เพื่อให้เหมาะกับผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อน

มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

3.2.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึง

พอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ โดยเฉพาะแนวคิด และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาล (Measuring Patient Satisfaction with Nursing Care : A Magnitude Estimation Approach) ของอีริคสัน (Eriksen, 1988) ซึ่งแบ่งความพึงพอใจต่อการพยาบาลออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ศิลปะของการดูแล คุณภาพทางเทคนิค การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความพร้อมในการบริการ ความต่อเนื่องในการดูแล และประสิทธิผล/ผลลัพธ์ในการดูแล ซึ่งแนวคิดนี้ ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) นำมาปรับใช้ในการวัดความพึงพอใจของผู้พิการต่อการพยาบาล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของส่องแสง ธรรมศักดิ์มาปรับปรุง เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อน

3.3.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งพาบุตรมารับบริการในหอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล จำนวน 2 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยเด็กเล็ก 1 และเด็กเล็ก 2 ได้ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน จำนวน 23 คน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับเด็กปัญญาอ่อน จำแนกเป็น มารดา 12 คน บิดา 3 คน ปู่ 1 คน ตา 1 คน ย่า 1 คน ยาย 1 คน ป้า 1 คน พี่เลี้ยงซึ่งเลี้ยงดูเด็กมาเกิน 3 ปี 3 คน ระหว่างวันที่ 26 – 27 มกราคม 2547 เวลา 09.30 – 11.00 น. และ 13.00 – 14.30 น. สัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดแล้วให้ผู้ดูแลตอบคำถาม

สรุปผลการสัมภาษณ์ ดังนี้

ลักษณะบริการที่ต้องการให้พยาบาลบริการ คือ “ฝึกเด็กให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และพัฒนาการดีขึ้น สามารถพูดได้ ไปโรงเรียนได้ เข้าสังคมได้” “ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด” “ให้ความอบอุ่น เป็นกันเอง ยิ้มแย้มแจ่มใส” “พูดจาไพเราะ อ่อนโยนและนิ่มนวล” “เป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ” “ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฝึกเด็กที่ดีและได้ผล” “ให้คำตอบเกี่ยวกับปัญหาการฝึกและดูแลลูกซึ่งสามารถปฏิบัติและแก้ปัญหาได้ตรงจุด” “บอกเทคนิคในการฝึก ให้ความรู้และข้อมูลต่างๆในการดูแล”

บริการแบบที่รู้สึกพึงพอใจมากที่สุดคือ การเชิญวิทยากรผู้มีความรู้เกี่ยวกับเด็กพิเศษมาให้ความรู้เช่น การฝึกพูด แนะนำการศึกษาต่อให้ผู้ปกครอง การฝึกอาชีพเป็นต้น การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ความสามารถที่พยาบาลฝึกเด็กให้พัฒนาการดีขึ้น การให้กำลังใจแก่เด็กและผู้ปกครอง ให้ความช่วยเหลือในการดูแลเด็ก ให้ความรู้เรื่องใหม่ๆตามสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนโรคต่างๆของเด็ก การประสานงานกับครอบครัวที่ดี การต้อนรับที่อบอุ่น การมองที่ไม่ดูหมิ่นเหยียดหยาม การยิ้มแย้มแจ่มใส ให้พยาบาลคนเดิมเป็นคนฝึกเด็กตลอด การฝึกเด็กเป็นรายบุคคล มีห้องที่จัดเฉพาะ มีการจัดงานรื่นเริงให้เด็กและผู้ปกครอง

การบริการของพยาบาลที่ต้องปรับปรุง คือ ห้องน้ำสะอาดแต่คับแคบ ควรมีห้องน้ำมากขึ้น อาหารกลางวันควรดีกว่านี้ ด้านกายภาพบำบัดซึ่งต้องรอนาน และการฝึกพูดซึ่งได้คว่ำ (ข้อนี้เป็นบริการของหน่วยงานอื่นๆ) เวลาที่ใช้ฝึกเด็กน้อย ควรฝึกนานขึ้น ควรสอน

ตัวต่อตัวมากขึ้น ควรจัดห้องเฉพาะในการฝึกหรือปรับพฤติกรรม อุปกรณ์ในการฝึกควรมีมากขึ้น

3.2.3 รวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำข้อมูลมาจัดกลุ่ม ตามกรอบแนวคิดเดิมของอิริคสัน แล้วปรับภาษาให้เป็นภาษาเขียนที่เข้าใจง่าย ได้ข้อคำถามทั้งหมด แล้วปรับข้อคำถามให้เหมาะสม เป็นคำถามด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการพยาบาล 6 ด้าน จำนวน 37 ข้อ ดังนี้ ศิลปะการดูแล 9 ข้อ คุณภาพทางเทคนิคในการดูแล 8 ข้อ การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 6 ข้อ ความพร้อมในการบริการของพยาบาล 4 ข้อ ความต่อเนื่องในการดูแล 3 ข้อ ประสิทธิภาพ/ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาล 7 ข้อ

เกณฑ์การวัดระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล ใช้การให้คะแนนที่เปิดกว้างไม่มีตัวเลขเริ่มต้นหรือสิ้นสุด ให้ผู้ดูแลตั้งค่าความคาดหวังของบริการพยาบาลไว้ที่ 100 คะแนน ค่าที่มากกว่า 100 แสดงความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการพยาบาล ค่าที่น้อยกว่า 100 แสดงถึง ความไม่พึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการพยาบาล

3.2.4 ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องของเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วปรับแก้ไขให้เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ(Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่สร้างขึ้น ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์พยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนหรือผู้พิการมากกว่า 10ปี และผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 3 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่สร้างขึ้น พร้อมชื่อ ที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ครอบคลุม ความชัดเจนเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และการจัดลำดับความต่อเนื่องของเนื้อหา ความเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็น 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.94 ควรปรับเรื่องภาษาบางส่วนในเนื้อหา และให้ตัดข้อคำถามในด้านคุณภาพทางเทคนิคซึ่งมีข้อที่ซ้ำซ้อนกัน ออก 1 ข้อ ปรับภาษาให้เหมาะสม ผู้วิจัยจึงปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน ในหอผู้ป่วย เด็กเล็ก 1 เด็กเล็ก 2 จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ระหว่างวันที่ 16-20 มีนาคม 2547 เวลา 08.30 – 15.00 น. แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.97

การดำเนินการทดลอง

ดำเนินวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ระยะที่ 1 เตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด
2. เตรียมสถานที่สำหรับการทดลอง จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยประสานงานกับสถาบันราชานุกูลเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัยและจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มการพยาบาลโดยตรง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และแจ้งวันเวลาสถานที่ในการทดลอง ตลอดจนวิธีทดลองตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง

3. เตรียมการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลเทคนิค 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 6 คน รวม 12 คน โดยประชุมทำความเข้าใจและศึกษาร่วมกันในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งแจ้งแนวคิดหลักการ ทักษะและการปฏิบัติ อภิปราย และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน สรุปบททวนบทบาทหน้าที่จนสามารถนำไปปฏิบัติได้ 3 ชั่วโมง/วัน นาน 5 วัน รวม 15 ชั่วโมง ดังนี้

วันที่ 1 อบรมการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

จัดอบรมเรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แนวคิดและหลักการ โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิบรรยาย หัวหน้าพยาบาลร่วมรับฟัง ซึ่งดำเนินการอบรมในวันที่ 22 เมษายน 2547 ณ ห้องประชุม พญ. ชวลา เขียวธนู สถาบันราชานุกูล เวลา 09.00-12.30 น. มีพยาบาล

ผู้เข้าร่วมฟังบรรยาย 33 คน (ยกเว้นหอผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าฟัง) แจกเอกสารความรู้เรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้ให้แก่พยาบาลในกลุ่มทดลอง ซึ่งผลการอบรมพยาบาลที่เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้กันอย่างกว้างขวาง ประเมินผลการอบรมในด้านเนื้อหา ระยะเวลา ความรู้ที่ได้รับอยู่ในเกณฑ์มาก

วันที่ 2 ประชุม อภิปรายร่วมกัน

จัดประชุม อภิปรายร่วมกัน เพื่อทำความเข้าใจวิธีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ชักถามแสดงความคิดเห็นและสรุป ซึ่งจัดประชุมในหอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ในวันที่ 23 เมษายน 2547 เวลา 13.00-16.00 แจกเอกสารวิธีการปฏิบัติการพยาบาล และแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้แก่บุคลากรพยาบาลทุกคน ซึ่งบุคลากรพยาบาลได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ชักถามในข้อสงสัยต่างๆ ตลอดจนวิธีการปฏิบัติจริง

วันที่ 3 อธิบายแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

จัดประชุม และอธิบายเรื่องแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายและชี้แจงรายละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ซึ่ง จัดประชุมในวันที่ 27 เมษายน 2547 เวลา 13.00-16.00 น.

วันที่ 4 ประชุมการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสู่การปฏิบัติ

จัดประชุม และ อภิปรายร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกมาใช้ ชักถามและสรุป ซึ่งประชุมในวันที่ 28 เมษายน 2547 เวลา 13.00-16.00 น. ในหอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

วันที่ 5 ประชุมบทบาทหน้าที่ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

จัดประชุมทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ร่วมดูแล ซึ่งประชุมในวันที่ 29 เมษายน 2547 เวลา 13.00 – 16.00 น.น. หอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง บุคลากรพยาบาลซักถามเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนอย่างละเอียดจนเข้าใจบทบาทของตน

4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนเป็นผู้ลงนามยินยอมให้เด็กปัญญาอ่อนเข้าร่วมในการวิจัย

5. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

5.1 ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์พยาบาลเด็กปัญญาอ่อนไม่น้อยกว่า 5 ปี ซึ่งเมื่อผู้วิจัยคัดเลือกตามคุณสมบัติและความสมัครใจ ตลอดจนความสะดวกของ

ผู้ช่วยวิจัยและหน่วยงานที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ได้ผู้ช่วยวิจัยที่ปฏิบัติงานด้านวิชาการที่กลุ่มการพยาบาลซึ่งมีประสบการณ์พยาบาลเด็กปัญญาอ่อนมา 12 ปี จบการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติผู้ช่วยวิจัยต่อกลุ่มการพยาบาล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีเวลาในการเก็บข้อมูลโดยไม่ต้องกังวลเรื่องงานในกลุ่มการพยาบาล เนื่องจากการใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนต้องใช้เวลาในการสังเกตค่อนข้างมาก

5.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองอย่างละเอียด ชักซ้อมความเข้าใจ และทดลองประเมินเด็กปัญญาอ่อนพร้อมกันแล้วนำคะแนนมาอภิปราย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจการประเมินได้ตรงกัน แล้วทดลองประเมินเด็กพร้อมกันอีก 5 คน ก่อนหาความเที่ยง เพื่อความมั่นใจในการประเมินที่สอดคล้องกัน

5.3 อธิบายการใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลให้ผู้ช่วยวิจัยฟังอย่างละเอียด และผู้ช่วยวิจัยต้องอธิบายวิธีการทำแบบวัดแก่ผู้ดูแลให้เข้าใจ พร้อมยกตัวอย่างประกอบทีละคน หากผู้ดูแลไม่สามารถทำด้วยตัวเองได้ซึ่งอาจเนื่องมาจากสายตาไม่ดี หรืออ่านหนังสือไม่ค่อยออกใช้วิธีการสัมภาษณ์หรืออ่านให้ฟังทีละข้อ

6. ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนประเมินเด็กปัญญาอ่อน และใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าคุณสมบัติตัวอย่างคนใดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามกำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

มีการดำเนินงานตามปกติ คือทีมการพยาบาลจัดการดูแลผู้ป่วยตามหน้าที่ หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานประจำวัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม มีพยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมการพยาบาลคือ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้แก่ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสร้างเสริมแรงจูงใจ กลุ่มกีฬา กลุ่มศิลปะ กลุ่มเล่นเกมส์ ให้การพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยทางกาย การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการฝึกเด็กปัญญาอ่อน ยังไม่มีการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลคลินิกและมาตรฐานการพยาบาล

กลุ่มทดลอง ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย 12 คน ประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใช้เวลา 7 สัปดาห์ ระหว่าง พฤษภาคม-กรกฎาคม 2547 ซึ่งเมื่อลงมือทดลองจริงแล้ว พบว่าใช้เวลา 8 สัปดาห์ คือระหว่างวันที่ 17 พฤษภาคม - 9 กรกฎาคม 2547 ดังนี้

การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนตามลำดับ ซึ่งในระยะ 1 สัปดาห์แรกปฏิบัติเป็นลำดับตามขั้นตอน และในสัปดาห์ที่ 2 - 7 เป็นการปฏิบัติควบคู่กันไปตามความต้องการการพยาบาลของเด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วางแผนการปฏิบัติตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (สัปดาห์ที่ 1)

หัวหน้าหอผู้ป่วย ประชุมกับทีมการพยาบาล ซึ่งได้แก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อจัดการดูแลผู้ป่วยตามแผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1. การจัดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1)

หัวหน้าหอผู้ป่วย

1.1 ประชุมทีมการพยาบาล ทบทวนบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน และขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.2 มอบหมายงานให้ทีมพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งมี 3 คนเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ โดยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน รับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อน 7 คน/พยาบาล 1 คน และพยาบาลวิชาชีพอีก 1 คน รับผิดชอบเด็กปัญญาอ่อน 6 คน พยาบาลเทคนิคเป็นพยาบาลผู้ร่วมดูแลซึ่งมอบหมายโดยจับคู่กับพยาบาลวิชาชีพ 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้เป็นผู้ร่วมดูแลในเวรเข้ามอบหมายเป็นเวรตามจำนวนคนที่ขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่ได้เด็กปัญญาอ่อนที่เป็นคนเดิม และในเวรบ่ายเด็กผู้ร่วมดูแลรับผิดชอบดูแลเด็กตามมอบหมาย ซึ่งการมอบหมายประเมินจากความสามารถ หรือศักยภาพของบุคลากรพยาบาลแต่ละคนและความยากง่ายหนักเบาของผู้ป่วย แล้วมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ตามความเหมาะสมในแบบมอบหมายงานประจำสัปดาห์และประจำวัน ระบุกิจกรรมอื่นๆที่จัดขึ้นในแต่ละวันด้วย เช่นการประชุมปรึกษา เป็นต้น

1.3 จัดการให้ทีมการพยาบาลทุกคนรับทราบบทบาทหน้าที่ โดยให้อ่านทบทวนบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติในแบบแสดงบทบาทหน้าที่ แล้วเซ็นรับทราบในแบบมอบหมาย

ทีมการพยาบาล จัดเตรียมเอกสารและเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ โดย

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล เตรียมแบบฟอร์มที่ใช้ในการปฏิบัติทั้งหมด

ผู้ช่วยเหลือคนไข้(ผู้ร่วมดูแล) เตรียมแผ่นป้ายเจ้าของไข้แล้วติดแสดงไว้ในหอผู้ป่วย และแผ่นชื่อพยาบาลเจ้าของไข้และผู้ป่วยในรับผิดชอบนำไปติดหน้าห้องฝึกทักษะ

2. ประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1-2 ถึง สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความรับผิดชอบ และประเมินเพิ่มเติมตามความต้องการการพยาบาลที่เปลี่ยนไป

2.1 รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ และยึดแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางการประเมิน

2.2 จัดหมวดหมู่ข้อมูลและลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ทั้งนี้โดยยึดแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทาง

3. วางแผนการพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2-3 ถึง สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางปฏิบัติ

3.1 กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางในการวางแผน บันทึกแผนการพยาบาลในแบบบันทึกแผนการพยาบาล

3.2 ติดต่อสื่อสารกับพยาบาลผู้ร่วมดูแล เจ้าหน้าที่ผู้ร่วมดูแลให้ทราบแผนการพยาบาล เพื่อให้ปฏิบัติตรงกัน

3.3 มีการปรับแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาผู้ป่วย หลังจากนำแผนไปปฏิบัติแล้วยังมีปัญหาที่แก้ไขได้ไม่ครบถ้วน

ผลการดำเนินการทดลอง ในขั้นตอนนี้พบว่าเมื่อพยาบาลได้รับการอบรมซึ่งมีการสร้างทัศนคติที่ดีต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้แล้ว สามารถร่วมวางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการมอบหมายงานและนิเทศติดตามนั้น ทำตามกระบวนการในแผนอย่างเคร่งครัด บุคลากรทุกคนรับทราบและทบทวนบทบาทหน้าที่ของตนก่อนเริ่มปฏิบัติ ส่วนการประเมินสภาพปัญหาเด็กและครอบครัว พบปัญหาในสัปดาห์แรกคือการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพสำหรับบุคคลปัญญาอ่อนยังไม่คล่องตัวและมีข้อสงสัยในบางประเด็น เมื่ออธิบายเพิ่มเติมก็สามารถปฏิบัติต่อได้ครบถ้วน ส่วนการวางแผนการพยาบาลนั้นผู้วิจัยต้องทำตัวอย่างจาก Case จริงที่ได้รับมอบหมายให้พยาบาลดูเป็นแนวทาง จากนั้นพยาบาลทุกคนก็สามารถวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมกับเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวแต่ละรายได้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

(สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 - สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติการพยาบาล มีกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก 6 กิจกรรมคือ

1. สร้างสัมพันธภาพบำบัด (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล สร้างสัมพันธภาพด้วยท่าที่นุ่มนวล ยิ้มให้ สบตา ทักทายเรียกชื่อเด็กอย่างถูกต้อง และแนะนำตัวพยาบาล กระตุ้นให้เด็กรู้จักทักทายและ มองสบตา อย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอน สม่่าเสมอ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (ดูขั้นตอนละเอียดใน คู่มือปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก) แล้วบันทึกการพยาบาล

2. ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองด้านที่บกพร่องและฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเอง (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7) พยาบาลเจ้าของไข้

2.1 ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยดูแลให้เด็ก ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลความสุขสบายและสุขอนามัย ให้กำลังใจ ประคับประคอง เมื่อมีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ

2.2 ให้การส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวและทักษะการช่วยเหลือตนเองอย่างต่อเนื่อง โดย ฝึกทักษะการช่วยเหลือโดยให้เด็กได้เรียนรู้ทีละอย่าง โดยใช้ คำอธิบาย หรือคำสั่งอย่างง่ายที่เป็นรูปธรรม เป็นขั้นตอน ค่อยๆเพิ่มการฝึกทักษะเรื่องอื่นๆ เมื่อเด็กสามารถปฏิบัติทักษะในเรื่องที่ฝึกได้เป็นอย่างดีแล้ว ชมเชย หรือให้รางวัลเมื่อเด็กปฏิบัติได้ (ดูรายละเอียดวิธีการฝึกในคู่มือปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก)

2.3 ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด เหมาะสม เมื่อมีปัญหาเจ็บป่วยทางกาย

3. จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสม (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3 - สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลจัดสภาพภายในหอผู้ป่วยให้ปราศจาก อันตราย ลดสิ่งกระตุ้นปัญหาพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ (ดูขั้นตอนละเอียดในคู่มือฯ)

4. ส่งเสริมพัฒนาทักษะในการใช้ภาษา (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 4 - สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้ฝึกทักษะภาษาและการรับรู้ทีละเรื่องจากง่ายไปยากตามแผนการ พยาบาล ซึ่งต้องพิจารณาจากศักยภาพของเด็กและความต้องการของผู้ดูแลเด็ก โดยใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางปฏิบัติ โดย (ดูรายละเอียดวิธีการฝึกในคู่มือฯ)

4.1 ดูแลช่วยเหลือฝึกทักษะภาษาและการรับรู้ โดยฝึกความเข้าใจภาษา เช่นฝึกการ เลียนแบบท่าทาง การปฏิบัติตามคำสั่ง และฝึกการใช้ภาษา เช่น การออกเสียงเลียนคำพูด ออก เสียงตามบัตรคำ

4.2 คาดการณ์ความต้องการของเด็กและตอบสนองความต้องการนั้นๆได้อย่างเพียงพอ จนกว่าพัฒนาการทางภาษาจะเกิดและเด็กบอกความต้องการของตนได้

4.3 เรียนรู้จากบิดา มารดา และพยายามสังเกตและหาความหมายการสื่อสารที่เป็นอวัจนภาษา

4.4 อธิบายแก่เด็ก หรือผู้อื่นให้เข้าใจความหมาย ของท่าทาง หรือสัญลักษณ์ที่เด็กใช้ในการสื่อสาร เพื่อให้มีการสื่อความหมายที่มีการเข้าใจกันและกัน

4.5 ใช้ภาษาพูดที่ง่าย สั้น ในการอธิบาย หรือบอกเด็กให้ทราบว่า พฤติกรรมการสื่อสารใดที่เป็นที่ยอมรับ และพฤติกรรมใดต้องปรับปรุง

5. ส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคม (สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 1 – สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้ฝึกทักษะทางสังคมที่ละเรื่องจากง่ายไปยาก

5.1 ดูแลช่วยเหลือฝึกทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มารยาทในการอยู่ร่วมกัน กฎระเบียบสังคม และการดูแลตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยคำนึงถึงศักยภาพเด็ก

5.2 เปิดโอกาสให้เด็กร่วมกิจกรรมกลุ่มและให้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์

5.3 ฝึกทักษะพื้นฐานงานบ้านที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น การทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องใช้ เช็ดโต๊ะ เก้าอี้ ล้างจาน ซ้อน ซักเสื้อผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น จัดการกับปัญหาพฤติกรรม คอยสังเกตพฤติกรรมที่ต้องระวังที่สื่อให้ทราบว่าเป็นปัญหา แล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5.4 กระตุ้นและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ตำหนิเด็ก

5.5 ฝึกให้เด็กเรียนรู้จากอุปกรณ์/เหตุการณ์สมมติหรือจากสถานการณ์จริงตามโอกาส

5.6 จัดการกับปัญหาพฤติกรรม คอยสังเกตพฤติกรรมที่ต้องระวังที่สื่อให้ทราบว่าเป็นปัญหา แล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกรณีเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว เรียนรู้แบบแผนการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หากการนำของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวให้ได้ แล้วจึงดำเนินการเฝ้าระวัง

6. ให้ความรู้ สอน ให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล (สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 1 - สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้ พูดคุยนัดหมายกับผู้ดูแลล่วงหน้า เพื่อให้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลในหอผู้ป่วย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยยึดวันเวลาตามความสะดวกของผู้ดูแล ซึ่งกิจกรรมดังนี้

6.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลอย่างเป็นมิตร อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

6.2 ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุคคลปัญญาอ่อน แผนการพยาบาล สิ่งฝึกให้ตอบปัญหาข้อสงสัยในการฝึก ให้กำลังใจในการดูแลเด็ก

6.3 สอนและจัดประสบการณ์ในการฝึกกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาทักษะต่างๆแก่เด็กโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลและลงฝึกเด็กด้วยตนเอง

6.4 สอน แนะนำ และ/หรือให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว/ผู้ดูแล ในเรื่องวิธีการฝึกทักษะต่างๆ แก่บุคคลปัญญาอ่อน การใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การมาตรวจตามนัด

ในกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม การปฏิบัติของพยาบาลผู้ร่วมดูแล คือในกรณีพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแลปฏิบัติกรพยาบาลเช่นเดียวกับพยาบาลเจ้าของไข้ทุก

ข้อ และขณะที่พยาบาลเจ้าของไข้ขึ้นปฏิบัติงาน พยาบาลผู้ร่วมดูแล ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยดูแลและ
ฝึกเด็ก ตลอดจนอำนวยความสะดวก โดย

- ดูแลเด็กคนอื่นๆในกลุ่ม และหรือช่วยฝึกทบทวน หรือฝึกเรื่องอื่นๆตามแผน ขณะที่
พยาบาลเจ้าของไข้กำลังฝึกทักษะเด็กอีกคน
- ช่วยจัดเตรียมและเก็บอุปกรณ์ในการฝึกทักษะ

ผลการดำเนินการทดลอง ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล
คลินิกนี้พบว่าในสัปดาห์แรกยังไม่คล่องตัวนัก เนื่องจากการวางแผนการพยาบาลยังไม่ครบถ้วน
และการใช้เอกสารและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องยังไม่คล่องตัว จึงมีการปฏิบัติไม่ครบถ้วนตามแผน ซึ่งมี
การประชุมถึงปัญหาการปฏิบัติและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 2 พยาบาลทุกคน
สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆได้ครบถ้วน ในส่วนการนัดหมายผู้ดูแลมาร่วมฝึกปฏิบัติ มีผู้ดูแล
เพียง 2-3 คนที่มีปัญหาในการมาร่วมฝึก เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง จึงปรับเป็นให้มาฝึก
ในวันที่มารับเด็กกลับบ้านซึ่งต้องมารับทุกสัปดาห์ โดยให้มาก่อนเวลารับกลับ 3 ชั่วโมง ซึ่งผู้ดูแล
ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมการฝึกได้ครบ

ขั้นตอนที่ 3 การประชุมปรึกษาและบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล

(สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 7)

หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแลมีการประสานความร่วมมือใน
การดูแล บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำปัญหาในการดูแลที่มีอยู่ สู่การประชุมปรึกษา

1. ประสานงานการดูแล (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 4 – สัปดาห์ที่ 7)

หัวหน้าหอผู้ป่วยรับส่งเวรร่วมกับบุคลากรพยาบาลเพื่อรับทราบ และรวบรวมข้อมูลสำคัญ
เกี่ยวกับผู้ป่วยและการพยาบาล ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วม
ดูแล ประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เป็นสื่อกลางใน
การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา

1. พยาบาลเจ้าของไข้ สื่อสารแผนการดูแลให้ทีมพยาบาลคนอื่นทราบตรงกัน
มอบหมายการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ให้กับพยาบาลผู้ร่วมดูแลใน
ขณะที่ตนไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลเจ้าของไข้ติดต่อประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล
อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม รวมทั้งนิเทศพยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ในการดูแลผู้ป่วย

2. บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 - สัปดาห์ที่ 7)

1. ประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและการช่วยเหลือ

2. บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลทั้งหมดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบบันทึก

ทางการพยาบาล

3. ประชุมปรึกษา (สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 1 – สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้ นำปัญหาการดูแลมาประชุมร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ร่วมดูแล และผู้ร่วมดูแลร่วมกันแสดงความรู้ ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล ผู้ร่วมดูแล จัดประชุมปรึกษาร่วมกันดังนี้

3.1 Pre-Post Conference หรือประชุมปรึกษาจากคาร์เด็กซ์ทุกวัน

พยาบาลเจ้าของไข้ พูดถึงแผนการพยาบาลประจำวัน ให้นักการพยาบาลทุกคนได้ทราบเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งหมด เช่น ความต้องการและกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ ซึ่งพยาบาลเจ้าของไข้หรือพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลเจ้าของไข้ สามารถตรวจสอบสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้จากคาร์เด็กซ์

3.2 Case Conference (ทุกวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ที่ 2 - 7)

พยาบาลเจ้าของไข้ เสนอข้อมูลประวัติ การประเมินปัญหา แผนการพยาบาล การพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย ปัญหาในการดูแล ให้ทีมการพยาบาลร่วมอภิปรายและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขที่เหมาะสม

3.3 การประชุมปรึกษาร่วมกับครอบครัว (สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 1 – สัปดาห์ที่ 7)

พยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล พูดคุยกับผู้ดูแล ทุกครั้งที่นัดหมายมาร่วมกิจกรรมในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 10 นาที เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจและยอมรับต่อความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลสามารถจัดบริการให้ได้ การติดต่อสื่อสารกับแหล่งชุมชนที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการดำเนินการทดลอง ในขั้นตอนนี้ เป็นการประสานงานและติดตามการปฏิบัติงานพบว่าพยาบาลทุกคนเห็นตรงกันว่าทำให้มีความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติ มีการทำงานที่ต่อเนื่องจากการบันทึกและประเมินผลลัพธ์ ทำให้ทราบผลการปฏิบัติและกิจกรรมที่ทำว่าพบปัญหาในการดูแลด้านใด จากนั้นเมื่อนำปัญหามาพูดคุยกันในการ Pre-Post Conference/ Case Conference แล้วก็จะได้ความคิดเห็นที่หลากหลายขึ้น ได้ร่วมกันคิดหาแนวทางแก้ไข ทำให้พยาบาลมีความกระตือรือร้นและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมากขึ้น และนำสู่การพัฒนาวิธีการปฏิบัติ เพราะเมื่อปฏิบัติ ประเมินผล รวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมหาแนวทางแก้ไขและปรับแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้นเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องไปเรื่อยๆ

การกำกับการทดลอง

ในระหว่างดำเนินการทดลอง กำกับการทดลองโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติกรพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้กับพยาบาลทุกคน ก่อนสิ้นสุดการทดลอง โดยตรวจสอบการปฏิบัติกรพยาบาลตามแบบตรวจสอบที่ละข้อ จากนั้นก็ทบทวนการพยาบาล และการปฏิบัติกรพยาบาล ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน เกณฑ์ มีการปฏิบัติทุกข้อถือว่าผ่าน หากไม่ผ่านเกณฑ์มีการแก้ไขโดย หัวหน้าหอผู้ป่วยชี้แจงกับพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์โดยอธิบายในส่วนที่ไม่ผ่าน พยาบาลผู้นั้นแก้ไขโดยลงมือปฏิบัติในข้อที่ยังไม่ปฏิบัติทันที แล้วบันทึกการแก้ไข พบว่าพยาบาลทุกคนปฏิบัติกรพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้ได้ครบถ้วนทุกข้อ อาจเป็นเนื่องจากผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการทดลองให้สมาชิกทุกคนฟังอย่างละเอียดและให้แบบตรวจสอบไว้โดยแจ้งให้ทราบว่าจะมีการตรวจสอบการปฏิบัติ ซึ่งหากทำได้ไม่ครบถ้วน ต้องทำใหม่จนครบ พยาบาลทุกคนจึงคอยตรวจการปฏิบัติของตนว่าทำได้ครบถ้วนจริง

การดำเนินการเพิ่มเติม

ก่อนเริ่มทดลอง ซึ่งจะเริ่มทดลองในช่วงต้นเดือนเมษายน แต่พบปัญหาเด็กปัญญาอ่อนส่วนใหญ่ไม่มาโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นช่วงปิดภาคเรียนซึ่งพี่น้องของเด็กปัญญาอ่อนซึ่งเป็นเด็กปกติปิดภาคเรียน ดังนั้นพ่อแม่ ผู้ดูแลจึงไม่พาเด็กมาโรงพยาบาลเนื่องจากต้องการให้พักผ่อนอยู่ร่วมกับพี่น้องคนอื่นๆ จึงต้องเลื่อนการทดลองไปเรื่อยๆรอให้เปิดภาคเรียนและเด็กมาครบ จึงเริ่มทดลอง ระหว่างวันที่ 17 พฤษภาคม – 9 กรกฎาคม 2547 ในระหว่างการทดลองต้องเพิ่มระยะเวลาการทดลอง เนื่องจากช่วง 1 สัปดาห์แรกเป็นช่วงการปรับตัว การปฏิบัติต่างๆยังไม่ลงตัวมีปัญหาและข้อสงสัยซึ่งต้องทำความเข้าใจเพิ่มเติมเมื่อลงปฏิบัติจริง จึงเริ่มทดลองจริงในสัปดาห์ที่ 2 ดังนั้นการทดลองนี้จึงใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ และมีการดำเนินการเพิ่มเติมดังนี้

1. เขียนตารางกิจกรรมให้ละเอียด และสอดคล้องกับสภาพการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วย และแผนการปฏิบัติกรพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้ ซึ่งเมื่อทำตารางกิจกรรมเสร็จสมาชิกทุกคนก็ปฏิบัติตามตารางได้อย่างคล่องตัว
2. เขียนการจัดมอบหมายหน้าที่ต่างๆ เช่นหน้าที่พิเศษของแต่ละคนเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อปรับให้สมดุลกันระหว่างหน้าที่เดิมที่ปฏิบัติและหน้าที่ตามแผนการปฏิบัติกรพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้ ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยประชุมจัดมอบหมายหน้าที่ และให้ทุกคนรับทราบ
3. จัดทำตัวอย่างแผนการพยาบาลเพิ่มเติมซึ่งตัวอย่างแผนการพยาบาลแรก เป็นตัวอย่าง case ที่ผู้วิจัยคิดขึ้นเอง สมาชิกเห็นควรให้ทำแผนการพยาบาลกับเด็กปัญญาอ่อนในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ เพื่อให้เห็นชัดเจนมากขึ้น ซึ่งเมื่อผู้วิจัยทำตัวอย่างแผนการพยาบาลเพิ่มให้บุคลากร

พยาบาลทุกคนดูแล้ว พยาบาลทุกคนสามารถทำแผนการพยาบาลของตนได้ครบถ้วน ดังนั้นเด็ก
ปัญญาอ่อนทุกคนจึงมีแผนการพยาบาลอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

4. จัดให้มีวิชาการประจำวัน หรือ Morning talk โดยนำผลงานวิจัย ความรู้เกี่ยวกับ
สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข สุขภาพจิต พัฒนาการเด็ก มาเล่าให้สมาชิกทุกคนฟังก่อน Pre
Conference เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ พัฒนาตนเองของพยาบาล ซึ่งบุคลากรทุกคนมีความพึง
พอใจ และกระตือรือร้นในการฟังและหาเรื่องวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

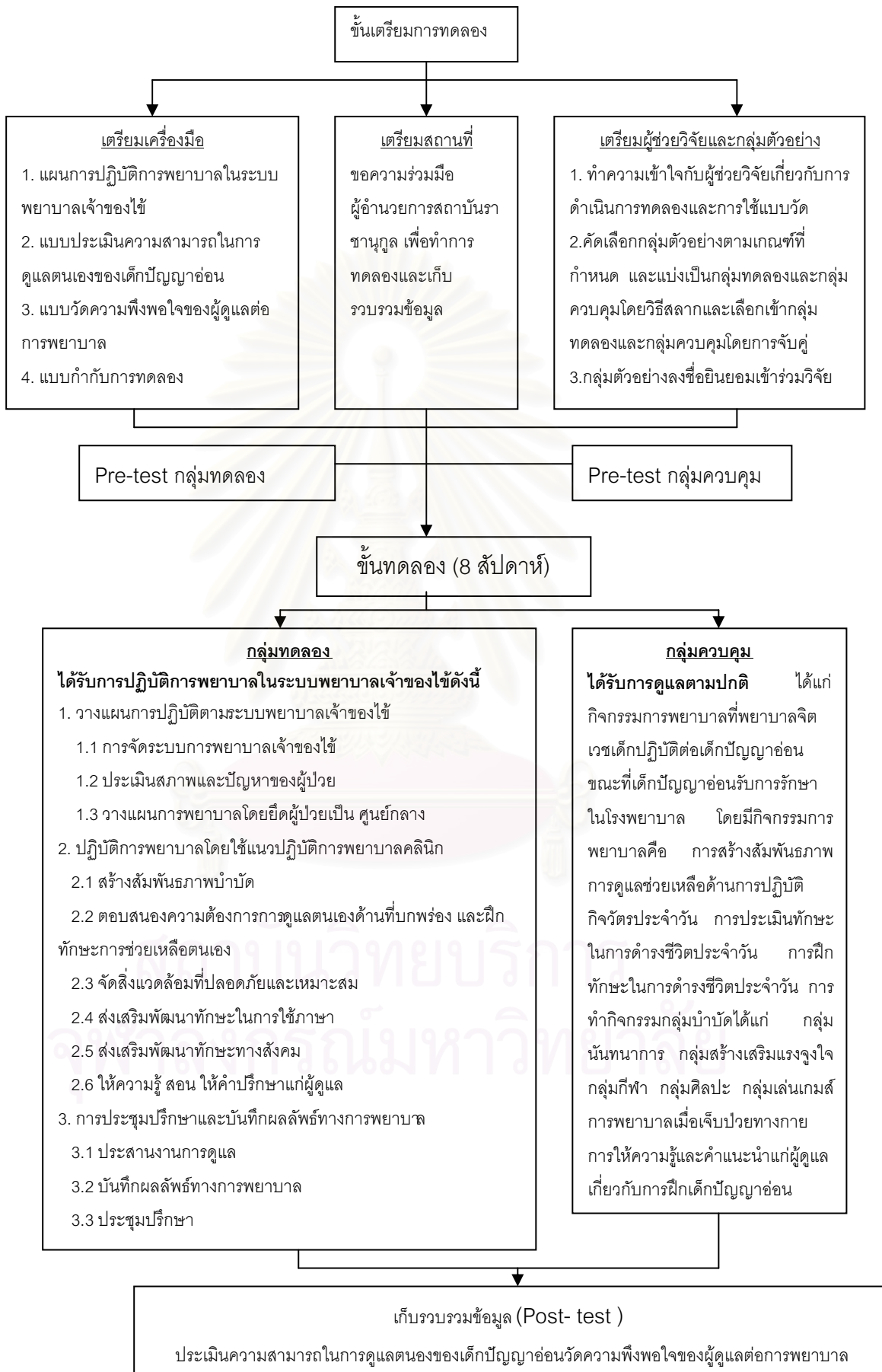
ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก
ปัญญาอ่อนและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลอง
ที่หอผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยนำคะแนนที่ได้จากการ
เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ และร้อยละ
2. คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการ
พยาบาลแบบเจ้าของไข้ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ หาค่าเฉลี่ยเลข
คณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและรายด้านโดยใช้สถิติ
Paired t-test
3. คะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับปฏิบัติการพยาบาลแบบ
เจ้าของไข้ และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ คำนวณค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test
4. คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง คำนวณหาค่าเฉลี่ยเลข
คณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและในแต่ละด้านโดยใช้
สถิติทดสอบ Independent t-test
5. คะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและ
หลังการทดลอง คำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านและในแต่ละด้านโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาล
เจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และความพึงพอใจของผู้ดูแล
โดยเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล
ก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบ
ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่
ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายและนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก

ปัญญาอ่อนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ การศึกษา การวินิจฉัยโรค ระดับเซวาน์ปัญญา ระยะเวลาที่เข้ารักษา ประเภทที่รับไว้ ผู้ดูแลหลัก ผู้ช่วยเหลือในการดูแล และจำนวนพี่น้องที่ปัญญาอ่อน

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
6 – 8 ปี	6	30	4	20
8 – 10 ปี	4	20	10	50
10 – 12 ปี	10	50	6	30
เพศ				
ชาย	0	0	20	100
หญิง	20	100	0	0
การศึกษา				
เคยเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ	3	15	2	10
เคยเข้าเรียนการศึกษาพิเศษ	0	0	0	0
เคยเข้ารับกระตุ้นพัฒนาการ	2	10	3	15
ไม่เคยเข้าเรียน/รักษาที่ได้	15	75	15	75
การวินิจฉัยโรค				
MR Moderate	1	5	1	5
MR Severe	13	65	10	50
MR Severe with Autistic	3	15	6	30
MR Severe with CP	3	15	3	15
ระดับเซวาน์ปัญญา (IQ)				
<25 (Profound grade)	3	15	1	5
> 25 – 35 (Severe grade)	9	45	8	40
35 - 50 (Moderate grade)	1	5	1	5
ไม่ระบุระดับ	7	35	10	50

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กปัญญาอ่อน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ การศึกษา การวินิจฉัยโรค ระดับเชาวน์ปัญญา ระยะเวลาที่เข้ารับรักษา ประเภทที่รับไว้ ผู้ดูแลหลัก ผู้ช่วยเหลือในการดูแล และจำนวนพี่น้องที่ปัญญาอ่อน (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา				
แรกรับ - 6 เดือน	7	35	5	25
6 เดือน - 1 ปี	3	15	15	75
1 ปี ขึ้นไป	10	50	0	0
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา				
ครั้งแรก	6	30	6	30
ครั้งที่ 2 - 3	12	60	3	15
ครั้งที่ 4 ขึ้นไป	2	10	11	55
ประเภทที่รับไว้รักษา				
ประจำ	6	30	2	10
ไป-กลับ	14	70	18	90
ผู้ดูแลหลัก				
บิดามารดา	10	50	5	25
บิดา	2	10	4	20
มารดา	8	40	8	40
ญาติเช่นลุง ป้า ยาย ปู่	0	0	3	15
อื่นๆ	0	0	0	0
ผู้ช่วยเหลือในการดูแล				
มีผู้ช่วยเหลือ	11	55	12	60
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	9	45	8	40
จำนวนพี่น้องที่ปัญญาอ่อน				
มีพี่น้องที่ปัญญาอ่อน	0	0	1	5
ไม่มีพี่น้องที่ปัญญาอ่อน	20	100	19	95

จากตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองเป็นเด็กปัญญาอ่อน เพศหญิง อายุ อยู่ในช่วง 10 -12 ปี เป็นส่วนใหญ่ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเด็กปัญญาอ่อนเพศชายอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8-10 ปี ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการรักษาหรือกระตุ้นพัฒนาการในสถาบันอื่น มาก่อน การวินิจฉัยโรค Severe MR ระดับสติปัญญาอยู่ในช่วง 25 – 35 หรือระดับรุนแรง ประเภทการรับไว้เป็นไป- กลับ มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และไม่มีพี่น้องที่มีภาวะปัญญาอ่อน ส่วนระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ 1 ปีขึ้นไป กลุ่มควบคุม 6 เดือน – 1 ปี จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เข้ารับรักษา 2 - 3 ครั้ง กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา ครั้งที่ 4 ขึ้นไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ระยะเวลาการดูแลเด็ก

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
20 - 30 ปี	2	10	2	10
31 - 40 ปี	8	40	8	40
41 - 50 ปี	6	30	8	40
51 - 60 ปี	3	15	1	5
มากกว่า 60 ปี	1	5	1	5
เพศ				
ชาย	5	25	1	5
หญิง	15	75	19	95
การศึกษา				
ประถมศึกษา	7	35	15	75
มัธยมศึกษา	5	25	3	15
ปวช. ปวส. อนุปริญญา	2	10	1	5
ปริญญาตรี	6	30	1	5
อาชีพ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	20	0	0
พนักงานบริษัทเอกชน	3	15	0	0
ธุรกิจส่วนตัว	2	10	1	5
อื่นๆ	11	55	19	95
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก				
บิดา	5	25	1	5
มารดา	9	45	9	45
ญาติ	4	20	6	30
อื่นๆ	2	10	4	20

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ระยะเวลาการดูแลเด็ก (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาดูแลเด็ก				
0 – 6 เดือน	0	0	2	10
7 เดือน – 1 ปี	0	0	2	10
1 – 5 ปี	4	20	5	25
5 - 10 ปี	9	45	8	40
มากกว่า 10 ปี	7	35	3	15

จากตารางที่ 3 ลักษณะของผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 31 – 40 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพอื่นๆ เช่น แม่บ้าน รับจ้าง เกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดา ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก 5 – 10 ปี

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองของ
เด็กปัญญาอ่อนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก
ปัญญาอ่อนรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการดูแลตนเอง ของเด็กปัญญาอ่อน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ด้านการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และสิ่งของ	5.20	1.361	4.85	0.933	0.948
ด้านการพัฒนาตัวตน	12.20	4.112	12.40	3.747	- 0.161
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	19.10	7.799	17.65	1.350	0.657
ด้านการรับรู้และเข้าใจระเบียบ สังคม	9.80	4.408	9.10	3.582	0.551
ด้านการสื่อสาร	7.15	2.852	5.80	1.881	1.767
ด้านการเจ็บป่วยทางกาย	4.45	0.686	4.40	0.821	0.209
รวม	57.90	18.982	54.20	13.671	0.707

* $P < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน
โดยรวมทุกด้านและรายด้านก่อนการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก
ปัญญาอ่อนรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการดูแลตนเอง ของเด็กปัญญาอ่อน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ด้านการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และสิ่งของ	6.55	2.328	5.25	1.251	2.200*
ด้านการพัฒนาตัวตน	15.35	5.019	12.50	3.547	2.074*
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	24.50	8.275	19.50	7.015	2.061*
ด้านการรับรู้และเข้าใจระเบียบ สังคม	12.05	4.395	9.45	3.531	2.062*
ด้านการสื่อสาร	8.65	3.543	6.15	2.033	2.737*
ด้านการเจ็บป่วยทางกาย	5.40	1.635	4.50	1.000	2.100*
รวม	72.50	23.451	57.35	15.380	2.416*

* $P < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน
โดยรวมทุกด้านและรายด้านหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน
หลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก
ปัญญาอ่อนรายด้านและรวมทุกด้าน ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง ของเด็กปัญญาอ่อน	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่และ สิ่งของ	6.55	2.328	5.20	1.361	4.477*
การพัฒนาตัวตน	15.35	5.019	12.20	4.112	7.891*
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	24.50	8.275	19.10	7.799	8.572*
การรับรู้และเข้าใจระเบียบสังคม	12.05	4.395	9.80	4.408	6.218*
การสื่อสาร	8.65	3.543	7.15	2.852	4.094*
การเจ็บป่วยทางกาย	5.40	1.635	4.45	0.686	2.629*
รวม	72.50	23.451	57.90	18.982	9.030*

* $P < .05$

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน
รวมทุกด้านและรายด้านของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
และค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนหลังการทดลองสูงกว่าก่อน
ทดลองในทุกด้าน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก
ปัญญาอ่อนรายด้านและรวมทุกด้าน ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการดูแลตนเอง ของเด็กปัญญาอ่อน	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่และ สิ่งของ	5.25	1.251	4.85	0.933	1.710
การพัฒนาตัวตน	12.50	3.547	12.40	3.747	0.145
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	19.50	7.015	17.65	1.350	2.846*
การรับรู้และเข้าใจระเบียบสังคม	9.45	3.531	9.10	3.582	1.099
การสื่อสาร	6.15	2.033	5.80	1.881	1.677
การเจ็บป่วยทางกาย	4.50	1.000	4.40	0.821	1.453
รวม	57.35	15.380	54.20	13.671	2.215*

* $P < .05$

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนรวมทุกด้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนเป็นรายด้านแล้วพบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนในด้านการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่และสิ่งของ ด้านการพัฒนาตัวตน ด้านการรับรู้และเข้าใจระเบียบสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านการเจ็บป่วยทางกาย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในด้านการเจ็บป่วยทางกายพบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล รวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนความคาดหวัง = 100)

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการพยาบาล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะการดูแล	120.03	38.053	111.06	23.23	0.90
คุณภาพทางเทคนิค	109.96	28.147	112.57	22.085	-0.326
การจัดสภาพแวดล้อม	114.75	27.900	109.75	23.304	0.615
ความพร้อมในบริการ	112.50	28.985	115.75	24.362	-0.384
ความต่อเนื่องในการดูแล	114.92	33.164	112.00	25.941	0.310
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์	115.64	34.828	116.93	27.110	0.130
รวม	687.80	175.111	678.06	137.115	0.196

* $P < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจกลุ่มทดลอง (\bar{X} อยู่ในช่วง 109.96-120.03) และกลุ่มควบคุม (\bar{X} อยู่ในช่วง 109.75-116.93) ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจของผู้ดูแลในบริการที่ได้รับมากกว่าที่คาดหวังไว้

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนความคาดหวัง = 100)

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการพยาบาล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะการดูแล	150.72	105.057	112.00	21.213	1.616
คุณภาพทางเทคนิค	129.64	38.792	118.96	32.203	0.947
การจัดสภาพแวดล้อม	132.92	38.744	115.66	27.426	1.625
ความพร้อมในบริการ	130.37	37.865	118.97	26.878	1.098
ความต่อเนื่องในการดูแล	130.42	38.722	118.32	25.721	1.164
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์	129.57	38.447	116.75	27.241	1.217
รวม	803.64	241.817	700.67	145.584	1.631

* $P < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลโดยรวมทุกด้านและรายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันนรีเวชวิทยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล
รวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการพยาบาล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะการดูแล	120.03	38.053	150.72	105.057	1.712
คุณภาพทางเทคนิค	109.96	28.148	129.64	38.792	3.445*
การจัดสภาพแวดล้อม	114.75	27.901	132.92	38.744	3.498*
ความพร้อมในบริการ	112.50	28.985	130.37	37.865	3.526*
ความต่อเนื่องในการดูแล	114.92	33.164	130.42	38.721	3.366*
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์	115.64	34.828	129.57	38.448	3.924*
รวม	687.86	175.111	803.64	241.817	4.051*

* $P < .05$

จากตารางที่ 10 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลโดยรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลเป็นรายด้าน พบว่าด้านคุณภาพทางเทคนิค ด้านการจัดสภาพแวดล้อม ด้านความพร้อมในบริการ ด้านความต่อเนื่องในการดูแล และด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านศิลปะของการพยาบาลแม้จะมีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลรวมทุกด้านและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการพยาบาล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ศิลปะการดูแล	111.06	23.230	112.00	21.213	0.265
คุณภาพทางเทคนิค	112.57	22.086	118.96	32.203	0.971
การจัดสภาพแวดล้อม	109.75	23.304	115.66	27.426	1.071
ความพร้อมในบริการ	115.75	24.362	118.97	26.878	0.578
ความต่อเนื่องในการดูแล	112.00	25.942	118.32	25.721	0.919
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์	116.93	27.110	116.75	27.241	-0.023
ค่าเฉลี่ย	678.06	137.115	700.67	145.583	0.682

* P < .05

จากตารางที่ 11 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลโดยรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลเป็นรายด้าน พบว่าด้าน ศิลปะของการพยาบาล ด้านคุณภาพทางเทคนิค ด้านการจัดสภาพแวดล้อม ด้านความพร้อมในบริการ และด้านความต่อเนื่องในการดูแล มีค่าเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แต่ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์ พบว่าหลังทดลองค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำกว่าก่อนทดลอง

ตารางที่ 12 เปรียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการพยาบาล
ด้านศิลปะการดูแลของพยาบาลเป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการพยาบาล	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				t	
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.		
ศิลปะการดูแล										
ความอ่อนโยนของ พยาบาล	80	200	122.00	39.815	100	500	146.50	92.354	1.639	
ความเข้าใจในความรู้สึก	80	200	115.50	42.112	80	600	148.50	113.892	1.649	
ความอดทนของพยาบาล	50	200	121.50	42.087	100	500	151.00	90.432	1.985	
ความสนใจ เอาใจใส่	90	200	121.50	40.429	90	500	148.50	113.892	1.824	
การใช้คำพูด/ศัพท์ที่เข้าใจ	80	200	120.50	40.585	80	500	145.50	93.779	1.644	
ความเมตตา	95	200	123.75	38.760	100	500	148.50	91.091	1.674	
การรับฟังสิ่งที่ผู้ดูแลพูด	50	200	114.00	41.852	90	500	144.00	93.155	-1.990	
ความมีมิตรไมตรี	80	200	128.00	42.624	90	1000	178.50	197.011	1.276	
การจัดให้มีความเป็น ส่วนตัว	60	200	113.50	37.455	90	500	145.50	91.506	2.109*	
รวม	780	1800	1080.25	342.447	860	5100	1356.50	945.517	1.712	

* $P < .05$

จากตารางที่ 12 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลด้านศิลปะการดูแลของพยาบาลเป็นรายข้อของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ยกเว้นในข้อการจัดให้มีความเป็นส่วนตัว พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 เปรียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการพยาบาลด้านคุณภาพทางเทคนิค(ความสามารถความชำนาญ) ในการดูแลของพยาบาลเป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการพยาบาล	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				t	
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.		
คุณภาพทางเทคนิค										
ทักษะของพยาบาลในการ ปฏิบัติการพยาบาล	80	200	113.00	32.943	90	200	132.00	38.196	3.413*	
ความรู้ของพยาบาลใน การดูแล	90	200	118.00	35.630	100	200	134.00	41.726	2.963*	
การอธิบายแผนการรักษา	70	200	105.50	31.535	80	200	129.50	40.324	3.387*	
การสอนให้เข้าใจว่าต้อง ดูแลบุตรอย่างไร	70	200	106.25	28.045	90	200	127.00	40.666	3.206*	
ให้คำแนะนำปัญหาที่ตรง ประเด็น	50	200	104.50	30.517	80	200	124.50	41.100	2.922*	
ช่วยเหลือบุตรได้ตรง ความต้องการ	90	200	110.50	25.231	100	200	131.00	39.457	2.971*	
การจัดลำดับกิจกรรม การฝึก	90	200	112.00	26.872	90	200	129.50	40.194	2.559*	
รวม	605	1400	769.75	197.633	670	1400	907.50	271.542	3.445*	

* P < .05

จากตารางที่ 13 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลด้านคุณภาพทางเทคนิค(ความสามารถในการดูแลของพยาบาล)เป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองทุกข้อ ซึ่งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในช่วง 129.50-134 แสดงถึงความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับมากกว่าที่คาดหวัง

ตารางที่ 14 เปรียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการพยาบาลด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพของพยาบาลเป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการพยาบาล	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				t
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
การจัดสภาพแวดล้อม									
การจัดเก็บอุปกรณ์ที่นำมาใช้ได้สะดวก	80	200	112.50	29.357	100	200	131.50	42.831	2.476*
จัดโต๊ะเก้าอี้ในการทำกิจกรรมได้เหมาะสม	80	200	119.50	33.791	100	200	133.50	38.426	3.444*
จัดสภาพห้องเยี่ยมสงบ	70	200	112.50	36.545	90	200	134.50	42.112	3.101*
ปรับแสงได้เหมาะสม	80	200	113.00	30.625	90	200	129.00	42.785	2.707*
จัดพัดลมระบายอากาศ	70	200	115.00	30.349	100	200	133.00	37.571	3.269*
ห้องน้ำสะอาด	80	200	116.00	29.272	90	200	136.00	39.789	2.549*
รวม	510	1200	688.50	167.403	570	1200	797.50	232.466	3.498*

* $P < .05$

จากตารางที่ 14 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพของพยาบาลเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านคุณภาพทางเทคนิคหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ ซึ่งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในช่วง 129-136 แสดงถึงความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับมากกว่าที่คาดหวัง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 เปรียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลด้าน ความพร้อมในบริการของพยาบาลเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการพยาบาล	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				t
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ความพร้อมในบริการ									
การได้พบพยาบาลเมื่อ ต้องการ	90	200	117.00	34.043	100	200	138.50	40.167	2.945*
การตรวจสอบและ ประเมินสภาพเตียงอย่าง สม่ำเสมอ	50	200	107.50	34.774	80	200	127.00	40.144	3.136*
จัดหาสิ่งที่จำเป็นในการ ฝึก	60	190	105.50	28.741	90	200	127.00	37.850	2.714*
ไม่ลืมทำในสิ่งที่สัญญาไว้	70	200	120.00	39.203	90	200	129.00	40.898	2.232*
ค่าเฉลี่ย	310	790	450.00	115.94	390	800	521.50	151.459	3.526*

* $P < .05$

จากตารางที่ 15 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลด้านความพร้อมในบริการของพยาบาล เป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านความพร้อมในบริการหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ ซึ่งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในช่วง 127-138.50 แสดงถึงความพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากกว่าที่คาดหวังไว้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 เปรียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการพยาบาลด้านความต่อเนื่องในการดูแล เป็นรายข้อก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อการพยาบาล	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				t
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ความต่อเนื่องในการดูแล									
พยาบาลสนใจติดตามและแก้ปัญหาเด็กต่อเนื่อง	80	200	116.50	34.985	100	200	131.50	40.167	2.517*
พยาบาลทราบความต้องการของเด็กโดยไม่ต้องบอก	50	200	106.25	32.399	90	200	126.25	40.167	2.796*
พยาบาลฝึกเด็กอย่างต่อเนื่อง	80	200	122.00	39.947	100	200	133.50	38.013	2.748*
รวม	250	600	344.75	99.491	290	600	391.25	116.165	3.366*

* $P < .05$

จากตารางที่ 16 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลด้านความต่อเนื่องในการดูแลเป็นรายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านความต่อเนื่องในการดูแลหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ ซึ่งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในช่วง 126.25-133.5 แสดงถึงความพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากกว่าที่คาดหวังไว้

ตารางที่ 17 เปรียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อบริการพยาบาลด้าน ประสิทธิภาพ/ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาลเป็นรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อกรพยาบาล	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				t
	Min	Max	\bar{X}	S.D.	Min	Max	\bar{X}	S.D.	
ประสิทธิผล/ผลลัพธ์									
การดูแล									
เด็กสุขสบาย สะอาด สด ชื่น	50	200	116.00	42.227	100	200	134.00	41.852	2.592*
เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น	80	200	119.50	40.843	90	200	134.00	41.218	4.781*
การดูแลของพยาบาลทำ ให้คลายเครียด	80	200	121.00	38.100	100	200	133.50	37.031	3.324*
รู้สึกมั่นใจในการดูแลลูก	80	200	119.00	41.536	90	200	126.50	39.904	2.517*
รู้สึกว่าได้รับการ เตรียมพร้อมเผชิญปัญหา	70	190	108.00	30.882	100	200	127.00	39.216	3.413*
รู้ว่าจะปฏิบัติอย่างไรขณะ อยู่โรงพยาบาล	50	200	111.00	38.648	80	200	123.50	41.584	2.326*
รู้ว่าจะปฏิบัติอย่างไรขณะ อยู่บ้าน	80	200	115.00	36.056	100	200	128.50	38.699	2.159*
รวม	580	1390	809.50	243.796	700	1400	907.00	269.133	3.924*

* $P < .05$

จากตารางที่ 17 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อกรพยาบาลด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาลเป็นรายข้อของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาลหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทุกข้อ ซึ่งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในช่วง 123.50-134 แสดงถึงความพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากกว่าที่คาดหวังไว้

ตอนที่ 4 สรุปข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากกลุ่มทดลอง

1. สรุปข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

จากการทดลองใช้แผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในหอผู้ป่วยหญิง 1 เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการทดลองเป็นอย่างดี ใช้เวลาในการปรับตัวเข้าสู่ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้โดยปฏิบัติงานได้คล่องตัวเมื่อผ่านเข้าสู่สัปดาห์ที่ 2 จากการพูดคุย บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและได้รับความรู้ใหม่ๆจากการประชุมปรึกษา ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการมาฝึกปฏิบัติร่วมกับพยาบาลซึ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลดีขึ้น สังเกตจากมีการจัดรับประทานอาหารกลางวันร่วมกันระหว่างพยาบาลประจำตึกและผู้ดูแลเด็กบ่อยๆ ผู้ดูแลไว้วางใจและพูดคุยปัญหาในการดูแลต่างๆ และได้รับรู้ถึงศักยภาพของตนในการฝึกเด็ก จากการได้ลองปฏิบัติจริง นอกจากนี้ยังรู้ศักยภาพของบุตรตนเองว่าสามารถทำกิจกรรมได้ ผู้ดูแลบอกว่าการได้มาฝึกปฏิบัติทำให้รู้ว่าตนเองฝึกผิดวิธีในจุดไหน ตนเองมีข้อบกพร่องในการปรับพฤติกรรมของลูกในจุดใด และได้ปรับปรุงวิธีการฝึก ซึ่งจะได้นำไปฝึกต่อที่บ้านอย่างถูกต้อง ผู้ดูแลบางคนบอกว่าอยากให้มีโครงการอย่างนี้ต่อเนื่องไป ส่วนเด็กปัญญาอ่อนได้พัฒนาทักษะตนเองมากขึ้นจากการมีพยาบาลคนเดียวตลอด เด็กจำพยาบาลเจ้าของไข้ของตนได้ และแสดงความสนิทสนม จูงมือ ยิ้ม สบตา และนั่งในกลุ่ม ร่วมมือในกิจกรรมดีมากขึ้น ส่วนรวมของตึกได้นำแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ปรับใช้อย่างต่อเนื่องต่อไป โดยเฉพาะคู่มือปฏิบัติการพยาบาลเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานมาก

2. สรุปความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนในกลุ่มทดลอง หลังปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นแล้ว หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา สัมภาษณ์และสอบถามความคิดเห็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. เป็นโครงการที่ดี ทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น และทราบว่าลูกหลานของตนกำลังได้รับการฝึกอะไรบ้าง ได้ทราบวิธีการฝึกเด็กที่ถูกต้อง ได้ลองปฏิบัติเอง ทำให้สามารถนำไปใช้ฝึกต่อที่บ้านได้
2. รู้สึกว่าลูกดีขึ้น ในด้านการช่วยเหลือตนเอง จากเดิมต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ไม่รู้จักนั่งในห้องน้ำเลย ขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระไม่เป็นเวลา ตอนนี้ลูกสามารถนั่งห้องน้ำได้ และเข้า

ห้องน้ำตามเวลา ขับถ่ายในห้องน้ำได้ ไม่ต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปอีกแล้ว ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก

3. รู้สึกดีใจที่เห็นลูกดีขึ้น ด้านการเดินจากเดินเองไม่ได้ต้องมีคนพยุงทั้ง 2 ข้าง ขณะนี้เด็กเดินได้ โดยจับแต่่มือเบาๆ แต่ยังคงคอยระวังอยู่ใกล้ๆ บางครั้งปล่อยให้เดินเองก็เดินได้ หรือลูกเข้ากลุ่มกับเพื่อนได้นานขึ้น มีสมาธิทำกิจกรรมได้นานขึ้น
4. ช่วยทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้นระหว่างพยาบาลกับบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก
5. การเข้ามาร่วมฝึกลูกทำให้ได้รับรู้ถึงปัญหาของพ่อแม่ ผู้ดูแลคนอื่นๆ ได้พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นต่างๆ ทำให้มีกำลังใจในการดูแลลูกมากขึ้น

3. สรุปความคิดเห็นของบุคลากรพยาบาลที่ใช้แผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นแล้ว หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์บุคลากรพยาบาลที่ใช้แผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ได้ให้ความคิดเห็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

สิ่งที่ได้จากการทดลอง

1. เป็นโครงการที่ทำให้พยาบาลได้พัฒนาตัวเองมากขึ้น ทำให้ได้คิดและมองการปฏิบัติของตนเอง ว่าเป็นอย่างไรต้องทำอะไรเพิ่มเติม
2. ทำให้ได้ความรู้เพิ่มเติม ทั้งจากการอบรม จากแผนปฏิบัติการพยาบาล จากคู่มือการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งทำให้มีแบบแผนในการให้การพยาบาล ทำให้สามารถเข้าใจปัญหาของเด็กปัญญาอ่อนและให้การพยาบาลได้ครบถ้วนตามปัญหามากขึ้น
3. เป็นการนำสิ่งที่เราปฏิบัติอยู่แต่อาจไม่ครบถ้วน มาเขียนและจัดการให้เป็นระบบ ช่วยให้การงานมีระบบมากขึ้น และมีลายลักษณ์อักษรมากขึ้น เพราะพยาบาลมักทำแต่ไม่ค่อยเขียน เขียนไม่ค่อยเป็น ตอนนี้นำมาได้แนวทางหรือตัวอย่างในการเขียนต่างๆ เช่น แผนการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นต้น
4. เป็นแนวทางการปฏิบัติที่นำมาใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์มากทั้งต่อเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการดูแลที่ดีครอบคลุมทุกด้าน มีการติดตามประเมินผลครบถ้วน ส่วนในด้าน การปฏิบัติงานของพยาบาลได้ความรู้เรื่องผู้มารับบริการอย่างละเอียด ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง รู้ข้อมูลหมด การประสานงานดีมาก เด็กปัญญาอ่อน

สามารถปรับตัวเข้ากับพยาบาลได้ดี ผู้ดูแลให้ความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยข้อมูลลึกๆ มากขึ้น ทำให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลมากขึ้น

ข้อดีของการใช้แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1. บุคลากรพยาบาลมีความกระตือรือร้นมากขึ้น
2. พยาบาลรับผิดชอบให้การพยาบาลเด็กปัญญาอ่อนได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
3. การ Pre-Post conference ทุกวันทำให้บุคลากรอื่นได้รับฟังว่ามี การดูแลและฝึกเด็กอย่างไร ทำให้ทราบปัญหาของเด็กปัญญาอ่อนคนอื่นๆ นอกเหนือจากกลุ่มที่รับผิดชอบ
4. ง่ายในการประเมินปัญหาของเด็กปัญญาอ่อน
5. การใช้ Kardex ทำให้รวดเร็วต่อการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล นักศึกษาที่มาศึกษาดูงาน ตลอดจนทีมงานที่เกี่ยวข้อง
6. พยาบาลมีความมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาล และรู้สึกมีอิสระในการตัดสินใจมากขึ้น
7. พยาบาลทราบความต้องการของผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้นจากการพูดคุยให้ความรู้อย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ดูแลไว้วางใจ
8. การปฏิบัติงานมีความคล่องตัวและได้ร่วมปรึกษาซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลผู้ร่วมดูแล

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. ระยะเวลาในการทดลองมีจำกัด ควรทดลองให้นานมากขึ้น
2. กลุ่มเป้าหมายมีน้อย และมารับบริการไม่สม่ำเสมอ
3. บุคลากรพยาบาลมีจำกัด จำนวนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนเด็กปัญญาอ่อนที่อยู่ในความดูแล ซึ่งลักษณะการดูแลเด็กปัญญาอ่อนนั้นต้องดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา
4. บางครั้งพยาบาลผู้ร่วมดูแลไม่กล้าแสดงความคิดเห็นในการพยาบาลมากนัก ควรจะมีวิธีการสนับสนุนให้ผู้ร่วมดูแลมีบทบาทมากขึ้น
5. การนำ Kardex มาใช้ควรขยายให้มีการใช้ในทุกหอผู้ป่วยเพราะมีประโยชน์ในการค้นหาข้อมูลที่รวดเร็วและเป็นปัจจุบัน
6. ควรจัดทำมาตรฐานในการดูแลเด็กปัญญาอ่อนแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อไป
7. แบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ น่าจะนำมาใช้ในการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลได้

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลก่อน และหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แบบแผนการทดลองเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ซึ่งผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล หลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

2. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลปัญญาอ่อนและผู้ดูแลบุคคลปัญญาอ่อน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กปัญญาอ่อนอายุ 6 – 12 ปี และผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน ที่พาเด็กมาเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2547 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยจับสลากหอยผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และจับคู่ตามระดับเซวานปัญญา อายุ และการวินิจฉัยโรค ได้เด็กปัญญาอ่อน 20 คนและผู้ดูแล 20 คน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหญิง 1 เป็นกลุ่มทดลอง และเด็กปัญญาอ่อน 20 คน ผู้ดูแล 20 คนที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยชาย 1 เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภทคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง เครื่องมือกำกับการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แนวคิดและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนที่ 2

การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้และเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ส่วนที่ 3 คู่มือปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของ Marram (1974) และแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545)

เครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติของพยาบาล ลักษณะเป็นแบบ Check List จากกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติและบันทึกทางการพยาบาลทั้งหมด ประกอบด้วยปฏิบัติการพยาบาล 40 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .80

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปัญญาอ่อน ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ และแนวคิดมาตรฐานการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนของสถาบันราชานุกูล (2546) ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 33 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ 0.89

ชุดที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Eriksen (1988) ซึ่งส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) นำมาปรับใช้ในการวัดความพึงพอใจของผู้พิการ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามของส่องแสง ธรรมศักดิ์มาปรับปรุงให้เหมาะกับผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .94 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .97

การดำเนินการวิจัย

1. ระยะเวลาที่เตรียมการทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการ 10 สัปดาห์ในการสร้างเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้าง พัฒนาเครื่องมือตามกระบวนการบริหารเครื่องมือ จากนั้นขอความร่วมมือจากสถาบันราชานุกูล เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการทดลอง เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมบุคลากรพยาบาลในการทดลองใช้แผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

จัดการอบรมพยาบาลและประชุมอภิปรายแสดงความคิดเห็น จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แจ้างวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยทำความเข้าใจกับบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีดำเนินการทดลอง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้บิดามารดาลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย และทำการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และแบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล (Pre - test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง ใช้เวลาทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองดำเนินการตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย โดยแบ่งการปฏิบัติเป็น 3 ขั้นตอนต่อเนื่องกัน 8 สัปดาห์ ซึ่งบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยทุกคนและตัวผู้วิจัยร่วมเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งเป็นการดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงในหอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

3. ระยะหลังการทดลอง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้ช่วยวิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และแบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Post-test) ด้วยแบบวัดชุดเดิมอีกครั้ง เสร็จสิ้นการประเมินวันที่ 23 กรกฎาคม 2547 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์บุคลากรพยาบาลที่ร่วมในการทดลองใช้แผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และสอบถามผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ t (t - test)

สรุปผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

1.1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ($\bar{x} = 72.50$) สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ($\bar{x} = 57.90$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ($\bar{x} = 803.64$) สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ($\bar{x} = 687.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2.1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ($\bar{x} = 72.50$) สูงกว่าความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{x} = 57.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ($\bar{x} = 803.64$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{x} = 700.67$) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ตอบสนองสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการคือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

2. ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ความพึงพอใจของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลปัญญาอ่อนและความพึงพอใจของผู้ดูแล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนเพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ทั้งนี้การปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีการเตรียมการจัดการระบบ โดยจัดอบรมพยาบาลให้ความรู้วิธีการปฏิบัติในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการมอบหมายงานตามความสามารถของพยาบาลและความยากง่ายของผู้ป่วย มีการทบทวนบทบาทหน้าที่จนบุคลากรทุกคนเข้าใจชัดเจนจากการประชุมอภิปรายกัน 12 ชั่วโมง ซึ่งทำให้พยาบาลทุกคนมีความสำนึกในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ จากคำบอกเล่าของพยาบาลว่า “มีความรู้และมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติ” และเมื่อลงมือปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งกำหนดผลลัพธ์และขั้นตอนการปฏิบัติอย่างละเอียดตามระยะการดูแล ระบุวันที่ในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างชัดเจน ทำให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้เด็กปัญญาอ่อนได้รับการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม ตอบสนองความต้องการได้ตรงตามปัญหาที่มีอยู่ ทำให้เด็กปัญญาอ่อนหลังการทดลองมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในทางที่สูงขึ้น

จะเห็นว่าการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกทำให้มีวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน บอกละเอียดของการดูแลตามระยะการดูแล ซึ่งทำให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมตามสภาพปัญหา และจากคำบอกเล่าของพยาบาลเจ้าของไข้ว่า “แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกทำให้มีแบบแผนในการปฏิบัติการพยาบาล เข้าใจปัญหาและให้การพยาบาลได้ครบถ้วนมากขึ้น” ส่วนการบันทึกผลลัพธ์และประชุมปรึกษา เป็นกระบวนการติดตามการดูแลซึ่งทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลมากขึ้น จากการสัมภาษณ์พยาบาลเจ้าของไข้บอกว่า “แนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นประโยชน์ต่อเด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน มีการติดตามประเมินผลครบถ้วน ทำให้ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง รู้ข้อมูลหมดทุกอย่าง การประสานงานดีมาก เด็กปัญญาอ่อนปรับตัวเข้ากับพยาบาลได้ดี ผู้ดูแลให้ความไว้วางใจ” ผู้ดูแลบอกว่า “ลูกดีขึ้น จากเดิมต้องใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอด ไม่รู้จักนั่งในห้องน้ำเลย ขับถ่ายไม่เป็นเวลา ตอนนี้ลูกสามารถนั่งในห้องน้ำได้และเข้าห้องน้ำตามเวลา” ดังนั้นการ

ปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้จึงทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้เด็กปัญญาอ่อนมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสองแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ซึ่งพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้พิการสูงขึ้นจากการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้นอกจากนี้ Korins (2003) ยังพบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น และเกิดแนวทางที่ดีในการดูแล

2. ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนเพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในกลุ่มทดลอง มีการวางแผนการปฏิบัติ ซึ่งเตรียมความรู้ ทักษะ ความสำนึกในบทบาทหน้าที่ พยาบาลมีความรู้มากขึ้นเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแล การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกซึ่งระบุวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามระยะของการดูแล กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ชัดเจน การประเมินอย่างครอบคลุมตามระยะการดูแลและวิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเฉพาะตามสภาพปัญหาของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัว ส่วนการบันทึกผลลัพธ์และการประชุมปรึกษา เป็นการติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง นำปัญหาที่พบในการดูแลมาร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรแห่งการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมตามความต้องการ ดังนั้นเด็กจึงได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถเรียนรู้และพัฒนาทักษะต่างๆ ผู้ดูแลได้รับความรู้ คำปรึกษา ให้กำลังใจ จนสามารถดูแลและฝึกเด็กได้อย่างต่อเนื่อง

ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งมีการดูแลตามปกติ อันประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพ การดูแลช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะในการดำรงชีวิตประจำวัน การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดได้แก่ กลุ่มนันทนาการ กลุ่มสร้างเสริมแรงจูงใจ กลุ่มกีฬา กลุ่มศิลปะ กลุ่มเล่นเกมส์ ให้การพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยทางกาย การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการฝึกเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งยังไม่มีระบบในการปฏิบัติแบบการพยาบาลเจ้าของไข้และไม่มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกมาใช้ ดังนั้นจะเห็นว่าวิธีการ

ปฏิบัติการพยาบาลใน 2 วิธีนี้มีความแตกต่างกัน โดยการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาล
เจ้าของไข้มีการดูแลที่ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนสูงกว่า คือ

1) การทำงานร่วมกันของพยาบาลในลักษณะของผู้ร่วมวิชาชีพ ซึ่งจะมีการ
ประชุมปรึกษาร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ มีพยาบาลผู้ร่วมดูแลคอยดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่องเมื่อ
พยาบาลเจ้าของไข้ไม่อยู่ ซึ่งพยาบาลผู้ร่วมดูแลสามารถให้การพยาบาลได้ตามแผนการพยาบาลที่
วางไว้เช่นเดียวกับพยาบาลเจ้าของไข้ การได้ Pre-post Conference ร่วมกันทำให้ได้รับรู้ปัญหาใน
การดูแลร่วมกัน ได้แสดงความคิดเห็นและร่วมหาแนวทางแก้ปัญหา เกิดการติดตามผู้ป่วยได้อย่าง
ต่อเนื่อง ทำให้การประสานงานการดูแลกับหน่วยงานต่างๆคล่องตัวมากขึ้น

2) ความต่อเนื่องในการดูแล นอกจากการที่มีพยาบาลดูแลรับผิดชอบเฉพาะราย
ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายแล้ว ความต่อเนื่องเกิดจากกระบวนการติดตามและประเมินผล
การดูแลในระบบนี้ที่ทำให้ทราบความบกพร่องในการดูแล ปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำมา
วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน จากการ Conference ทั้งกับพยาบาลด้วยกันเอง และ
กับครอบครัว ซึ่งได้แนวทางแก้ปัญหาที่ครอบคลุม นำสู่การปรับแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
ต่อเนื่องต่อไปเป็นวงจร ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องไปเรื่อยๆ

3) มีแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก ซึ่งระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตามระยะ
การดูแลตั้งแต่ระยะแรก ที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลมาก จนกระทั่งระยะก่อนกลับบ้าน ดังนั้น
พยาบาลจึงมีเป้าหมายในการปฏิบัติอย่างชัดเจนและมีวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมตามระยะความ
ต้องการการดูแลนั้นๆ ทำให้เด็กปัญญาอ่อนและครอบครัว ได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ตอบสนอง
ความต้องการได้ตรงปัญหามากขึ้น

4) ผู้ดูแลมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง โดยการนำผู้ดูแลเข้ามาฝึกปฏิบัติ ซึ่งผู้ดูแลมิได้
เพียงแต่มาคอยดูแลเด็กขณะเข้าห้องน้ำหรือรับประทานอาหารเท่านั้น แต่มีการให้ความรู้ เทคนิค
วิธีการฝึกทักษะแก่เด็ก การฝึกภาคปฏิบัติ ผู้ดูแลได้ทดลองฝึกเด็กอย่างจริงจังและประเมินผลการ
ฝึก รวมถึงการร่วมประชุมกับผู้ดูแลถึงปัญหาการดูแล จุดบกพร่องในการฝึกเด็กของผู้ดูแล ทำให้
ผู้ดูแลได้รับความรู้และปฏิบัติการฝึกเด็กได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้การให้ที่บ้านให้ฝึกต่อเนื่องที่
บ้านอย่างสม่ำเสมอเป็นการกระตุ้นให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและเพิ่มทักษะในการดูแลเด็กให้แก่
ผู้ดูแล พร้อมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านต่อไป

5) ผู้ดูแลรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการเปลี่ยนแปลงของเด็กตลอดเวลา
จากการเข้ามามีกิจกรรมตลอดการดูแลตั้งแต่ร่วมในการวางแผนการพยาบาล การฝึกทักษะ
และประชุมร่วมกัน ตลอดจนการประเมินและติดตามอย่างสม่ำเสมอ การรับรู้และมีส่วนร่วมอย่าง
ต่อเนื่องนี้ทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักในบทบาทของตน ร่วมมือในการดูแล
และมีกำลังใจในการฝึกเด็กมากขึ้น เด็กจึงได้รับการฝึกต่อเนื่องที่บ้านจากผู้ดูแลมากขึ้น

ดังนั้นจากการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งแตกต่างกันทั้ง 5 ประการดังกล่าวจึงส่งผลให้เด็กปัญญาอ่อนที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสองแสง ธรรมศักดิ์ (2542) ซึ่งพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้พิการสูงขึ้นจากการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และการศึกษาของเรณู พุกบุญมีและคณะ (2544) พบว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในบริการ นอกจากนี้ Department of Mental Retardation (2003) และ Korins (2003) ยังพบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น และเกิดแนวทางที่ดีในการดูแล

ผลการวิจัยข้างต้นสรุปได้ว่าแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนสูงขึ้น ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติซึ่งส่งผลดังนี้

1. การวางแผนการปฏิบัติ ประกอบด้วยการจัดการระบบพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยมีการประชุม หัวหน้าหอผู้ป่วยมอบหมายงานตามความสามารถของพยาบาล ความยากง่ายของผู้ป่วย บุคลากรทุกคนเข้าใจบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบจากการได้ประชุม อภิปรายและมีแบบแสดงบทบาทหน้าที่ ซึ่งการทำความเข้าใจระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติงาน (Boone et al, 1992) การมอบหมายงานจะสร้างความรับผิดชอบให้มีสิทธิ์ในการตัดสินใจดูแล และวางแผนการพยาบาล (Manthey, 1970) และงานจะมีประสิทธิภาพได้นั้นต้องทำให้เกิดความเข้าใจและกำหนดแนวคิดในการทำงานให้กระจ่าง (Harrington Emerson อ้างถึงใน สองแสง ธรรมศักดิ์, 2542) สิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาลเกิดความอยากทำงาน มีทิศทางการทำงานที่ตรงกัน ให้ผลงานที่ดี การประเมินสภาพปัญหาและวางแผนการพยาบาลทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามปัญหา เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพจึงส่งผลให้เด็กปัญญาอ่อนมีความสามารถที่ดีขึ้นนั่นเอง

2. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก มีการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งจะทำให้เด็กปัญญาอ่อนและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจพยาบาล เข้าใจความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวอย่างครอบคลุม การตอบสนองความต้องการด้านที่บกพร่องและฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเอง จะทำให้เด็กได้รับการฝึกการช่วยเหลือตนเองตามปัญหาที่มีอยู่ การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทำให้เกิดความสบาย ปลอดภัยจากอันตราย มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสม ส่งเสริมทักษะการใช้ภาษา ทักษะสังคม สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ซึ่งทำให้เด็กได้รับการพยาบาลครอบคลุมตามปัญหาและความ

ต้องการอย่างครบถ้วน ผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติจริง สามารถฝึกเด็กปัญญาอ่อนต่อเนื่องที่บ้านได้ ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้เด็กปัญญาอ่อนมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Department of mental Retardation (2003) ที่พบว่า การพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนโดยการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกจะเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของเด็กกลุ่มอาการดาวน์

3. การประชุมปรึกษาและบันทึกผลลัพท์ทางการพยาบาล ซึ่งจะเป็นการประสานความร่วมมือในการดูแลบุคลากรพยาบาลและหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บันทึกผลการดูแลและปรึกษาปัญหาในการดูแลร่วมกัน ซึ่งทำให้ได้ติดตามและประเมินผล และเกิดการพัฒนาวิธีการปฏิบัติซึ่งส่งผลให้เด็กปัญญาอ่อนได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเด็กปัญญาอ่อนมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Zander (1980) และ Yoder-Wise (1999) ที่พบว่า การประชุมปรึกษาเป็นกระบวนการติดตามและประเมินผลซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติงานเป็นการใช้ประโยชน์จากบุคลากรและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาความรู้ในการปฏิบัติงาน เกิดการพัฒนางานบริการ ส่งผลให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนจึงเพิ่มขึ้น

สรุป การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติ ทำความเข้าใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ประเมินสภาพเด็กปัญญาอ่อน วางแผนการปฏิบัติการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลคลินิก การประชุมปรึกษาและบันทึกผลลัพท์ทางการพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของพยาบาลในลักษณะวิชาชีพ มีความต่อเนื่องของการดูแล มีแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเป็นแนวทางในการดูแลตามระยะเวลาความต้องการของเด็กปัญญาอ่อน ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพยาบาลอย่างจริงจังและรับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของเด็กตลอดเวลา ทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ครอบคลุมเป็นองค์รวม ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวได้ตรงตามปัญหาปัญหาที่มีอยู่จึงได้รับการแก้ไข ผู้ดูแลมีความรู้ สามารถดูแลและฝึกเด็กได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้เด็กเรียนรู้และพัฒนาทักษะและมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องเมื่อจำนำกลับไป ผู้ดูแลก็จะสามารถให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง เด็กสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ขณะเดียวกันก็ลดการพึ่งพาผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะเปลี่ยนบทบาทจากต้องทำแทนทั้งหมด เป็นผู้ประคับประคอง คอยช่วยเหลือเมื่อจำเป็นเท่านั้น เด็กปัญญาอ่อนก็จะคงความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีความสุข

3. ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยแสดงว่า การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ครั้งนี้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน มีความพึงพอใจต่อการพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากมีขั้นตอนในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งสามารถส่งเสริมให้เด็กปัญญาอ่อนมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่เริ่มวางแผนการดูแล จนตลอดการดูแลทุกระยะ จึงได้รับทราบข้อมูลและการเปลี่ยนแปลงทุกอย่างเกี่ยวกับเด็ก ได้รับรู้สิ่งที่พยาบาลกระทำต่อลูก จึงมีความพึงพอใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marram (1974) ซึ่งพบว่า ระบบพยาบาลเจ้าของไข้นั้นผู้ปวยรู้สึกว่ายพยาบาลมีความเข้าใจตัวผู้รับบริการดี พอใจและพร้อมที่จะให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สนใจใตถามอยู่เสมอ ใช้เวลาอยู่กับผู้ปวยมาก ทำให้เกิดผลดี และมีความพึงพอใจมากขึ้น Perala & Hentinen (1989) พบว่าระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ทำให้พยาบาลรู้จักผู้ปวยแต่ละรายมากขึ้น เนื่องจากมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ปวยมากขึ้น และการทำงานเป็นระบบมากขึ้น Gray & Smedley (1998) พบว่าพยาบาลเจ้าของไข้ใช้เวลาดูแลผู้ปวยทางจิตอย่างต่อเนื่องมากกว่าบุคลากรอื่นๆ และ Archibong (1999) พบว่าการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ทำให้การดูแลเพิ่มขึ้น ที่เด่นชัดคือการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้รับบริการรายบุคคล ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างจริงจัง และรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลและการเปลี่ยนแปลงของเด็กตลอดเวลา จึงทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลสูงขึ้น จากคำบอกเล่าของผู้ดูแล “โครงการนี้ดีมาก ทำให้มีความรู้ ลูกก็ดีขึ้น” “ดีใจมากที่ลูกเดินได้ดีขึ้น” “พยาบาลให้บริการดีมาก เอาใจใส่ลูกเราดีมาก”

สอดคล้องกับการศึกษาของเรณู พุกบุญมีและคณะ (2544) ที่พบว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้เอื้ออำนวยให้พยาบาลได้มีโอกาสดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและความมั่นใจในบริการ ความไว้วางใจที่เพิ่มขึ้นของผู้รับบริการและครอบครัว ดังนั้นเมื่อผู้รับบริการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตนและครอบครัวแล้ว จะเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล นอกจากนี้ส่องแสง ธรรมศักดิ์ (2542) จิรภัค สุวรรณเจริญ (2545) และศศิธร แสงศร (2545) ยังพบตรงกันว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นสามารถอธิบายเป็นรายด้านดังนี้

ด้านศิลปะของการดูแล หลังใช้การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้สูงกว่าก่อนใช้ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 12) อาจเนื่องมาจาก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย มีประสบการณ์การทำงานมาแล้วมากกว่า 9 ปี ทำให้มีประสบการณ์มากพอที่จะแสดงออกด้านบุคลิกภาพ ซึ่งติดตัวพยาบาลแต่ละคนมา เช่น ความนับถือ อ่อนโยน อดทน เอาใจใส่ ซึ่งก่อนและหลังเป็นกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นไม่ว่าการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการจัดเตรียมพยาบาลเจ้าของใช้ด้านทัศนคติ ความเชื่อ ปรัชญาการดูแล แต่ก็ไม่ทำให้แตกต่างกัน

ด้านคุณภาพทางเทคนิค หลังใช้การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 13) เนื่องจาก มีการเตรียมด้านความรู้เชิงวิชาการ และจัดระบบการปฏิบัติไว้ตามขั้นตอนอย่างละเอียด รวมทั้งมีการประชุมปรึกษา ทำให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีปฏิบัตินั้นกำหนดให้พยาบาลต้องอธิบายแผนการรักษา สอนให้คำแนะนำ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่เริ่มแรกจนกระทั่งจำหน่าย ดังนั้นจึงมีความพึงพอใจสูงกว่า สอดคล้องกับ Daeffler (1975) พบว่าผู้ป่วยตอบว่า การดูแลในระบบเจ้าของใช้ดีกว่าการดูแลในระบบทีม โดยเฉพาะพยาบาลอธิบายการดูแลให้ฟัง และส่องแสง ธรรมชาติ (2542) พบว่า คุณภาพบริการด้านความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังใช้ระบบพยาบาลเจ้าของใช้สูงกว่าก่อนใช้ เนื่องจากการเตรียมความรู้ทางวิชาการในการดูแลประเภทต่างๆ การประชุมปรึกษาทำให้เกิดกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลพัฒนาความรู้ ความมั่นใจ ตอบสนองความต้องการตรงปัญหา เกิดคุณภาพทางเทคนิคในการดูแล

ด้านการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หลังใช้การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 14) เนื่องจากแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้ เป็นการดูแลอย่างครอบคลุม และขั้นตอนการปฏิบัติกำหนดเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับการดูแล ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ โต๊ะเก้าอี้ สภาพห้อง การระบายอากาศ เป็นต้น ดังนั้นความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาลด้านนี้จึงสูงขึ้น

ด้านความพร้อมในบริการ หลังใช้การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้สูงกว่าก่อนใช้ (ตารางที่ 15) เนื่องจากแผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้กำหนดให้พยาบาลทุกคนต้องตรวจสอบและประเมินสภาพเด็กอย่างสม่ำเสมอ และก่อนปฏิบัติมีการทำความเข้าใจระบบ เตรียมความพร้อมทั้งด้านทัศนคติ ความรู้ นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของใช้ทำให้พยาบาลมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้น พร้อมทั้งจะให้การรักษาพยาบาลทันที (Marram ,1974 ; Laakso & Routasalo, 2001) ดังนั้นผู้ดูแลจึงรับรู้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่มีการตรวจสอบประเมินสภาพเด็กสม่ำเสมอ และพบพยาบาลได้ทันที จึงมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลด้านความพร้อมในบริการสูงขึ้น

ด้านความต่อเนื่องในการดูแล หลังใช้การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 16) เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาล ด้านทัศนคติและความรู้ มีแผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ระบุขั้นตอนวิธีปฏิบัติ ซึ่งพยาบาลทุกคนทำงานร่วมกันในลักษณะวิชาชีพ มีการติดตาม การสังเกตอย่างต่อเนื่อง ประเมินสภาพปัญหาเสมอ ทราบความต้องการเด็ก นำปัญหาการดูแลเข้าสู่การประชุมปรึกษา ผู้ดูแลซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลตลอดจึงมีความพึงพอใจในด้านความต่อเนื่องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Robert (1980) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้มีการรับรู้ในเรื่องความต่อเนื่องของการดูแล เกิดการดูแลเฉพาะบุคคลมากขึ้น Gray & Smedley (1998) พบว่าผู้รับบริการทางจิตเวช ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าบุคลากรอื่นๆ สองแสง ธรรมศักดิ์ (2542) พบว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้มีความต่อเนื่องในการดูแลเนื่องจากมีการมอบหมายให้รับผิดชอบดูแลผู้ใช้บริการ 4-5 คน ต่อพยาบาล 1 คน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลจึงรู้ข้อมูลต่างๆมากขึ้นเรื่อยๆ และให้การพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง ศศิธร แสงศร (2545) พบว่าพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้นั้นผู้ป่วยให้ความไว้วางใจมากขึ้น เนื่องจากความต่อเนื่องในการดูแล นอกจากนี้บทบาทของพยาบาลเจ้าของไข้นั้นจะมีความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยคนเดิมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม มีการประเมินสภาพ วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองทุกครั้ง จึงเกิดความต่อเนื่องในการดูแล ซึ่งการพยาบาลอย่างต่อเนื่องนี้จึงทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจสูงขึ้น

ด้านประสิทธิผล/ผลลัพธ์ในการดูแล พบว่า หลังใช้การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 17) เนื่องจากแผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก มีขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติที่ระบุให้พยาบาลฝึกเด็กปัญญาอ่อนอย่างต่อเนื่อง ตามปัญหาอย่างครอบคลุม ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เตรียมพร้อมผู้ดูแลให้สามารถฝึกเด็ก โดยนำผู้ดูแลมาทดลองฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง สอนวิธีการฝึก การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นทำให้เกิดประสิทธิผลในการบริการ ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจสูงขึ้น

4. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะการดูแลและให้การพยาบาลของหอผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูลนั้น มักจะมอบหมายความรับผิดชอบในการ

ดูแลเด็กให้พยาบาลคนเดิมเกือบตลอด จะเปลี่ยนพยาบาลก็ต่อเมื่อมีเหตุจำเป็นจริงๆ เพียงแต่ยังไม่เป็นระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เนื่องจากยังไม่มีการจัดการระบบการปฏิบัติงานและด้านอื่นๆ ที่ชัดเจน ซึ่งการที่มีพยาบาลรับผิดชอบดูแลให้การพยาบาลเด็กคนเดิมตลอด ผู้ดูแลได้ติดต่อกับพูดคุยกับพยาบาล ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ดูแลที่นำลูกหลานมาอยู่ในความดูแลของพยาบาลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับพยาบาลที่ดูแลลูกของตนเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังให้ความเคารพ นับถือ เกรงอกเกรงใจพยาบาลที่ดูแลลูกตน ดังนั้นความพึงพอใจต่อบริการจึงอยู่ในระดับที่เป็นไปตามความคาดหวัง และเมื่อทดสอบทาง สถิติจึงไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม แต่เมื่อพิจารณาระดับคะแนน ก็ยังพบว่าคะแนนในกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้สูงกว่า ซึ่งผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับ Ventura et al (1982) ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไม่ต่างจากระบบเดิม แต่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเจ้าของไข้มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่า ซึ่งตรงกับ Chavigny & Lewis (1984) สุกัญญา ไกว ศัลย์ดิลก (2537) และสิริกาญจน์ บริสุทธิบัณฑิต (2540) ที่พบตรงกันว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับระบบทีมไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า การพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัว โดยใช้แผนปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการดูแลที่มีการวางแผนการ ทำความเข้าใจระบบ ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก บันทึกผลลัพธ์และประชุมปรึกษา ซึ่งทำให้เกิดการทำงานร่วมกันของพยาบาลในลักษณะวิชาชีพ ความต่อเนื่องในการดูแล มีแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างจริงจังและรับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จึงนับเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เนื่องจากมีการศึกษาปัญหาการบริการเด็กปัญญาอ่อน โดยการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาปัญหาและความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวก่อนจัดกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวได้ตรงตามปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ยึดเด็กปัญญาอ่อนและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแล เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ซึ่งนับเป็นการช่วยเหลือเด็กปัญญาอ่อน ส่งเสริม สนับสนุน ครอบครัวเด็กปัญญาอ่อน ทำให้เด็กปัญญาอ่อนสามารถพัฒนาทักษะต่างๆ ได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีความสุข ลดปัญหาและป้องกันการกลับมาซ้ำซ้ำในสถาบัน รวมทั้งเป็นรูปแบบในการให้บริการตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่เน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งด้านบุคลากร องค์กร สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ มีข้อสังเกตดังต่อไปนี้
 - 1.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีความรู้ในเรื่องระบบพยาบาลเจ้าของไข้เป็นอย่างดี และมีความพร้อมในการจัดการบริหารงาน การนิเทศติดตาม สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงอีกประการคือการทำอำนาจหน้าที่แก่พยาบาลให้มีความอิสระในการตัดสินใจ
 - 1.2 เตรียมความพร้อมของบุคลากรทุกระดับ ซึ่งต้องมีการเสริมสร้างทัศนคติที่ดี และให้ความรู้เกี่ยวกับระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ความรู้พื้นฐานการพยาบาลในเด็กปัญญาอ่อน เทคนิคการกระตุ้นพัฒนาการ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเด็กปัญญาอ่อน แนวปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ต้องมีความสนใจพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
 - 1.3 การเตรียมระบบการดูแล หัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรต้องมีการประชุมทำความเข้าใจระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกัน แจกแจงและทบทวนบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน เตรียมด้านเอกสารที่เกี่ยวข้อง ปรับระบบการทำงานให้เข้ากับงานเดิมที่มีอยู่
 - 1.4 ในระยะแรกที่เริ่มใช้แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ควรให้เวลาผู้ปฏิบัติงานประมาณ 1-2 สัปดาห์ ในการปรับวิธีการปฏิบัติให้เข้าที่ในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติ เอกสาร ระบบงาน
2. การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล และประเมินผลในระยะสั้นคือระยะ 2 เดือน ซึ่งในการนำไปใช้ควรมีการประเมินผลระยะยาว เพื่อติดตามความคงอยู่ของความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อนในระยะยาว และมีการประเมินผลหรือศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หรือความสามารถของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก กระบวนการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. ควรมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องด้านอื่นๆ เช่นด้านปฏิสัมพันธ์และอารมณ์ ในกลุ่มเด็กออทิสติก

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- จิตร สิทธีอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศและเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์. Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์จำกัด, 2543.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534 ข.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. เอกสารการสอนชุดวิชา การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช Mental Health Promotion and Psychiatric Nursing หน่วยที่ 8-10 .สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2545.
- จินตนา ยูนิพันธุ์และคณะ. แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก Clinical Nursing Practice Guidelines การพยาบาลจิตเวช. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล, 2545.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรกฎาคม 2546.
- จิรภัค สุวรรณเจริญ. ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอดและหลังคลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการ โรงพยาบาลชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- จิรภัทร เปลื้องนุช. ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลชุมชนกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช และศรานุช ไตมรงค์ดี. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล Hospital Quality Indicators. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์จำกัด, 2543.
- ชวาลา เขียวธนู. บริการช่วยเหลือครอบครัวบุคคลปัญญาอ่อน. วารสารราชานุกูล. 1 (1) : 9 - 34, 2536.

- ดาร์ณี จงอุดมการณ์และคณะ. องค์ประกอบความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.
- ทัตทรวง ปุญญทลั้งค์. ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและบุตรและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับของมารดาครรภ์แรกหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- ปนัดดา มุมนบ้านเช่า. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น สังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- ประเสริฐ จุทา. สภาพปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและด้อยโอกาสของบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมสุขภาพจิตสำหรับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- พรทิพย์ ศิริบุญรัตน์พัฒนา. การพยาบาลเด็ก. กรุงเทพมหานคร : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
- พรรณเพ็ญ อมรรักษ์ยาวิจารณ์. ศึกษาการได้รับบริการและความพึงพอใจต่องานบริการผู้ป่วยในของผู้ปกครองบุคคลปัญญาอ่อนโรงพยาบาลราชานุกูล. โครงการอบรมหลักสูตรการพัฒนานักวิจัยและงานวิจัย โรงพยาบาลราชานุกูล กรมสุขภาพจิต, 2545.
- พิงพิศ ศรีสืบ. คุณภาพชีวิตของเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. ผลการใช้ระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- รสลิน เอี่ยมยี่พานิช. ภาวะในการดูแลและความผาสุกในครอบครัวของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- ราชานุกูล, สถาบัน. มาตรฐานการพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อน. กลุ่มการพยาบาล, 2546.
- ราชานุกูล, สถาบัน. แผนปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2546. ฝ่ายแผนงาน, 2546.
- เรณู พุกบุญมี และคณะ. ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความสามารถและความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 7(1) 2544 : 27- 42.
- เรือนแก้ว กนกพงศ์ศักดิ์, นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และวารุณี เมฆอริยะ. ภาวะปัญญาอ่อน. ใน

- วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.
กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด, 2545.
- วราภรณ์ เขมโชติกูร. ความรู้และทัศนคติต่อระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลบุรีรัมย์ . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . 2542.
- ศศิธร แสงศร. ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหอผู้ป่วยหนัก: กรณีศึกษาโรงพยาบาล
สมิติเวช สุขุมวิท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการ
พยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- ศิริรัตน์ นาคทองแก้ว. ความพร้อมของผู้ปกครองในการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544.
- สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ความ
ชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2541. (อัดสำเนา), 2541.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง, 2540.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. เอกสารประกอบการบรรยาย ณ คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 16 พฤษภาคม 2546.
- ส่องแสง ธรรมศักดิ์. ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการ
พยาบาล : กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- สิริกัญจน์ บรสุทธิบัณฑิต. ผลการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อ
การใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระและความสามารถในการปฏิบัติ
กิจกรรมการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- สุกัญญา โกวศัลย์ดิลก. ผลการใช้กระบวนการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของไข้ใน
หอผู้ป่วยหนักต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาล
และผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2536.
- สุนีย์ บรรจง. การศึกษาอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็กก่อนเรียนที่มีความบกพร่องของ
สติปัญญาที่มารับบริการจากหน่วยงานการศึกษาและฟื้นฟูสมรรถภาพใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

- สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูลและศรีสมร ภูมณสกุล. ความพึงพอใจต่อบริการการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามธิบดี. รามาธิบดีพยาบาลสาร. ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม: 13-25, 2545.
- อรพรรณ ไตสิงห์. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลในยุครูประบบสุขภาพ. เอกสารประกอบการบรรยาย ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 23 พฤษภาคม 2546.
- อริยา ดีประเสริฐ. สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลบุคคลปัญญาอ่อนของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- อริสา พงษ์ศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของมารดา การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปรับความเครียดของมารดาเด็กปัญญาอ่อน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒน์, 2540.
- อุดม เพชรสังหาร. Health Services for Intellectually Disabled in Thailand. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 10 ฉบับที่ 1, 2545.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. สร้าง EQ ให้ลูกคุณ. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว, 2544.
- อุษณีย์ หลิมกุล. ผลของการมอบหมายงานแบบพยาบาลเจ้าของใช้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล. วารสารการพยาบาล ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน . 2544.

ภาษาอังกฤษ

- Archibong, U.E. Evaluation the impact of primary nursing practice on the Quality of nursing care: a Nigerian study. Journal of Advance Nursing. 29(3) 1999: 680-689.
- Batshaw, Mark L. Children With Disabilities. American Journal on Mental Retardation. 104(1)1999: 96-102.
- Beirne-Smith, Mary., Ittenbach, Richard F and Patton, James R. Mental Retardation. 5th edition. Prentice-Hall, Inc, New Jersey : 1998.
- Blenken, H., D'Amico, M. & Virtue, E. Primary nursing and job satisfaction. Nursing Management. 19, 1988 : 41-42.
- Boone, E. and Kurtz, L. Management. Toronto: Mc Graw – Hill : 1992.

- Bollard, Martin. Improving primary health care for people with learning disabilities. British Journal of Nursing 8(18) 1999:1216-1221.
- Brust, J.D., Leonard, B.J. & Sielaff, B.H. Maternal time and the care of disabled children. Public Health Nursing. 1992.
- Burns, N., & Grove, S.K. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization. 4th ed. New York: W.B. Saunders, 2001.
- Chavigny, K., Lewis, A. Team or Primary care. Nursing Outlook. 32 (6)1984: 322-327,
- Daeffler, R.J. Patient's perception of care under team and primary nursing. Journal of Nursing Administration. (5) 1975 :20-26.
- Davies, Dee and Evan, Lynwen. Assessing pain in people with profound learning disabilities. British Journal of Nursing 10(8) 2001: 513-516.
- Department of Mental Retardation. Nursing Standard. http://www.dmr.state.ct.us/Publications/centralofc/hcs_ns99-1.htm. 8 July 2546.
- Department of Mental Retardation. Nursing Standards and Guidelines. <http://www.dmr.state.ct.us/Publications/centralofc/hcs.htm#nursing>. 8 July 2546.
- Eriksen, L. Measuring Patient Satisfaction with Nursing Care: A Magnitude Estimation Approach. In Measurement of nursing Outcomes Volume 1. P.523-537 O.L.Strickland and C.F. Waltz. New York: Springer Publishing Company, 1988.
- Eriksen, L. Patient Satisfaction with Nursing Care: concept clarification. Journal of Nursing Measurement. 3(1) 1995 : 59-76.
- Glasby, Anne-Marie. Meeting the needs of people with learning disabilities in acute care. British Journal of Nursing 11(21) 2002:1389-1392.
- Gray, R., and Smedley, N. Assessing primary nursing in mental health. Nursing Standard. 12(21)1998: 35-38.
- Green M. Theories of human development, a comparative approach. New Jersey : Prentice-hall, 1998.
- Hallahan, D.P., & Kauffman, J.M. Exceptional children. Boston : Allyn & Bacon, 1994.
- Hill L. and Smith N. Self-care nursing. New Jersey: Meridith Publising, 1990.

- Jarrold C, Baddeley AD, Hewes AK. Verbal and non-verbal in William's syndrome phenotype. J Child Psychol Psychiatry (39) 1998, 511-524.
- John, J.L. Self-care today in search of on identify. Nursing and Health Care,6(3)1985: 153-156.
- Keogh, Barbara K. Garnier, Helen E., Bernheimer, Lucinda P. and Gallimore, Ronald. Model of Child-Family Interaction for Children With Developmental Delays: Child-Driven or Transcational?. American Journal on Mental Retardation 105(1) 2000: 32-46.
- Kerins, G. Practical Guidelines for Care of Presons with Down Syndrome and Dementia. <http://www.dmr.state.ct.us/publications/centralofc/hcs-ma#98-3.htm>, 19 June 2003
- Kinlein, M.L. The self – care concept. American Journal of Nursing 77 (April) 1977 : 598- 601.
- Laakso,S.,Routasalo,P. Changing to Primary nursing in a nursing home: In Finland: Experiences of residents, their family members and nurses. Journal of Advanced Nursing. 33(4) 2001: 475-483.
- MacGuire, J. An approach to evaluation the introduction of primary nursing In an acute medical unit for the elderly-1. Principles and Practice. International Journal of Nursing Study. 26(3) 1989 : 246-251.
- Manthey, M., Criske, K., Robertson, P.& Harris, I. Primary nursing: A return to the concept of “my nurse” and “my patient”. Nursing Forum (9) 1970:65-83.
- Marcia Van Riper. Family variables associated with well-being in sibling of children With down's syndrome. Journal of Family Nursing , 6(3)2000: 267-286.
- Marram, G. et al. Primqry Nursing: A Model for Individualized Care. St. Louis: C.V. Mosby Company, 1974.
- Maslow, A. H. Motivation and Personality. 2nd ed. New York : Harper and Raw, 1970.
- Mikhail, Ashraf G. and King, Bryan H. Self-Injurious behavior in mental retardation. Current Opinion in Psychiatry 14(5) 2001: 457-461.
- Nongpanga Limsuwan. Prper Child rearing as prevention of some child psychiatric disorders. J Psychiatry Assoc Thai. Ramathibodi Hospital, 1986.
- Norris, C.M. Self-care. American Journal of Nursing, 79(3)1979: 486-489.

- Oliver, Chris and Petty, Jane. Self-Injurious behaviour in people with intellectual disability. Current Opinion in Psychiatry (15) 2002: 477-481.
- Orem D. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St.Louis: Mosby Year Book, 2001.
- Perala, M., Hentinen, M. Primary nursing: opinion of nursing staff before and Design implementation. International Journal of Nursing Study. 26(3)1989: 231-242.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. Nursing research: Principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott, 1999.
- Risser, N.L. Development of instrument to measure patient satisfaction with nurses and Nursing care in primary care setting. Nursing Research 24 (46)(January-February) 1975:46.
- Robert, L.E. Primary nursing: Do patients like it ? Are nurses satisfied ? Dose it Cost more ? Canadian Nurse. December 1980: 20-23.
- Sadock, Benjamin J. and Sadock, Virginia A. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7thed. Volume 2. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- Servellen, G.V. et al. Measurement of Nursing Outcomes. New York: Stringer Publishing, 1988.
- Stroman, F.Duane. Mental retardation in social context. Boston: University Press of American, 1989.
- Tymchuck, A.J. Moving towards integration of services for parents with intellectual disabilities. Intellectual Dev Disability, 1999.
- Ventura, M.R., Fox, R.N., Corley, M.C., & Mercurio, S.M. A patient satisfaction with nurses and nursing care in primary nursing. Nursing Research 31(July-August) 1982: 226-230.
- William S. Risk factors for behavioral and emotional disorders in preadolescent children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. (29) 1990: 413-415.
- Yoder -Wise, Patricia S. Leading and Managing in Nursing. 2nd Edition. St.Louis : Mosby, Inc. 1999.
- Zenwekh, JoAnn and Claborn, Jo Carol. Nursing Today Transition & Trends. 3rd Edition. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 2000.
- Zander, K.S. Primary nursing development and management. London: An Aspen, 1980.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

จินตนา ยูนิพันธุ์. การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534 ก.

ชวาลา เขียวธนู และกัลยา สุตะบุตร. "ภาวะปัญญาอ่อน" ความรู้เรื่องปัญญาอ่อน. โรงพยาบาลราชานุกูล. กรุงเทพมหานคร:2539.

ดารกา แสงสุขใส. ปัญหาพฤติกรรมและแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กบกพร่องทางสติปัญญา อายุ 6 - 11 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลราชานุกูล.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ทัศนาศ นฤทอง. นโยบายการปฏิรูประบบการพยาบาลในระบบสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารหมายเลข 10 การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่อง การจัดการศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. 22-24 สิงหาคม 2544.

นิตยา ศรีญาณลักษณ์. การบริหารการพยาบาล. บริษัทประชุมช่าง จำกัด. กรุงเทพมหานคร : 2545.

ปรางค์ทิพย์ อุจะรัตน์. การบริหารทางการพยาบาล Nursing Management. บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร : 2541.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 14 เรื่องการจัดการทางการพยาบาลสู่โรงพยาบาลคุณภาพ. วันที่ 29-30 มิถุนายน 2544 โรงแรมเอสดีอเวนิว. บริษัทลิฟวิงทราเวลส์มีเดีย จำกัด, 2544.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาล : ศาสตร์การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง, 2543.

ภาษาอังกฤษ

Huber, Diane. Leadership and Nursing Care Management. United state of America: W.B. Saunders Company, 1996.

Orem D. Nursing: concepts of practice. 5th ed. St.Louis: Mosby Year Book, 1995.

Potter, P.A, & Perry, A.G. Fundamentals of nursing : Concepts process and practice. St.Louis: The C.U. Mosby Company, 1989.

Roth, Shirley P. and Morse, Joyce S. A life-Span Approach to Nursing Care for Individuals with Developmental Disabilities. U.S.A: Paul H. Brookes Publishing Co, 1994.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. รศ.ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รศ.ดร.เรณู พุกบุญมี	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. พญ. วินัดดา ปิยะศิลป์	จิตแพทย์เด็ก กลุ่มงานจิตเวช สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหา ราชินี
4. พญ. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพัฒนาการเด็ก สถาบันราชานุกูล
5. นางมััจฉรี ไอสถานนท์	หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล
6. นางสาวส่องแสง ธรรมศักดิ์	รักษาการหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
7. นางพนิดา รัตนโรจน์	พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณค่าความคงที่ภายในใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient) ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2545: 210)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

α = ค่าคงที่ภายใน

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. การคำนวณค่าความสอดคล้องกันของการสังเกต (Interrater Reliability) (Burns & Grove, 2001: 397)

$$\text{ค่าความสอดคล้องกันของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการประเมินที่สอดคล้องกัน}}{\text{จำนวนการประเมินทั้งหมด}}$$

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และความพึงพอใจของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มใช้สูตร Dependent t-test (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2545: 355)

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{S_d}{\sqrt{n}}}$$

\bar{d} = ผลต่างของค่าเฉลี่ยข้อมูลแต่ละคู่

S_d = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างแต่ละคู่

n = จำนวนตัวอย่างคิดเป็นคู่

$$df = n - 1$$

4. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน และความพึงพอใจของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สูตร Independent t-test (บุญธรรม กิจปรีดาปริสุทธิ, 2543 : 134)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left\{ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right\}}}$$

\bar{X}_1 = ค่าเฉลี่ยตัวอย่างในกลุ่ม 1

\bar{X}_2 = ค่าเฉลี่ยตัวอย่างในกลุ่ม 2

S_1^2 = ความแปรปรวนตัวอย่างในกลุ่ม 1

S_2^2 = ความแปรปรวนตัวอย่างในกลุ่ม

n_1 = จำนวนตัวอย่างในกลุ่ม 1

n_2 = จำนวนตัวอย่างในกลุ่ม 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

- แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน
- แบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล
- แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
- แบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน

คำชี้แจง

แบบประเมินฉบับนี้ เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน ผู้ใช้แบบประเมินคือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการฝึกเด็กปัญญาอ่อน ซึ่งเป็นผู้ประเมินโดยการให้เด็กปัญญาอ่อนทำกิจกรรมให้ดูหรือสังเกตจากพฤติกรรมและการกระทำของเด็กในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แล้วให้คะแนนตามความสามารถที่เด็กปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปัญญาอ่อน (บันทึกจากข้อมูลในแฟ้มประวัติของเด็กปัญญาอ่อน)

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. เพศ.....
3. การศึกษา () เคยเข้าเรียนในโรงเรียนปกติ () เคยเข้าเรียนโรงเรียนการศึกษาพิเศษ
 () เคยเข้าเรียนหรือรับการกระตุ้นพัฒนาการที่สถาบัน/องค์กรอื่นๆ () ไม่เคยเข้าเรียนหรือรักษาหรือกระตุ้นพัฒนาการ
4. การวินิจฉัยโรค.....
5. ระดับเชาวน์ปัญญา.....
6. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา.....ปี.....เดือน.....วัน
7. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา.....
8. ประเภทที่รับไว้รักษา () ประจำ () ไป - กลับ
9. ผู้ดูแลหลักซึ่งดูแลเด็กมากที่สุด () บิดามารดา () บิดา () มารดา () ญาติ ระบุ..... () อื่นๆ.....
10. ผู้ให้การช่วยเหลือในการดูแลหรือผู้ช่วยดูแล () ไม่มี () มี ระบุ.....
11. จำนวนพี่น้องของเด็ก.....คน 12. จำนวนพี่น้องที่เป็นปัญญาอ่อน.....คน

ส่วนที่ 2 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กปัญญาอ่อน

วิธีการให้คะแนน : ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมตามรายการกิจกรรม โดยผู้ประเมินบอกให้เด็กทำกิจกรรมหรือให้เด็กทำกิจกรรมตามกิจวัตรประจำวัน แล้วสังเกตความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ แล้วโดยกาเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ตรงกับความสามารถของเด็กปัญญาอ่อน

การดูแลตนเอง	4	3	2	1	รวม
<p>ด้านการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ และ สิ่งของ</p> <p>1. การรับรู้บุคคล</p>	<p><input type="checkbox"/> - รู้จักชื่อสกุล ชื่อเล่นของบิดามารดา/ผู้ดูแล คนในครอบครัว</p> <p>- รู้จักชื่อเล่นคนรอบข้างอย่างน้อย 5 คน</p> <p>- บอกลักษณะคนในอาชีพต่างๆ ได้ 3 อาชีพ</p>	<p><input type="checkbox"/> - รู้จักชื่อสกุล ชื่อเล่นบิดามารดา/ผู้ดูแล และคนในครอบครัว</p> <p>- รู้จักชื่อเล่นคนรอบข้าง (เพื่อน) อย่างน้อย 3 คน</p> <p>- บอกลักษณะคนในอาชีพต่างๆ ไม่ได้</p>	<p><input type="checkbox"/> - รู้จักชื่อเล่นบิดามารดา/ผู้ดูแล</p> <p>- ไม่รู้จักชื่อสกุลของบิดามารดา</p> <p>- ไม่รู้จักชื่อเล่นคนรอบข้าง (เพื่อน)</p> <p>- บอกลักษณะคนในอาชีพต่างๆ ไม่ได้</p>	<p><input type="checkbox"/> - ไม่รู้จักชื่อสกุลบิดามารดา</p> <p>- ไม่รู้จักชื่อเล่นบิดามารดา</p> <p>- แสดงท่าทีว่าจำหน้าบิดามารดา หรือผู้ดูแลได้ เช่น ยิ้มให้ จับมือ เดินเข้าไปหา เป็นต้น</p>	
2. การรับรู้เวลา	<p><input type="checkbox"/> - รู้จักกลางวัน กลางคืน</p> <p>- รู้จักเวลาสาย ป้าย เย็น</p> <p>- บอกเวลาที่ปฏิบัติทุกกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้</p> <p>- บอกเวลาเป็นชั่วโมงโดยประมาณ เช่น 8 โมงเช้า 3 โมงเย็น 1 ทุ่ม</p> <p>- รู้จักวันใน 1 สัปดาห์ตามปฏิทิน/ตารางกิจกรรม</p>	<p><input type="checkbox"/> - รู้จักกลางวัน กลางคืน รู้จักเวลาสาย ป้าย เย็น</p> <p>- บอกเวลาที่จะทำกิจกรรมหลักๆ ที่สำคัญได้ เช่น กินข้าว แปรงฟัน</p> <p>- บอกเวลาเป็นชั่วโมงโดยประมาณ ไม่ได้</p>	<p><input type="checkbox"/> - รู้จักกลางวัน กลางคืน</p> <p>- สับสนเรื่องเวลาสาย ป้าย เย็น</p> <p>- ไม่รู้ว่าเวลาไหนควรปฏิบัติกิจกรรมใด (บอกกิจกรรมหลักๆ ตามเวลาไม่ได้)</p>	<p><input type="checkbox"/> - ไม่รู้จักกลางวัน กลางคืน</p> <p>- ไม่รู้ว่าเวลาไหนควรปฏิบัติกิจกรรมใด (บอกกิจกรรมหลักๆ ตามเวลาไม่ได้)</p>	
3. การรับรู้สถานที่	<p><input type="checkbox"/> - บอกสถานที่ส่วนตน(บ้านที่พักอาศัย) ได้ 2 อย่างขึ้นไป เช่น จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน</p> <p>บางครั้งบอกเบอร์โทรศัพท์ได้</p>	<p><input type="checkbox"/> - บอกสถานที่ส่วนตน(บ้านที่พักอาศัย) ได้ บอกที่ตั้งได้ 1 อย่าง เช่น จังหวัดหรืออำเภอ/เขตหรือตำบล เป็นต้น</p>	<p><input type="checkbox"/> - บอกสถานที่ส่วนตนได้ เพียงว่าเป็นสถานที่ใด เช่น บอกได้ว่าที่ตนอยู่คือ บ้าน แต่บอกไม่ได้ว่าอยู่จังหวัดใด</p>	<p><input type="checkbox"/> - บอกสถานที่ส่วนตน(บ้าน) ไม่ได้</p> <p>- บอกสถานที่ปัจจุบัน(ที่อยู่ประจำ เช่น โรงเรียน หอผู้ป่วย เป็นต้น)</p>	

--	--

แบบวัดความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ.....
3. ระดับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆระบุ.....
4. อาชีพ () รับราชการ () รัฐวิสาหกิจ () พนักงานบริษัท
() ธุรกิจส่วนตัว () อื่นๆระบุ.....
5. ความเกี่ยวข้องกับเด็ก () บิดา () มารดา () ปู่ย่า ตายาย () พี่หรือน้อง
() ลุง ป้า น้า อาหรือเครือญาติอื่นๆ () อื่นๆระบุ.....
6. ดูแลเด็กมานาน.....ปี.....เดือน
7. เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมานาน.....ปี.....เดือน.....วัน
8. ประเภทของการรับไว้รักษา () ไป-กลับ () ประจำ
9. เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ครั้งแรก ครั้งหลัง(ครั้งที่ 2 ขึ้นไป) ระบุ ครั้งที่.....

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการพยาบาล

คำแนะนำในการตอบแบบวัด

ข้อความข้างล่างนี้เป็นลักษณะบางประการหรือเป็นพฤติกรรมของพยาบาลที่ผู้ให้บริการสามารถระบุได้ว่าตรงตามความคาดหวังหรือไม่ และทำให้เกิดความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาถึงประสบการณ์ของท่าน ที่ได้รับจากพยาบาลในหอผู้ป่วยนี้ว่าเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวังของท่าน ถ้ากำหนดให้ความคาดหวังของท่านในแต่ละเรื่องเท่ากับ 100 คะแนน โปรดให้คะแนนความพึงพอใจต่อการพยาบาล ในแต่ละข้อลงในช่องว่างด้านขวามือ

ตัวอย่าง เรื่องความอ่อนโยนของพยาบาล ถ้าท่านตั้ง**ความคาดหวังไว้ที่ 100 คะแนน** หากท่านได้รับเกินความคาดหวัง ท่านสามารถให้คะแนนเท่าใดก็ได้ที่**มากกว่า 100 คะแนน**

เช่น ถ้าคิดว่าได้รับเรื่องความอ่อนโยนเป็นสองเท่า ให้ใส่ตัวเลข 200 คะแนน

หากท่านได้รับน้อยกว่า ความคาดหวัง ท่านสามารถให้คะแนนเท่าใดก็ได้ที่**น้อยกว่า 100 คะแนน**

เช่น ถ้าคิดว่าได้รับเรื่องความอ่อนโยนเพียงครึ่งเดียว ให้ใส่ตัวเลข 50 คะแนน

หรือไม่เคยได้รับการพยาบาลที่อ่อนโยนเลย อาจใส่ตัวเลข 0 หรือ -20, -50 เป็นต้น

แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบ

พยาบาลเจ้าของไข้



โดย

นางอุบล วรรณกิจ

นิสิตหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

คำนำ

แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเอกสารประกอบ

การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ สำหรับทีมการพยาบาลไข้เป็นคู่มือในการให้การพยาบาลบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัวขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย เพื่อพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลให้ได้คุณภาพและผลลัพธ์ที่ตอบสนองของความต้องการของบุคคลปัญญาอ่อนและครอบครัวมากยิ่งขึ้น เนื้อหาของแผนประกอบด้วย 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 ประกอบด้วย แนวคิดวัตถุประสงค์ของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่ 3 ประกอบด้วยคู่มือปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ฉบับนี้จะเป็นเครื่องมือที่เอื้ออำนวยต่อผู้ปฏิบัติงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ได้อย่างดี

อุบล วรรณกิจ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

24 กุมภาพันธ์ 2547

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงการใช้แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

แผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้จัดทำขึ้นสำหรับทีมการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล เจ้าหน้าที่ผู้ร่วมดูแล เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแก่เด็กปัญญาอ่อนและครอบครัว ในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยพัฒนาให้เหมาะสมกับหอผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ของสถาบันราชานุกูล รายละเอียดประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 คู่มือปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลคลินิก

วิธีการใช้

1. ทีมการพยาบาลได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลผู้ร่วมดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ร่วมดูแล เป็นขอบเขตในการเข้าร่วมประชุมเพื่อเตรียมการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ก่อนเริ่มปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้
2. หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้และผู้ร่วมดูแล ใช้แผนนี้ในระหว่างการปฏิบัติงาน
3. ใช้แบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่อยู่ในภาคผนวก ข ในการตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้

แบบตรวจสอบการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ฉบับนี้ สร้างขึ้นจากแผนการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติของพยาบาล ในการกำกับการทดลอง ลักษณะเป็นแบบ Check List จากกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติและบันทึกทางการพยาบาลทั้งหมด ว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลในระบบพยาบาลเจ้าของไข้หรือไม่

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างคือกิจกรรมที่พยาบาลเจ้าของไข้ต้องปฏิบัติทั้งหมด 40 ข้อ ให้คะแนนจากแบบบันทึกทางการพยาบาลและการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยกำหนดเกณฑ์ :

เกณฑ์ ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
ขั้นตอนที่ 1 <u>วางแผนการปฏิบัติตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้</u> <u>การจัดระบบการพยาบาลเจ้าของไข้</u>		
1. ร่วมประชุมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและทีมการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยในระบบพยาบาลเจ้าของไข้และทำความเข้าใจวิธีปฏิบัติ		
2. รับทราบบทบาทหน้าที่ (เช่นรับทราบ)		
3. จัดเตรียมเอกสารและเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้		
<u>ประเมินสภาพและปัญหาของผู้ป่วย</u>		
4. รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ค้นหาความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว		
5. จัดหมวดหมู่ข้อมูลและลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม		
<u>วางแผนการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง</u>		
6. กำหนดกิจกรรมการพยาบาล ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม		
7. สื่อสารกับพยาบาลผู้ร่วมดูแล เจ้าหน้าที่ผู้ร่วมดูแล ให้ทราบแผนการพยาบาลและปฏิบัติตรงกัน		

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางอุบล วรรณกิจ เกิดเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2515 ที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เมื่อปี พ.ศ. 2537 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2545

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย