ผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อการฟื้นหายและความกลัว
การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นางสาวปาลิตา เหลืองรุ่งอุดม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2547
ISBN 974-17-6230-5
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF NURSING CARE USING THE NEUMAN SYSTEMS MODEL ON RECOVERY AND FEAR OF INTRAVENEOUS INFUSION OF HOSPITALIZED CHILDREN WITH ACUTE DIARRHEA

Miss Palita Leungrungudom

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2004

ISBN 974-17-6230-5

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อการฟื้นหายและความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
โดย	นางสาวปาลิตา เหลืองรุ่งอุดม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปาลิตา เหลืองรุ่งอุดม : ผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนต่อการฟื้นหาย และความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. (EFFECTS OF NURSING CARE USING THE NEUMAN SYSTEMS MODEL ON RECOVERY AND FEAR OF INTRAVENEOUS INFUSION OF HOSPITALIZED CHILDREN WITH ACUTE DIARRHEA) อ. ที่ปรึกษา: ผศ. ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 137 หน้า. ISBN 974-17-6230-5.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนต่อการฟื้นหายและความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 38 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตามสะดวก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 19 คนแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 19 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินการฟื้นหายโดยใช้แบบสังเกตการฟื้นหาย 2 ด้าน คือ การพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น และประเมินความกลัวของผู้ป่วยเด็กในขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของ วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล (2546)

ผลการวิจัยพบว่า

1. การฟื้นหายด้านการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การฟื้นหายด้านการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ในวันที่ 1 และ 2 ของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน มีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา .....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อ .....

ปีการศึกษา .....2547..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

4577583936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: THE NEUMAN SYSTEMS MODEL / RECOVERY / FEAR /HOSPITALIZED CHILDREN WITH ACUTE DIARRHEA

PALITA LEUNGRUNGUDOM: EFFECTS OF NURSING CARE USING THE NEUMAN SYSTEMS MODEL ON RECOVERY AND FEAR OF INTRAVENEOUS INFUSION OF HOSPITALIZED CHILDREN WITH ACUTE DIARRHEA. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. WARAPORN CHAIYAWAT, D.N.S., 137 PP. ISBN 974-17-6230-5.

Purposes of this quasi-experimental research was to study effects of nursing care using the Neumam systems model on recovery and fear of intravenous infusion of hospitalized children with acute diarrhea. Subjects were composed of 38 hospitalized children assigned to a control group and an experimental group based on sequence of hospitalization. The first 19 hospitalized children were assigned to the control group and the last 19 hospitalized children were in the experimental group. The experimental group received nursing care using the Neumam systems model. The control group received routine nursing care. Recovery was collected by the Recovery from dehydration and the Recovery of gastrointestinal tract function developed by the researcher. Children's fear during intravenous infusion situation was collected by the Fear of intravenous infusion Behavior Scale developed by Sangnimitchaikul (2003).

Findings were as follows:

1. Recovery from dehydration of the children receiving nursing care using the Neumam systems model was significantly better than that of children receiving routine nursing care, at the level of .05

2. Recovery of gastrointestinal tract function both on the first and second day of admission of children receiving nursing care using the Neumam systems model was significantly better than that of children receiving routine nursing care, at the level of .05

3. Fear of intravenous infusion of children receiving nursing care using the Neumam systems model was significantly less than that of children receiving nursing care, at the level of .05

Field of study ……..Nursing Science …… Student signature ……

Academic year ……..2004…… Advisor signature ……

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือและความกรุณาจากบุคคลหลาย ๆ ท่าน ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ในทุกขั้นตอน

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ขึ้น ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ช่วยสอนและถ่ายทอดวิชาความรู้ให้จนประสบความสำเร็จในการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณชุลีพร ยิ้มสุขไพฑูรย์ ที่กรุณาติดต่อประสานงานขอเก็บข้อมูลและเป็นผู้ช่วยวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมบน โรงพยาบาลสมุทรสาครทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมืออย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทั้ง 9 คน และเพื่อนทุก ๆ คนที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องที่เดือดร้อนประคับประคอง และให้กำลังใจ ทำให้ตลอดช่วงเวลาของการศึกษามีแต่ความสุขสนุกสนาน และมีความทรงจำที่ดี

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณแม่รุยงค์ เหลืองรุ่งอุดม ที่คอยห่วงใย ให้ความรักและกำลังใจ รวมทั้งสวดมนต์ให้ลูกทุกคืน ขอขอบคุณพี่สาว น้องชาย น้องสะใภ้ ที่คอยช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่อง รวมทั้งหลาน ๆ ที่มอบของเล่นมาใช้ในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณทุกความห่วงใย และการช่วยเหลือจากทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ ..... ญ

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย 5

ขอบเขตของการวิจัย 8

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 8

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 11

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและการพยาบาล 12

การฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 25

ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของเด็กอายุ 1-3 ปี 32

ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน 44

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน 51

กรอบแนวคิด 58

3 วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 59

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 61

การดำเนินการทดลอง 67

การวิเคราะห์ข้อมูล 72

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิเคราห์ข้อมูล	75
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	82
	สรุปผลการวิจัย	85
	อภิปรายผล	85
	ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้	95
รายการอ้างอิง		96
ภาคผนวก		
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	111
	ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรม	112
	ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)	114
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	118
	ภาคผนวก จ ข้อมูลคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	133
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์		137

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ	18
2	แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	54
3.	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ และอายุ	76
4.	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก เพศ และอายุ	76
5.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	78
6.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาหน้าที่เป็นปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามวันที่นอนโรงพยาบาล	79
7.	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	80

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ หน้า

1 กรอบแนวคิดการวิจัย 58

2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง 74

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นโรคที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เจ็บป่วยและตายมากที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนาทั่วโลก (WHO, 1995) สำหรับประเทศไทยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานของกองระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีอัตราป่วยสูงที่สุดและมีอัตราตายเป็นอันดับที่สองในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (สุพร ตรีพงษ์กรุณา และ สุกัญญา จงถาวรสถิตย์, 2544) ปัจจุบันแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ยังคงมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2545 พบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีจำนวน 328,152 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (กองระบาดวิทยา, 2546)

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่งผลให้เกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ซึ่งในเด็กเล็กจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง ทำให้เด็กเสียชีวิตได้ ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ภาวะขาดอาหาร เนื่องจากเด็กจะมีอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร และสูญเสียอาหารไปกับอุจจาระ ทำให้ปริมาณอาหารที่เด็กได้รับไม่เพียงพอกับความต้องการ (นิพัทธ์ สีมาขจร และ วันดี วราวิทย์, 2547; Barkin and Rosen, 1994; Behrman, Kliegman and Jenson, 2000; Hockenberry-Eaton, 2001) จากรายงานขององค์การยูนิเซฟ (1984) พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 4 ครั้งภายใน 1 ปี เด็กคนนั้นจะเสียเวลาในการเจริญเติบโตประมาณ 60 วัน หรือประมาณร้อยละ17 ของเวลาตลอดทั้งปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเด็กไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ฟื้นหายอย่างรวดเร็ว จนเกิดอุจจาระร่วงเรื้อรังจะทำให้การดูดซึมสารอาหารต่าง ๆ ยิ่งลดลง เป็นผลให้การเจริญเติบโตหยุดชะงักทั้งร่างกายและสติปัญญา เกิดภาวะทุพโภชนาการจากโรคอุจจาระร่วงซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนจนทำให้เด็กเสียชีวิตได้ (กมลวัน ดิษยบุตร, 2542; Jalil, 1997) อาจกล่าวได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นภาวะที่ร่างกายของผู้ป่วยเกิดการเสียสมดุล โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีอาการดังกล่าวข้างต้นรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และปลอดภัยจากอาการต่าง ๆ

ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่เป็นอาการนำ ต้องได้รับการรักษาพยาบาลด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ถึงแม้ว่าการให้สารน้ำทาง

หลอดเลือดดำจะเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยเด็ก แต่ก็ทำให้เกิดความกลัวกับผู้ป่วยเด็กได้เช่นกัน เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยบุคคลแปลกหน้าและในสถานที่ที่เด็กไม่คุ้นเคย (Nicastro and Whetsell, 1999) ทำให้เด็กประเมินว่าสถานการณ์เช่นนี้ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Ollendick et al, 1991 cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999) เด็กจะมีความกลัวเกิดขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี เพราะเป็นวัยที่มักจะกลัวการแยกจากบุคคลในครอบครัว กลัวคนแปลกหน้า และกลัวสิ่งแวดล้อมแปลกใหม่ (Carter and Dearmun, 1995; Papalia, Olds and Fledman, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ จินตนาดิลก (2545) ที่ศึกษาความกลัวในเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการตรวจรักษาโดยการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำ โดยการสังเกตสถานการณ์จริง 8 สถานการณ์ บนหอผู้ป่วยในระหว่างที่เกิดกิจกรรมการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำ ผลการศึกษาพบว่าเด็กทุกรายกลัวการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำ โดยมีระดับความกลัวอยู่ในเกณฑ์ กลัวมาก 4 รายและกลัวปานกลาง 4 ราย

เมื่อเด็กอายุ 1-3 ปี เกิดความกลัวเด็กจะแสดงออกทางพฤติกรรมโดยการหนี และการหลบเลี่ยง ปฏิเสธไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา (Hurlock, 1983: 123 ; Rosenhan and Seligman, 1989; Vacik, Nagy and Jessee, 2001) ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญและต้องใช้เวลามากขึ้นในการให้การพยาบาล (Azarnoof, 1974) นอกจากความกลัวที่อาจทำให้เด็กต่อต้านต่อการรักษา และกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อเด็กแล้ว ยังทำให้เด็กเกิดทัศนคติที่ไม่ดีและกลัวโรงพยาบาลได้ (สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542) ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จัดได้ว่าเป็นการเสียสมดุลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็ก

การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงถึงการเสียสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจเกิดผลเสียกับผู้ป่วยเด็กถึงเสียชีวิต หรือเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งนอกจากจะเกิดผลเสียกับเด็กโดยตรงแล้ว (กมลวัน ดิษยบุตร, 2542; Jalil, 1997) การเจ็บป่วยของเด็กย่อมจะส่งผลกระทบถึงบุคคลอื่นในครอบครัวด้วยเสมอ (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย, 2541) โดยทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียเวลาและรายได้จากการที่ต้องมาดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สำนักงานคณะกรรมการสาธรณสุขมูลฐาน, 2545) การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาล ซึ่งการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงผู้ป่วยเด็กทั้งคนอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) การให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กแบบองค์รวมนั้นเป็นการเน้นที่ตัวบุคคลที่มีดุลยภาพของ ร่างกาย จิตใจ วิญญาณ สังคม และสิ่งแวดล้อม แทนที่จะมุ่งเน้นที่โรคหรืออาการของโรคเพียงอย่างเดียว (กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล, 2537) นอกจากการดูแลแบบองค์รวมแล้ว การพยาบาลเด็กยังมีจุดเน้นของการพยาบาลที่แตกต่างจากการพยาบาลผู้ป่วยอื่นคือ การบูรณาการครอบครัวหรือผู้ดูแลมามีส่วนรวมในการดูแลผู้ป่วย

เด็ก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Evans, 1994; Newton, 2000) ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากเด็กในวัย 1-3 ปี เป็นวัยที่พัฒนาการทางด้านต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์ เด็กจึงสื่อสารถึงความเจ็บป่วยและความต้องการของตนเองได้ไม่ดี (Wong, 2001) จำเป็นต้องให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิด รู้และ เข้าใจ ความต้องการของผู้ป่วยเด็ก (Marlow and Redding, 1988) และส่งผลดีในด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเด็กจะไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้ดูแลมากกว่าพยาบาล (Kristjansttire, 1991) จะเห็นได้ว่าการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับการนำผู้ดูแลมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการตอบสนองความต้องการ ขณะเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กได้อย่างครอบคลุมไม่แยกเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งการตอบสนองความต้องการของเด็กอย่างเป็นองค์รวม จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์จนผู้ป่วยกลับมามีภาวะสุขภาพที่ดี หรือเกิดการฟื้นหายจากโรคได้ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2538) การช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สามารถวัดหรือสังเกตได้ (ศิรินภา ชี้ทางให้ และ ยุพิน อังสุโรจน์, 2545) สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การฟื้นหายของผู้ป่วยสามารถวัดได้จาก การพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ รวมทั้งการช่วยลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็ก

ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีมากขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยที่จำกัด (นที เกื้อกูลกิจการ, 2537) การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเด็กจึงมักมุ่งแก้ไขปัญหาทางด้านร่างกายเพียงด้านเดียวไม่ครอบคลุมเป็นองค์รวม และถึงแม้ว่าการพยาบาลในปัจจุบันจะให้ความสำคัญกับครอบครัว ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่การปฏิบัติยังมีความหลากหลายส่วนใหญ่จะเป็นการให้ ผู้ดูแลอยู่เฝ้าและให้การดูแลในกิจกรรมที่เคยปฏิบัติเมื่ออยู่ที่บ้าน การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จะเป็นลักษณะของการแนะนำตามการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาล โดยไม่มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การพยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน เพื่อช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการบูรณาการผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลและตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

การพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และนำครอบครัวหรือผู้ดูแลมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) ซึ่งช่วยให้ความกระจ่างกับพยาบาลเกี่ยวกับ เป้าหมาย บทบาท และหน้าที่ของพยาบาลได้ ทำให้

พยาบาลสามารถกำหนดแผนการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยในลักษณะศาสตร์ของวิชาชีพ เป็นรูปแบบที่แสดงถึงลักษณะเฉพาะของวิชาชีพพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2545) แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นวิชาชีพเฉพาะ ศูนย์กลางความสนใจของพยาบาลคือ การดูแลบุคคลทั้งคนอย่างเป็นองค์รวม (Wholistic) โดยพิจารณาครอบคลุมตัวแปร 5 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ การพยาบาลตามแนวคิดของนิวแมนมีเป้าหมายหลักคือ การดำรงรักษาและส่งเสริมระบบบุคคลให้อยู่ในภาวะสมดุล โดยบุคคลถือเป็นระบบเปิดที่ต้องเผชิญและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งในทางบวกและลบ นิวแมนจึงเสนอให้พยาบาลทำการค้นหาแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมที่บุคคลมีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลในทางบวก

สำหรับผู้ป่วยเด็กนั้นผู้ดูแลคือสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นแหล่งพลังงานของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งพัฒนาตามอายุและพัฒนาการยังไม่แข็งแรงทำให้แนวการป้องกัน และแนวการต่อต้านที่ทำหน้าที่ปกป้องโครงสร้างพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กไม่แข็งแรงด้วยเช่นกัน การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กกลับมามีภาวะสมดุลของสุขภาพได้จึงต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้ดูแล (Trepanier, Dunn, and Sprague, 1995; Neuman, 2002) ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิด รู้ และเข้าใจ ความต้องการของผู้ป่วยเด็ก (Marlow and Redding, 1988) รวมทั้งผู้ดูแลยังสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กในด้านการทำกิจกรรมการพยาบาลภายหลังได้รับคำแนะนำจากพยาบาล (Melnyk and Alpert-Gillis, 1998) และยังทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกอบอุ่นไม่เกิดความวิตกกังวลจากการแยกจาก รู้สึกปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป และช่วยลดความกลัวจากการทำหัตถการต่าง ๆ ได้ (Pass and Pass, 1987; Neill, 1996; Wong and Whaley, 1999) ดังนั้นผู้ป่วยเด็กจึงให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลดีในด้านการรักษาพยาบาล (Kristjansttire, 1991) ซึ่งการนำผู้ดูแลมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนนั้น จะเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการพยาบาล และเกิดจากการรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล โดยแต่ละขั้นตอนมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลสามารถดำเนินการร่วมกันจน ผู้ป่วยเด็กกลับมามีภาวะสุขภาพที่สมดุลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่พึงประสงค์ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 2002)

การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากจะเป็นการนำศาสตร์ของวิชาชีพมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพแล้ว ยังเป็นการสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกฎหมายมหาชนที่เป็นธรรมนูญ

ด้านสุขภาพของสังคมไทย (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ที่เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว โดยการพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนตามความพร้อมและความเหมาะสม เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลดังกล่าวเป็นหน้าที่ของ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่จะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติการพยาบาลตามลักษณะศาสตร์ของวิชาชีพ โดยให้ความสำคัญกับการนำผู้ดูแลมามีส่วนร่วมในการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม โดยมีจุดเน้นที่ผู้ป่วยเด็กทั้งคนมากกว่าแค่พยาธิสภาพของโรค เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (Neuman,1995, 2002) เน้นการดูแลบุคคลทั้งคนอย่างเป็นองค์รวม (Wholistic) โดยพิจารณาครอบคลุมตัวแปร 5 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเด็กทั้งคนจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ทำให้กระบวนการการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (Neuman,1995, 2002) เน้นการดูแลบุคคลทั้งคนอย่างเป็นองค์รวม (Wholistic) โดยพิจารณาครอบคลุมตัวแปร 5 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเด็กทั้งคนจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์ ทำให้กระบวนการฟื้นหายของโรคดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2538) เป้าหมายหลักของการพยาบาลตามแนวคิดของนิวแมน (Neuman,1995, 2002) คือการช่วยให้ระบบของผู้ป่วยกลับเข้าสู่สมดุล โดยใช้กระบวนการพยาบาล 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ขั้นที่ 2) เป้าหมายทางการพยาบาล (Nursing Goals) และ ขั้นที่ 3) ผลลัพธ์ทางการ

พยาบาล (Nursing Outcomes) ซึ่งทุกขั้นตอนเกิดจากการรับรู้และการดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล เริ่มจากการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลร่วมกับผู้ดูแลในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเด็กทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว และปัญหาที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น จากตัวแปรทั้ง 5 ด้าน โดยการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเด็กคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม 3 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ครอบคลุมปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็ก โดย 1) สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล ช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่เกิดจากตัวของผู้ป่วยเด็กเอง และการดูแลที่ไม่ถูกต้อง การประเมินปัญหาที่เกิดจากตัวของผู้ป่วยเด็ก เป็นการประเมินจากระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ประเมินการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารจากลักษณะและจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ และประเมินความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็ก การประเมินปัญหาที่เกิดจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เป็นการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในด้านการให้สารน้ำทดแทน การให้อาหาร และการดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กเกิดความกลัว 2) สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล จะช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ดูแล ในด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความคาดหวัง และความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และ3) สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เป็นการประเมินในด้านเศรษฐานะของผู้ป่วยเด็ก พยาบาลได้แลกเปลี่ยนความคิดและความเข้าใจกับผู้ดูแลก่อนที่จะทำการตกลงปัญหาของผู้ป่วยเด็กร่วมกัน ส่งผลให้พยาบาลสามารถระบุปัญหาของผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมเป็นองค์รวม นอกจากนั้นการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลร่วมกัน ทั้งเป้าหมายระยะเร่งด่วน และเป้าหมายระยะกลาง โดยเป้าหมายระยะเร่งด่วน ประกอบด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็ก เป้าหมายระยะกลาง คือระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยเด็กกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ จากนั้นกำหนดแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล ทำให้แผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมทั้งในส่วนที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเด็กโดยตรง และในส่วนที่พยาบาลดำเนินการร่วมกับผู้ดูแล

การพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเด็กโดยตรงจะถูกกำหนดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ช่วยให้พยาบาลให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยเด็ก และในส่วนที่พยาบาลดำเนินการร่วมกับผู้ดูแล จะมีความเฉพาะเจาะจงสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย และผู้ดูแลมีการรับรู้และเข้าใจถึงสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงสภาพความ

เจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็ก (รุ้งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540) เมื่อพยาบาลให้คำแนะนำถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแลจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติซึ่งจะส่งผลดีกับผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากเด็กในวัย 1-3 ปี จะกลัวการแยกจากบุคคลในครอบครัว และกลัวคนแปลกหน้า (Papalia, Olds and Fledman, 1999) เมื่อพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้าปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยเด็ก จะทำให้เด็กเกิดความกลัวและไม่ให้ความร่วมมือ แต่ผู้ดูแลเป็นผู้ที่เด็กใกล้ชิดคุ้นเคย และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็กจึงให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลมากกว่าพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาที่ถูกต้องตรงกับความต้องการ และสภาวะของโรค ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น จนเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย และยังช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กจากการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ (Kristjansdottire, 1991; Evan and French, 1995; Shields and King, 2001)

ภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเสร็จสิ้นลง มีการประเมินผลในทุก ๆ กิจกรรมพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจสอบความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้ และเป็นข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายใหม่หรือวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไปจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายหลักคือ ภาวะสมดุลของผู้ป่วย ซึ่งก็คือผู้ป่วยเด็กเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย และช่วยลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยนั่นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้นำทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเช่น การศึกษาของ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2536) ที่ศึกษาถึงผลของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ต่อระดับความวิตกกังวล และแบบแผนการ ฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง และการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านการทำกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของวรรณสตรี รัตนลัมภ์ (2541) ที่ศึกษาถึงผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมนในมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบน ผลการศึกษาพบว่า มารดามีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลบุตรดีขึ้น ส่วนภาวะสุขภาพบุตรพบว่า ระยะเวลาในการป่วยลดลง

การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการค้นหาข้อมูลที่สำคัญและยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อให้พยาบาลเห็นสภาพปัญหาของผู้ป่วยและสามารถให้การช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีวิธีการให้การพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย มีลักษณะเด่นที่ทั้งพยาบาลและผู้ดูแล นำการรับรู้ของแต่ละฝ่ายมาใช้

ในการตั้งเป้าหมายที่มีความจำเป็นต่อภาวะสุขภาพจุดสำคัญคือ การดำเนินการร่วมกันเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยและช่วยลดความกลัวการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานของการวิจัยไว้ 2 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนมีการฟื้นหายของผู้ป่วย ดีกว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2. ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนมีความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ น้อยกว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยและความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

ตัวแปรตาม คือ การฟื้นหายและความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็ก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1) การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เพื่อระบุต้นเหตุของความเครียดของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและประเมินความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งเกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างระบบของผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อมทั้ง สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล โดย 1) สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล เป็นการรวบรวม

ข้อมูลของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับ โครงสร้างพื้นฐาน เช่น น้ำหนักตัว ประวัติการได้รับวัคซีน แนวการต่อต้าน เช่น อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ประเมินการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารจากลักษณะและจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ แนวการป้องกัน เช่น แบบแผนการเลี้ยงดู แบบแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การประเมินปัญหาที่เกิดจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เป็นการประเมินความรู้ และการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในด้านการให้สารน้ำทดแทน การให้อาหาร และแบบแผนการดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กเกิดความกลัว 2) สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย ความต้องการและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และ 3) สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐานะของผู้ป่วยเด็กที่อาจมีผลต่อการรักษา นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และตรวจสอบการรับรู้ปัญหาที่ตรงกันกับผู้ดูแล แล้วจึงกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ขั้นที่ 2) เป้าหมายทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล โดยพยาบาลนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล ทั้งเป้าหมายระยะเร่งด่วน และเป้าหมายระยะกลาง โดยเป้าหมายระยะเร่งด่วน ประกอบด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็ก เป้าหมายระยะกลาง คือระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยเด็กกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ จากนั้นพยาบาลกำหนดแผนการพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหาและ เป้าหมายที่วางไว้

ขั้นที่ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลโดยการปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นการแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และป้องกันการป่วยซ้ำ การดูแลให้ระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยเด็กกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ โดยให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสม ร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลด้วยการ สอน สาธิต หรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้สารละลายเกลือแร่ทางปาก การให้อาหาร และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วย และสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนั้นเป็นการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กไม่เกิดความกลัว หรือช่วยลดความรุนแรงของความกลัวให้กับผู้ป่วยเด็ก โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้พาเด็กเข้ามาในห้องทำหัตถการ ช่วยจัดท่าและปฏิบัติกิจกรรม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจขณะผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยใช้ของเล่น (ประกอบด้วย 1) กีตาร์เด็กเล่นที่มีปุ่มสำหรับกดเพื่อให้เกิดเสียงดนตรี 2) รถเด็กเล่นที่สามารถเปิดเสียงได้ 3) โทรศัพท์มือถือที่กดแล้วมีเสียง และ4) ตุ๊กตารูปจิงโจ้และโคอาลา)

โดยผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการเบี่ยงเบนความสนใจ ได้จนกระทั่งเสร็จสิ้นขั้นตอนการให้สารน้ำทาง หลอดเลือดดำ

การประเมินผล เป็นการตรวจสอบผลลัพธ์ภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้ คือผู้ป่วยพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยเด็กกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ และความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็กลดลง

การฟื้นหายของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ฟื้นคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติก่อนการเจ็บป่วย ประกอบด้วยการฟื้นหาย 2 ด้าน คือ การพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ

1. การพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ หมายถึง จำนวนชั่วโมงนับจากรับใหม่จนผู้ป่วยมีอาการทั่วไปปกติ เบ้าตาปกติ น้ำตาไหลปกติ ปากและลิ้นเปียกชื้น ดื่มน้ำได้ปกติ รอยคีบของผิวหนังคืนตัวกลับปกติ ประเมินได้จากแบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ WHO (1993) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) อาการทั่วไปปกติ ประเมินจาก ผู้ป่วยเด็กไม่มีอาการกระสับกระส่าย งอแง ตัวอ่อนปวกเปียก ซึม หรือไม่รู้สึกตัว

2) เบ้าตาปกติ ประเมินจาก ตาไม่ลึกโหล

3) น้ำตาไหลปกติ ประเมินจาก ขณะร้องไห้มีน้ำตา

4) ปากและลิ้นเปียกชื้น ประเมินจาก ปากและลิ้นเปียกชื้น ไม่แห้ง

5) ดื่มน้ำได้ปกติ อาการประเมินจาก ผู้ป่วยไม่กระหายน้ำ หรือดื่มน้ำไม่ได้

6) ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ ประเมินจาก รอยคีบของผิวหนังคืนตัวกลับเร็ว (น้อยกว่า 2 วินาที)

2. การที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ หมายถึง จำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าที่บันทึกได้เมื่อ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ประเมินจากแบบสำรวจการถ่ายอุจจาระที่ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยเด็กในแผ่นบันทึกที่ผู้วิจัยแจกให้ โดยจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ จะบันทึกในวันที่ 1 และ 2 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หมายถึงพฤติกรรมของเด็กอายุ 1-3 ปี ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในลักษณะของการหลีกเลี่ยงหรือพยายามทำให้รอดพ้นจากสถานการณ์นั้น โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของ วิภาดา

แสงนิมิตรชัยกุล (2547) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียน

ผู้ดูแล หมายถึง มารดา บิดา หรือญาติ ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงและสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย กิจกรรมการพยาบาลเริ่มจากพยาบาลเป็นผู้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กจากประวัติการเจ็บป่วยและอาการทางร่างกายที่พบ จากนั้นจึงให้การพยาบาลเพื่อแก้ปัญหานั้น ๆ รวมกับการให้ความรู้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กในสิ่งที่พยาบาลคิดว่าเหมาะสม โดยวิธีปฏิบัติการพยาบาลมิได้มีการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรขึ้นอยู่กับการประเมินและวินิจฉัยของพยาบาลแต่ละคน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้เกิดการฟื้นหายที่ดี และช่วยลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็ก
2. เป็นแนวทางในการนำทฤษฎีการพยาบาลซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ มาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการวิจัย ที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยเด็กกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง เป็นต้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อการฟื้นหายและความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโดรงพยาบาล ทำการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมวรรณกรรมตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก และการพยาบาล
2. การฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
3. ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของเด็กอายุ 1-3 ปี
4. ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน
5. การพยาบาลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

1. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก และการพยาบาล

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขยังคงมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงสุด (นิพัทธ์ สีมาขจร และ วันดี วราวิทย์, 2547)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้นิยามของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันว่าเป็นภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นน้ำมีมูกหรือเลือดปนเพียง 1 ครั้ง หรือ ถ่ายเป็นน้ำปริมาณมาก ๆ แม้เพียงครั้งเดียวในหนึ่งวัน โดยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (WHO, 1987) อาการอื่น ๆ ของโรคที่พบได้คือ มีไข้ ปวดท้อง และ อาเจียน (Duggan, Santosham and Glass, 1992) ซึ่งผลที่เกิดจากอาการดังกล่าวข้างต้นทำให้เกิด ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะขาดอาหาร ที่ทำให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตได้ (WHO, 1993) นอกจากนั้นยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การชักจากมีไข้ และผิวหนังรอบทวารหนักอักเสบ (วาณี แม่นยำ, 2542; Hockenberry-Eaton, 2001)

สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

สาเหตุการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อก่อโรค ซึ่งเกิดจากการติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง ผ่านทาง fecal-oral route หรือโดยการกินอาหาร หรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ (อรุณี ทรัพย์เจริญ, 2537) สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่พบได้บ่อย

ในเด็ก ได้แก่ ไวรัส แบคทีเรีย และปรสิต จากการศึกษาในเด็กอายุ 3-24 เดือน จำนวน 80 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ด้วยอาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำไม่เกิน 7 วัน ระหว่างปี 2544-2545 พบสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงเกิดจาก โรตาไวรัส ร้อยละ 53.8 หาเชื้อไม่พบร้อยละ 26.4 และสาเหตุจากแบคทีเรียร้อยละ 19.8 (Simakachon and et al, 2004)

พยาธิสรีรวิทยาของลำไส้เนื่องจากเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง

พยาธิสรีรวิทยาของลำไส้เนื่องจากเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วง สามารถอธิบายได้ดังนี้ (อรุณี ทรัพย์เจริญ, 2537; นิพัทธ์ สีมาขจร และ วันดี วราวิทย์, 2547; Farthing, 1997)

1. **เชื้อไวรัส** เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง โดยเฉพาะโรตาไวรัส ทำให้เกิดการอักเสบของลำไส้ โดยทำภยันตรายต่อเซลล์ที่พัฒนาเต็มที่ตรงยอดของวิลไลของเยื่อบุลำไส้ ทำให้มีการสลายตัวของเซลล์ตายหลุดไป ปรากฏการณ์นี้จะเกิดกับเยื่อบุลำไส้ที่ดูโอดีนัมก่อนแล้วจึงลุกลามลงมาตลอดลำไส้เล็ก ทำให้เกิดการติดเชื้อทั่วทั้งลำไส้ภายใน 24 ชั่วโมง ผลของการลอกหลุดของเซลล์ตรงส่วนยอดของวิลไล ทำให้ร่างกายปรับตัวสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์ที่ลอกหลุดไป อุจจาระร่วงเกิดจากการพร่องหน้าที่ของเซลล์อ่อน ที่เข้ามาแทนที่บริเวณวิลไล เซลล์เหล่านี้ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์จึงมีน้ำย่อยไดแซคคาไลส์ต่ำ ทำให้การดูดซึมกลูโคสทำได้ลดลง การดูดซึมกลูโคสร่วมกับโซเดียมลดลง และการดูดซึมโซเดียมและโปแตสเซียมลดลง นอกจากนั้นวิลไลที่เตี้ยลงทำให้ลดพื้นที่ในการดูดซึม เป็นผลให้การดูดซึมบกพร่องเกิดอุจจาระร่วง (osmotic diarrhea) ผู้ป่วยจึงมีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 30-90 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน โดยมีอิเล็คโทรลัยท์ในอุจจาระอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าสาเหตุอื่น และอุจจาระมีฤทธิ์เป็นกรด (pH < 5.5)

อาการสำคัญที่พบในเด็กคือ มีไข้สูงปานกลาง อาเจียนเป็นอาการเด่น เด็กที่รับประทานนมเป็นอาหารหลักจะถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มีลมหรือมีฟอง อาจมีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว หรือกลิ่นกรด ซึ่งเมื่อถ่ายบ่อยจะระคายผิวหนังเป็นผื่นแดงบริเวณรอบ ๆ ทวารหนัก

2. **แบคทีเรีย** ส่วนใหญ่ทำอันตรายต่อลำไส้โดยการปล่อย enterotoxin ซึ่งรบกวนการดูดซึมของน้ำและเกลือแร่ และกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำและเกลือแร่ออกมามากหรือน้อยแล้วแต่ชนิดแบคทีเรียที่ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกายมาก และพบได้บ่อยได้แก่ คลอโรลา และอีคลอไลด์ ซึ่งแบคทีเรียกลุ่มนี้จะเกาะติดหรือรุกล้ำเข้าไปในเซลล์เยื่อบุของลำไส้สร้าง enterotoxins หรือ cytotoxins ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอุจจาระร่วง แบบ secretory diarrhea โดยยับยั้งการดูดซึมโซเดียมและคลอไรด์ ร่วมกับเกิดการหลั่งน้ำและเกลือแร่ออกมามาก แต่การดูดซึมกลูโคส-โซเดียม-อะมิโนแอซิด ยังดีอยู่ ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 120-240 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน มีฤทธิ์เป็นด่าง (pH > 6.5) ไม่มีเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาว ถ้าเป็นอหิวาต์ในรายที่เป็นรุนแรงจะมีมูกออกมามากแขวนลอยในน้ำอุจจาระมีสีขาวเหมือนน้ำซาวข้าว

อาการสำคัญที่พบในเด็กที่ติดเชื้อคลอโรลา ผู้ป่วยเด็กจะเกิดอาการภายหลังได้รับเชื้อ 12-24 ชั่วโมง โดยถ่ายเป็นน้ำสีขาวคล้ายน้ำซาวข้าวครั้งละมาก ๆ ทำให้เกิดอาการขาดน้ำอย่างรวดเร็วจนเกิดอาการช็อกได้ ในช่วงหลังอาจมีไข้เพราะขาดน้ำเป็นตะคริว อาการสำคัญที่พบในเด็กที่ติดเชื้ออีคลอไลด์ ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมีกลิ่นคาว จะไม่มีไข้ในวันแรก ๆ ในรายที่เป็นมาก ๆ จะมีอาการอาเจียน ต่อมามีไข้ อุจจาระมีเลือดสด

แบคทีเรียที่ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกายไม่มาก แต่ทำอันตรายต่อเซลล์ของลำไส้ค่อนข้างรุนแรง ได้แก่ ชิเจลลา ซัลโมเนลลาและ แคมไพโลแบคเตอร์ เป็นต้น เชื้อที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ชิเจลลา และซัลโมเนลลา โดยเชื้อทั้ง 2 ชนิดจะปล่อย enterotoxin ขณะผ่านลำไส้เล็กทำให้การดูดซึมของลำไส้ลดลง และทำให้เกิดการหลั่งน้ำและเกลือแร่บ้างช่วงสั้น ๆ แล้วจะผ่านมาที่ลำไส้ใหญ่ ซึ่งเชื้อชิเจลลาจะเข้าไปทำให้เกิดอักเสบที่เยื่อบุของลำไส้ใหญ่ และมีการอักเสบเป็นหย่อม ๆ คล้ายฝีเล็ก ๆ เป็นจุด ๆ ครั้นเมื่อแตกออกมามีเลือดและ หนองปนมากับอุจจาระ ร่วมกับมีอาการปวดเบ่ง ส่วนเชื้อซัลโมเนลลา เมื่อผ่านเยื่อบุของลำไส้ใหญ่จะเข้าสู่กระแสเลือดได้ผู้ป่วยเด็ก ที่ติดเชื้อชิเจลลา และซัลโมเนลลา จะถ่ายอุจจาระเป็นน้ำสีเขียว 2-3 ครั้ง ในช่วงแรก ต่อมาเมื่อเชื้อผ่านมาถึงลำไส้ใหญ่ก่อการอักเสบเป็นแผล จึงถ่ายเป็นมูกเลือดเรียกว่าบิดไม่มีตัว ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระออกมาประมาณ 30-60 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/วัน อุจจาระมีฤทธิ์เป็นด่าง (pH > 6.5) มีเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวมาก

อาการสำคัญที่พบในเด็กที่ติดเชื้อ ชิเจลลา ผู้ป่วยจะมีไข้สูงบางคนชักซึมเพราะพิษไข้ ถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด กลิ่นเหม็นเหมือนหัวกุ้งเน่า มีอาการปวดเบ่งถ่ายไม่สุด จึงถ่ายอุจจาระออกมาที่ละนิด บางรายถ่าย 20-40 ครั้ง/วัน อาการสำคัญที่พบในเด็กที่ติดเชื้อ ซัลโมเนลลา อาการเริ่มด้วยไข้สูงปานกลางถึงมาก ทารกเล็ก ๆ มักมีอาการอาเจียนท้องอืดมีการติดเชื้อในกระแสเลือดเพราะเชื้อผ่านเยื่อบุลำไส้เข้าสู่กระแสเลือดได้ ทารกจะถ่ายอุจจาระสีเหลือง หรือเขียวมีมูกเลือดปนมีอาการขาดน้ำเล็กน้อยถึงปานกลาง ในเด็กโตเมื่อได้รับเชื้ออาจมีอาการเหมือนอาหารเป็นพิษ ปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำเกิดอาการขาดน้ำมากได้

3. **ปรสิต** ที่พบได้บ่อยได้แก่ เอ็นตามีบาฮีสโตไลติกา ไกร์เดียแลมเบีย และหนอนพยาธิ เอ็นตามีบาฮีสโตไลติกา เป็นเชื้อที่บุกรุกเข้าไปในเยื่อบุลำไส้ใหญ่ส่วนต้นและซีคัม ในรายที่เป็นรุนแรงการทำลายไมโครวิลไลทำให้เกิดอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ส่วนรายที่ไม่รุนแรงจะถ่ายเป็นมูกปนเลือดสด เนื่องจากมีแผลเซาะลึก ทำให้มีเลือดออกมาสด ๆ เรียกว่าบิดมีตัว

ไกร์เดียแลมเบีย มักไม่ค่อยพบเป็นสาเหตุของอุจจาระร่วงเฉียบพลันนอกจากในรายที่เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยจะมีอาการท้องอืด อาหารไม่ย่อย อุจจาระเละ ๆ มีไขมัน ซึ่งอาจเกิดจากโปรโตซัวชนิดนี้ใช้ปากดูดเยื่อบุลำไส้บริเวณลำไส้ส่วนต้น ปล่อยสารเข้าไปในเยื่อบุลำไส้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ ถ้ามีโปรโตซัวจำนวนมาก จะเกาะปูพรมปิดกั้นไม่ให้อาหารเข้าสัมผัสผิว

เยื่อบุลำไส้มีผลทำให้การดูดซึมบกพร่อง อาการที่พบในเด็กวัยก่อนเรียนอาการน้อย อุจจาระเป็นน้ำหรือเหลว สีเหลืองซีด ๆ มีกลิ่นเหม็น ท้องอืด ปวดท้อง เบื่ออาหาร และน้ำหนักลด ไม่มีไข้ ในเด็กโตและผู้ใหญ่มักไม่มีอาการ

หนอนพยาธิ เช่น สตรองจีรอยด์ ทำให้เกิดอุจจาระร่วง โดยตัวอ่อนระยะติดต่อไชผนังลำไส้เข้าสู่กระแสเลือด เข้าสู่ปอด หลอดลม หลอดอาหาร แล้วถูกกลืนเข้าไปเจริญเต็มที่และฝังตัวอยู่ในผนังลำไส้เล็กตอนต้น ออกไข่เป็นตัวอ่อนระยะแรก เติบโตเป็นตัวอ่อนระยะติดต่อไชผนังลำไส้อีกวนเวียนกันอยู่เช่นนี้ทำให้ลำไส้อักเสบและอุจจาระร่วง ในคนปกติที่มีพยาธิจำนวนปานกลางถึงมาก จะมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นมูกอาจเป็น ๆ หาย ๆ ในคนที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องพยาธิจะขยายตัวอย่างรวดเร็วตัวอ่อนอาจไชไปตามส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย รวมทั้งเข้าไปในระบบประสาทกลางด้วย ตัวอ่อนนำเชื้อแบคทีเรียในลำไส้ไปด้วย ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด อาการของโรคจะรุนแรง และทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตได้

ผลที่เกิดจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ผลที่เกิดจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่สำคัญและก่อให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิต คือ ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะขาดอาหาร (WHO, 1993)

1. ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นอาการที่สำคัญที่สุด ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ กลไกที่ทำให้เกิดการเสียน้ำและเกลือแร่ไปทางอุจจาระ (วันดี วราวิทย์, 2537; Farth, 1997) ได้แก่

1.1 ของเหลวไหลผ่านลำไส้อย่ารวดเร็ว ลำไส้ดูดซึมไม่ทันเนื่องจากมีของเหลวค้างในโพรงลำไส้ กระตุ้นให้ลำไส้บีบตัวรีดของเหลวลงสู่ลำไส้ใหญ่อย่างรวดเร็ว

1.2 การดูดซึมบกพร่อง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ไม่สามารถนำน้ำและเกลือแร่จากลำไส้เข้าสู่ระบบไหลเวียนได้ ตามปกติลำไส้จะสามารถดูดซึมน้ำได้เกือบหมดและขับถ่ายออกมาในปริมาณที่เหมาะสม แต่ในภาวะที่เกิดความผิดปกติในการดูดซึมจะทำให้การเสียน้ำไปทางอุจจาระมีมากกว่าปกติ

1.3 การหลั่งเกิน อุจจาระลักษณะเป็นน้ำมาก น้ำที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากพิษที่เชื้อปล่อยออกมา ซึ่งมีผลให้การดูดซึมของลำไส้ลดลง เพิ่มการขับน้ำออกจากเซลล์

2. ภาวะขาดอาหาร การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการทำลายเยื่อบุของลำไส้โดยตรง พื้นที่ผิวที่ใช้ดูดซึมอาหารลดลง (Decrease intestinal absorption) สารน้ำย่อยที่ผิวเซลล์เยื่อบุลดลง การย่อยและการดูดซึมโปรตีน ไขมันและสารอาหารต่าง ๆ จึงลดลงด้วย ประกอบกับการเคลื่อนที่ของสารอาหารในลำไส้เร็วขึ้น (Farthing, 1997) เพิ่มการสูญเสียสารอาหารและเกลือแร่ไปทางอุจจาระ เกิดการสูญเสียสารอาหาร (Nutrients loss) (พิภพ จิรภิญโญ, 2538; กมลวัน ดิษยบุตร, 2542) ขณะที่เด็กเกิดอุจจาระร่วงอาจมีไข้ร่วมด้วย ซึ่งการมีไข้ทำให้มีอัตรา

เมตาบอลิซึมพื้นฐาน (basal metabolic rate) เพิ่มขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ (Metabolism change) ผลของการที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น 1 องศาเซลเซียส จะทำให้อัตราเมตาบอลิซึมพื้นฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 ซึ่งจะมีผลทำให้เด็กมีการสูญเสียพลังงานเพิ่มขึ้น (Viviana et. al, 1998) นอกจากนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ ที่ส่งผลทำให้เกิดการขาดอาหารได้จากการได้รับอาหารลดลง เนื่องจากการเบื่ออาหารพบได้ในช่วงระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ทำให้จำนวนโปรตีนและพลังงานที่ได้รับในวันหนึ่ง ๆ ลดลง ซึ่งอาจเป็นผลของไข้ การสูญเสียน้ำและเกลือแร่และภาวะเลือดเป็นกรด การจำกัดอาหารเป็นอีกสิ่งที่พบได้บ่อย โดยเป็นที่เชื่อถือกันโดยทั่วไปว่าควรงดอาหารแข็งให้อาหารอ่อน ๆ จำพวกข้าวต้มและของเหลว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ถ่ายเหลวจะให้เป็นน้ำเกลือชนิดกินหรือเข้าหลอดเลือดดำ หรือน้ำข้าวต้ม และพบแนวโน้มที่ผู้ดูแลจะให้อาหารจำพวกแป้งมากขึ้น ดังนั้นพลังงานและโปรตีนที่ได้รับจะลดลงเมื่อประกอบกับมีอาการคลื่นไส้และอาเจียน จากการที่ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนง่าย ผู้ปกครองจะให้อาหารผู้ป่วยน้อยลง ยิ่งถ้างดอาหารทางปากให้แต่น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำเด็กจะได้รับอาหารเพียงร้อยละ 25 ของปกติเท่านั้น (พิภพ จิรภิญโญ, 2538)

เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จะมีการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้นเพื่อนำกรดอะมิโนมาใช้ในการสังเคราะห์กูลโคสขึ้นใหม่ (กมลวัน ดิษยบุตร, 2542) ทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหารและมีภาวะพร่องของการเจริญเติบโต (growth deficit) ในขณะที่มีอาการอุจจาระร่วงจะมีสมดุลของโปรตีนและพลังงานเป็นลบ ระยะนี้จะกินเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ แล้วแต่ชนิดและความรุนแรงของโรค ส่วนการฟื้นตัวจะกินเวลา 2-4 เท่า นอกจากนี้เด็กยังต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้นเพื่อการเจริญเติบโต (Increase of nutrient requirement) ดังนั้นสารอาหารที่เพิ่มขึ้นอาจต้องเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มพลังงานร้อยละ 30-50 โปรตีน ร้อยละ 100 และวิตามินต่าง ๆ เพิ่มขึ้นประมาณ 2-4 เท่า เพื่อให้ทันกับการเจริญเติบโตปกติ (Whitehead, 1977)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่พบได้บ่อยคือ การอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก และการชักจากมีไข้

1. การอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก จากการถ่ายอุจจาระบ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรตาไวรัส เด็กจะมีอาการถ่ายอุจจาระบ่อยและอุจจาระอาจเป็นกรดค่าพี เอช ของอุจจาระมักต่ำกว่า 5 (Hockenberry-Eaton, 2001)

2 การชักจากมีไข้ เป็นอาการชักที่เกิดในขณะที่มีไข้โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ (ลำดวน นำศิริกุล, 2545) ซึ่งการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อเช่นกัน ดังนั้นอาการที่พบร่วมกับอาการอุจจาระร่วง คือ อาการไข้ ทั้งที่เป็นอาการนำและเกิดร่วมกับการขาดน้ำ (สุภา หริกุล, 2541, วาณี แม่นยำ, 2542)

โรคอุจจาระร่วงเกิดจากการการติดเชื้อก่อโรค ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งผ่านทาง fecal-oral route หรือ โดยการกินอาหารหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อโรค (นิพัทธ์ สีมาขจร และวันดี วราวิทย์, 2546) สาเหตุของโรคที่พบได้บ่อยได้แก่ การติดเชื้อไวรัส และเชื้อแบคทีเรีย

การรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก

WHO (1993) ได้เสนอแนวปฏิบัติในการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กไว้ 3 ประการคือ การป้องกันขาดน้ำ การรักษาภาวะขาดน้ำ และการให้อาหารระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง

1. การป้องกันภาวะขาดน้ำ (Prevention of dehydration) เมื่อมีการถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายเป็นน้ำมีปริมาณมากแม้เพียงครั้งเดียว จะหมายถึงการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ไปกับอุจจาระ ดังนั้นเพื่อป้องกันการขาดน้ำจึงควรเริ่มให้การรักษาโดยเร็วเพราะถ้าปล่อยให้ถ่ายหลายครั้งก่อนจึงรักษาหรือรอให้อาการขาดน้ำปรากฏ จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำเนื่องจากอาการขาดน้ำปรากฏช้ากว่าการขาดน้ำจริงมาก ด้วยการให้สารละลายเกลือแร่ทดแทนน้ำและ อิเล็คโทรลัยท์ที่ถ่ายออกไปจากร่างกาย การทดแทนน้ำและเกลือแร่เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ได้มีการรักษาโดยให้สารน้ำทางปากและต่อมามีการศึกษายืนยันว่าการดูดซึมโซเดียมเกิดขึ้นถ้ามีน้ำตาลอยู่ด้วย โดยโซเดียมจับคู่กับกลูโคสดูดซึมเข้าเยื่อบุลำไส้ด้วยกันน้ำก็จะถูกดึงเข้าไปด้วย ดังนั้นการให้สารน้ำรักษาทางปากเหมาะสำหรับการป้องกันภาวะขาดน้ำ เมื่อเกิดภาวะขาดน้ำแล้วในระดับน้อยถึงปานกลางก็สามารถรักษาให้หายได้ แต่ต้องให้ครั้งละน้อยโดยใช้ช้อนตักป้อนจะดีกว่าใส่ขวดให้ดูดเพราะเด็กกำลังกระหายน้ำจะดูดอย่างรวดเร็วจนได้รับสารน้ำปริมาณมากในครั้งเดียว จะทำให้เกิดการอาเจียนหรือดูดซึมไม่ทันทำให้ถ่ายมากขึ้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543)

2. การรักษาภาวะขาดน้ำ เมื่อผู้ป่วยมีอาการอุจจาระร่วงจะมีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำมีความสำคัญมากในการวางแผนการรักษา ดังนั้นขั้นตอนแรกของการประเมินอาการของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันก็คือ การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ WHO (1993) ได้เสนอแนวทางการประเมินภาวะขาดน้ำ เพื่อช่วยในการประเมินภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ

	ไม่ขาดน้ำ	ขาดน้ำบ้าง	ขาดน้ำรุนแรง
อาการทั่วไป ตา น้ำตา ปากและลิ้น อาการกระหายน้ำ รอยคีบของผิวหนัง	สบายดี ปกติ มี เปียกชื้น ดื่มปกติไม่หิวน้ำ คืนตัวกลับทันที	กระสับกระส่าย งอแง * ตาลึกโหล ไม่มี แห้ง กระหายน้ำตลอดเวลา * คืนตัวกลับช้า (<2 วินาที) *	ซึม ไม่รู้สึกตัว ตัวอ่อนปวกเปียก ** ตาลึกโหลมาก ไม่มี แห้งมาก ดื่มน้ำได้น้อยหรือดื่มไม่ได้ ** คืนตัวกลับช้ามาก (>2 วินาที) **
การประเมิน		ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างบน 2 อย่างหรือมากกว่า (รวมทั้งอาการที่มีเครื่องหมาย * 1 อาการ) ถือว่า มีอาการขาดน้ำบ้าง	ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างบน 2 อย่างหรือมากกว่า (รวมทั้งอาการที่มีเครื่องหมาย ** 1 อาการ) ถือว่า มีอาการขาดน้ำรุนแรง

การรักษาภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ด้วยสารน้ำทางปาก จะเน้นการแก้ไขภาวะขาดน้ำใน 4 ชั่วโมง ซึ่งการให้สารละลายเกลือแร่ทางปากต้องค่อย ๆ ให้ทีละน้อยแต่บ่อย ๆ ครั้ง จะทำให้ลำไส้สามารถดูดซึมน้ำและเกลือแร่ได้ดีขึ้น และจะช่วยฟื้นฟูลำไส้ให้กลับมาทำงานได้ปกติเร็วขึ้น ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากการรับประทานอาหารได้เร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วและไม่เกิดภาวะขาดสารอาหาร การรักษาสารน้ำทางปาก แบ่งตามความรุนแรงของการขาดน้ำ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2546; WHO, 1993) ดังนี้

1) แผน ก. ในเด็กที่ไม่แสดงอาการขาดน้ำ (< 5%) โดยกฎ 3 ข้อ คือ

- ให้ของเหลวแก่เด็กมากกว่าปกติ เพื่อป้องกันการขาดน้ำ โดยให้กินเท่าที่ต้องการหรือทุกครั้งที่ถ่ายเป็นน้ำ ของเหลวที่ให้กับผู้ป่วยเด็ก ได้แก่สารละลายเกลือแร่ โอ อาร์ เอส ใช้ได้ทั้งชนิดสำเร็จรูป และที่เตรียมขึ้นเอง หรืออาจใช้ น้ำข้าวใส่เกลือ น้ำซุป แม้กระทั่งน้ำเปล่าก็ได้ ปริมาณที่สารละลายเกลือแร่ที่ให้กับผู้ป่วยเด็กพิจารณาตามอายุ ดังนี้

อายุ	จำนวนสารละลายเกลือแร่ (ORS) ที่ให้/การถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้ง
อายุน้อยกว่า 2 ปี	50-100 มิลลิลิตร (1/4 –1/2 ถ้วยแก้ว)
อายุมากกว่า 2 ปี	100-200 มิลลิลิตร (1/2 –1 ถ้วยแก้ว)

- อาหาร ถ้าเด็กรับประทานนมแม่ให้นมแม่หรือนมผสมต่อไป ถ้าเด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไปให้อาหารอ่อนร่วมด้วย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม น้ำแกงจืด หรือน้ำข้าวผสมเกลือ 2 หยิบมือ ข้อสำคัญก็คือ ไม่งดอาหารและนมขณะผู้ป่วยเด็กยังมีอาการอุจจาระร่วง
- ต้องพาเด็กมาตรวจถ้าเด็กอาการไม่ดีขึ้นใน 3 วัน หรือถ้ามีอาการต่าง ๆ เหล่านี้คือ ถ่ายมากขึ้น (ถ่ายมากกว่า 1 ครั้งใน 2 ชั่วโมง) อาเจียนบ่อย กระหายน้ำมากขึ้น กินอาหารได้น้อยลง มีไข้ พบเลือดในอุจจาระ และหอบ

2) แผน ข สำหรับเด็กที่แสดงอาการขาดน้ำบ้าง (5-9 %) หลักเกณฑ์คือ

- เน้นการให้สารละลายเกลือแร่ทางปาก ใน 4 ชั่วโมงแรก ปริมาณสารละลายเกลือแร่ที่แนะนำตามอายุ และน้ำหนักคือ

อายุ	ต่ำกว่า 4 เดือน	4-12 เดือน	1-2 ปี	2-5 ปี
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	น้อยกว่า 6	6- น้อยกว่า 10	10- น้อยกว่า 12	12-19
จำนวนที่ให้ (มิลลิลิตร/CC)	200-400	400-700	700-900	900-1,400

หมายเหตุ ;หรือคำนวณจากน้ำหนักเป็นกิโลกรัม x 75 มิลลิลิตร

- ในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือนให้กินนมครึ่งเดียวสลับการให้สารละลายเกลือแร่ อีกครึ่งหนึ่งปริมาณเท่ากับนมที่เคยกินปกติ
- วิธีการให้สารละลายเกลือแร่ที่ดีที่สุด คือการให้ในปริมาณน้อย ๆ และบ่อย ๆ ครั้ง เด็กเล็กใช้ช้อนป้อน 1 ช้อนชา ทุก 1-2 นาที เด็กโตใช้จิบจากถ้วยแก้ว ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ลำไส้ที่ป่วยอยู่ต้องทำงานมาก และจะทำให้ลำไส้ดูดซึมน้ำและเกลือแร่เข้าสู่ร่างกายได้ เด็กก็จะหายจากอาการขาดน้ำและเกลือแร่ และจะหยุดถ่ายได้เร็วขึ้นอีกด้วย
- เมื่อครบ 4 ชั่วโมงประเมินการขาดน้ำซ้ำ แล้วใช้แผนการรักษาที่เหมาะสมจนกว่าผู้ป่วยจะหยุดถ่าย

3) แผน ค. สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ขาดน้ำรุนแรง (> 10 %) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจนพ้นภาวะช็อคแล้วเริ่มให้สารน้ำทางปาก 70 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมหรือ 3 ออนซ์ต่อกิโลกรัม ใน 4 ชั่วโมงแรก และต่อมาให้ 100 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม จนครบ 24 ชั่วโมง หรือ 3 ออนซ์ต่อกิโลกรัม ใน 4 ชั่วโมงแรก และต่อมาให้ 100 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมจนครบ 24 ชั่วโมง

การประเมินผลภายหลังจากให้สารน้ำทางปาก หลังการรักษาด้วยสารน้ำทางปาก ผู้ป่วยจะยังคงถ่ายอุจจาระอยู่บ้างจะยังไม่หยุดทีเดียว เพราะสารน้ำทางปากจะส่งเสริมการดูดซึม

มากแต่ไม่ได้ถึงระดับปกติ การประเมินผลในช่วงนี้จะต้องดูที่เป้าหมายของการรักษา คือ ป้องกันและแก้ไขภาวะขาดน้ำ โดยประเมินจากตารางที่ 1 ภายหลังได้รับสารน้ำทางปากแล้วอาการขาดน้ำไม่เกิดขึ้นหรือหายไป ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น เล่นได้ นอนหลับได้ ยังถ่ายอุจจาระอยู่บ้างก็บรรลุเป้าหมายแล้ว อย่างไรก็ตามภายหลังการรักษาแล้วถ้าผู้ป่วยถ่ายน้อยกว่า 1 ครั้ง / 2 ชั่วโมง นับว่าทุเลาความรุนแรง ถ้าผู้ป่วยรับสารน้ำทางปากไม่ได้ อาเจียน ท้องอืด หรือ ถ่ายมากกว่า 1 ครั้ง / 2 ชั่วโมง ต้องเฝ้าระวังภาวะขาดน้ำ (วันดี วราวิทย์, 2537) พยาบาลต้องสามารถประเมินภาวะของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และทำการติดต่อประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3. การให้อาหารรับประทานระหว่างอุจจาระร่วง (Early feeding of appropriate foods) การให้อาหารเร็วและเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ในปริมาณที่ผู้ป่วยรับได้ (กองโรคติดต่อ, 2543) เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากอาหารมีบทบาทสำคัญในการช่วยซ่อมแซมผิวลำไส้ที่ถูกทำลายและให้พลังงานต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย นอกจากนั้นการที่ลำไส้สามารถดูดซึมสารน้ำและเกลือแร่ได้ดี ช่วยให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายได้เร็วขึ้น (Hockenberry-Eaton, 2001) เช่น การศึกษาของ สกนธนะ จันทร์พาหิรกิจ (2530) ที่ศึกษาถึงการตอบสนองของเด็กอุจจาระร่วงเฉียบพลันหลังการได้รับอาหารต่างกันคือ นมผสมสูตรธรรมดา เจือจาง นมผสมแลคโตสต่ำ และ โจ๊ก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับนมผสมแลคโตสต่ำและโจ๊กมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น น้ำหนักอุจจาระลดลง ความถี่ของการถ่ายอุจจาระน้อยลง และลักษณะของการถ่ายอุจจาระดีขึ้น

การศึกษาที่พบช่วยลบล้างแนวคิดเรื่องการพักลำไส้ด้วยการงดอาหารทางปาก การให้อาหารแก่เด็กระหว่างอุจจาระร่วงและหลังจากหายแล้วเพื่อป้องกันการขาดอาหารให้เริ่มภายหลังจากให้ ORT แล้ว 4 ชั่วโมง ถ้าเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ลูกดูดนมให้มากขึ้น ถ้าไม่ได้เลี้ยงด้วยนมแม่ให้ปฏิบัติดังนี้ (กองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543; WHO, 1995)

- อายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมผสม: ผสมตามปกติแต่แบ่งให้เด็กกินครึ่งเดียวสลับกับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส อีกครึ่งหนึ่ง ปริมาณเท่ากับนมที่เคยกินตามปกติ

- อายุ 6 เดือนขึ้นไปให้อาหารที่มีประโยชน์ควรเตรียมเป็นอาหารเหลวย่อยง่าย เช่นโจ๊ก ข้าวต้มผสมกับผัก ปลาต้ม เนื้อสัตว์ต้มเปื่อย ให้เด็กกินระหว่างท้องร่วงและให้เป็นอาหารพิเศษเพิ่มอีกวันละ 1 มื้อ เป็นเวลา 2 อาทิตย์ หลังจากหายจากท้องร่วงหรือจนกว่าเด็กจะมีน้ำหนักปกติควรปรุงและบดหรือสับอาหารให้ละเอียดพยายามให้เด็กกินอาหารให้ได้มากที่สุดเท่าที่เขาต้องการให้กินกล้วยน้ำว้าสุกหรือน้ำมะพร้าวเพื่อเพิ่มแร่ธาตุโปตัสเซียม

ในรายที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ปัจจุบันไม่แนะนำให้งดอาหาร ให้อาหารหรือนมแม่ได้ แต่ถ้าให้นมผสมให้งดไว้ก่อน ให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส อย่างน้อย 1 ออนซ์/กิโลกรัม/วัน เป็นเวลา 12 ชั่วโมง แล้วให้นมผสมปกติต่อไปในปริมาณเท่ากันอีก 12 ชั่วโมง

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นบทบาทของพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วย 6 ด้าน (สมจิต หนุเจริญกุล, 2546) ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Care Provider) สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ต้องสามารถใช้ความรู้และความชำนาญในการให้การพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยที่มีปัญหารและควมต้องการซับซ้อน และ/หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต

2. ด้านบริหารจัดการ (Administration) เป็นผู้นำและบริหารจัดการโดยผสมผสานความรู้กับความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะสาขา เพื่อประสานงาน ประสานแหล่งประโยชน์ และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

3. ด้านการให้ความรู้ (Educator) วางแผนและดำเนินงานเพื่อส่งเสริมความรู้ให้แก่พยาบาลและผู้ใช้บริการตามปัญหาและความต้องการ ประสานงานและให้ความช่วยเหลือพยาบาลในการจัดโครงการฝึกอบรม และพัฒนาประสิทธิภาพในการสอนผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้ความร่วมมือในการสอนนักศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ และเป็นผู้สอน ชี้แนะให้แก่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในสาขาที่ความรู้ความชำนาญ

4. ด้านการเป็นที่ปรึกษา (Counselor) เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อแก้ปัญหา และสนองตอบความต้องการการดูแลสุขภาพแก้ไขปัญหาการให้บริการสุขภาพ และพัฒนาตนเองและวิชาชีพ

5. ด้านการวิจัย (Researcher) ตระหนักถึงความจำเป็นในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล และร่วมงานวิจัยในสาขาที่มีความรู้ความชำนาญและสาขาที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์เผยแพร่ และประยุกต์ผลการวิจัยเพื่อใช้ปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล

6. ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมาย (Ethics and Low) มีคุณธรรม จริยธรรมอันดีต่อผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาตนเองและวิชาชีพ ปฏิบัติตามข้อบังคับของสภาการพบยาบาล ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และสามารถตัดสินใจเชิง จริยธรรมภายใต้กฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ใช้บริการ

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พยาบาลสามารถให้การพยาบาล ผู้ป่วยตามปัญหาที่พบดังนี้ (มุกดา ส.กาญจนะชัย, 2541; กมลวัน ดิษยบุตร, 2542; รุจา ภู่ไพบูลย์, 2542 และ Hockenberry-Eaton, 2001)

1. การดูแลผู้ป่วยที่มีการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ปฏิบัติดังนี้

1.1 ดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ แนะผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาตามเวลาที่พยาบาลจัดยาให้ (ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กนอนหลับพักผ่อน ดูแลให้ได้รับยาทันทีที่ตื่นนอน)

1.2 ล้างมือหรือฟอกมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนป้อนอาหารผู้ป่วยและภายหลังทำความสะอาดหลังขับถ่ายหรือเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ผู้ป่วยเด็ก

1.3 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับ

- สาเหตุของการเกิดโรคท้องเสีย ส่วนใหญ่เกิดจากการที่เด็กรับประทานอาหาร นม และน้ำ ที่มีเชื้อโรคปนเปื้อนเข้าไป
- การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยเด็กหลังขับถ่ายหรืออาเจียนควรทำทันที เพื่อป้องกันผู้ป่วยเด็กสัมผัสสิ่งขับถ่ายจากผู้ป่วยเอง
- การเตรียมอาหารมาให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานขณะที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรจัดเตรียมอาหารที่สุกใหม่และสะอาดปราศจากแมลงวันตอมให้เด็กรับประทาน และจัดน้ำสะอาดให้เด็กดื่ม
- แนะนำให้มารดาทำความสะอาดหัวนมถึงลานนมทุกครั้งก่อนและหลังให้นมมารดา
- แนะนำให้มารดาล้างขวดนมและจุกนมให้สะอาด และทำลายเชื้อโรคโดยการต้มในน้ำเดือดนาน 10 นาที และควรเลือกใช้ขวดนมที่ทำความสะอาดง่าย ไม่ควรใช้ขวดนมที่มีลักษณะที่ล้างยาก เช่น ขวดนมรูปโค้ง
- แนะนำให้เตรียมนมผสมแต่ละครั้งให้หมดในมื้อเดียวและไม่ควรให้เด็กรับประทานนมที่ชงนานเกิน 3 ชั่วโมง
- แนะนำผู้ดูแลให้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งก่อนป้อนอาหารให้เด็ก
- แนะนำผู้ดูแลให้ระมัดระวังไม่ปล่อยให้เด็กคลานเล่นบนพื้นหรือหยิบจับอาหารตามพื้นดินมารับประทานหรือนำของเล่นที่สกปรกเข้าปาก
- แนะนำให้ผู้ดูแลล้างมือให้ผู้ป่วยเด็กด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาดทั้งก่อนและหลังหยิบจับอาหารรับประทานและหลังขับถ่ายทุกครั้ง
- แนะนำผู้ดูแลไม่ให้ซื้อยาหยุดถ่ายให้ผู้ป่วยรับประทาน เพราะการถ่ายอุจจาระจะช่วยกำจัดเชื้อโรคออกจากร่างกายของเด็ก การให้เด็กรับประทานยาหยุดถ่ายจะทำให้เชื้อโรคยังคงอยู่ในร่างกาย และทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการรุนแรงขึ้นได้

2. การดูแลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปฏิบัติดังนี้

2.1 ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ จากนั้นจึงดูแลให้ผู้ป่วยเด็กสารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีปราศจากเชื้อ และควบคุมการหยดของน้ำเกลือ ให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา รวมทั้งระมัดระวังไม่ให้ออกนอกหลอดเลือด

2.2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ (ORS) ทางปาก โดยวิธีการใช้ช้อนป้อนครั้งละน้อย ๆ บ่อยครั้ง ตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ คือ ภาวะขาดน้ำอย่างอ่อน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ORS 50 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม หรือ 2 ออนซ์ต่อกิโลกรัม ใน 4 ชั่วโมงแรก ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ปานกลาง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ORS 70 มิลลิลิตรกิโลกรัม หรือ 3 ออนซ์ต่อกิโลกรัม ใน 4 ชั่วโมงแรก ภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรงให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจนพ้นภาวะช็อค

2.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำจนครบ 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ซ้ำ และปฏิบัติดังนี้คือ ผู้ป่วยที่ยังมีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่พ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ให้ ORS 100 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม จนครบ 24 ชั่วโมงโดยให้อาหารหรือนมแม่ได้ แต่ถ้าให้นมผสมให้งดไว้ก่อน ให้ ORS อย่างน้อย 1 ออนซ์/กิโลกรัม/วัน เป็นเวลา 12 ชั่วโมง แล้วให้นมผสมปกติต่อไปในปริมาณเท่ากันอีก 12 ชั่วโมง

2.4. ในกรณีที่มีอาการอาเจียน สังเกตและบันทึกลักษณะ สี ปริมาณ และจำนวนครั้งของการอาเจียน ในระยะ 4 ชั่วโมงแรกหลังรับเข้าการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยอาเจียนให้พัก 30 นาที จึงเริ่มให้ ORS ทีละน้อยช้า ๆ ถ้าอาเจียนมากขึ้นให้พัก 1-2 ชั่วโมง ถ้ายังอาเจียนไม่หยุด รายงานแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม

3. การดูแลเพื่อการป้องกันภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ปฏิบัติดังนี้คือ

3.1. สังเกตและประเมินความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ โดยการสังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ วัดและบันทึกอัตราและลักษณะการเต้นของชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และ วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกจำนวนครั้งลักษณะสี ปริมาณ ความถี่ และอาการแสดงของการถ่ายอุจจาระทุกครั้งในรอบ 24 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติดังนี้ ถ่ายมากกว่า 1 ครั้ง / 2 ชั่วโมง มีอาการปวดเบ่ง หรือร้องไห้มากขณะถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระเหลว สีเขียวมีมูกเลือดปน หรืออุจจาระเป็นน้ำซาวข้าวมีกลิ่นเหม็นคาว หรือ อุจจาระเป็นน้ำสีเขียวเหลวเป็นมูกมีเลือดปนหรืออุจจาระเหลวเป็นฟอง หรือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาวและหรือมี Occult blood ในอุจจาระ

3.2. ให้ความรู้เกี่ยวกับ อาการ อาการแสดงและพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบ ได้แก่ ถ่ายมากกว่า 1 ครั้ง / 2 ชั่วโมง มีอาการปวดเบ่ง หรือ ร้องไห้มากขณะถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระเหลว สีเขียวมีมูกเลือดปนหรืออุจจาระเป็นน้ำซาวข้าวมีกลิ่นเหม็นคาว หรือ อุจจาระเป็นน้ำสีเขียวเหลวเป็นมูกมีเลือดปนหรือ

อุจจาระเหลวเป็นฟอง อาเจียนบ่อยและถี่ขึ้น พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางลบ เช่น รับประทานไม่ได้ ไม่เล่น ซึม

4. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม ปฏิบัติดังนี้คือ

4.1 ผู้ป่วยที่ขาดน้ำรุนแรง แก้ไขภาวะขาดน้ำแล้วจึง ดูแลให้ได้รับนมผสมภายหลังได้รับ ORS ไปแล้ว 4 ชั่วโมง โดยให้สลับกับ ORS คือ นมผสม ½ ออนซ์ สลับกับ ORS ½ ออนซ์ /กก. ทุก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ขาดน้ำเล็กน้อยหรือปานกลาง ดูแลให้ได้รับนมผสมภายหลังได้รับ ORS ไปแล้ว 4 ชั่วโมง โดยให้สลับกับ ORS คือ นมผสม ½ ออนซ์ สลับกับ ORS ½ ออนซ์ /กก. ทุก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ได้รับนมมารดาดูแลให้ได้รับต่อไป พร้อมทั้งแนะนำประโยชน์ของการให้นมมารดา

4.2 ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้แล้ว ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน เช่น น้ำซุป น้ำแกงจืด ข้าวต้มหรือโจ๊ก พร้อมทั้งแนะนำประโยชน์ของการให้อาหารเหลวแก่ผู้ดูแล แนะนำผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนและแป้ง เช่น ข้าว 4 ส่วนผสมถั่ว หรือเนื้อสัตว์ 1 ส่วน และให้เพิ่มอาหารขึ้นอีก 1 มื้อ หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ที่มีกากใยสูง เช่นผัก ผลไม้ น้ำผลไม้ที่มีความเข้มข้นสูง อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง อาหารรสจัดหรืออาหารที่มีไขมันและกรดสูง เช่น อาหารทอด เนย ไอศกรีม ครีม ในระหว่างที่ผู้ป่วยยังถ่ายอุจจาระเหลว

4.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องน้ำย่อยแลคเตส คือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมีฟอง ดูแลให้นมผสมครั้งละน้อย ๆ แต่ถ้ายังมีถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมีฟอง ดูแลให้ได้รับนมถั่วเหลืองหรือผลิตภัณฑ์นมวัวที่ไม่มีน้ำตาลแลคโตส แทนนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาลแลคโตส พร้อมทั้งอธิบายถึงเหตุผลของการเปลี่ยนนมและแนะนำวิธี การเตรียมนมนมถั่วเหลืองหรือผลิตภัณฑ์นมวัวที่ไม่มีน้ำตาลแลคโตส ให้กับผู้ดูแล

5. การพยาบาลเพื่อดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การชักจากมีไข้ และการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก

5.1 การพยาบาลเพื่อดูแลและป้องกัน การชักจากมีไข้ ปฏิบัติดังนี้คือ

- ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงอาการชัก เช่น ตาเหลือก ลอย ตัวสั่นเกร็ง กระตุก เป็นต้น วัดอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส เช็ดตัวลดไข้โดยการเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น โดยเน้นบริเวณซอกพับต่าง ๆ เช่น ซอกคอ ซอกรักแร้ เนื่องจากมีเส้นโลหิตผ่านมาก เพราะน้ำจะเป็นตัวช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย เช็ดตัวนานประมาณ 5-10 นาที และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ทำการวัดอุณหภูมิซ้ำอีกครั้ง ถ้าไข้ไม่ลงให้ทำ เช็ดตัวซ้ำอีกครั้งพร้อมทั้งรายงานแพทย์ทราบเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

- ให้ความรู้กับผู้ดูแล ในการดูแลและป้องกันการชักจากการมีไข้สูง

5.2 การพยาบาลเพื่อดูแลและป้องกัน การอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนักปฏิบัติดังนี้คือ

- สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสีผิวและลักษณะของผิวหนังรอบทวารหนัก ทุกครั้งที่ทำความสะอาดภายหลังขับถ่าย ดูแลทำความสะอาดรอบทวารหนักด้วยน้ำสะอาดเช็ดให้แห้งและเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่ผู้ป่วยเปียกแฉะ หลีกเลี่ยงการทำความสะอาดบริเวณรอบทวารหนักด้วยสบู่หรือยาระคาย (Antiseptic) และใช้ผ้าอ้อมที่อ่อนนุ่มห่อก้น กรณีใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้เปลี่ยนทันทีที่ผู้ป่วยเปียกแฉะเพื่อป้องกันก้นเปื่อยแดง
- ดูแลป้องกัน ไม่ให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังรอบทวารหนักในช่วงระหว่างถ่ายอุจจาระเหลว โดยการทาด้วย Zinc Paste หรือ Vaseline บาง ๆ ทุกครั้งภายหลังทำความสะอาดรอบทวารหนักให้แห้งและเปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกครั้งเมื่อเปียกแฉะ
- ดูแลผิวหนังรอบทวารหนักผู้ป่วยที่มีรอยแดงและอักเสบ ด้วยการเปิดผิวหนังบริเวณรอบทวารหนักให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อป้องกันการอับชื้นโดยใช้ผ้าอ้อมรองก้นไว้ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อบริเวณรอบทวารหนักหรือขาหนีบ ดูแลให้ได้รับยาต้านเชื้อตามแผนการรักษา สังเกตอาการของเคียงของยาและพิษของยา
- ให้ความรู้ กับผู้ดูแล ในการดูแลและป้องกันการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลมีโอกาสได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ลึกซึ้งจนสามารถวินิจฉัยปัญหา กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการช่วยเหลือของผู้ป่วย และมีการติดตามประเมินผลจนบรรลุเป้าหมายของการพยาบาล จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายจากโรคได้เร็ว อาจกล่าวได้ว่าการช่วยให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการฟื้นหายได้เร็วเป็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทางการพยาบาล

2. การฟื้นหายของผู้ป่วยเด็ก 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การฟื้นหายของผู้ป่วย หมายถึง การกลับคืนสู่สภาพปกติหลังจากเจ็บป่วย (Manser, 1997) เป็นกระบวนการของร่างกายในการกลับเข้าสู่การทำงานตามปกติ หรือในระดับเดียวกับก่อนการเจ็บป่วย หรือเป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงจากภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะสุขภาพดี (Johnston, 1984) เป็นสิ่งที่บอกถึงคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Naylor and et al, 1991)

การพยาบาลที่มีคุณภาพจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ไปในทิศทางที่พึงประสงค์ทำให้กระบวนการฟื้นหายของโรคดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยกลับมามีภาวะสุขภาพที่ดีได้ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2538) การช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายจาก

โรคถือเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการวัดคุณภาพบริการพยาบาล (ศิรินภา ชี้ทางให้ และ ยุพิน อังสุโรจน์, 2545) เป็นขั้นตอนของการประเมินผลการพยาบาลเพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย หรือเป็นการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่มีต่อความสำเร็จในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และ วิพร เสนารักษ์, 2538)

องค์ประกอบของการฟื้นหายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

WHO (1993) กล่าวถึงการฟื้นหายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันว่า ผลที่เกิดจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่สำคัญและก่อให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิต คือ ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และภาวะขาดอาหาร การช่วยให้ผู้ป่วยเด็กฟื้นหายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน คือการช่วยให้ผู้ป่วยเด็กพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และไม่เกิดภาวะขาดอาหาร

Bhutta, Nizami, and Isani (1999) อธิบายว่า การฟื้นหายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน คือการช่วยให้ระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นปกติ ซึ่งจะทำให้ความถี่ในการถ่ายอุจจาระในแต่ละวันลดลง และผู้ป่วยไม่มีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ

Hockenberry-Eaton (2001) อธิบายถึงการดูแลทางด้านร่างกายที่สำคัญ และจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กฟื้นหายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน สามารถทำได้โดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเกลือแร่ จนพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมจนไม่เกิดภาวะขาดอาหาร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าองค์ประกอบของการฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ประกอบด้วย

1. การพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการอุจจาระร่วงจะเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ไปกับการถ่ายอุจจาระและอาเจียนจนเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ซึ่งเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นอาการที่สำคัญที่สุด ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นการรักษาพยาบาลอันดับแรกที่ต้องให้กับผู้ป่วยเด็กคือ การช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่โดยเร็วที่สุด โดยจะเน้นการแก้ไขภาวะขาดน้ำใน 4 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้สารละลายเกลือแร่ทางปาก ในปริมาณและวิธีที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ ซึ่งการให้สารละลายเกลือแร่ทางปากต้องค่อย ๆ ให้ทีละน้อยแต่บ่อย ๆ ครั้ง จึงจะทำให้ลำไส้สามารถดูดซึมน้ำและเกลือแร่ได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทนส่วนที่สูญเสียไป จนผู้ป่วยเด็กพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ได้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2546; WHO, 1993) ซึ่งภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็กจะมีอาการ และอาการแสดงที่สามารถสังเกตได้จาก (WHO, 1993)

1.1 ระดับความรู้สึกตัว เนื่องจากเมื่อขาดน้ำจะมีผลต่อระดับความรู้สึกตัว เพราะการทำงานของสมองจะเสื่อมลง ผู้ป่วยจะกระสับกระส่าย งอแง ในรายที่ขาดน้ำรุนแรงมากผู้ป่วยจะซึม ตัวอ่อนปวกเปียก หรือไม่รู้สึกตัวและอาจถึงขั้นช็อคจนเสียชีวิตได้ (Stanfield, Brueton, Chan and Waterston, 1991)

1.2 เบ้าตา เนื่องจากอาการแสดงที่สำคัญอีกประการหนึ่งของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่คือ การเปลี่ยนแปลงของเบ้าตา เนื่องจากร่างกายของเด็กจะมีเนื้อเยื่อไขมันที่มีน้ำมาก ถ้าเด็กขาดน้ำเนื้อเยื่อเหล่านี้จะดูแห้งและบุ๋มลงและตาก็จะลึกลง (Stanfield, Brueton, Chan and Waterston, 1991)

1.3 น้ำตา เด็กที่ขาดน้ำขณะร้องไห้จะไม่มีน้ำตา (WHO, 1993)

1.4 ปากและลิ้น เด็กที่ขาดน้ำจะไม่สามารถสร้างน้ำลายได้พอเพียงปากและลิ้นจะแห้ง (วันทนีย์ อิสระไพจิตร์, 2538)

1.5 อาการกระหายน้ำ เป็นอาการแสดงแรกที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ เมื่อร่างกายขาดน้ำจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงออสโมลาลิตี (Osmolality) ในพลาสมา และกระตุ้นให้เกิดการกระหายน้ำ เพื่อให้ร่างกายดื่มน้ำเพื่อลดออสโมลาลิตีลงเป็นปกติ (โศภณ นภาธร, 2540)

1.6 ความยืดหยุ่นของผิวปกติ เนื่องจากในเด็กปกติผิวหนังจะมีความยืดหยุ่นถ้าลองคีบผิวหนังที่ท้องดึงขึ้น และปล่อยผิวหนังจะกลับเข้าที่เดิมได้อย่างรวดเร็ว แต่ในภาวะขาดน้ำผิวหนังของเด็กจะแห้ง และสูญเสียความยืดหยุ่น ถ้าคีบผิวหนังที่ท้องดึงขึ้นและปล่อย ผิวหนังจะตั้งค้างอยู่ชั่วขณะก่อนจะราบลงอย่างเดิม (Stanfield, Brueton, Chan and Waterston, 1991;)

2. การไม่เกิดภาวะขาดอาหาร การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทำให้สมดุลของโปรตีนและพลังงานของผู้ป่วยเป็นลบ (Whitehead, 1997) เกิดภาวะขาดอาหารได้ (Farthing, 1997) ดังนั้นการช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดอาหารจึงเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน และให้อาหารเพิ่มขึ้นอีก 1 มื้อ หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงหรืออาหารที่มีไขมันและกรดสูงในระหว่างที่ผู้ป่วยยังถ่ายอุจจาระเหลว พยายามให้ผู้ป่วยเด็กกินอาหารให้ได้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ เมื่อผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย (Hockenberry-Eaton, 2001)

1. ระบบทางเดินอาหารทำหน้าที่เป็นปกติ คือความถี่ในการถ่ายอุจจาระในแต่ละวันลดลง และผู้ป่วยไม่มีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ (Bhutta, Nizami, and Isani, 1999) การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารละลายเกลือแร่ทางปากอย่างถูกวิธี และให้ในปริมาณน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง (WHO, 1993) จะช่วยให้ลำไส้ที่ป่วยอยู่ไม่ต้องทำงานหนักและจะทำการดูดซึมสารน้ำและเกลือแร่เข้าสู่

ลำไส้ได้ดีขึ้น (วันดี วราวิทย์, 2537) รวมทั้งการให้อาหารเร็วและเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ในปริมาณที่ผู้ป่วยรับได้ (กองโรคติดต่อ, 2543) เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากอาหารมี บทบาทสำคัญในการช่วยซ่อมแซมผิวลำไส้ที่ถูกทำลายและให้พลังงานต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย นอกจากนั้นการที่ลำไส้สามารถดูดซึมสารน้ำและเกลือแร่ได้ดีช่วยให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระน้อยลง และไม่มีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายได้เร็วขึ้น (Hockenberry-Eaton, 2001)

การประเมินการฟื้นหายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่ององค์ประกอบของการฟื้นหายที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าการฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน สามารถประเมินได้จาก 4 ด้าน คือ

1. การพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ซึ่งภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็กจะมีอาการ และอาการแสดงที่สามารถสังเกตได้จาก 6 ด้าน (WHO, 1993) ประกอบด้วย 1) อาการทั่วไปปกติ 2) น้ำตา ไหลปกติ 3) เบ้าตา ปกติ 4) ปากและลิ้นเปียกชื้น 5) ดื่มน้ำปกติไม่กระหายน้ำ และ 6) รอยคีบของผิวหนังคืนตัวกลับเร็ว (น้อยกว่า 2 วินาที)

2. การไม่เกิดภาวะขาดอาหาร

3. ระบบทางเดินอาหารมาทำหน้าที่เป็นปกติ ซึ่งประกอบด้วย ความถี่ในการถ่ายอุจจาระในแต่ละวันลดลง และผู้ป่วยไม่มีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ

การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็ก 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG) (หมายถึงการจัดกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน มีระบบการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย (patient classification system) เพื่อใช้สำหรับบริหารจัดการด้านบริการผู้ป่วย) ได้กำหนดค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เท่ากับ 2.05 วัน (Thai DRG Grouper, 2547) การศึกษาในครั้งนี้จึงทำการศึกษาเป็นเวลา 2 วัน ทำให้การศึกษาการฟื้นหายของผู้ป่วยไม่สามารถทำการศึกษาได้ทั้ง 3 ด้านคือ ไม่สามารถประเมินภาวะขาดอาหารได้เนื่องจาก ขณะที่มีอาการอุจจาระร่วงจะทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหารและมีภาวะพร่องของการเจริญเติบโต ระยะนี้จะกินเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ แล้วแต่ชนิดและความรุนแรงของโรค ส่วนการฟื้นตัวจะกินเวลา 2-4 เท่า (Whitehead, 1977) และ การศึกษาของ Mata, Urrutia and Albertazzi (1972) ที่พบว่าเด็กที่ได้รับอาหารและโปรตีนเพียงพอติดต่อกันหลายสัปดาห์แม้มีอาการอุจจาระร่วงเพียง 1 วัน อาจใช้เวลา 3-5 วันกว่าจะกลับมามีโปรตีนสะสมมากเท่ากับเมื่อก่อนมีอาการได้ อาจกล่าวได้ว่า การประเมินภาวะขาดอาหารเป็นเป้าหมายระยะยาว ผู้วิจัยจึงไม่นำภาวะขาดอาหาร มาร่วมในการประเมินครั้งนี้

นอกจากนั้นในข้อ ระบบทางเดินอาหารทำหน้าที่เป็นปกติ ด้านผู้ป่วยไม่มีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ไม่สามารถประเมินจากผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงทุกคน เนื่องจากลักษณะการถ่ายอุจจาระขึ้นอยู่กับเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ โดยผู้ป่วยที่มีการถ่ายเป็นน้ำสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อโรตาไวรัส ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียจะถ่ายอุจจาระมีมูกปนเลือด ทำให้การสังเกตการฟื้นหายจากการที่ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ไม่สามารถนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยเด็กทุกคน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้นำเอาระบบทางเดินอาหารทำหน้าที่เป็นปกติ ด้านผู้ป่วยไม่มีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มาร่วมในการประเมิน

สรุปได้ว่าการฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสามารถประเมินได้จาก 2 ด้าน คือ

1. การพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือ ประเมินจาก 6 ด้านคือ (WHO, 1993)

1) อาการทั่วไปปกติ ประเมินจาก ผู้ป่วยเด็กไม่มีอาการกระสับกระส่าย งอแง ตัวอ่อนปวกเปียก ซึม หรือไม่รู้สึกตัว

2) เบ้าตาปกติ ประเมินจาก ตาไม่ลึกโหล

3) น้ำตาไหลปกติ ประเมินจาก ขณะร้องไห้มีน้ำตา

4) ปากและลิ้นเปียกชื้น ประเมินจาก ปากและลิ้นเปียกชื้น ไม่แห้ง

5) ดื่มน้ำได้ปกติ อาการประเมินจาก ผู้ป่วยไม่กระหายน้ำ หรือดื่มน้ำไม่ได้

6) ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ ประเมินจาก รอยคีบของผิวหนังคืนตัวกลับทันที

2. ระบบทางเดินอาหารมาทำหน้าที่เป็นปกติ ประเมินจาก ความถี่ของการถ่ายอุจจาระในแต่ละวันลดลง (Bhutta, Nizami, and Isani, 1999)

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นหายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นหายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กมีดังนี้ (สุภา หริกุล, 2541)

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

1.1 อายุ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อเด็กและก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตคือ ภาวะขาดน้ำในช่วงแรก และภาวะทุพโภชนาการในช่วงหลัง เนื่องจากเด็กยิ่งอายุน้อยยิ่งมีพื้นที่ผิวของร่างกายมาก สัดส่วนการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ในร่างกายจึงสูงตามไปด้วย (Murphy, 1998) นอกจากนั้นความต้องการน้ำของเด็กเล็กยังมีมากกว่าเด็กโตและผู้ใหญ่ ทำให้ร่างกายของเด็กเล็กมีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำและเกลือแร่ (Daigneau, 2001) เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จึงมีโอกาสเกิดภาวะขาดน้ำและ

เกลือแร่ได้ง่ายและรุนแรงกว่าผู้ใหญ่และเด็กโต รวมทั้งเมื่อเกิดอาการอุจจาระร่วงระบบทางเดินอาหารจะไม่สามารถดูดซึมสารอาหารได้ตามปกติ เด็กจึงได้รับสารอาหารไม่พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย (Sarker et al, 1982; Hamilton, 1985) ทำให้เกิดการขาดสารอาหารเฉียบพลันและเกิดภาวะทุพโภชนาการในภายหลังได้หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เมื่อประกอบกับข้อจำกัดของเด็กในด้านการแสวงหาน้ำและอาหารด้วยตนเอง และมีขีดจำกัดในการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ทำให้เด็กเล็กฟื้นหายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ช้ากว่าเด็กโตและผู้ใหญ่ (พิภพ จิรภิญโญ, 2538)

1.2 ภาวะโภชนาการ เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการภูมิต้านทานโรคจะต่ำ มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (Jalil, 1997) ประกอบกับกระเพาะอาหารหลั่งน้ำย่อยได้น้อยลง ซึ่งน้ำย่อยที่มีภาวะเป็นกรดจะช่วยกำจัดเชื้อโรคได้ส่วนหนึ่ง เมื่อกรดในกระเพาะอาหารน้อยลงผู้ป่วยได้รับเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วงขนาดที่เด็กปกติไม่เกิดโรค แต่เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการจะเกิดโรคได้ (วันดี วราวิทย์, 2537) และน้ำย่อยที่ลดลงยังไม่เพียงพอที่จะย่อยและดูดซึมอาหารได้ (Udall et al, 2002) ทำให้มีอาการอุจจาระร่วงได้บ่อยและจะมีอาการรุนแรงกว่าในเด็กปกติ (Sack, 1997; Hockenberry-Eaton, 2001) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bhattachary et al (1995) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะการเกิดภาวะขาดน้ำในเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันพบว่าเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการมีโอกาสเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ 3.1 เท่า ของเด็กปกติ

1.3 การมีโรคร่วม โรคที่พบบ่อยคือ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (สุภา หริกุล, 2541) จากการศึกษาของ สุภา หะริกุล และ อุดม เล็กสมบูรณ์ (2527) ที่ศึกษาในเด็กที่ตายด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับไว้ในโรงพยาบาล พบว่าเด็กที่ตายจะมีโรคติดเชื้อเกิดขึ้นร่วมด้วย ที่พบมากคือ ปวดบวม รองลงมาคือ โลหิตเป็นพิษ

2. ปัจจัยด้านเชื้อสาเหตุ มักเกิดจากความรุนแรงโดยธรรมชาติของเชื้อ จำนวนเชื้อที่รับเข้าไปภาวะการดื้อยาของเชื้อนั้น ๆ เช่น เชื้อชัลโมเนลลานอกจากทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันแล้ว ยังทำให้เกิดภาวะโลหิตเป็นพิษ รวมทั้งมีโอกาสเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้อีกด้วย (David, 1981)

3. ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม

3.1 ผู้ดูแล เนื่องจากเด็กในวัย 1-3 ปี เป็นวัยที่พัฒนาการทางด้านต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์ เด็กจึงสื่อสารถึงความเจ็บป่วยและความต้องการของตนเองได้ไม่ดี (Wong, 2001) ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วย จึงเป็นผู้มีความสำคัญในการจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายจากโรค แต่จากการศึกษาของ สุคนทา คุณาพันธ์ (2545) ที่ศึกษาการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผู้ป่วยเด็กที่

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 150 ราย ผลการวิจัยพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการดูแลบุตรของกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่มีความรู้ ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติ ไม่มีประสบการณ์มาก่อน ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมของบุตรได้ ไม่กล้าบอกหรือขอความช่วยเหลือจากพยาบาล รู้สึกเหนื่อย ขาดความเป็นส่วนตัว ขาดอุปกรณ์และไม่คุ้นเคยกับสถานที่ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องการสิ่งสนับสนุนในด้านความรู้ ด้านจิตใจ และอุปกรณ์ในการดูแลบุตร

นอกจากนั้นยังพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เช่นการศึกษาของ มยุรี ปริญญวัฒน์ (2536) ที่ศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการใช้สารละลายเกลือแร่ของมารดา ในการรักษาบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และศึกษารายละเอียดของความรู้ ทัศนคติและการยอมรับของมารดาเกี่ยวกับสารละลายเกลือแร่โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ และไม่ใช้สารละลายเกลือแร่ในการรักษาบุตรกลุ่มละ 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับสารละลายเกลือแร่สูงและปานกลางจะใช้สารละลายเกลือแร่รักษาบุตร มากกว่ามารดาที่มีความรู้ต่ำ 18.5 และ 4.3 เท่า ตามลำดับ มารดาที่มีการรับรู้ว่าการป่วยของบุตรครั้งนี้รุนแรง จะใช้สารละลายเกลือแร่รักษาบุตรมากกว่ามารดาที่มีการรับรู้ว่าไม่รุนแรง 8.6 เท่า มารดาที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสารละลายเกลือแร่ จะใช้สารละลายเกลือแร่รักษาบุตรมากกว่ามารดาที่มีทัศนคติไม่ดี 5.2 เท่า และการศึกษาของ

อุบล ทองช่วย (2541) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดน้ำที่คุกคามต่อชีวิต ในเด็กโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี กลุ่มที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะขาดน้ำในระดับปานกลาง หรือภาวะขาดน้ำในระดับรุนแรง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคือ ผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีภาวะขาดน้ำหรือมีภาวะขาดน้ำ อย่างอ่อน จำนวนกลุ่มละ 95 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดน้ำคุกคามคือ การไม่ได้รับสารละลายเกลือแร่ก่อนมาโรงพยาบาล การไม่ได้รับคำแนะนำก่อนมาโรงพยาบาล

3.2 การงดอาหารโดยไม่จำเป็น ในภาวะปกติร่างกายเด็กมีความต้องการพลังงานจากอาหารเพื่อนำไปใช้ในการทำงานของอวัยวะภายในต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น การหายใจ รักษาอุณหภูมิ ประกอบกิจวัตรประจำวันและการเจริญเติบโต ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ลำไส้มีการบีบตัวมากต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น การงดอาหารโดยไม่จำเป็นจะทำให้เด็กได้รับอาหารไม่สมดุลกับความต้องการของร่างกาย ผลกระทบของการได้อาหารไม่เพียงพอในเด็กมีความรุนแรงมากกว่าในผู้ใหญ่มากและความรุนแรงสัมพันธ์ผกผันกับอายุ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างกันในส่วนประกอบของร่างกายและในความต้องการพลังงานและกลูโคส เด็กยิ่งอายุน้อยความต้องการพลังงานจากหน่วยน้ำหนักยิ่งมาก สมองใช้กลูโคสเป็นเชื้อเพลิงการเผาผลาญกลูโคสต่อหน่วยน้ำหนักจึงมากตามในภาวะขาดอาหารกลูโคสโดยเฉพาะเด็กเล็กอายุ 1-3 ปี มีความต้องการพลังงานมากในขณะที่มีอาหารสะสมอยู่ในตัวน้อย การได้พลังงานไม่พอในภาวะเจ็บป่วยจะนำไปสู่

การสลายโปรตีนจากอวัยวะสำคัญภายในร่างกาย กล้ามเนื้อและกระบังลมอย่างรวดเร็ว ตามด้วยภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้ง่ายอาหารในยามเจ็บป่วยจึงสำคัญและสำคัญกว่าในภาวะปกติ โดยเฉพาะกับทารกและเด็กเล็ก (เพียรวิทย์ ตันติแพทยางกูร, 2541: 285)

ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของเด็กอายุ 1-3 ปี

ความกลัว (fear) เป็นคำที่มาจากภาษาอังกฤษโบราณว่า 'faer' ซึ่งแปลว่า อันตรายหรือหายนะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน (Goodwin, 1983)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525 (2538) ให้ความหมายของความกลัวว่า หมายถึง ความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งไม่ดีแก่ตัว หรือความรู้สึกหวาดเพราะคาดว่าจะประสบภัย

ความกลัวของเด็ก คือ อารมณ์ที่ไม่เป็นสุข (พะยอม อิงคตานุวัฒน์, 2525) เกิดขึ้นจากการประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดที่มาคุกคาม (Lazarus and Folkman, 1984) เกิดขึ้นพร้อมๆ กับมีการเปลี่ยนแปลงภายในจิตสรีระวิทยา (Brook, 1987) แสดงออกเป็นพฤติกรรมโดยการหลีกเลี่ยงหรือทำให้รอดพ้นจากสถานการณ์นั้น (Moores, 1987)

ความกลัวเป็นกลไกที่มนุษย์ใช้ป้องกันตัวเองให้พ้นจากอันตรายเพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ (Illingworth,1979: 293) ไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่อาจมีความกลัวอยู่ในระดับหนึ่งที่ปกติ กล่าวคือ ความกลัวที่เกิดขึ้นได้สัดส่วนกับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความกลัว ถ้ามนุษย์ปราศจากความกลัวก็อาจตายจากความบ้าบิ่นและท้าทายจากอันตรายได้ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้ามนุษย์มีความกลัวมากเกินไปก็จะเกิดผลเสียขึ้น ความกลัวนับเป็นบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการและการปรับตัวของเด็กเป็นอย่างมาก เด็กที่มีความกลัวในสิ่งต่าง ๆ มากมายย่อมมีประสบการณ์อยู่ในวงแคบ ไม่กล้าที่จะเผชิญหรือกระทำสิ่งใดที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง อันเป็นผลร้ายต่อพัฒนาการในด้านต่างๆอย่างเห็นได้ชัด และยังเป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการทางด้านสังคมและสติปัญญา ของเด็กด้วย (Timmerman, 1983) ยิ่งกว่านั้นความกลัวที่รุนแรงและฝังแน่นอยู่ในจิตใจของเด็กอยู่ตลอดเวลา ย่อมจะบั่นทอนสุขภาพจิตของเด็กเป็นอย่างมาก ซึ่งจะมีผลสืบต่อมาถึงสุขภาพกายของเด็กอีกด้วย (สถาบันระหว่างชาติสำหรับการค้นคว้าเรื่องเด็ก, 2509)

แหล่งกำเนิดความกลัว

1. การพบกับสถานการณ์แปลกใหม่ หรือเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างกระทันหัน เช่น การเข้าโรงพยาบาล การพบกับเรื่องเศร้าหรือการสูญเสีย (Whetsell, M.V., personal communication,1994 cited in Nicastro and Whetsell, 1999)

2. ประสบการณ์ในอดีต บุคคลต้องมีประสบการณ์หรือเคยพบกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวมาก่อน เป็นความกลัวที่เกิดจากการเรียนรู้จากสถานการณ์โดยตรง ซึ่งสถานการณ์นั้นมักเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวด (Schaefer, Watkins and Burnham, 1999)

3. การเลียนแบบ (Modeling) เด็กจะเกิดความกลัวโดยการเลียนแบบ เป็นความกลัวที่เกิดจากสิ่งเร้าที่ไม่ชัดเจน (Muris, Bodden, Merckelbach, Ollendick and King, 2003) Rachman (1977 cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999) อธิบายความกลัวของเด็กโดยยกตัวอย่างเหตุการณ์ในสงครามการที่พ่อแม่แสดงความกลัวต่อการโจมตีทางอากาศ โดยแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ให้เด็กเห็น เด็กจะเกิดความกลัวตามแบบพ่อแม่ ทั้งที่ยังไม่เข้าใจว่าการโจมตีทางอากาศคืออะไร

4. การสอนหรือการได้รับข้อมูล (information / instruction)) เป็นความกลัวที่เกิดจากการที่เด็กได้รับการสอนหรือการบอกเล่าแล้วทำให้เด็กเกิดความกลัว เป็นความกลัวที่เกิดจากสิ่งเร้าที่ไม่ชัดเจน เช่น การที่พ่อแม่ ขู่เด็กว่าถ้าไม่ยอมนอน ผีจะมาหลอกทำให้เด็กกลัวผีทั้งที่เด็กไม่เคยเห็น (Ollendick, Yule and Ollier, 1991; Rachman, 1977 cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999)

ปัจจัยที่มีผลต่อความกลัวของเด็ก

1. อายุและพัฒนาการ สิ่งสำคัญที่สุดต่อการเกิดความกลัวก็คือ พัฒนาการทางสติปัญญาของเด็ก (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2544) ความกลัวจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นจนสามารถเข้าใจได้ว่าสถานการณ์ใดที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Ollendick et al cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999) แต่ความกลัวที่เกิดในเด็กวัยต่าง ๆ มีลักษณะแตกต่างกัน เนื่องจากพัฒนาการทางสติปัญญา และความคิดมีได้ตลอดเวลาตั้งแต่แรกเกิดเรื่อยมา เด็กในระดับพัฒนาการต่าง ๆ ย่อมมีการโต้ตอบทางอารมณ์การแสดงออกของพฤติกรรมต่างกันออกไป (วัณเพ็ญ บุญประกอบ และ อัมพล สูอัมพัน, 2530)

2. การเจ็บป่วย เด็กที่มีสิ่งรบกวนทางด้านร่างกายคือ ความเจ็บป่วย ความหิว หรือความเหนื่อย จะตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าเด็กที่ร่างกายแข็งแรงเป็นปกติ (Hurlock, 1978) เช่นงานวิจัยของ King, Gullone, and Ollendick, 1990 ที่ศึกษาความกลัวของเด็กสุขภาพดี และเด็กที่สุขภาพไม่ดี โดยทำการศึกษาในเด็ก อายุ 7-18 ปี จำนวนกลุ่มละ 73 คน ผลการวิจัยพบว่า เด็กในกลุ่มที่สุขภาพไม่ดีมีความกลัว มากกว่าเด็กที่สุขภาพดี

ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของเด็ก 1-3 ปี

ความกลัวของเด็ก 1- 3 ปี พัฒนาขึ้นตามธรรมชาติ (Lane and Gullone, 1999) เมื่อเด็กมีพัฒนาการถึงระดับที่สามารถจะเข้าใจได้ว่าสถานการณ์ใดก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ (Ollendick et al, 1991 cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999) ความกลัวของเด็กเริ่มปรากฏให้เห็นชัดเจนในช่วงขวบปีแรก จากพัฒนาการด้านการรู้คิดที่พัฒนาขึ้น (Chaiyawat, 2000) Piaget (Piaget's Theory of Cognitive Development cited in Carter, and Dearmun,

1995; Algren, 2001) อธิบายพัฒนาการด้านการรู้คิดในเด็ก 1-3 ปี เป็น 2 ช่วงคือ ในช่วงอายุ 0-2 ปี เด็กจะมีพัฒนาการอยู่ในระดับปฏิบัติการด้วยประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว (Sensorimotor operation stage) เด็กเริ่มรับรู้ว่าตนเองแยกจากสิ่งแวดล้อม ทำให้เด็กกลัวคนแปลกหน้า กลัวสิ่งที่ทำให้เกิดเสียงดัง กลัวสิ่งแวดล้อมแปลกใหม่ (Papalia, Olds and Fledman, 1999) และเด็กเริ่มมีประสบการณ์ของความผูกพัน ด้วยเหตุนี้เมื่อเด็กต้องแยกจากมารดาหรือครอบครัว เด็กจะมีอาการที่แสดงให้เห็นถึงความไม่สุขสบาย สิ่งนี้เป็นสิ่งที่แสดงว่าเด็กเริ่มเกิดความวิตกกังวลจากแยกจาก ระดับการคิดก่อนปฏิบัติการ (Pre – operation stage) นับตั้งแต่อายุ 2-7 ปี เด็กจะเริ่มรู้จักความเป็นตัวตนของตนเอง เริ่มมีจินตนาการ พูดและกระทำในสิ่งที่แสดงถึงวัตถุประสงค์ได้ อย่างไรก็ตามเด็กยังไม่สามารถแยกข้อแตกต่างระหว่างความคิดของตนเองและผู้อื่นได้ เด็กจะรับรู้เฉพาะสิ่งที่เห็นแต่ไม่เข้าใจความเป็นเหตุเป็นผล ความกลัวที่เด่นชัดของเด็กวัยนี้นอกจากความวิตกกังวลจากแยกจากและกลัวคนแปลกหน้าแล้ว จะเกิดจากการจินตนาการ (Carter and Dearmun, 1995) เด็กจะกลัว สัตว์ประหลาด ผี สัตว์ ความมืด และปรากฏการณ์ธรรมชาติเช่น ฟ้าร้อง ฟ้าผ่า (Robinson,1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999) ความกลัวที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่เกิดกับเด็กในวัย 1-3 ปี คือ ความกลัวต่อการบาดเจ็บของร่างกายและกลัวความเจ็บปวด (Algren, 2001)

การให้สารน้ำทางหลอดดำเป็นสิ่งที่คุกคามความปลอดภัยเป็นการบุกรุกร่างกายของเด็ก เนื่องจากผู้ป่วยเด็กต้องถูกเข็มแทงเข้าหลอดเลือดดำ (Wong, 2001: 672) ทำให้ได้รับความเจ็บปวด (Whaley and Wong, 1991; Piliitteri, 1992) นอกจากนั้นการให้สารน้ำทางหลอดดำยังเกิดขึ้นโดยบุคคลแปลกหน้าและในสถานที่ที่เด็กไม่คุ้นเคย (Nicastro and Whetsell, 1999) ทำให้เด็กเกิดความกลัว และมีการตอบสนองต่อการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยปฏิกิริยาต่างๆที่แสดงออกมาให้เห็น ได้แก่ การโกรธ ก้าวร้าว ขัดขืน ปฏิเสธไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอันตรายเจ็บปวดมากขึ้น และเกิดความผิดพลาดจากการจากการดิ้นได้ รวมทั้งเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการทำงานของบุคลากรในหน่วยบริการที่ให้บริการได้ ก่อให้เกิดความเครียด ความล่าช้า และต้องใช้คนจำนวนมากในการยึดจับ ซึ่งอาจส่งผลเป็นประสบการณ์ทางลบต่อการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่เด็กได้รับ ทำให้เด็กมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคลากรทางสาธารณสุข กลัวการไปรักษาพยาบาล หรือมีความกลัวต่อการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตของเด็กได้

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัว

เมื่อเด็กเกิดความกลัวจะมีฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงถึงความรู้สึกคุกคามทางอารมณ์โดย Rosenhan and Seligman (1989) อธิบายว่า เมื่อมีความกลัวเกิดขึ้นร่างกายก็จะมีฏิกิริยาตอบสนองต่อความกลัวใน 4 องค์ประกอบหลัก คือ องค์ประกอบทางความรู้ความเข้าใจ ทาง

ร่างกาย ทางอารมณ์ และทางพฤติกรรม สำหรับความกลัวนั้นมีหลายรูปแบบแต่ละรูปแบบอาจประกอบด้วย องค์ประกอบหลักที่แตกต่างกัน ซึ่งทุกองค์ประกอบอาจไม่ได้เกิดพร้อมกันในแต่ละรูปแบบของความกลัวนั้น ความกลัวที่รุนแรงมากมักจะเกิดจากหลายองค์ประกอบหลัก โดยในแต่ละองค์ประกอบหลักมีรายละเอียดดังนี้

1. องค์ประกอบทางความรู้ความเข้าใจ (cognitive element) เป็นการคาดว่าจะเกิดอันตรายในเวลาอันใกล้ สัญญาณนี้ส่งจากจิตใจสู่ร่างกายให้มีปฏิกิริยาต่อความกลัว

2. องค์ประกอบทางร่างกาย (somatic elements) เป็นปฏิกิริยาทางกาย เมื่อบุคคลเกิดความกลัว มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น 2 ระดับ คือ

- การเปลี่ยนแปลงภายนอกร่างกาย เมื่อบุคคลเกิดความกลัวสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายภายนอกได้แก่ ผิวหนังซีด เหงื่อออก มือเย็นซีด ปากสั่นกล้ามเนื้อหดเกร็ง มีการเปลี่ยนแปลงที่ใบหน้า และปฏิกิริยาในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ในขณะเดียวกัน ก็เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายด้วย

- การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เกิดในเวลาระยะสั้น หลังจากบุคคลรับรู้ถึงอันตรายและมีปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลัน โดยการเปลี่ยนแปลงเริ่มจากการรับรู้ถึงอันตรายจากระบบรับความรู้สึกแล้วบันทึกที่ไฮโปทาลามัสและส่งต่อโดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติคผ่านอดรีนัล เมดัลลา (adrenal medullar) ที่อยู่ในต่อมหมวกไต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายโดยการหลั่งอะดรีนาลิน (adrenaline) และ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephine) ทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น การสูบฉีดโลหิตเพิ่มขึ้น หลอดเลือดฝอยขยาย ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น การหายใจหอบลึก ตับปล่อยน้ำตาลให้กล้ามเนื้อใช้และเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบเลือด (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2544; Vaughan and Litt, 1990; Robinson et al, 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999)

3. องค์ประกอบทางอารมณ์ (emotional elements) ประกอบด้วยความรู้สึกกลัว ตกใจ เสียขวัญ สั่น รู้สึกควบคุมตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าว ซึมเศร้า (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2544; Robinson et al, 1986 cited in Nicastro and Whetsell, 1999)

4. องค์ประกอบทางพฤติกรรม (behavioral elements) มีสองชนิดคือ การตอบสนองตามเงื่อนไข ได้แก่ปฏิกิริยาที่เกิดโดยไม่ตั้งใจต่อความกลัวและ ปฏิกิริยาที่จะกระทำต่อสิ่งที่กลัวโดยตรงได้แก่ ปฏิกิริยาการหนีและการหลบเลี่ยง เช่น การร้องไห้ ไม่ตอบคำถาม คอยเฝ้าระวัง ไม่ยอมอยู่ตามลำพังและหาคนอยู่เป็นเพื่อน (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2544; Hurlock, 1978; Vaughan and Litt, 1990)

การประเมินความกลัวของเด็ก

1. การประเมินทางสรีรวิทยา (Physiological measure) เป็นการประเมินจากการวัดหรือการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่อเกิดความกลัว เนื่องจากเมื่อเด็กเกิดความรู้สึกกลัวจะมีผลต่อร่างกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วขึ้น หรือ มีการเปลี่ยนแปลงที่ใบหน้า เป็นต้น (Rosenhan and Seligman, 1989) ดังนั้นจึงสามารถประเมินความกลัวได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

2. การประเมินโดยให้ประเมินด้วยตนเอง (Self report measure) เป็นการประเมินโดยให้เด็กกำหนดระดับความกลัวหรือแสดงความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ตัวอย่างเช่นแบบประเมินความกลัวกิจกรรมการรักษา (Child Medical Fear Scale: CMFS) สร้างโดย Broom and Hellier (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความกลัวต่อสภาพแวดล้อม ความกลัวภายในตัวเอง ความกลัวการรักษา และ ความกลัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยแต่ละข้อจะแบ่งระดับความกลัวออกเป็น 3 ระดับ คือ ไม่กลัว กลัวเล็กน้อย และ กลัวมาก หรือการใช้แบบสอบถามที่มีข้อคำตอบให้ตอบเช่น แบบประเมินความกลัวโดยทั่วไปของเด็ก (Fear Survey Schedule for Children: FSSC-R) แบบสอบถามความกลัวต่อโรงพยาบาล (The Hospital Fear Questionnaire: HFQ) และแบบประเมินระดับความกลัวต่อโรงพยาบาล (The Hospital Fear Scale: HFS) หรือเป็นคำถามปลายเปิดให้เด็กตอบเช่น อะไรคือสิ่งที่เขากลัวที่สุด เขารู้สึกอย่างไรเมื่อต้องมาโรงพยาบาล เป็นต้น การประเมินความกลัวด้วยตนเองด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้น เหมาะสำหรับใช้ประเมินเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เนื่องจากเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญาที่มากขึ้น สามารถเข้าใจความหมายและสื่อสารเพื่อแสดงความรู้สึกของตนเองได้ นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินแสดงภาพใบหน้าที่แสดงออกถึงความกลัวโดยให้เด็กเป็นผู้เลือก สร้างโดย Katz (1979) อัญชลี ชนะกุล (2528) ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่รับการผ่าตัดทอนซิล โดยกำหนดความกลัวเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่กลัวถึงกลัวมากที่สุด และสุดารัตน์ สังข์ประเสริฐ (2542) ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ในการประเมินความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วย

3. การประเมินจากพฤติกรรม (Direct rating of behavior) ความกลัวที่เกิดขึ้นทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ทางด้านร่างกายและพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถสังเกตได้ จากการศึกษาของ Weinstein, Getz, Ratener and Domoto (1982) พบว่าเด็กจะแสดงพฤติกรรมใน 3 ลักษณะคือ การเคลื่อนไหวและลักษณะท่าทาง การพูด และ ความสุขสบาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การเคลื่อนไหวและลักษณะท่าทาง ได้แก่

- การที่เด็กอยู่ในท่าที่เหมาะสม
- มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อยแต่ยังอยู่ในท่าที่เหมาะสม
- มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย และอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม
- มีการเคลื่อนไหวเล็กมาก และอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม

2) การพูด ได้แก่

- การพูดคุยถามคำถาม ในลักษณะที่อาจแปลความไม่ได้ หรือ ไม่เกี่ยวกับการรักษาที่จะได้รับ หรือเกี่ยวกับการรักษา
- การพูดคุยขอร้องให้หยุดหรือปฏิเสธการกระทำ
- การพูดที่แสดงออกถึงความกลัวหรือความเจ็บปวด
- การร้องไห้ เช่น ร้องครวญคราง ร้องเบา ๆ ร้องกรี๊ดเสียงดัง

3) ความสุขสบาย ได้แก่

- การที่เด็กแสดงพฤติกรรมพึงพอใจการรักษา เช่น ยิ้มหัวเราะ กระพริบตาปกติ กล้ามเนื้อผ่อนคลาย
- นิ่งเฉยเป็นปกติ
- การแสดงความไม่สุขสบายหรือความไม่พอใจทางสีหน้า เช่น หน้าตาบูดบึ้ง แสดงความเจ็บปวด แสดงความเครียดทางสีหน้า หายใจขัด หายใจไม่ออก อาเจียน กล้ามเนื้อตึง

ต่อมา Weinstein, Domoto and Baab (1983) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กขณะที่ทำฟันและลักษณะการเผชิญความเครียดของเด็ก พบว่าพฤติกรรมของเด็กทั้ง 3 ด้านคือ การเคลื่อนไหวร่างกาย การพูด และความไม่สุขสบายที่แสดงออกทางสีหน้าจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็ก นั่นคือ พฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะจะแสดงออกถึงความกลัวของเด็ก และในเด็กเล็กมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมความกลัวออกมารุนแรงและชัดเจนมากกว่าเด็กโต เพราะเด็กโตสามารถควบคุมตนเองและปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคามได้ ดังนั้นการประเมินความกลัวจึงทำได้โดยการสังเกตจากพฤติกรรมที่เด็กแสดงออก ซึ่งสามารถประเมินได้โดยผู้ใหญ่ เช่น พยาบาล หรือ ผู้ดูแลเด็ก มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กดังนี้คือ

1. แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว ของวิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล (2547) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียน และนำมาจัดหมวดหมู่และแบ่งพฤติกรรมความกลัวได้เป็น 3 ด้าน ตามแนวคิดของ Weinstein et al (1982,1983) คือ 1) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 5 ข้อ 2) ด้านการพูด ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 7 ข้อ และ 3) ด้านการแสดงออกทางสีหน้า ประกอบด้วย

พฤติกรรมที่ต้องสังเกต 8 ข้อ โดยทำการสังเกตพฤติกรรมความกลัว ของเด็กวัยก่อนเรียนขณะที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลในช่วงแรกรับผู้ป่วยใหม่ใน 5 สถานการณ์ คือ ขณะตรวจเลือด ขณะชั่งน้ำหนัก ขณะวัดสัญญาณชีพ ขณะเปลี่ยนชุดเสื้อผ้าผู้ป่วย และขณะพักผ่อน เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว และ 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเด็กมี พฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว คะแนนของความกลัวในแต่ละสถานการณ์ เท่ากับ 0-20 คะแนน การคิดคะแนนของแบบสังเกตพฤติกรมความกลัวทั้งฉบับจะนำคะแนนจากสถานการณ์ในช่วงแรกรับผู้ป่วยใหม่ทั้ง 5 สถานการณ์มาคิดคะแนนรวมกัน ค่าพิสัยของคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน โดย คะแนนรวมสูง หมายถึง เด็กมีความกลัวมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง เด็กมีความกลัวน้อย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงของการสังเกต โดยใช้ผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตผู้ป่วยเด็กคนเดียวกันพร้อมๆ กัน แต่แยกกันประเมิน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า Interrater Reliabilit ได้ค่าความเที่ยงของแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว เท่ากับ 0.88

2. แบบประเมิน Procedure Behavior Rating Scale (PBRS) ของ Katz, et al (1980) ที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินพฤติกรรมการแสดงออกถึงความรู้สึกที่คุกคามทางอารมณ์ของเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการเจาะไขกระดูก ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 25 พฤติกรรม ลักษณะเป็นมาตรอันดับแบบ Likert Scale มี 5 อันดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คือ 1 ไม่มีความวิตกกังวลเลย ถึง 5 เท่ากับมีความวิตกกังวลรุนแรง นำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.94 รพีพร ธรรมสาโรรัชต์ (2542) ได้นำดัดแปลงเพื่อใช้ในการสังเกตพฤติกรรมความกลัวที่มีต่อการฉีดยา ศึกษาในเด็กวัยก่อนเรียนโดยเนื้อหาของการสังเกตประกอบด้วย พฤติกรรมตอบสนองอารมณ์กลัว 4 หมวด คือ 1) การร้องไห้ 2) การเคลื่อนไหวร่างกาย 3) การพูด 4) สีหน้า การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่า ความเชื่อมั่นจากการสังเกต 0.87

การประเมินความกลัวของเด็ก โดยการสังเกตพฤติกรรมนับว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับใช้ในการประเมินความกลัวของเด็กเล็กวัย 1-3 ปี เพราะเด็กวัยนี้ยังมีพัฒนาการทางด้านภาษายังไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารหรือตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความกลัวในลักษณะที่เด็กเป็นผู้บอกเองได้ การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้ แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว ของวิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล (2547) เนื่องจากเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมที่มีเกณฑ์ในการให้คะแนนที่สามารถให้คะแนนได้ง่าย คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว และ 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว ซึ่งเหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ที่การให้สารน้ำจะต้องกระทำอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทดแทน

การเตรียมผู้ป่วยเด็กก่อนทำหัตถการ

ผู้ป่วยเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำหัตถการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ต้องการการเตรียมเพื่อให้พร้อมในการได้รับการรักษาพยาบาลทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ แต่ในทางปฏิบัติพยาบาลมักจะคำนึงถึงการเตรียมในด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ เพื่อความปลอดภัยทางร่างกายและชีวิตของผู้ป่วยเด็ก แต่ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กที่ไม่ได้รับการเตรียมด้านจิตใจก็มีความสำคัญเช่นกัน (Algren, 2001) การเตรียมผู้ป่วยเด็กก่อนทำหัตถการ มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1. การเล่นบทบาทสมมุติ การเล่นเป็นสิ่งที่เด็กคุ้นเคยจึงสามารถใช้เป็นสื่อที่ดีในการช่วยสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็ก ช่วยทำให้เวลาผ่านไปอย่างมีความสุข และยังใช้การเล่นเพื่อการรักษาและการบำบัดได้อีกด้วย ในการเตรียมผู้ป่วยเด็กเพื่อทำหัตถการต่างๆ สามารถใช้การเล่นเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เด็กลดความกลัวความกระวนกระวายกับสิ่งที่เกิดขึ้น มีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และผู้ป่วยเด็กจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (สมพร สุนทราภา, 2543) การเล่นในเด็กมีประโยชน์ช่วยให้เด็กเอาชนะความกลัวและลดความตึงเครียดต่างๆ และยังช่วยลดความรุนแรงจากปฏิกิริยาที่เกิดจากความกลัว (Potts and Mandlco, 2002) การเล่นบทบาทสมมุติเป็นวิธีการหนึ่งที่นำมาใช้ในการเตรียม ผู้ป่วยเด็กในการให้ข้อมูลเพื่ออธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นแก่เด็ก โดยใช้ตุ๊กตาแสดงบทบาทในการเล่าเรื่องที่เกี่ยวกับหัตถการ และมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการจริง หรืออุปกรณ์การแพทย์ของเล่นมาประกอบในการเล่น การช่วยเตรียมเด็กโดยใช้การเล่นบทบาทสมมุติมีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้ นฤมล ธีระรังสิกุล (2532) ศึกษาเรื่องผลการเตรียมเด็กวัยเรียนตอนต้น โดยใช้การเล่นต่อความกลัวการฉีดยา ในกลุ่มทดลองได้รับการเตรียมโดยการสร้างสถานการณ์จำลองให้เด็กเล่นฉีดยาตุ๊กตา โดยใช้ชุดเครื่องมือแพทย์จำลองซึ่งกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับ ผลการศึกษาการเตรียมโดยใช้การเล่นสามารถทำให้เด็กลดความกลัวและควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ดวงรัตน์ คัดทะเล (2532) ศึกษาผลการเตรียมด้านจิตใจด้วยการเล่าเรื่องต่อการให้ความร่วมมือในการเจาะหลังของเด็กวัยก่อนเข้าเรียน อายุ 4-6 ปี วิธีเตรียมใช้การเล่าเรื่องด้วยตุ๊กตาตามลักษณะเด็กที่ได้พบ สร้างเป็นเวทีจำลองห้องพักของเด็ก หลังเล่าเรื่องจบให้เด็กได้เล่นตุ๊กตาและสัมผัสอุปกรณ์จริงในการเจาะหลัง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมด้วยการเล่าเรื่องจะร่วมมือในการเจาะหลังดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมตามปกติ ศิริวรรณ ใบตระกูล (2546) ศึกษาผลของการเตรียมด้านจิตใจต่อความกลัวการได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 24 คน การให้ข้อมูลใช้วิธีการเล่นบทบาทสมมุติโดยใช้ตุ๊กตาแสดงบทบาทเลียนแบบสถานการณ์จริง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับการเตรียมผู้ป่วยเด็กมีความกลัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ กลุ่มทดลองมีความกลัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การพาชมสถานที่ โดยเฉพาะสถานที่ที่ผู้ป่วยเด็กต้องเข้าไปรับการรักษาเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับสถานที่ก่อนที่จะรับเด็กไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือ ก่อนได้รับหัตถการ เช่น พาไปเยี่ยมชมสถานที่ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล (Opperman and Cassandra, 1998) เช่น งานวิจัยของ ทัศนีย์ อรรถารส (2538) ศึกษาผลการเตรียมจิตใจต่อความกลัวในการรับรังสีรักษาในเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 4-6 ปี ที่เป็นโรคมะเร็ง กลุ่มทดลองได้รับการพาดูเครื่องมือเครื่องใช้ในการรับรังสีรักษา และได้รับข้อมูลจากการดูตุ๊กตาแสดงบทบาทในการรับรังสีรักษา ผลการวิจัยพบว่าเด็กกลุ่มทดลองมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3. การชมวีดีทัศน์ เป็นการให้ข้อมูลโดยแสดงให้เห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญ เช่น งานวิจัยของศิริกุล อำพันแสง (2532) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้เทปโทรทัศน์ในเด็กวัยเรียนต่อการลดความกลัว และ การเพิ่มพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการถอนฟัน ผลการวิจัยพบว่าเด็กกลุ่มทดลองมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือมากกว่ากลุ่มควบคุม

4. การให้ข้อมูลโดยการอ่านหรือดูหนังสือ เป็นการใช้สื่อที่เด็กสนใจและง่ายต่อการเข้าใจเช่น รูปภาพ แผ่นพับ ภาพพลิกที่แสดงรายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการให้ทราบ หรือหนังสือการ์ตูน เนื่องจากธรรมชาติของเด็กมักชอบดูรูปภาพที่มีสีสันมาก ๆ และชอบภาพการ์ตูน (สุชา จันทร์เอม, 2536) การเตรียมเด็กโดยการให้อ่านหนังสือที่ให้ข้อมูลมีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้ สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์ (2542) ศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียน จำนวน 40 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้หนังสือการ์ตูนและอุปกรณ์จริงในการให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลอง ภายหลังการเตรียมคะแนนความกลัวและคะแนนพฤติกรรมความกลัว ก่อนได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม รพีพร ธรรมสาโรรัชต์ (2542) ศึกษาผลการใช้หนังสือภาพการ์ตูนตัวแบบ ต่อการลดความกลัว และการให้ความร่วมมือในการฉีดยาของเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 4-6 ปี จำนวน 60 ราย ที่ต้องได้รับการฉีดวัคซีน ของโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตบางมด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความกลัวและพฤติกรรมความกลัวต่อการฉีดยาหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการฉีดยาหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จีรวัฒน์ เกษมสันต์ และ พรจิตร ศิริพานทอง (2543) ศึกษาผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนด้านจิตใจโดยการใช้หนังสือการ์ตูนต่อความกลัวการเปิดหลอดเลือดดำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี จำนวน 60 ราย ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มทดลองได้รับการให้ข้อมูลโดยใช้หนังสือการ์ตูนก่อนการเปิดหลอดเลือดดำ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความกลัว

น้อยกว่ากลุ่มควบคุม สมปรารถนา ทรายสมุทร (2545) ศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูน ตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 18 ราย พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง น้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลหันเหความสนใจจากสิ่งกระตุ้นสิ่งหนึ่งไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นที่น่าสนใจและสร้างความรู้สึกพึงพอใจมากกว่า (Kachoyeanos and Friedhaff, 1993) กลวิธีในการเบี่ยงเบนความสนใจมีหลักการที่ใช้คือ ให้การรับรู้จากการที่เด็กได้สัมผัสกับประสาทสัมผัสต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ เช่น การได้มองเห็นทางตา การได้ยินทางหู การได้สัมผัส หรือ การเคลื่อนไหวทางผิวหนัง (Marlas, 1986 cited in Whipple and Glynn, 1992) สามารถลดความรู้สึกทางอารมณ์ เช่น ความกลัว ความรู้สึกทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวล จากการได้รับสิ่งกระตุ้นได้ (Vessey, Carlson, and McGill, 1994) การเบี่ยงเบนความสนใจอาจใช้ได้กับเด็กทุกวัย ถ้าสามารถเลือกใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจได้ถูกต้องเหมาะสม บางครั้งผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดก็เป็นสิ่งที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจได้เช่นเดียวกัน (McCaffery, 1985) เนื่องจากผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็กจากกิจกรรมทางการพยาบาลได้ เช่น การพูดคุยปลอบโยนด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล หรือกอดและจับตัวผู้ป่วยเด็ก (สุคนทา คุณาพันธ์, 2545) ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิมและบุคคลที่ไม่คุ้นเคย ลดความวิตกกังวลจากการพรากจาก เกิดความรู้สึกมั่นคง อบอุ่น ปลอดภัย (Pass and Pass, 1987; Neill, 1996) ซึ่งจะช่วยลดความกลัวและความเจ็บปวดจากการได้รับการทำกิจกรรมการรักษา (Neill, 1996; Shields and King, 2001) รวมทั้งช่วยลดปฏิกิริยาต่อต้านปฏิเสธ และเศร้าของผู้ป่วยเด็กได้ (Wong and Whaley, 1999) เช่นงานวิจัยของ Frankle, Shiere, and Fogles (1962 cited in GonZales et al, 1989) ที่ศึกษาพฤติกรรมของเด็กอายุ 31/2-4 ปี ที่ได้รับการตรวจฟันระหว่างกลุ่มที่มีมารดาอยู่ด้วยและไม่มีมารดาอยู่ด้วยในขณะตรวจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีมารดาอยู่ด้วยกลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านน้อยกว่า กลุ่มที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วย

สำหรับเด็กนอกจากการเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้ผู้ดูแลเด็กแล้ว สิ่งที่ใช้ดึงดูดความสนใจของเด็ก สามารถพิจารณาให้เหมาะสมได้ตามอายุและระดับพัฒนาการ จะช่วยให้สิ่งที่ใช้เบี่ยงเบนนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ฐิติพร อุดมกิตติ, 2540; Switkin et al, 2002) เด็กอายุ 1-3 ปี เป็นวัยที่อยู่ในระยะของเล่น (Toy stage) เด็กจึงชอบการเล่นกับสิ่งของต่าง ๆ (Wong, 2001) ของเล่นที่เหมาะสมกับเด็กวัยนี้ควรเป็นของเล่นที่สามารถกระตุ้นเร้าประสาทสัมผัส ทั้งในด้านการมอง การฟังเสียง และการจับต้องได้ (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534) ทำให้เด็กสนใจ และรู้สึกพึงพอใจกับของเล่นเหล่านั้น การใช้ของเล่นจึงสามารถเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กได้เช่น งานวิจัยของ Bowen and Dammeyer (1999) ที่ศึกษาการลดความรู้สึกทุกข์ทรมานของเด็กที่มารับการฉีดวัคซีน ณ

หน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 3-6 ปี จำนวน 80 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้เล่นของเล่นตลอดเวลาที่มีการฉีดวัคซีน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้สึกทุกข์ทรมาน น้อยกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยนี้ช่วยยืนยันได้ว่า การใช้ของเล่นสามารถเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็กจากกิจกรรมการพยาบาลได้ (Stoddard, 1982 อ้างถึงใน ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก, 2529)

การเตรียมผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี ก่อนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการใช้ผู้ดูแลและของเล่นสามารถเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลได้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีการศึกษาการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการใช้ของเล่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งผลการวิจัยพบว่าลดความกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกทุกข์ทรมาน จากการทำกิจกรรมการพยาบาลให้กับเด็กได้ เช่น งานวิจัยของ Manimala, Blount and Cohen (2000) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ผู้ปกครองช่วยเบี่ยงเบนความสนใจ และการให้ผู้ปกครองช่วยสร้างความไว้วางใจ ขณะผู้ป่วยเด็กได้รับการฉีดวัคซีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 3.8-5.9 ปี และผู้ปกครอง จำนวนกลุ่มละ 82 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยในกลุ่มที่ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจ ผู้ปกครอง และเด็กจะได้ดูการสาธิตจากผู้วิจัยซึ่งจะแสดงเป็นพยาบาลและผู้ปกครอง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการเบี่ยงเบนความสนใจให้กับเด็กโดยใช้ของเล่น หลังจากดูการสาธิตผู้ปกครองและเด็กจะได้เลือกของเล่นซึ่งประกอบด้วย ของเล่นเด็ก เกมปริศนา การวาดภาพ การระบายสี หนังสือ และการพูดคุยในหัวข้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา และ กลุ่มที่ให้ผู้ปกครองช่วยสร้างความไว้วางใจ จะได้ดูการสาธิตจากผู้วิจัยซึ่งจะแสดงเป็นพยาบาลและผู้ปกครอง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างความไว้วางใจให้กับเด็ก ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวของเด็กกลุ่มที่ได้รับการเบี่ยงเบนความสนใจน้อยกว่า กลุ่มที่ให้ผู้ปกครองช่วยสร้างความไว้วางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการวิจัยของ Kleiber, Craft-Rosenberg and Harper (2001) ที่ศึกษาการเบี่ยงเบนความ สนใจของผู้ป่วยขณะที่มีการแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 4-7 ปี ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต และผู้ปกครองที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนกลุ่มละ 44 ราย ในกลุ่มทดลองผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็กจะได้รับการสอนวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการดูวิดีโอที่อธิบายว่าทำไมจึงต้องมีการเบี่ยงเบนความสนใจและการเบี่ยงเบนความสนใจให้กับผู้ป่วยเด็กต้องทำอย่างไร หลังจากนั้นผู้ปกครองและเด็กจะได้เลือกของเล่น 1 อย่าง จากของเล่น 3 อย่าง ประกอบด้วย 1) หนังสือ 2) ของเล่นชิ้นเล็ก ๆ และ 3) ที่เป่าฟองสบู่ และให้ผู้ปกครองและเด็กใช้ของเล่นที่เลือกตลอดเวลาที่มีการให้สารน้ำ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึก ทุกข์ทรมาน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เช่นเดียวกับ Dahlquist et al. (2002) ที่ศึกษาการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนต่อการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อและใต้ผิวหนัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งวัยก่อนเรียนอายุ 2-5 ปี ที่เคยได้รับยาเคมีบำบัดโดยการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อและใต้ผิวหนังมาแล้ว ในกลุ่มทดลองผู้ปกครองจะได้รับการสอนวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ คนละ 10 นาที โดย ผู้ดูแลจะเป็นผู้ถือของเล่นในทิศทางที่กันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเห็นเข็มฉีดยา และให้ผู้ป่วยเด็กได้เล่นกับของเล่น (เป็นรูปสัตว์และเมื่อกดที่ตัวสัตว์จะมีเสียงร้องที่ตรงกับสัตว์ชนิดนั้น) ตลอดเวลาการทำหัตถการโดยไม่จำกัดเวลา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกทุกข์ทรมาน น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาของ Cavender et al. (2004) ที่ศึกษาผลของการให้ผู้ดูแลเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย ขณะได้รับการแทงหลอดเลือดดำ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 4-11 ปี จำนวน 43 คน (กลุ่มควบคุม 23 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีความกลัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่แตกต่างจากงานวิจัยข้างต้น เช่น การศึกษาของ Karen et al (2000) ที่ศึกษาการใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ ขณะได้การเจาะหลอดเลือดดำ กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยเด็กอายุ 4-18 ปีที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและไม่ต้องได้รับการพยาบาลแบบฉุกเฉิน จำนวน 384 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกล้องคาไลโดสโคป (kaleidoscope) สำหรับส่องดู ขณะได้การเจาะหลอดเลือดดำ ผลการวิจัยพบว่า ความกลัว และความรู้สึกทุกข์ทรมาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Watson, Srinivas, Daniels, and Visram (2002) ศึกษาการเตรียมผู้ดูแลโดยการสอนวิธีเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลให้ดับผู้ป่วยเด็กขณะให้ยาชาทางหลอดเลือดดำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กที่มารับการการผ่าตัดแบบไม่ต้องค้างคืน อายุ 2-10 ปี และผู้ปกครอง จำนวนกลุ่มละ 40 ราย กลุ่มทดลองมารดาจะได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการเล่นกับผู้ป่วยเด็ก โดยใช้ของเล่นหนังสือ และที่เป่าฟองสบู่เล่นกับผู้ป่วยเด็กตลอดเวลาที่ได้รับการให้ยาชาทางหลอดเลือดดำ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวรรณกรรมพบว่าการเตรียมผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนทำหัตถการมีหลายวิธี การเลือกวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลต้องคำนึงถึงอายุ ระดับพัฒนาการ และ ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็ก สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกคนจะมีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย จึงเป็นหัตถการที่จำเป็นและต้องทำด้วยความรวดเร็ว ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยจึงต้องเลือกวิธีที่ไม่ใช้เวลาในการเตรียมนานมาก รวมทั้งเด็ก 1-3 ปี นั้นเป็นวัยที่พัฒนาการด้านต่าง ๆ ยังมีไม่มาก ยังไม่เข้าใจความเป็นเหตุเป็นผล

ทำให้ไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจึงมักจะไม่ให้ความร่วมมือเป็นอุปสรรคที่สำคัญและต้องใช้เวลามากขึ้นในการให้การพยาบาล (Azarnoof, 1974) นอกจากนั้นอาจทำให้เด็กต่อต้านต่อการรักษา และ กิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อเด็กและยังทำให้เด็กเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรงพยาบาลและกลัวโรงพยาบาลได้ (สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์, 2542) การเตรียมผู้ป่วยเด็กในวัยนี้จึงต้องใช้การเตรียมที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการ ซึ่งเด็กในวัยนี้เป็นวัยที่กลัวบุคคลแปลกหน้าและกลัวการพรากจากผู้ดูแล การให้ผู้ดูแลอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเด็กตลอดช่วงเวลาที่มีการทำหัตถการจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็ก นอกจากนั้นเด็กอายุ 1-3 ปี เป็นวัยที่เคลื่อนไหวไปมาไม่ยอมอยู่นิ่ง ชอบการเล่นกับสิ่งของต่าง ๆ (Wong, 2001) การใช้ของเล่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่รู้และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยเด็ก เป็นผู้เลือกของเล่นที่จะใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็ก จากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของเล่นที่ใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กประกอบด้วย 1) กีตาร์เด็กเล่นที่มีปุ่มสำหรับกดเพื่อให้เกิดเสียงดนตรี 2) รถเด็กเล่นที่สามารถเปิดเสียงได้ 3) โทรศัพท์มือถือที่กดแล้วมีเสียง และ4) ตุ๊กตารูปจิงโจ้และโคอาลา โดยผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการเบี่ยงเบนความสนใจ และพูดคุยปลอบโยนกอดและจับตัวผู้ป่วยเด็ก ได้จนกระทั่งเสร็จสิ้นขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจะช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และจะช่วยลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็กได้ เป็นการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กไม่เกิดความกลัวหรือช่วยลดความรุนแรงของความกลัวให้กับผู้ป่วยเด็ก โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้พาเด็กเข้ามาในห้องทำหัตถการ ช่วยจัดท่า และเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจขณะผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

5. ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน มีจุดเริ่มต้นจากการที่ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้นองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพมีมากขึ้นเป็นลำดับ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องทำงานร่วมกับบุคคลหลายกลุ่มอาชีพ ในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ดังนั้นพยาบาลจึงจำต้องมี ทิศทางแนวทางในการทำงานของตนให้ชัดเจน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

Neuman (1995, 2002) กล่าวว่า แนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่สมบูรณ์ มีความยืดหยุ่นในการพิจารณา บุคคล กลุ่มคน หรือชุมชน ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นต้นเหตุของความเครียด โดยเน้นการพิจารณาที่ปฏิกิริยาของระบบผู้รับบริการ (client system) ที่ถือเป็นหน่วยหนึ่งที่มีลักษณะเป็นหน่วยเดียว (whole) ที่จะต้องพิจารณาส่วนต่าง ๆ เช่นเดียวกับส่วนรวมหรือที่เรียกกันว่าคนทั้งคน (total person) บุคคลเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ

ภายในกับสิ่งแวดล้อมภายนอกตลอดเวลา ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 2 อย่างคือ ความเครียดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด กลไกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระบบผู้รับบริการนี้เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น จะเปลี่ยนแปลงทันทีเมื่อเวลาเปลี่ยนไป

มโนมติหลักของทฤษฎี

บุคคล คือ ผู้ป่วย/ระบบของผู้ป่วย (Person as Client/ Client system)

Neuman (1995, 2002) กล่าวว่า บุคคลหรือผู้ป่วย ถือเป็นระบบซึ่งประกอบด้วยตัวแปร 5 ด้าน (The Five Variables) คือ ตัวแปรด้านร่างกาย (Physiological) หมายถึง โครงสร้างทางด้านร่างกายและการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ตัวแปรด้านจิตใจ (Psychological) หมายถึง กระบวนการทางความคิดและการสร้างสัมพันธภาพ ตัวแปรด้านสังคม-วัฒนธรรม (Sociocultura) หมายถึง การผสมผสานระหว่างสังคมและวัฒนธรรม ตัวแปรด้านพัฒนาการ (Developmental) หมายถึง การพัฒนาไปของกระบวนการแห่งชีวิต ตัวแปรด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หมายถึง ผลกระทบที่เกิดจากความเชื่อในเรื่องจิตวิญญาณ ซึ่งจะทำงานร่วมกันอย่างผสมผสานสอดคล้อง โดยตัวแปรแต่ละตัวจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของพัฒนาการ ศักยภาพ และแบบแผนของการมีปฏิสัมพันธ์กัน

Neuman (1995, 2002) อธิบายบุคคลด้วยวงกลมซ้อนกันหลายวงทั้งที่แสดงโดยเส้นทึบและเส้นประล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐาน (The Basic Structure) จุดศูนย์กลางประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐานร่วมของสิ่งมีชีวิต เช่น กลไกการปรับตัว การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย โครงสร้างทางพันธุกรรม แบบแผนการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ความแข็งแกร่งและความอ่อนแอของอวัยวะ โครงสร้างของตัวตน (Ego) และลักษณะร่วมลักษณะร่วมอื่น ๆ โดยที่จุดศูนย์กลางนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของคน จึงได้รับการปกป้องเป็นชั้น ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ต้นเหตุของความเครียดเข้ามาทำอันตรายได้

แนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย (The Flexible Line of Defense) แสดงไว้ด้วยเส้นประวงนอกสุดที่ล้อมรอบแนวการป้องกันปกติ (เส้นทึบ) ไว้อีกที่หนึ่ง ทำหน้าที่เสมือนตัวกันชน (buffer) เพื่อให้ระบบอยู่ในภาวะสมดุล โดยการป้องกันมิให้ต้นเหตุของความเครียด (stressor) ผ่านเข้ามาในระบบของผู้ป่วย แนวการป้องกันนี้จะมีการปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว ปัจจัยที่ทำให้แนวการป้องกันนี้หย่อนประสิทธิภาพ ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ ขาดอาหาร การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

แนวการป้องกันปกติ (The Normal Line of Defense) เป็นเส้นทึบรูปวงแหวนชั้นในถัดจากแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นลักษณะที่แสดงภาวะปกติของระบบซึ่งเป็นผลจากสิ่งที่พัฒนามาในอดีต หรือเป็นภาวะสุขภาพดี เป็นมาตรฐานในการพิจารณาภาวะสุขภาพของระบบว่า

เบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติเพียงใดเป็นความมั่นคง เข้มแข็งในการรักษาระบบให้คงที่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแนวป้องกันปกติคือ แบบแผนการเผชิญปัญหา การดำเนินชีวิต อิทธิพลจากพัฒนาการ และ จิตวิญญาณ ตลอดจนวัฒนธรรม ต้นเหตุของความเครียดจะเข้ามาทำอันตรายแนวการป้องกันปกติได้เมื่อ แนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายไม่สามารถปกป้องระบบไว้ได้ ความสามารถของระบบในการต่อสู้กับต้นเหตุของความเครียดจะลดลง โดยเฉพาะแนวต่อต้านที่อยู่ถัดเข้าไป แนวการป้องกันปกตินี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยการขยายออกหรือหดให้เล็กลง เช่นเดียวกับแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย เช่น ภาวะสุขภาพดีหรือสมดุลของบุคคลหรือผู้ป่วย อาจคงที่ ลดลง หรือเพิ่มขึ้น ภายหลังเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด หรือกล่าวได้ว่าแนวการป้องกันปกติ ทำหน้าที่รักษาระบบให้สมดุลด้วยการจัดการกับต้นเหตุของความเครียดอยู่ตลอดเวลาและไม่หยุดนิ่ง เพื่อปกป้องโครงสร้างพื้นฐานและระบบคงความสมบูรณ์

แนวการต่อต้าน (Line of Resistance) วงกลมเส้นประที่ล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐานคือแนวต่อต้านซึ่งจะทำหน้าที่ต่อต้าน เมื่อต้นเหตุของความเครียด ผ่านแนวป้องกันปกติเข้ามาแนวต่อต้านนี้จะประกอบด้วยปัจจัยภายในทั้งที่ทราบและไม่ทราบ ที่จะช่วยปกป้องโครงสร้างพื้นฐานและแนวป้องกันปกติเพื่อให้ระบบคงความสมบูรณ์ เช่น การทำลายเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาว หรือระบบสร้างภูมิคุ้มกัน ถ้าแนวต่อต้านทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ระบบเกิดกระบวนการสร้างขึ้นใหม่ แต่ถ้าไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือทำไม่สมบูรณ์ก็จะทำให้พลังงานในระบบลดลงเรื่อย ๆ จนอาจเสียชีวิตได้

สิ่งแวดล้อม (Environment)

Neuman (1995, 2002) ได้ให้คำจำกัดความของสิ่งแวดล้อมว่า คือ แรงที่มาจากภายนอกและภายในบุคคลในระยะเวลาหนึ่ง ครอบคลุมถึงความต้องการ แรงผลักดัน การรับรู้และเป้าหมายของมนุษย์ เป็นสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว เกี่ยวข้องและจำเป็นในการดำรงชีวิต โดยสรุปสิ่งแวดล้อมคือ ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อและถูกกระทบโดยระบบบุคคล สิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในทางสร้างสรรค์และในทางทำลายขึ้นในระบบบุคคล

สิ่งแวดล้อมภายใน (Internal Environment) ประกอบด้วยแรงผลัก หรืออิทธิพลภายในขอบเขตของระบบ ซึ่งมีความมัมพันธ์กับมโนมติของปัจจัยหรือต้นเหตุของความเครียด ภายในบุคคล จึงเป็นสิ่งที่อยู่ภายในบุคคลโดยธรรมชาติ

สิ่งแวดล้อมภายนอก (External Environment) ประกอบด้วยแรงผลัก หรืออิทธิพลภายนอกขอบเขตของระบบมีความสัมพัธ์กับมโนมติของปัจจัย หรือสิ่งก่อความเครียดทั้งภายนอกและระหว่างบุคคล จึงเป็นสิ่งที่อยู่ระหว่างและภายนอกบุคคลโดยธรรมชาติ

สิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นภายหลัง (Created Environment) เป็นสิ่งแวดล้อมที่บุคคลพัฒนาขึ้นมาโดยไม่รู้ตัว เป็นสัญลักษณ์ของความเป็นองค์รวมของระบบ กล่าวคือจะทำหน้าที่เป็น

เหมือนแหล่งนิรภัย สำหรับการคงไว้บูรณาการของระบบ สิ่งแวดล้อมสร้างสรรนี้จะเป็นพลวัตรและเป็นตัวแทนในการผลักดันตัวแปรต่าง ๆ ของระบบ รวมทั้งปัจจัยทางด้านพลังงานของโครงสร้างพื้นฐานให้ดำเนินไปสู่ความผสมผสาน และสมดุลของระบบ

ต้นเหตุของความเครียดในสิ่งแวดล้อม

ต้นเหตุของความเครียด (Stressors) หมายถึง สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด เป็นปัญหาหรือสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของระบบบุคคลขึ้น หรือเกิดภาวะวิกฤตเกี่ยวกับการพัฒนาการ และเกี่ยวกับสถานการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล โดยจะทำลายแนวการป้องกันของบุคคล ต้นเหตุของความเครียดนี้ อาจจะมีมากกว่าหนึ่งอย่างในเวลาเดียวกันและแต่ละอย่างจะมีผลในการป้องกันตนเอง จากต้นเหตุอื่น ๆ ด้วย ต้นเหตุความเครียดที่กล่าวถึงนี้ จะครอบคลุมทั้งต้นหตุที่เกี่ยวกับปัจจัย 5 ด้าน คือปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งคงอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคล ต้นเหตุของความเครียดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ต้นเหตุของความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal Stressors) เป็นแรงที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันของสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลหรือ ระบบบุคคลเช่น การตอบสนองสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือการสร้างภูมิค้มกัน

2. ต้นเหตุของความเครียดระหว่างบุคคล (InterpersonalStressors) เป็นแรงที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันของสิ่งแวดล้อมภายนอกขอบเขตบุคคล หรือระบบบุคคล แต่อยู่ติดกับขอบเขตของระบบเช่น บทบาทตามความคาดหวัง หรือแบบแผนในการติดต่อสื่อสาร

3. ต้นเหตุของความเครียดภายนอกบุคคล (ExtrapersonalStressors) เป็นแรงที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันของสิ่งแวดล้อมภายนอกขอบเขตบุคคล หรือระบบบุคคล และอยู่ห่างออกไปมากกว่าต้นเหตุของความเครียดระหว่างบุคคล เช่น นโยบายทางสังคม

สุขภาพ Health

สุขภาพหรือภาวะสุขภาพดี (Health or Wellness) ตามทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (1995, 2002) มีลักษณะต่อเนื่องและอยู่คนละด้านกับความเจ็บป่วย (Illness) ภาวะสุขภาพดีเป็นภาวะที่ผู้รับบริการมีความสมดุลมากที่สุดและมีการเปลี่ยนแปลงในระดับปกติได้ตลอดเวลา มีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ขึ้นกับโครงสร้างพื้นฐานและความพึงพอใจในการปรับตัวต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ภาวะสุขภาพดีเป็นพลังงานที่มีชีวิตความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีจนถึงความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ของการแลกเปลี่ยนพลังงานอย่างต่อเนื่อง ระหว่างระบบของผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อม การจะกำหนดว่ามีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ต้องพิจารณาผลที่เกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นจากการคุกคามของต้นเหตุของความเครียดว่าทำให้พลังงานภายในระบบเปลี่ยนแปลงหรือไม่ การกระทำใด ๆ ของระบบผู้รับบริการจะมุ่งไปสู่ภาวะสุขภาพดี

เมื่อมีการสร้างพลังงานขึ้นมากกว่าที่ถูกใช้ไป แต่ถ้าพลังงานที่ถูกใช้ไปมีมากกว่าพลังงานที่สร้างขึ้นมาระบบผู้รับบริการก็จะเกิดความเจ็บป่วยหรืออาจถึงเสียชีวิตได้

การพยาบาล (Nursing)

องค์ประกอบหลักสำหรับการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (1995, 2002) คือการช่วยให้ระบบของผู้ป่วยมีความสมดุล ด้วยการประเมินต้นเหตุของความเครียด ที่มีผลกระทบหรือคาดว่าจะมีผลกระทบต่อระบบของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด การปฏิบัติการพยาบาลคือการทำให้ระบบผู้รับบริการมีการคงไว้ ได้รับ และรักษาภาวะสุขภาพดีของผู้รับบริการไว้ให้มากที่สุด โดยใช้การป้องกัน 3 ระยะ ที่สร้างขึ้นเพื่อรักษาระบบของผู้รับบริการให้สมดุล โดยพยาบาลช่วยเชื่อมโยงระหว่างผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และ การพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล (Prevention as Intervention)

การปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยการป้องกัน 3 ระยะ (Neuman, 1995) คือ

1. การป้องกันระยะที่หนึ่ง (Primary prevention) เป็นการป้องกันแนวการป้องกันปกติ เพื่อคงไว้ (retention) ซึ่งภาวะสุขภาพดีให้ดำเนินไปตามปกติ ด้วยการเพิ่มความแข็งแกร่งให้กับแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย โดยการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดจากต้นเหตุของความเครียด การปฏิบัติจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะถูกรบกวนจากต้นเหตุของความเครียด แต่ระบบของผู้ป่วย ยังไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง การพยาบาลจะเป็นการลดโอกาสในการเผชิญกับต้นเหตุของความเครียด หรือเสริมความแข็งแกร่งของแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย ถ้าการปฏิบัติในระยะนี้ไม่ได้ผล หรือล้มเหลวและมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นแล้ว ต้องใช้การป้องกันในระยะต่อไป

2. การป้องกันระยะที่สอง (Secondary prevention) เป็นการบำบัดอาการที่ปรากฏแล้ว โดยปกป้องโครงสร้างพื้นฐาน ด้วยการเพิ่มความแข็งแกร่งของแนวต่อต้าน เป้าหมายของการกระทำในระยะนี้เพื่อให้การบำบัดอาการที่เกิดขึ้นเพื่อให้ระบบได้รับ (attainment) หรือได้มาซึ่งความสมดุล หรือภาวะสุขภาพดี และมีพลังงานสะสมไว้ใช้ในอนาคต การบำบัดจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นแล้ว การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการนำแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในและภายนอกระบบของผู้ป่วยมาใช้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้ระบบคงความสมดุลโดยการเสริมความแข็งแกร่งของแนวการต่อต้านภายใน เพื่อลดปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้น ในกระบวนการนี้จะทำให้ผู้ป่วยค้นพบความต้องการและแหล่งประโยชน์ที่จะสนองความต้องการนั้น ถ้าภายหลังการบำบัดหรือใช้การป้องกันระยะที่สองแล้วไม่สามารถทำให้ผู้ป่วย เกิดกระบวนการสร้างขึ้นใหม่ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากความล้มเหลวในการทำงานของโครงสร้างพื้นฐาน กระบวนการสร้างขึ้นใหม่อาจ

เกิดในช่วงใดของการบำบัดก็ได้ ถ้าการบำบัดได้ผลพลังงานและความสามารถในการต่อต้านต้นเหตุของความเครียดของระบบจะเพิ่มขึ้น ด้วยกระบวนการสร้างขึ้นใหม่ที่เกิดขึ้น อาจทำให้ระบบเกิดความสมดุลในระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับปกติก่อนการเจ็บป่วยก็ได้

3. การป้องกันระยะที่สาม (Tertiary prevention) เป็นการปกป้องระบบของผู้ป่วยเพื่อให้กลับเข้าสู่ภาวะสุขภาพดีภายหลังการบำบัด กระบวนการสร้างขึ้นใหม่อาจมองได้ว่าเป็นข้อมูลป้อนกลับที่เกิดจากการป้อนข้อมูลเข้าและผลที่เกิดจากกระบวนการในระยะการป้องกันระยะที่สอง เป้าหมายของการปฏิบัติการในระยะนี้เพื่อรักษา (maintenance) ภาวะสุขภาพดีไว้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ด้วยการส่งเสริมความเข้มแข็งที่มีอยู่และรักษาพลังงานของระบบไว้ให้มากที่สุด

ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนกับกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (1995, 2002) ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป้าหมายทางการพยาบาล (Nursing Goals) และ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing Outcomes)

การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ก. ใช้ข้อมูลเป็นหลักโดยพิจารณาจาก

1. ค้นหาและประเมินต้นเหตุของความเครียดทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและอาจเกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อความสมดุลของระบบ

2. ประเมินสภาพและความแข็งแกร่งของโครงสร้างพื้นฐานและแหล่งพลังงาน

3. ประเมินลักษณะของแนวป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายและแนวป้องกันปกติ แนวการต่อต้าน ระดับของปฏิกิริยาตอบสนอง ปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดและ/หรือศักยภาพของกระบวนการสร้างขึ้นใหม่ภายหลังปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด

4. ค้นหา จัดหมวดหมู่ และประเมินปัญหาที่อาจเกิดและหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างระบบกับสิ่งแวดล้อมทั้ง ภายใน ระหว่างและภายนอก ระบบ โดยพิจารณาจากปัจจัย 5 ด้าน

5. พิจารณาอิทธิพลจากกระบวนการดำเนินชีวิต และ แบบแผนในการเผชิญความเครียดหรือวิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคต ที่ส่งผลต่อความสมดุลของระบบ

6. ค้นหาและประเมินแหล่งทรัพยากรที่มีเพื่อนำมาใช้ในการนำไปสู่ภาวะสุขภาพดี

7. ค้นหาและสรุปข้อค้นพบและการรับรู้ที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลและระบบของผู้ป่วย

หมายเหตุ : ในการพิจารณาทุกขั้นตอนที่กล่าวมาพยาบาลต้องคำนึงถึงปัจจัย 5 ด้านไว้เสมอ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ

ข. การเบี่ยงเบนจากภาวะสุขภาพดี พิจารณาจาก

1. สังเคราะห์ทฤษฎีร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่รวบรวมไว้ ทำการกำหนดปัญหาของผู้รับบริการที่อาจเกิดขึ้น จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดระดับสุขภาพของผู้รับบริการ ตามความต้องการเพื่อความสมดุลของระบบ และทรัพยากรที่นำมาช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

2. เสนอเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ระบบของผู้รับบริการกลับสู่สมดุลและคงความสมดุลนั้นไว้

เป้าหมายทางการพยาบาล พิจารณาจาก

ก. ความร่วมมือกับระบบของผู้ป่วยเพื่อ ดำเนินการสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ในการแก้ไขความเบี่ยงเบนจากภาวะสุขภาพดี ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการและแหล่งประโยชน์ที่ค้นหาไว้แล้วตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาล

ข. การปฏิบัติการป้องที่เหมาะสมและการให้ความร่วมมือกับผู้รับบริการ ในการคงไว้ได้รับ และ/หรือรักษาระบบของผู้รับบริการให้สมดุล ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ตั้งไว้ ใช้แนวทฤษฎีที่ใช้ในการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลเช่นเดียวกับการปฏิบัติการ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พิจารณาจาก

ก. การปฏิบัติการพยาบาลสำเร็จลงด้วยการใช้การป้องกัน 3 ระยะ คือ

1. การป้องกันระยะที่หนึ่ง การปฏิบัติเพื่อให้ระบบคงความสมดุล
2. การป้องกันระยะที่สอง การปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่งความสมดุลของระบบ
3. การป้องกันระยะที่สาม การปฏิบัติเพื่อรักษาระบบให้สมดุล

ข. การประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบหรือเพื่อการเตรียมข้อมูลในการป้อนระบบต่อไป

ค. เป้าหมายระยะกลางและระยะยาวมีไว้เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลที่สอดคล้องกับผลที่เกิดจากเป้าหมายระยะเร่งด่วน

ง. ผลที่เกิดกับผู้รับบริการแสดงให้เห็นความแม่นยำของกระบวนการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำ ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนไปประยุกต์ใช้และผลการศึกษาเป็นที่น่าพอใจ เช่น วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2536) ศึกษาถึงผลของการใช้ทฤษฎีการ

พยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ต่อระดับความวิตกกังวลและแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง อายุระหว่าง 25-60 ปี จำนวน 32 ราย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองแตกต่างกัน โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังผ่าตัดต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ในด้านความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านการทำกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วรรณสตรี รัตนลัมภ์ (2541) ศึกษาถึงผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมนในมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลบุตร มากกว่ามารดากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนภาวะสุขภาพบุตรพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการป่วยลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

รพีพร สิงขรอาสน์ (2545) ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมน ต่อการปฏิบัติตัวและระดับค่าฮีมาโตคริต ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ไดรับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 9 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและระดับค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบกับเปรียบเทียบพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นและแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ระดับฮีมาโตคริต โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

5. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่หอผู้ป่วยเด็กจัดให้กับผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยกิจกรรมการพยาบาลเป็นการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วยกระบวนการพยาบาล 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1) วินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเพื่อระบุต้นเหตุของความเครียดทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และประเมินความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ครอบคลุมตัวแปร 5 ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ โดยการตรวจร่างกายผู้ป่วย โดยซักประวัติจากผู้ดูแล เพื่อรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล

2. ความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดของผู้ป่วยเด็กและ ต้นเหตุของความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ดูแลและพยาบาล ประกอบด้วย

1) ปัญหา พยาบาลต้องศึกษาปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเช่น ความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งปัญหาของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลคิดว่าสำคัญ ได้แก่ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กครั้งนี้มีสาเหตุมาจากอะไร การดูแลของผู้ดูแลในเรื่องใดที่จะทำให้ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรค

2) แบบแผนการดำรงชีวิต ให้ผู้ดูแลเล่าถึงแบบแผนการเลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กในปัจจุบัน เนื่องจากแบบแผนการดำรงชีวิตของเด็กนั้นผู้ดูแลเป็นผู้กำหนดและถ่ายทอด (วรัตมา สุขวัฒนานนท์, 2540) ดังนั้นพยาบาลควรให้ผู้ดูแลเล่าถึงแบบแผนการเลี้ยงดู ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก เช่น แบบแผนด้านโภชนาการ การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย

3) แบบแผนการปรับตัวในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ให้ผู้ดูแลเล่าถึง แบบแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในอดีต เช่น การให้อาหาร การให้สารละลายเกลือแร่ทางปาก การทำความสะอาดหลังขับถ่าย เป็นต้น และให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความกลัว เช่น การฉีดวัคซีน ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความกลัวอย่างไร และ ผู้ดูแลใช้วิธีไหนช่วยลดความกลัวให้กับผู้ป่วยเด็ก ซึ่งแบบแผนการปรับตัวในอดีต อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันจะช่วยให้พยาบาลสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้

4) ความคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วยเด็ก พยาบาลต้องค้นหาว่ามารดามีความคาดหวังอย่างไรต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งข้อมูลส่วนนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตั้งเป้าหมายของการพยาบาล พยาบาลจะใช้เป็นพื้นฐานพิจารณาว่าความคาดหวังของผู้ดูแลว่าเหมาะสมกับความเป็นจริงหรือไม่

5) แรงจูงใจและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้ดูแลในดูแลผู้ป่วยเด็ก เป็นการประเมินในเรื่องแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความรู้ ความเชื่อ ของผู้ดูแลที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก

6) ความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลของผู้ดูแล ผู้ดูแลแต่ละคนย่อมมีความต้องการบริการที่แตกต่างกัน พยาบาลจึงต้องค้นหาความต้องการของผู้ดูแล เพื่อที่จะให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการนั้น เช่น การให้สารละลายเกลือแร่ทางปากกับผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายอาจต้องการคำแนะนำ ในขณะที่ผู้ดูแลบางรายอาจต้องการให้สาธิตให้ดู เป็นต้น

3. ต้นเหตุของความเครียดตามการรับรู้ของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และ พัฒนาการของผู้ป่วยเด็กมากกว่าผู้ดูแล แต่ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่รู้และเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้ดีกว่าพยาบาล ทำให้พยาบาลมีการรับรู้ที่แตกต่างจากผู้ดูแลได้ พยาบาลจึงต้องประเมินต้นเหตุของความเครียดตามการรับรู้ของตนเองและนำข้อมูลที่ได้มาทำความตกลงกับผู้ดูแลในข้อที่มีการรับรู้ที่แตกต่างกันให้ชัดเจน

พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่บ่งบอกถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามการป้องกัน 3 ระยะ ดังนี้

การป้องกันระยะที่ 1 เป็นแผนการพยาบาลสำหรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ระบุว่า มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด

การป้องกันระยะที่ 2 เป็นแผนการพยาบาลสำหรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ระบุว่า มีต้นเหตุของความเครียดและปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดเกิดขึ้นแล้ว

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นแผนการพยาบาลสำหรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ระบุว่า มีกระบวนการสร้างขึ้นใหม่เกิดขึ้นและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดที่เคยเกิดขึ้นแล้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเด็กเผชิญกับต้นเหตุของความเครียด ได้ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ระบบผู้ป่วย	ปฏิกิริยาตอบสนอง		ต้นเหตุของความเครียด	
		ระดับ	ระบบ	แหล่ง	ชนิด
1. มีการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งเนื่องจาก	บุคคล	2	สรีระ		
- การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร				ภายในบุคคล	สรีระ
- ระบบทางเดินอาหารไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ				ระหว่างบุคคล	สรีระ สังคมวัฒนธรรม
- ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลเพื่อป้องกันการรับเชื้อโรคให้กับผู้ป่วยเด็ก					
2. มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่เนื่องจาก	บุคคล	2	สรีระ		สรีระ
- ถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้งและ/หรืออาเจียน				ภายในบุคคล	สังคมวัฒนธรรม
- ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่				ระหว่างบุคคล	
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ซ้ำ เนื่องจาก	บุคคล	3	สรีระ		
- ถ่ายอุจจาระเหลวบ่อยครั้งและ/หรืออาเจียน				ภายในบุคคล	สรีระ
- ผู้ดูแลขาดความรู้ในการป้องกันภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ของผู้ป่วยเด็ก				ระหว่างบุคคล	สังคมวัฒนธรรม
4. อาจเกิดความกลัว เนื่องจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ	บุคคล	1	จิตใจ	ภายในบุคคล	จิตใจ
5. มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารเนื่องจาก	บุคคล	1	สรีระ		
- สูญเสียอาหารไปกับการอาเจียนและการถ่ายอุจจาระ				ภายในบุคคล	สรีระ
- ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารที่เหมาะสม				ระหว่างบุคคล	สังคมวัฒนธรรม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ระบบผู้ป่วย	ปฏิกิริยาตอบสนอง		ต้นเหตุของความเครียด	
		ระดับ	ระบบ	แหล่ง	ชนิด
6. มีอาการชักเนื่องจาก - มีไข้สูง - ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อมีไข้	บุคคล	2	สรีระ	ภายในบุคคล ระหว่างบุคคล	สรีระ สังคม-วัฒนธรรม
7. มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการชักเนื่องจาก - มีไข้สูง - ผู้ดูแลขาดความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อมีไข้	บุคคล	1/3	สรีระ	ภายในบุคคล ระหว่างบุคคล	สรีระ สังคม–วัฒนธรรม
8. มีการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนักเนื่องจาก - ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง - ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผิวหนังรอบทวารหนักภายหลังการถ่ายอุจจาระ	บุคคล	2	สรีระ	ภายในบุคคล ระหว่างบุคคล	สรีระ สังคม–วัฒนธรรม
9. มีภาวะเสี่ยงต่อการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก เนื่องจาก - ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง - ผู้ดูแลขาดความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลผิวหนังรอบทวารหนักภายหลังการถ่ายอุจจาระ	บุคคล	1/3	สรีระ	ภายในบุคคล ระหว่างบุคคล	สรีระ สังคม–วัฒนธรรม
10. มีโอกาสเกิดความไม่สุขสบายเนื่องจาก - ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่สามารถเล่นหรือปฏิบัติกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสนุกสนาน - ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความสุขสบายขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	บุคคล	1	จิตใจ	ภายในบุคคล ระหว่างบุคคล	สรีระ สังคม-วัฒนธรรม

ขั้นที่ 2) เป้าหมายทางการพยาบาล พยาบาลนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแลเกี่ยวกับความต้องการที่พึงประสงค์ คือ ความสมดุลของระบบประกอบด้วยเป้าหมายระยะเร่งด่วน และเป้าหมายระยะกลาง โดยเป้าหมายระยะเร่งด่วน ประกอบด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็ก เป้าหมายระยะกลาง คือระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยเด็กกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ จากนั้นกำหนดแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล ทำให้แผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมทั้งในส่วนที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเด็กโดยตรง และในส่วนที่พยาบาลดำเนินการร่วมกับผู้ดูแล

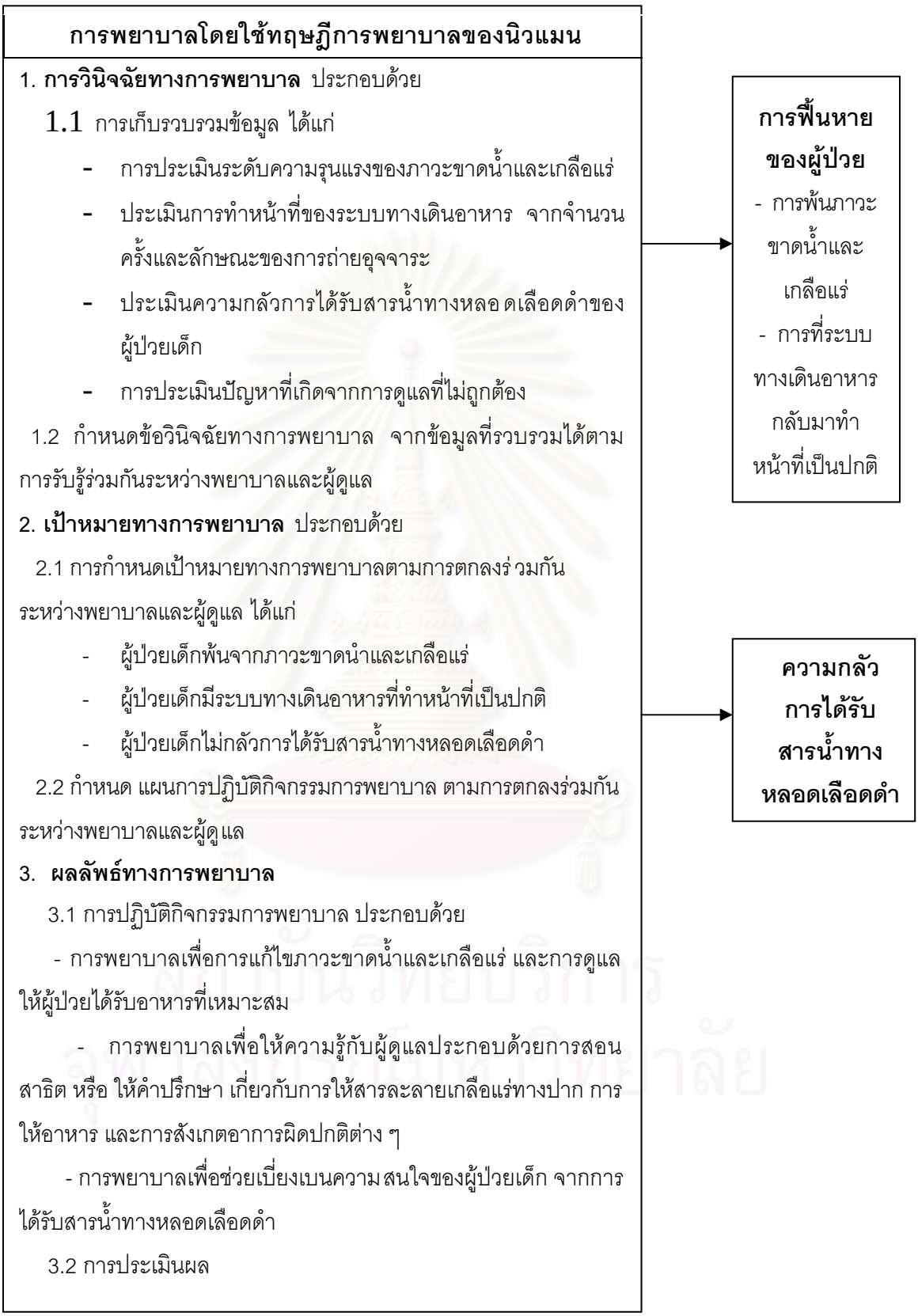
ขั้นที่ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยมีขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล 3 ระยะ คือ การป้องกันระยะที่ 1) การพยาบาลจะเป็นการลดโอกาสในการเผชิญกับต้นเหตุของความเครียด หรือ เสริมความแข็งแกร่งของแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลง การป้องกันระยะที่ 2) การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการให้การรักษาพยาบาลตามอาการ เพื่อลดปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นจนกระทั่งระบบของผู้ป่วยกลับเข้าสู่สมดุล การป้องกันระยะที่ 3) เป็นการปกป้องกระบวนการสร้างขึ้นใหม่ของระบบผู้ป่วยเพื่อดำรงภาวะสุขภาพดี การป้องกันทั้ง 3 ระยะ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ประกอบด้วยการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยเด็กโดยตรง ได้แก่ การตรวจร่างกาย การสังเกต การประเมิน และการบันทึกสัญญาณชีพ การรับประทานอาหาร การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และทางปากให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับอาหารที่เหมาะสม และการให้ความรู้กับผู้ดูแลด้วยการ สอนสาธิต หรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ การให้สารละลายทางปาก การให้อาหาร และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ต้องแจ้งให้พยาบาลทราบ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม การปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยและช่วยลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็ก โดยการแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่และป้องกันการกลับซ้ำ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสม จะช่วยให้ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระน้อยลงและฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยได้เร็ว นอกจากนั้นเป็นการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กไม่เกิดความกลัวหรือช่วยลดความรุนแรงของความกลัวให้กับผู้ป่วยเด็ก โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้พาเด็กเข้ามาในห้องทำหัตถการ ช่วยจัดท่านอน และให้ผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมการเบี่ยงเบนความสนใจและเป็นผู้เลือกใช้ของเล่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก ขณะผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประกอบด้วย 1) กีตาร์เด็กเล่นที่มีปุ่มสำหรับกดเพื่อให้เกิดเสียงดนตรี 2) รถ

เด็กเล่นที่สามารถเปิดเสียงได้ 3) โทรศัพท์ มือถือที่กดแล้วมีเสียง และ4) ตุ๊กตารูปจิงโจ้และโคอาลา โดยผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการเบี่ยงเบนความสนใจ และพูดคุยปลอบโยน กอดและจับตัวผู้ป่วยเด็ก ได้จนกระทั่งเสร็จสิ้นขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการตรวจสอบผลลัพธ์ที่เกิดจากการป้องกันทั้ง 3 ระยะ เพื่อตรวจสอบความสำเร็จของการปฏิบัติ การพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายหลักคือ ผู้ป่วยพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยเด็กกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ และความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็กลดลง

การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน เป็นกระบวนการพยาบาลที่เกิดจากการรับรู้และดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็ก ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ได้อย่างครบถ้วนครอบคลุมเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ มีการตรวจสอบการรับรู้ปัญหา และกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ทำให้พยาบาลสามารถวางแผนให้การพยาบาลได้ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเด็กอย่างแท้จริงเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งการทราบถึงความคาดหวังและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ดูแล ช่วยผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย และ ช่วยลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งก็คือ การกลับเข้าสู่สมดุลของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิด


การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน
1. การวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย
1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
- การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่
- ประเมินการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร จากจำนวนครั้งและลักษณะของการถ่ายอุจจาระ
- ประเมินความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็ก
- การประเมินปัญหาที่เกิดจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง
1.2 กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากข้อมูลที่รวบรวมได้ตามการรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล
2. เป้าหมายทางการพยาบาล ประกอบด้วย
2.1 การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลตามการตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ได้แก่
- ผู้ป่วยเด็กพ้นจากภาวะขาดนำและเกลือแร่
- ผู้ป่วยเด็กมีระบบทางเดินอาหารที่ทำหน้าที่เป็นปกติ
- ผู้ป่วยเด็กไม่กลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
2.2 กำหนด แผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามการตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล
3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
3.1 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย
- การพยาบาลเพื่อการแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม
- การพยาบาลเพื่อให้ความรู้กับผู้ดูแลประกอบด้วยการสอนสาธิต หรือ ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการให้สารละลายเกลือแร่ทางปาก การให้อาหาร และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ
- การพยาบาลเพื่อช่วยเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็ก จากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
3.2 การประเมินผล
การฟื้นหายของผู้ป่วย
- การพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่
- การที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ
ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อการฟื้นหายและความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกันและวัดหลังการทดลอง (Nonequivalent control group posttest only Design) (Polit and Beck, 2004; p:183) โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้

X O1, O2

O3, O4

O1 คือ การฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

O2 คือ ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

O3 คือ การฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 คือ ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

X คือ การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในตึกกุมารเวชกรรมบน โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ อยู่ในระดับขาดน้ำบ้าง
2. ไม่มีภาวะช้อค
3. ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร่วมและโรคร้ายแรงเช่นโรคหัวใจ โรคเอดส์หรือโรคเรื้อรัง อื่น ๆ
4. ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ (ประเมินจากสมุดสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก หรือประเมินจากน้ำหนักก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับกราฟประเมินภาวะโภชนาการ ของกระทรวงสาธารณสุข)

5. ไม่เคยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำภายในระยะเวลา 1 ปี
6. ได้รับความยินยอมจากผู้ดูแล ในการเข้าร่วมในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) โดยศึกษาตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2547 – 30 สิงหาคม 2547 เมื่อมีผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดมาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจะจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษากับผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยที่ไม่สามารถกำหนดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กแต่ละคนได้ ถ้าทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม อาจมีผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพร้อม ๆ กัน เมื่อผู้วิจัยจัดกระทำกับกลุ่มทดลอง อาจเกิดการถ่ายทอดข้อมูลไปยังกลุ่มควบคุมซึ่งอาจมีผลต่อผลการทดลองได้ สำหรับการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลนั้น ผู้วิจัยคำนึงถึงอายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็ก แต่การใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนจะช่วยให้ผู้วิจัยได้ตกลงร่วมกับผู้ดูแลถึงปัญหา เป้าหมาย และกิจกรรมการพยาบาล โดยผู้วิจัยต้องช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง การช่วยเหลือผู้ดูแลจะปรับตามผู้ดูแลแต่ละราย เช่น ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาน้อย การพูดคุยต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และอธิบายจนกว่าผู้ดูแลจะเกิดความเข้าใจ ดังนั้นอายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแลจึงไม่น่าจะเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรตามผู้วิจัยจึงไม่ได้นำคุณสมบัติของผู้ดูแลมาใช้ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สรุปการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน จึงเริ่มทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมไว้ทั้งสิ้น 22 ราย แต่มีผู้ป่วยเด็ก 2 ราย ที่ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยได้จนกระทั่งได้รับการจำหน่ายจากแพทย์ เนื่องจากย้ายไปพักรักษาตัวที่ห้องพิเศษ 1 ราย และไม่สมัครใจนอนโรงพยาบาล 1 ราย เพราะไม่สามารถชำระค่ารักษาได้ จึงทำการตัดออกจากการวิจัย เหลือผู้ป่วยกลุ่มควบคุมทั้งสิ้น 20 ราย จากนั้นเมื่อมีผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะจัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไว้ทั้งสิ้น 20 ราย แต่มีผู้ป่วยเด็ก 1 ราย ที่ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยได้จนกระทั่งได้รับการจำหน่ายจากแพทย์ เนื่องจากย้ายไปพักรักษาตัวที่ห้องพิเศษ จึงทำการตัดออกจากการวิจัย เหลือผู้ป่วยกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 19 ราย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 38 ราย คือ กลุ่มควบคุม 19 ราย และกลุ่มทดลอง 19 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนี้ระหว่างการวิจัยหากผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง ไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัย ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลเช่นกัน ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลแท้จริงและหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท คือ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และ งานวิจัยที่เกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) และ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ของกรมควบคุมโรคติดต่อ (2543) สำนักโรคติดต่อ (2546) และ WHO (1993)

2. กำหนดโครงสร้างเนื้อหาของ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่1) การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลเพื่อระบุต้นเหตุของความเครียดของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและประเมินความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างระบบของผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อมทั้ง สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล โดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล ซึ่งประกอบ ด้วยการตรวจร่างกายผู้ป่วยเด็ก และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลด้วยข้อคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด โดย 1) สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับ

โครงสร้างพื้นฐาน แนวการต่อต้าน แนวการป้องกัน แบบแผนการเลี้ยงดู แบบแผนการปรับตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และเมื่อเกิดความกลัว 2) สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ และการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย ความต้องการและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยเด็ก และ 3) สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐานะของผู้ป่วยเด็กที่อาจมีผลต่อการรักษา นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และตรวจสอบการรับรู้ปัญหาที่ตรงกันกับผู้ดูแล แล้วจึงกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2) เป้าหมายทางการพยาบาล เป็นการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดเป้าหมายเพื่อป้องกันต้นเหตุของความเครียด และช่วยลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย เป้าหมายระยะเร่งด่วน และเป้าหมายระยะกลาง โดยเป้าหมายระยะเร่งด่วน ได้แก่การดูแลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็ก เป้าหมายระยะกลาง ได้แก่ระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยเด็กกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ จากนั้นกำหนดแผนการพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา และเป้าหมายที่วางไว้ บันทึกลงในแบบบันทึกเป้าหมายทางการพยาบาลตามการตกลงร่วมกันของพยาบาลและผู้ดูแล จากนั้นจึงวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือแผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ของ มุกดา ส.กาญจนะชัย (2541), รุจา ภู่ไพบูลย์ (2542), กมลวัน ดิษยบุตร (2542), Hockenberry-Eaton (2001) และ Bowden and Greenberg (2003) เป็นแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลประกอบด้วย 1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 2) เป้าหมายทางการพยาบาล เป็นการกำหนดเป้าหมาย 2 ระยะ คือ เป้าหมายระยะเร่งด่วนและเป้าหมายระยะกลาง 3) กิจกรรมการพยาบาล เป็นขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ กิจกรรมการพยาบาลเป็นการปฏิบัติตามการป้องกัน 3 ระยะ โดยกิจกรรมการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่กระทำให้กับผู้ป่วยโดยตรงและเป็นกิจกรรมการให้ความรู้ ด้วยการสอน สาธิต และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล และ4) การประเมินผล เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดภายหลังการให้การพยาบาล โดยแผนการพยาบาลประกอบการพยาบาล 10 เรื่อง คือ

1. การพยาบาลเมื่อเด็กถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง
2. การพยาบาลเมื่อเด็กมีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่
3. การพยาบาลเมื่อเด็กเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ซ้ำ
4. การพยาบาลเมื่อเด็กอาจเกิดความกลัวเนื่องจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
5. การพยาบาลเมื่อเด็กมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร
6. การพยาบาลเมื่อเด็กมีอาการชัก
7. การพยาบาลเมื่อเด็กมีภาวะเสี่ยงต่อการชัก
8. การพยาบาลเมื่อเด็กมีการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก
9. การพยาบาลเมื่อเด็กมีภาวะเสี่ยงต่อการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก
10. การพยาบาลเมื่อเด็กมีโอกาสเกิดความไม่สุขสบาย

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** มี 2 ชุด คือ แบบบันทึกการฟื้นหายของผู้ป่วย และ แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2.1 แบบสังเกตการฟื้นหายของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือดังนี้

- ศึกษาเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ของ WHO (1993) และBhutta, Nizami, and Isani (1999)
- นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสังเกตการฟื้นหายของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ แบบสังเกตการพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และแบบสังเกตการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ โดยการคิดคะแนนจะแยกคิดเป็นรายด้านไม่นำคะแนนมาคิดรวมกัน ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 แบบสังเกตการพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ เป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ WHO (1993) เป็นการสังเกตอาการและอาการแสดง เริ่มตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยเด็กมีอาการและอาการแสดงเข้าสู่ระดับปกติครบทั้ง 6 ด้านคือ

1) อาการทั่วไปปกติ ประเมินจาก ผู้ป่วยเด็กไม่มีอาการกระสับกระส่าย งอแง ตัวอ่อนปวกเปียก ซึม หรือไม่รู้สึกตัว
2) เบ้าตาปกติ ประเมินจาก ตาไม่ลึกโหล
3) น้ำตาไหลปกติ ประเมินจาก ขณะร้องไห้มีน้ำตา
4) ปากและลิ้นเปียกชื้น ประเมินจาก ปากและลิ้นเปียกชื้น ม่แห้ง
5) ดื่มน้ำได้ปกติ อาการประเมินจาก ผู้ป่วยไม่กระหายน้ำ หรือดื่มน้ำไม่ได้

6) ความยืดหยุ่นของผิวหนังปกติ ประเมินจาก รอยคีบของผิวหนังคืนตัวกลับทันที

การคิดคะแนน คิดตามจำนวนชั่วโมงตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยเด็กมีอาการและอาการแสดง เข้าสู่ระดับปกติครบทั้ง 6 ด้าน โดยจำนวนชั่วโมงน้อย แสดงว่า การฟื้นหายด้านการพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ดี

2.1.2 แบบบันทึกการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Bhutta, Nizami, and Isani (1999) เป็นแบบบันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระในวันที่ 1, 2 โดยทำการจดบันทึกจากแบบสำรวจจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่ผู้ดูแลเป็นผู้รายงาน ใน 3 ช่วงเวลา คือ

แรกรับ	เริ่มจากก่อนมาโรงพยาบาล 24 ชั่วโมงจนถึงแรกรับ โดยค่าคะแนนจะบันทึกไว้เป็นค่าพื้นฐาน
วันที่ 1	ตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครบ 24 ชั่วโมง
วันที่ 2	ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครบ 24 ชั่วโมง จนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครบ 48 ชั่วโมง

การคิดคะแนน คิดตามผลต่างของจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระเมื่อเปรียบเทียบกับค่าที่บันทึกได้เมื่อ 24 ชั่วโมงที่แล้ว คือ นำจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่บันทึกไว้เมื่อแรกรับเปรียบเทียบกับ จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่บันทึกได้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครบ 24 ชั่วโมง และนำจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่บันทึกได้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลครบ 24 ชั่วโมงเปรียบเทียบกับ จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่บันทึกได้เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครบ 48 ชั่วโมง และคิดคะแนนในแต่ละวัน เพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ ในวันที่ 1 และ 2

2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว ของวิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล (2547) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียน และนำพฤติกรรมความกลัวมาจัดหมวดหมู่ตามแนวคิดของ Weinstein et al (1982,1983) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผ่านเกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน 80 % และ การตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตด้วยวิธีวิเคราะห์หาค่า Interrater Reliability ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.88 เนื้อหาของการสังเกตประกอบด้วยพฤติกรรมความกลัว 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 5 ข้อ 2) ด้านการพูด ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 7 ข้อ และ 3) ด้านการแสดงออกทางสีหน้า ประกอบด้วย พฤติกรรมที่ต้อง

สังเกต 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว

ค่าคะแนนของพฤติกรมความกลัวทั้งฉบับเท่ากับ 0-20 คะแนน โดย คะแนนรวมสูง หมายถึง เด็กมีความกลัวมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง เด็กมีความกลัวน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ

1. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล และแผนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล และแผนการพยาบาลเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ที่ผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายชื่ออยู่ภาคผนวก ก) ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำนวน 2 ท่าน การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือนี้ถือเกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน 80 เปอร์เซ็นต์ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในงานวิจัยนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในเรื่องภาษาและเนื้อหาดังนี้

1.1 แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล นำมาปรับโดยข้อมูลทั่วไปเพิ่มช่วงอายุเป็นเดือนของผู้ป่วยเด็ก แนวการต่อต้านเพิ่มลักษณะของอุจจาระและปัสสาวะครั้งสุดท้าย แบบแผนการเลี้ยงดูเพิ่มยี่ห้อของนมผสม และอัตราส่วน แบบแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปรับหัวข้อจาก “การป้องกันและแก้ไขภาวะขาดน้ำที่เคยปฏิบัติ” เป็น “การดูแลเบื้องต้นเมื่อเด็กท้องเสีย” และตัดข้อ “วิธีการป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กที่มีอาการท้องเสียออก” คามคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย ตัดข้อ “ผู้ดูแลคิดว่าเด็กจะมีอาการดีขึ้นได้จาก”

1.2 แผนการพยาบาลเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน นำมาปรับโดยเพิ่มข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคือ มีการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งเนื่องจากติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร กิจกรรมการพยาบาลของแต่ละข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้ระบุว่าเป็นการป้องกันระยะที่ 1, 2 หรือ 3 และปรับคำขึ้นต้นประโยคใหม่เป็นคำนาม

หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับแก้แล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อทดสอบภาษาที่ใช้ว่ามีความเหมาะสมกับผู้ดูแล และกิจกรรมการพยาบาลมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก

2. แบบสังเกตการฟื้นหายของผู้ป่วย

ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการฟื้นหายของผู้ป่วย ที่ผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายชื่ออยู่ภาคผนวก ก) ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำนวน 2 ท่าน การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือนี้ถือเกณฑ์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน 80 เปอร์เซ็นต์ คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในงานวิจัยนี้ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในเรื่องภาษาและเนื้อหาดังนี้

1.1 แบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ นำมาปรับดังนี้ ปรับการสังเกตภาวะขาดน้ำทุก 1 ชั่วโมง เป็น การสังเกตภาวะขาดน้ำทุก 2 ชั่วโมง ปรับคำในช่อง “ ชั่วโมงที่ ……” เป็น “ชั่วโมงที่ ….. หลังรับใหม่ ” ปรับสัญลักษณ์ [*] ในช่อง ขาดน้ำรุนแรง เป็น [**]

1.2 แบบสังเกตการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ นำมาปรับดังนี้ ปรับคำว่า “ จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่ลดลง ” เป็น “ จำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ ”

ผู้วิจัยนำแบบสังเกตการฟื้นหายของผู้ป่วยคือ แบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำ และแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วมาหาความเที่ยงของการสังเกต โดยใช้ผู้สังเกต 2 คน คือผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ทำการสังเกตผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกันพร้อม ๆ กัน แต่แยกกันประเมิน แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า Interrater Reliability คำนวณหาเปอร์เซ็นต์ของความสอดคล้องของผู้สังเกต 2 คน (Polit and Hungler, 1999: 321) ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนของการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนของการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนของการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

กำหนดเกณฑ์ค่าความเที่ยงของการสังเกตมากกว่า 0.7 ถ้าได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตน้อยกว่า 0.7 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยต้องมาพูดคุยทำความเข้าใจถึงปัญหาที่พบจากการสังเกตเพื่อปรับปรุงการสังเกตใหม่อีกครั้ง

1. แบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตผู้ป่วยเด็กจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 1.00

2. แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตผู้ป่วยเด็กจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.9

การดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2547 ในระยะนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เพื่อจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและดำเนินการติดต่อโรงพยาบาลเพื่อขอเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กและหลังคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 1 ท่าน ที่มีความสนใจเข้าร่วมในงานวิจัย โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสังเกตทั้งหมด ผู้วิจัยจึงจัดให้มีผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแทน เพื่อป้องกันความลำเอียงที่อาจเกิดจากตัวผู้วิจัย

5. ผู้วิจัยอบรมวิธีการใช้แบบสังเกตทุกชุดให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ โดยอธิบายถึงลักษณะของสิ่งที่ต้องสังเกต และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยจนมีความเข้าใจตรงกับผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสังเกตทุกชุดกับผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของการสังเกตทุกชุด (ในช่วง 24 พฤษภาคม ถึง 24 มิถุนายน พ.ศ. 2547) และเมื่อเริ่มทำการเก็บข้อมูลจริงผู้วิจัยจะไม่แจ้งให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่า

ผู้ป่วยเด็กที่ทำการสังเกตนั้นเป็นผู้ป่วยในกลุ่มใด และเน้นย้ำผู้ช่วยวิจัยให้ทำการเก็บข้อมูลตามที่ผู้วิจัยสังเกตได้จริง

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ระยะนี้เป็นการดำเนินการ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมบน โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน ถึง 30 สิงหาคม 2547 เมื่อมีผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดมา เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ในช่วงเวรเช้า เวลา 08.00 น.-16.00 น. ผู้วิจัยขอพบผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กเพื่อสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก ดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย คือผู้ป่วยเด็กจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และสารละลายเกลือแร่ทางปาก ตามแผนการรักษาของแพทย์ และผู้ดูแลจะได้รับการให้ความรู้จากพยาบาลโดยการให้ข้อมูลจะให้ตั้งแต่แรกรับเกี่ยวกับ การรักษาความสะอาดให้กับผู้ป่วยเด็ก ไม่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วยเด็ก การรักษาความสะอาดของตัวผู้ดูแล การเช็ดตัวเมื่อให้กับผู้ป่วยเด็กเมื่อมีไข้ เป็นต้น โดยจำนวนครั้งและวิธีปฏิบัติการพยาบาลมิได้มีการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ขึ้นอยู่กับการประเมินและวินิจฉัยของพยาบาลแต่ละคน โดยทำการเก็บรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 22 ราย แล้วจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่ 8.00-20.00 น. ทุกวันเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน อย่างครอบคลุมครบถ้วนทุกขั้นตอน ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นวินิจฉัยทางการพยาบาล เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็กโดย

1.1 แจ้งให้ผู้ดูแลทราบว่าผู้ป่วยเด็กต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและสัมภาษณ์ผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วย ในหัวข้อแบบแผนการปรับตัวเมื่อเกิดความกลัว ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัวของผู้ป่วยเด็ก เพื่อระบุต้นเหตุของความเครียดของผู้ป่วยเด็กจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็ก แล้วจึงสรุปการรับรู้ปัญหา และกำหนดเป้าหมายที่พึงประสงค์ร่วมกับผู้ดูแล จากการเก็บข้อมูลพบว่าผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองทุกคนมีความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยจึงร่วมกับผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในข้อ

“ผู้ป่วยอาจเกิดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ” ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1.1 ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ดูแลเพื่ออธิบายถึงลักษณะของกิจกรรมการเบี่ยงเบนความสนใจ และบทบาทของผู้ดูแลในการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งประกอบ การเลือกของเล่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก การอุ้มผู้ป่วยเข้าสู่ห้องทำหัตถการ ช่วยจัดท่านอนให้กับผู้ป่วยเด็ก การพูดคุยปลอบโยน กอดและสัมผัสผู้ป่วยเด็ก และการเล่นของเล่นร่วมกับผู้ป่วยเด็ก หลังจากตกลงกับผู้ดูแลจนผู้ดูแลเข้าใจดี ผู้ดูเลือกของเล่น 1 ชิ้น ซึ่งของเล่นประกอบด้วย 1) กีตาร์เด็กเล่นที่มีปุ่มสำหรับกดเพื่อให้เกิดเสียงดนตรี 2) รถเด็กเล่นที่สามารถเปิดเสียงได้ 3) โทรศัพท์มือถือที่กดแล้วมีเสียง และ4) ตุ๊กตารูปจิงโจ้ และโคอาลา จากนั้นผู้ดูแลทดลองเล่นก่อนจึงเริ่มขั้นตอนต่อไป ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

1.1.2 จากนั้นผู้ดูแลอุ้มผู้ป่วยเด็กไปสู่ห้องทำหัตถการ ช่วยจัดท่านอนให้กับผู้ป่วยเด็ก และพูดคุยปลอบโยนผู้ป่วยเด็ก โดยผู้ดูแลยืนอยู่ข้างตัวผู้ป่วยในด้านตรงข้ามกับแขนที่ให้น้ำเกลือ จากนั้นผู้วิจัยนำของเล่นที่ผู้ดูแลเลือกมาให้กับผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลเล่นของเล่นกับ ผู้ป่วยเด็กตลอดเวลาที่มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1.1.3 หลังเสร็จสิ้นขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผู้วิจัยพาผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลไปส่งยังเตียงนอนภายในหอผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1.1.4 บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและเป้าหมายทางการพยาบาลตามการตกลงร่วมกันของผู้ดูแลและพยาบาล ลงในแบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และเป้าหมายทางการพยาบาล รวมทั้งบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลลงในแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้

1.2 หลังจากเสร็จขั้นตอนการรับใหม่ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อระบุต้นเหตุของความเครียด และความรุนแรงปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด ที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วย การตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกระบบทำการบันทึกผลที่ได้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบแผนการดำรงชีวิต แบบแผนการปรับตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ความคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเด็ก 7 รายแรก ผู้วิจัยยังไม่ชำนาญในการใช้เครื่องมือ การสัมภาษณ์ผู้ดูแลจึงเป็นการอ่านข้อคำถามและให้ผู้ดูแลตอบหรือเล่าให้ฟัง จึงใช้เวลาค่อนข้างนานประมาณ 2 ชั่วโมง ต่อราย

แต่หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือมากขึ้น จึงเริ่มปรับวิธีการสัมภาษณ์ใหม่เป็นลักษณะการพูดคุยการถามคำถามจะเป็นคำถามที่ต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับตามแบบประเมินสภาพ แต่ต้องสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยเด็ก และสถานการณ์ของการพูดคุยกับผู้ดูแลแต่ละราย ทำให้การสัมภาษณ์ดำเนินไปอย่างรวดเร็วขึ้น และเมื่อทำการบันทึกข้อมูลที่ได้แล้วพบว่ายังได้ข้อมูลไม่ครบ จึงค่อยมาทำการสัมภาษณ์ต่อจนได้ข้อมูลครบถ้วน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเด็กตั้งแต่รายที่ 8 เป็นต้นมา ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

1.3 หลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมอบแผ่นสำรวจจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลบันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยเด็ก

1.4 นำข้อมูลที่รวบรวมได้ในข้อ 1.2 มาวิเคราะห์หาปัญหาตามการรับรู้ของผู้วิจัยก่อน แล้วจึงประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลโดยให้ผู้ดูแลเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจอย่างไรเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเด็กคิดว่าเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขหรือไม่ หากพบว่าผู้ดูแลยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องผู้วิจัยก็จะอธิบายให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง จนผู้ดูเข้าใจและมีการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยเด็กตรงกับผู้วิจัย ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะเน้นให้ผู้ดูแลเข้ามาร่วมในการคิดตัดสินใจในทุก ๆ ปัญหาของผู้ป่วยเด็ก และพบว่าผู้ดูแลสามารถร่วมคิดตัดสินใจกับผู้วิจัยได้ทุกปัญหา และปัญหาที่พบในผู้ป่วยเด็กทุกคน คือ 1) มีการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง 2) มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ 3) อาจเกิดความกลัวเนื่องจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 4) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร และ 5) มีโอกาสเกิดความไม่สุขสบาย และมี 1 ปัญหาที่ไม่เกิดขึ้นเลยคือ มีอาการชัก

2. เป้าหมายทางการพยาบาล จะเกิดขึ้นภายหลังการตกลงปัญหาร่วมกับผู้ดูแล ประกอบด้วยเป้าหมาย 2 ระยะคือ เป้าหมายระยะเร่งด่วน และเป้าหมายระยะกลาง บันทึกการรับรู้ของ ทั้งสองฝ่ายลงใน แบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและเป้าหมายทางการพยาบาล ตามการตกลงร่วมกันของผู้ดูแลและพยาบาล ซึ่งทุกเป้าหมายเกิดจากการตกลงการรับรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล จากนั้นผู้วิจัยนำวินิจฉัยทางการพยาบาล และเป้าหมายทางการพยาบาลมาเทียบเคียงกับแผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากนั้นจึงกำหนดแผนและกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเด็กแต่ละราย

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ต่าง ๆ ตามแผนที่วางไว้ และการประเมินผล ดังนี้คือ

1.1 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามกับแผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจะปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเด็กโดยตรง และเป็นกิจกรรมการให้ความรู้กับผู้ดูแลโดยการสอนสาธิต หรือให้คำปรึกษากับผู้ดูแล โดยกิจกรรมการให้ความรู้จะมีความสอดคล้องกับความต้องการ

ของผู้ดูแลแต่ละรายจึงทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยเด็กจึงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วยเด็ก

1.2 การประเมินผล เกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยปัญหาที่ได้รับการประเมินผลเป็นอันดับแรกคือ “มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่” ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะร่วมกับผู้ดูแลในการประเมินภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยเด็กจะพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ภายใน 2 ชั่วโมงหลังจากได้รับการดูแล หลังจากนั้นร่วมกันปรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่เป็นการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดซ้ำ กำหนดเป้าหมาย และแผนการพยาบาลตามแผนการพยาบาลหลักในข้อ “เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ซ้ำ” ซึ่งกลุ่มทดลองทั้ง 19 ราย พบว่าไม่มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ซ้ำ บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้ลงในแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย สำหรับปัญหาอื่น ๆ จะทำการประเมินในช่วงเวรเช้าของทุกวัน

1.3 ทุกเวรเช้า ผู้วิจัยจะทำการประเมินผลการพยาบาลซ้ำ นำผลของการพยาบาลมาวิเคราะห์ สำหรับปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจนบรรลุเป้าหมาย แล้วปรับแผนเป็นการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดซ้ำ ส่วนปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขให้บรรลุเป้าหมายได้ ปฏิบัติตามข้อ 1-2 เพื่อทำการกำหนดเป้าหมายใหม่หรือวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไป จนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ซึ่งปัญหาที่สามารถแก้ไขให้หมดไปได้ภายใน 1-2 วัน โดยไม่ต้องปรับการตกลงร่วมกันใหม่แต่เน้นการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย 1) มีการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ซ้ำ 3) มีภาวะเสี่ยงต่อการชัก 4) มีโอกาสเกิดความไม่สุขสบาย

ปัญหาที่ต้องปรับการตกลงร่วมกันใหม่มี 2 ปัญหาคือ 1) มีภาวะเสี่ยงต่อการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยเด็ก 2 ราย ที่ต้องปรับแผนการพยาบาลจาก “มีภาวะเสี่ยงต่อการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก” เป็น “มีการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก” เนื่องจากผู้ป่วยเด็กในกลุ่มนี้ลักษณะอุจจาระจะเป็นน้ำมีฟอง ตรงกับลักษณะของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรตาไวรัส อุจจาระจะมีฤทธิ์เป็นกรดเมื่อประกอบกับยังมีปัญหาของการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง จึงทำให้เกิดการอักเสบของผิวหนังรอบทวารหนัก แม้ว่าผู้ดูแลจะดูแลความสะอาดผิวหนังรอบทวารหนักอย่างถูกต้องแล้ว และปัญหาที่ 2) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร นั้นไม่สามารถประเมินผลจากตัวผู้ป่วยเด็กได้ทั้ง 19 ราย เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมักจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านก่อน ผู้วิจัยจึงต้องปรับจากการประเมินผลจากตัวผู้ป่วยเด็ก มาใช้การประเมินการรับรู้และความรู้ของผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายแทน และเน้นย้ำผู้ดูแลให้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อเนื่องจากที่ปฏิบัติขณะที่อยู่โรงพยาบาลไปอีก 2 สัปดาห์

ขั้นที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กระทำโดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ช่วยวิจัยทำการสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยการสังเกตเริ่มตั้งแต่ผู้ดูแลอุ้มผู้ป่วยเด็กเข้าสู่ห้องทำหัตถการจนถึงก่อนที่เข็มจะสัมผัสผิวหนังของผู้ป่วย โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2. การฟื้นหายของผู้ป่วย ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลการฟื้นหายของผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ แบบสังเกตการพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ แบบสังเกตการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 แบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลจากการตรวจร่างกายผู้ป่วยเด็กทุก 2 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ บันทึกลงในแบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่

2.2 แบบสังเกตการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ จากแบบสำรวจการถ่ายอุจจาระที่ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึกตั้งแต่แรกรับ และเมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนครบ 1 และ 2 วัน

3. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การกำกับการทดลอง คือการที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาของ ผู้ป่วย โดยผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการประเมินและกำหนดปัญหาร่วมกับพยาบาลอย่างน้อย ร้อยละ 80 ของปัญหาที่พบ หากผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ดูแลและผู้ป่วยรายนั้นจะถูกตัดออกจากการทดลอง และเก็บข้อมูลเพิ่มเพื่อให้ได้กลุ่มทดลองครบตามจำนวน

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในการประเมินและกำหนดปัญหาร่วมกับพยาบาลร้อยเปอร์เซ็นต์ จึงไม่มีผู้ดูแลและผู้ป่วยรายใดถูกตัดออกจากกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS/FW ในการสรุปผลทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนการฟื้นหายของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (Independent -test)

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดำเนินการทดลอง

แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบการฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเพื่อเปรียบเทียบความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการฟื้นหายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวของผู้ป่วยเด็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ และอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 19 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 19 คน)		รวม (n = 38 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศของผู้ป่วย						
หญิง	6	31.6	7	36.9	13	34.3
ชาย	13	68.4	12	63.1	25	65.7
2. อายุของผู้ป่วย						
1 - 2 ปี	13	68.4	13	68.4	26	68.4
2 –3 ปี	6	31.6	6	31.6	12	31.5

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65.7 และส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 1-2 ปี คิดเป็น ร้อยละ 68.4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพศ และอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 19 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 19 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก				
แม่	17	89.5	16	84.2
พ่อ	2	10.5	2	10.5
ปู่ย่าตายาย	-	-	1	5.3
2. เพศ				
หญิง	17	89.5	17	89.5
ชาย	2	10.5	2	10.5
3. อายุ				
19 - 30 ปี	14	73.6	11	57.8
31 –44 ปี	5	26.4	8	42.2

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพศ และอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 19 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 19 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา				
ประถม	13	68.4	12	63.2
มัธยม	4	21.1	5	26.3
ปวช/ปวส	1	5.3	1	5.3
ปริญญาตรี	1	5.3	1	5.3

ข้อมูลของผู้ดูแลในการศึกษาทั้งหมด 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 19 คน และกลุ่มควบคุม 19 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กผู้ดูแล เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 19-30 ปี และ มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.5, 89.5, 73.6 และ 68.4 ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กผู้ดูแล เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 19-30 ปี และ มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84.2, 89.5, 57.8 และ 63.2 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบการฟื้นหายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

การพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่กลุ่มทดลอง	n	จำนวนชั่วโมงของการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่		t
		Mean	S.D.	
กลุ่มทดลอง	19	2.73	1.19	-3.53 *
กลุ่มควบคุม	19	4.63	2.00	

* ระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

จากตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 19 ราย โดยเปรียบเทียบจากจำนวนชั่วโมงของการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงของการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 2.73 และค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงของการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.63

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงของการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในกลุ่มทดลอง เร็วกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามวันที่นอนโรงพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

การที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ	วันที่	n	จำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ		t
			Mean	S.D.	
กลุ่มทดลอง	1	19	2.31	4.89	1.78 *
กลุ่มควบคุม		19	-.78	5.79	
กลุ่มทดลอง	2	15 [a]	5.86	5.19	2.29 *
กลุ่มควบคุม		18 [a]	2.27	3.78	

[a] ผู้ป่วยได้รับการอนุญาตให้กลับบ้านหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 วัน

* ระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

จากตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ในวันที่ 1 และ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบจากจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ พบว่า ในวันที่ 1 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 2.31 และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระในกลุ่มควบคุม เท่ากับ -.78 และในวันที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 5.86 และค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 2.27

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ในวันที่ 1 และ 2 ในกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความกลัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนความกลัว		t
		Mean	SD	
กลุ่มทดลอง	19	4.68	2.05	-3.56 *
กลุ่มควบคุม	19	6.68	1.76	

* ระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

จากตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัว ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 19 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 4.68 และค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 6.68

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความกลัวในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อค้นพบเพิ่มเติม

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยให้เวลากับการดูแลผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละรายค่อนข้างมาก แต่การให้เวลากับผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลมากก็ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการฟื้นหายที่ดี และช่วยลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็กได้ และยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ ซึ่งผู้วิจัยประเมินได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้รับขณะที่ทำการทดลอง โดยผู้ดูแลจะแสดงความพึงพอใจทั้งในด้านคำพูด การแสดงออกในด้านการรอคอย การมีมิตรภาพที่ดี และการเขียนแสดงความพึงพอใจในแบบประเมินความพึงพอใจของโรงพยาบาล

การแสดงออกทางคำพูดของผู้ดูแลเช่นคำกล่าวที่ว่า “ถ้าคุณพยาบาลไม่คอยมาช่วยหนูก็ทำไม่ถูก ดีนะที่คุณพยาบาลคอยถามว่าหนูทำได้หรือเปล่า คอยมาช่วยหนูตลอด” การแสดงออกในรูปของการรอคอย และเมื่อพบผู้วิจัยในตอนเช้าก็จะกล่าวทักทายผู้วิจัยก่อน เช่นคำกล่าวที่ว่า “คุณพยาบาลมาแล้ว” หรือ “คุณพยาบาลมาหาน้องออมแล้ว” รวมทั้งความพึงพอใจที่แสดงออกมาในรูปแบบของมิตรภาพที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล เช่นคำกล่าวที่ว่า “ถ้าไปชลบุรีจะแวะไปเยี่ยม ที่โรงพยาบาลบ้านบึง คุณพยาบาลอยู่ประจำที่โน่นใช่ไหม” และการแสดงความพึงพอใจโดยการเขียนลงในใบประเมินความพึงพอใจของโรงพยาบาลว่า “ขอบคุณ คุณพยาบาลที่ช่วยให้ความรู้ที่ดี”

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเพื่อเปรียบเทียบความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนมีการฟื้นหายของผู้ป่วย ดีกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

2. ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนมีความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ น้อยกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่มีภาวะขาดน้ำอยู่ในระดับขาดน้ำบ้าง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตามสะดวก (Convenience sampling) ทำการศึกษาตั้งแต่ วันที่ 28 มิถุนายน 2547 ถึง 31 กรกฎาคม 2547 ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมบน โรงพยาบาลสมุทรสาคร เมื่อมีผู้ป่วยเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้ามารับการรักษา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุมก่อน จึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล แบบบันทึกเป้าหมายทางการพยาบาลตามการตกลงร่วมกันของพยาบาลและผู้ดูแล และแผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสังเกตการฟื้นหาย 2 ด้าน คือ การฟื้นหายจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ และ 2) แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยงดังนี้

1.1 แบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 1.00

1.2 แบบสังเกตพฤติกรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต เท่ากับ 0.9

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย กล่าวคือผู้ป่วยเด็กจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และสารละลายเกลือแร่ทางปาก ตามแผนการรักษาของแพทย์ และผู้ดูแลจะได้รับการให้ความรู้จากพยาบาลโดยการให้ข้อมูลจะให้ตั้งแต่แรกรับเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดให้กับผู้ป่วยเด็ก ไม่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วยเด็ก การรักษาความสะอาดของตัวผู้ดูแล การเช็ดตัวเมื่อให้กับผู้ป่วยเด็กเมื่อมีไข้ เป็นต้น

กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติเพิ่มจากผู้วิจัย โดยใช้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นวินิจฉัยทางการพยาบาล เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็กโดย

1.1 แจ้งให้ผู้ดูแลทราบว่าผู้ป่วยเด็กต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและสัมภาษณ์ผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วย ในหัวข้อแบบแผนการปรับตัวเมื่อเกิดความกลัว ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัวของผู้ป่วยเด็ก เพื่อระบุต้นเหตุของความเครียดของผู้ป่วยเด็กจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็ก แล้วจึงสรุปการรับรู้ปัญหา และกำหนดเป้าหมายที่พึงประสงค์ร่วมกับผู้ดูแล จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในข้อ “ผู้ป่วยอาจเกิดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ” โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1.1 ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ดูแลเพื่ออธิบายถึงลักษณะของกิจกรรมการเบี่ยงเบนความสนใจ และบทบาทของผู้ดูแลในการเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งประกอบ การเลือกของเล่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก การอุ้มผู้ป่วยเข้าสู่ห้องทำหัตถการ ช่วยจัดท่านอนให้กับผู้ป่วยเด็ก การพูดคุยปลอบโยน กอดและสัมผัสผู้ป่วยเด็ก และการเล่นของเล่นร่วมกับผู้ป่วยเด็ก หลังจากตกลงกับผู้ดูแลจนผู้ดูแลเข้าใจดี ผู้ดูแลจะได้เลือกของเล่น 1 ชิ้น ซึ่งของเล่นประกอบด้วย 1) กีตาร์เด็กเล่นที่มีปุ่มสำหรับกดเพื่อให้เกิดเสียงดนตรี 2) รถเด็กเล่นที่สามารถเปิดเสียงได้ 3)

โทรศัพท์มือถือที่กดแล้วมีเสียง และ4) ตุ๊กตารูปจิงโจ้ และโคอาลา ให้ผู้ดูแลทดลองเล่นก่อนจึงเริ่มขั้นตอนต่อไป (ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 5 นาที)

1.1.2 จากนั้นผู้ดูแลอุ้มผู้ป่วยเด็กไปสู่ห้องทำหัตถการ ช่วยจัดท่านอนให้กับผู้ป่วยเด็ก และพูดคุยปลอบโยนผู้ป่วยเด็ก โดยผู้ดูแลยืนอยู่ข้างตัวผู้ป่วยในด้านตรงข้ามกับแขนที่ให้น้ำเกลือ จากนั้นผู้วิจัยนำของเล่นที่ผู้ดูแลเลือกมาให้กับผู้ดูแล และให้ผู้ดูแลเล่นของเล่นกับ ผู้ป่วยเด็กตลอดเวลาที่มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1.1.3 หลังเสร็จสิ้นขั้นตอนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผู้วิจัยพาผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลไปส่งยังเตียงนอนภายในหอผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1.1.4 บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและเป้าหมายทางการพยาบาลตามการตกลงร่วมกันของผู้ดูแลและพยาบาล ลงในแบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และเป้าหมายทางการพยาบาล รวมทั้งบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลลงในแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้

1.2 หลังจากเสร็จขั้นตอนการรับใหม่ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อระบุต้นเหตุของความเครียด และความรุนแรงปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด ที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วย การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยทุกระบบทำการบันทึกผลที่ได้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูล ทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบแผนการดำรงชีวิต แบบแผนการปรับตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ความคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก

1.3 หลังจากเสร็จสิ้นขั้นตอนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมอบแผ่นสำรวจจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระให้กับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลบันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยเด็ก

1.4 นำข้อมูลที่รวบรวมได้ในข้อ 1.2 มาวิเคราะห์หาปัญหาตามการรับรู้ของผู้วิจัยก่อน แล้วจึงประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลโดยให้ผู้ดูแลเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจอย่างไรเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเด็กคิดว่าเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขหรือไม่ หากพบว่าผู้ดูแลยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องผู้วิจัยก็จะอธิบายให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง จนผู้ดูเข้าใจและมีการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยเด็กตรงกับผู้วิจัย

2. เป้าหมายทางการพยาบาล จะเกิดขึ้นภายหลังการตกลงปัญหาร่วมกับผู้ดูแล ประกอบด้วยเป้าหมาย 2 ระยะคือ เป้าหมายระยะเร่งด่วน และเป้าหมายระยะกลาง บันทึกการรับรู้ของทั้งสองฝ่ายลงใน แบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและเป้าหมายทางการพยาบาล

ตามการ ตกลงร่วมกันของผู้ดูแลและพยาบาล ซึ่งทุกเป้าหมายเกิดจากการตกลงการรับรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล จากนั้นผู้วิจัยนำวินิจฉัยทางการพยาบาล และเป้าหมายทางการพยาบาลมาเทียบเคียงกับแผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากนั้นจึงกำหนดแผนและกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเด็กแต่ละราย

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการผู้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ต่าง ๆ ตามแผนที่วางไว้ และการประเมินผล ดังนี้คือ

3.1 การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล จะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามกับแผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจะปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเด็กโดยตรง และเป็นกิจกรรมการให้ความรู้กับผู้ดูแลโดยการสอนสาธิต หรือให้คำปรึกษากับผู้ดูแล โดยกิจกรรมการให้ความรู้จะมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลแต่ละรายจึงทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยเด็กจึงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับความเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วยเด็ก

3.2 การประเมินผล เกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยปัญหาที่ได้รับการประเมินผลเป็นอันดับแรกคือ “มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่” บันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้ลงใน แผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย สำหรับปัญหาอื่น ๆ จะทำการประเมินในช่วงเวรเช้าของทุกวัน

3.3 ทุกเวรเช้า ผู้วิจัยจะทำการประเมินผลการพยาบาลซ้ำ นำผลของการพยาบาลมาวิเคราะห์ สำหรับปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจนบรรลุเป้าหมาย แล้วปรับแผนเป็นการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดซ้ำ ส่วนปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขให้บรรลุเป้าหมายได้ ปฏิบัติตามข้อ 1-2 เพื่อทำการกำหนดเป้าหมายใหม่หรือวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไป จนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย

สรุปผลการวิจัย

การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน มีประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยมีตัวบ่งชี้คือ ผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นหายที่ดีขึ้น และความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำลดลง เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานของการวิจัยที่กล่าวว่า ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน จะมีการฟื้นหายดีกว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

1.1 การพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 การที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ในวันที่ 1 และ 2 ในกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม โดยทุกขั้นตอนของการพยาบาลมีการบูรณาการผู้ดูแลมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพของการพยาบาล จนมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยดีขึ้น ทั้งในด้านระยะเวลาของการพ้นภาวะขาดน้ำที่เร็วกว่าในกลุ่มควบคุม และจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่ลดลง ในวันที่ 1 และ 2 มากกว่าในกลุ่มควบคุม เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 2) เป้าหมายทางการพยาบาล และ 3) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เริ่มจากการวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่พยาบาลร่วมกับผู้ดูแลในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว และปัญหาที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น โดยการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเด็กคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม 3 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล

สิ่งแวดล้อมภายในบุคคลจะช่วยให้พยาบาลแและผู้ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่เกิดจากตัวของผู้ป่วยเด็กเอง และการดูแลที่ไม่ถูกต้อง สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล จะช่วยให้พยาบาล และผู้ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ตลอดจนความคาดหวัง และความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เป็นการประเมินในด้านสิทธิ์ลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งในขั้นตอนนี้พยาบาลจะสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม และการที่พยาบาลได้แลกเปลี่ยนความคิดและความเข้าใจกับผู้ดูแลก่อนที่จะทำการตกลงปัญหาของผู้ป่วยเด็กร่วมกัน ส่งผลให้พยาบาลสามารถระบุปัญหาของผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม นอกจากนั้นการกำหนด เป้าหมายทางการพยาบาลร่วมกัน ทั้งเป้าหมายระยะเร่งด่วนและเป้าหมายระยะกลาง รวมทั้งการกำหนดแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล ทำให้แผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมทั้งในส่วนที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยเด็กโดยตรง และในส่วนที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ ภายหลังจากการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล พยาบาลและผู้ดูแล ร่วมกันประเมินผลในทุก ๆ กิจกรรมพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจสอบความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลตามเป้าหมายที่วางไว้ และเป็นข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายใหม่หรือวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไปจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายหลักคือ

ผู้ป่วยเด็กเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย และช่วยลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณสตรี รัตนลัมภ์ (2541) ที่ศึกษาถึงผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมนในมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบน ผลการศึกษาพบว่า มารดามีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลบุตรดีขึ้น ส่วนภาวะสุขภาพบุตรพบว่า ระยะเวลาในการป่วยลดลง และการศึกษาของวราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2536) ที่ศึกษาถึงผลของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ต่อระดับความวิตกกังวล และแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง และการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดด้านการทำกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับผลการวิเคราะห์รายด้าน สามารถอธิบายได้ดังนี้

1.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ในกลุ่มทดลอง น้อยกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการฟื้นหายด้านการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ดีกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าการที่พยาบาล และผู้ดูแลทำการประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยในเรื่องการเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ รวมทั้งพยาบาลยังได้อธิบายถึงอันตรายของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำรุนแรงจะเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงการดำเนินของโรค นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และกำหนดแผนการพยาบาลร่วมกันทำให้แผนการพยาบาลที่ได้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลจะดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารละลายเกลือแร่ทางปากอย่างเหมาะสม ซึ่งในขั้นตอนของการให้สารละลายเกลือแร่ทางปากกับผู้ป่วยเด็กนั้น พยาบาลมักไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากผู้ป่วยเด็กในวัยนี้จะกลัวคนแปลกหน้าเมื่อพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมนี้จึงได้รับการต่อต้านจากผู้ป่วยเด็ก พยาบาลจึงต้องทำการตกลงกับผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติกิจกรรมนี้แทนพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลทุกคนในกลุ่มทดลองได้ผ่านการประเมินปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล ผู้ดูแลจึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็ก (เพลินตา พรหมบัวศรี, 2536; อังคณา จิราจินต์, 2539; รุ้งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540) ดังนั้นเมื่อพยาบาลทำการตกลงกับผู้ดูแลจึงได้รับความร่วมมือด้วยดี ซึ่งผู้ดูแลทุกคนในกลุ่มทดลองคิดว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้ โดยบางคนข้อคำแนะนำจากพยาบาล และบางคนขอให้พยาบาลปฏิบัติให้ดู ซึ่งพยาบาลได้สอนและสาธิตโดยครอบคลุมในเรื่อง การเริ่มให้

สารละลายเกลือแร่ทางปากอย่างรวดเร็ว ถูกวิธี และต่อเนื่อง ตามความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยเด็ก โดยวิธีการให้สารละลายเกลือแร่ทางปากต้องค่อย ๆ ให้ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง ในเด็กเล็กให้ใช้ช้อนป้อนครั้งละ 1 ช้อนชา ทุก 1-2 นาที จะทำให้ลำไส้สามารถดูดซึมน้ำและเกลือแร่ได้ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กพ้นจากภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ และไม่เกิดภาวะขาดน้ำในระดับรุนแรง และยังช่วยฟื้นฟูลำไส้ให้กลับมาทำหน้าที่เป็นปกติได้เร็วขึ้นด้วย

การที่พยาบาลให้ความรู้กับผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการให้สารละลายเกลือแร่ทางปากกับผู้ป่วยเด็กด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี ปริญญวัฒน์ (2536) ที่พบว่า มารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับสารละลายเกลือแร่สูงและปานกลางจะใช้สารละลายเกลือแร่รักษาบุตร มากกว่ามารดาที่มีความรู้ต่ำ 18.5 และ 4.3 เท่า ตามลำดับ มารดาที่มีการรับรู้ว่าการป่วยของบุตรครั้งนี้รุนแรง จะใช้สารละลายเกลือแร่รักษาบุตรมากกว่ามารดาที่มีการรับรู้ว่าไม่รุนแรง 8.6 เท่า จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ดูแลมีความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงเช่น ผู้ดูแลคนหนึ่งกล่าวว่า “ก่อนหน้านี้ไม่รู้ว่าจะให้เกลือแร่กับเด็กต้องป้อนช้า ๆ ถ้ารู้จะป้อนตั้งแต่อยู่ที่บ้านลูกจะได้ไม่เป็นหนัก” หรือ ผู้ดูแลอีกคนกล่าวว่า “ตอนอยู่ที่บ้านให้ลูกกินน้ำจากขวดนม ลูกจะดูดน้ำเยอะมาก พักเดียวก็ถ่ายออกมาเป็นน้ำเลย ยิ่งดูดมากก็ยิ่งถ่าย ตอนนี้รู้แล้วว่าต้องป้อนช้า ๆ ลูกถึงจะหาย” ภายหลังจากให้คำแนะนำและสาธิตจนผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง พยาบาลจะกลับมาประเมินภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ของผู้ป่วยเด็กเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ดูแลทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กในทันที และร่วมกันผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กจนกระทั่งผู้ป่วยเด็กพ้นจากภาวะขาดน้ำ

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ที่เกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสม และการดำเนินการร่วมกับผู้ดูแลช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก และเมื่อได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเด็กทำให้ผู้ดูแล มั่นใจ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่าง ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองมีจำนวนชั่วโมงของการพ้นภาวะขาดน้ำ น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งก็คือผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นหายด้านการพ้นภาวะขาดน้ำดีกว่ากลุ่มควบคุม

1.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการฟื้นหายด้านการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ในวันที่ 1 และ 2 ดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ทราบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองทุกคนไม่มีความรู้ในเรื่องประโยชน์และลักษณะของอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยขณะที่มีอาการอุจจาระร่วง พยาบาลจึงต้องให้ความรู้

กับผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้อาหาร โดยเริ่มให้อาหารได้ทันทีที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะขาดน้ำ และเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ในปริมาณที่ผู้ป่วยเด็กรับได้ ในรายที่ผู้ป่วยเด็กยังรับนมแม่ให้ผู้ป่วยเด็กได้รับต่อไป และในรายที่พบว่ามีปัญหาพร่องน้ำย่อยแลคเตส พยาบาลจะประสานงานกับแพทย์ในทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับนมผสมแลคโตสต่ำ จากการศึกษาผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีปัญหาพร่องน้ำย่อยแลคเตส พยาบาลจึงต้องทำการตกลงการรับรู้ร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลในกลุ่มที่ผู้ป่วยต้องรับประทานนมแลคโตสต่ำ ไม่มีความรู้ในเรื่องสาเหตุการเกิดปัญหาพร่องน้ำย่อยแลคเตส และไม่ทราบอัตราส่วนของการชงนมผสมแลคโตสต่ำ ผู้ดูแลทุกคนต้องการคำแนะนำ พยาบาลจึงอธิบายให้ผู้ดูแลทราบว่า สาเหตุการเกิดปัญหาพร่อง น้ำย่อยแลคเตสเกิดจากการที่ลำไส้ของผู้ป่วยเกิดการอักเสบทำให้ไม่สามารถสร้างน้ำย่อยออกมาย่อยนมวัวได้ ผู้ป่วยเด็กจึงต้องดื่มนมผสมแลคโตสต่ำ ซึ่งเป็นนมผสมที่ผลิตจากถั่วเหลืองลำไส้จึงสามารถย่อยและดูดซึมได้ดี โดยอัตราส่วนในการผสม ใช้นม 1 ช้อนตวง ผสมกับ น้ำต้มสุกอุ่น 2 ออนซ์ หลังจากให้คำแนะนำผู้ดูแลทุกคนเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องการการสาธิต เนื่องจากการชงนมเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลคุ้นเคยและสามารถทำได้เมื่อได้รับคำแนะนำ หลังจากนั้นพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลในการประเมินผลพบว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะปฏิเสธการรับนมผสมแลคโตสต่ำ เมื่อผู้ดูแลชงให้ในครั้งแรกเนื่องจากไม่คุ้นเคย แต่เมื่อผู้ดูแลชงให้ในมื้อต่อไป และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานทำให้ผู้ป่วยเด็กเริ่มยอมรับนมผสมแลคโตสต่ำในมื้อต่อ ๆ ไป แต่มีผู้ป่วยเด็กบางรายที่ไม่ยอมรับนมผสมแลคโตสต่ำเลย พยาบาลกับผู้ดูแลจึงต้องร่วมกันหาอาหารที่เหมาะสม และผู้ป่วยเด็กยอมรับประทาน ซึ่งผู้ดูแลของเด็กในกลุ่มนี้คิดว่าน่าจะให้ข้าวต้มซึ่งเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายแทน พยาบาลจึงประสานงานกับแพทย์และฝ่ายโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับข้าวต้มแทน

ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองจะได้รับอาหารที่เหมาะสม โดยได้รับอาหารทันทีที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะขาดน้ำ และอาหารที่ได้รับคือ นมแม่ นมผสมแลคโตสต่ำ และอาหารอ่อนย่อยง่าย ซึ่งการที่ผู้ป่วยเด็กได้รับอาหารที่เหมาะสมจะช่วยให้ผิวลำไส้ที่ถูกทำลายได้รับการซ่อมแซม ส่งผลให้ลำไส้สามารถดูดซึมสารน้ำและเกลือแร่ได้ดี ช่วยให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระน้อยลง ส่งผลให้เกิดการฟื้นหายได้ดีขึ้น (Hoskenberry-Eaton, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ สกนธนะ จันทร์พาหิรกิจ (2530) ที่พบว่า เด็กที่ได้รับนมผสมแลคโตสต่ำ และโจ๊ก มีความถี่ของการอุจจาระน้อยลง และลักษณะของการถ่ายอุจจาระดีขึ้น และ Walker-Smith et al (1997) พบว่า การให้นมแม่ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยเด็กมีอาการอุจจาระร่วง จะช่วยให้จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระลดลงได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในวันที่ 1 กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระมากกว่าในกลุ่มควบคุม และในวันที่ 2 ก็พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระมากกว่าในกลุ่มควบคุม และมากกว่าในวันที่ 1 นอกจากนั้นยังพบว่ามีผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลอง 4 รายที่

ได้รับการอนุญาตให้กลับบ้านได้ภายหลังได้รับการดูแลรักษา1 วัน ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่ามีผู้ป่วยเด็กเพียง 1 รายที่ได้รับอนุญาตให้กลับบ้านภายหลังได้รับการดูแลรักษา 1 วัน

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสม และการดำเนินการร่วมกับผู้ดูแลในทุกขั้นตอน ช่วยให้พยาบาลสามารถสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยเด็กแต่ละราย และผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้จริง ทำให้ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองได้รับอาหารที่เหมาะสมส่งผลให้ผิวลำไส้ได้รับการซ่อมแซม และสามารถดูดซึมสารน้ำและสารอาหารได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กถ่ายอุจจาระลดลง ดังนั้นผลการวิจัยจึงพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่ลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุม ทั้งในวันที่ 1 และ 2 ซึ่งก็คือผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นหายด้านการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ ดีกว่า กลุ่มควบคุม

2. ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานของการวิจัยที่กล่าวว่า ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน จะมีความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำน้อยกว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการนำผู้ดูแล มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กในทุกขั้นตอนของกิจกรรมการพยาบาล เริ่มจากการวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่พยาบาลร่วมกับผู้ดูแลในการประเมินความกลัวของผู้ป่วยเด็ก และวิธีการที่ผู้ดูแลเคยใช้ดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อเกิดความกลัว พยาบาลและผู้ดูแลนำข้อมูลที่ได้มาทำการตกลงการรับรู้ปัญหาร่วมกัน นำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมการพยาบาลทางการพยาบาลร่วมกันในการช่วยลดความกลัวให้กับผู้ป่วยเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่ได้จึงมีความเหมาะสมตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งผู้ป่วยเด็กในวัย 1-3 ปี เป็นวัยที่มีพัฒนาการถึงระดับที่จะเข้าใจได้ว่าสถานการณ์ใดก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ (Ollendick et al, 1991 cited in Carroll and Ryan-Wenger, 1999) เด็กในวัยนี้จึงมีความกลัวเกิดขึ้นได้ Piaget (1973) ได้อธิบายพัฒนาการด้านการรู้คิดของเด็กในช่วงวัย 1-3 ปี ซึ่งเกี่ยวข้องกับความกลัวของเด็กว่า เด็กในวัยนี้จะกลัวบุคคลแปลกหน้า กลัวสิ่งแวดล้อมแปลกใหม่ และที่สำคัญเด็กในวัยนี้จะกลัวการพรากจากมารดาหรือครอบครัว ซึ่งความกลัวเหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเกิดขึ้นในสถานที่ที่ผู้ป่วยเด็กไม่คุ้นเคย และมีพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลแปลกหน้าเป็นผู้ปฏิบัติ

กิจกรรม การพยาบาลให้กับผู้ป่วยเด็ก นอกจากนั้นขณะที่เด็กได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยเด็กต้องถูกแยกจากผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความกลัว และมีการตอบสนองต่อการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่แสดงออกให้เห็นได้แก่ การขัดขืน ปฏิเสธ ไม่ยอมให้ความร่วมมือ เป็นต้น จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่ขั้นตอนการให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามปกตินั้น ผู้ป่วยเด็กจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในห้องทำหัตถการ โดยไม่มีผู้ดูแลอยู่ด้วย แม้ว่าในห้องทำหัตถการจะมีสติ๊กเกอร์รูปสัตว์ติดอยู่บนผนังในตำแหน่งที่ ผู้ป่วยเด็กสามารถเห็นได้ และพยาบาลบางคนพยายามที่จะช่วยลดความกลัวให้กับผู้ป่วยเด็ก โดยการชี้ให้ผู้ป่วยเด็กดูสติ๊กเกอร์ แต่ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุมก็ยังมีความกลัวสูงกว่าในกลุ่มทดลอง

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจาระร่วงเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กไม่ต้องแยกจากผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่เด็กคุ้นเคย และผู้ดูแลยังช่วยปลอบโยน กอด หรือสัมผัสตัวผู้ป่วยเด็กทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม และบุคคลที่เด็กที่ไม่คุ้นเคย ลดความวิตกกังวลจากการพรากจาก เกิดความรู้สึกมั่นคงอบอุ่น ปลอดภัย จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความกลัวน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Frankle, Shiere, and Fogles (1962 cited in GonZales et al, 1989) ที่ศึกษาพฤติกรรมของเด็กอายุ 31/2-4 ปี ที่ได้รับการตรวจฟันระหว่างกลุ่มที่มีมารดาอยู่ด้วยและไม่มีมารดาอยู่ด้วยในขณะตรวจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีมารดาอยู่ด้วยกลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้านน้อยกว่า กลุ่มที่ไม่มีมารดาอยู่ด้วย

นอกจากการให้ผู้ดูแลอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเด็กขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแล้ว กิจกรรมการพยาบาลยังประกอบด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้ของเล่น ซึ่งการเบี่ยงเบนความสนใจเป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลหันเหความสนใจจากสิ่งกระตุ้นหนึ่งไปสู่สิ่งกระตุ้นอื่นที่น่าสนใจ และสร้างความรู้สึกพึงพอใจมากกว่า (Kachoyeanos and Friedhaff, 1993) เด็กอายุ 1-3 ปี เป็นวัยที่อยู่ในระยะของเล่น (Toy stage) เด็กจึงชอบการเล่นกับสิ่งของต่าง ๆ ของเล่นที่เหมาะสมกับเด็กวัยนี้ควรเป็นของเล่นที่สามารถกระตุ้นเร้าประสาทสัมผัส ทั้งในด้านการมอง การฟังเสียง และจับต้องได้ ซึ่งจะทำให้เด็กสนใจ และรู้สึกพึงพอใจกับของเล่นเหล่านั้น การใช้ของเล่นจึงสามารถเบี่ยงเบนความสนใจของเด็กจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ โดยการเบี่ยงเบนความสนใจที่นำมาใช้กับผู้ป่วยเด็กนั้น ผู้ดูแลจะเป็นผู้ปฏิบัติตั้งแต่การเลือกของเล่นที่เด็กสนใจ และเล่นร่วมกับผู้ป่วยเด็กตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยของเล่นที่นำมาใช้ประกอบด้วย1) กีตาร์เด็กเล่นที่มีปุ่มสำหรับกดเพื่อให้เกิดเสียงดนตรี 2) รถเด็กเล่นที่สามารถเปิดเสียงและมีแสงกระพริบได้ 3) โทรศัพท์มือถือที่กดแล้วมีเสียงและแสง และ4) ตุ๊กตารูปจิงโจ้ และโคอาลา ซึ่งของ

เล่นแต่ละชิ้นสามารถกระตุ้นเร้าประสาทสัมผัสของผู้ป่วยเด็ก ทั้งจากการมอง การสัมผัสจับต้อง และการฟังเสียง

จากการศึกษาพบว่าการให้ของเล่นกับผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลอง สามารถเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็กได้ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เมื่อเห็นของเล่น ก็จะหยุดการทำพฤติกรรมต่าง ๆ จ้องมองไม่วางตา และเมื่อผู้ดูแลส่งของเล่นให้ ผู้ป่วยเด็กก็จะรับมาถือไว้แล้วจ้องมองอีก ซึ่งของเล่นที่ผู้ดูแลเลือกส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับเพศของเด็ก โดยเพศชายผู้ดูแลจะเลือกรถยนตร์ของเล่น กีตาร์ และโทรศัพท์ เพศหญิงผู้ดูแลจะเลือก กีตาร์ โทรศัพท์ และตุ๊กตา เมื่อผู้ดูแลเริ่มต้นชวนเด็กเล่นซึ่งของเล่นที่สามารถเปิดเสียงได้จะได้รับความสนใจจากผู้ป่วยเด็กมากกว่าตุ๊กตา และรถยนตร์เด็กเล่นที่มีทั้งเสียงและแสง จะได้รับความสนใจจากผู้ป่วยเด็กมากกว่าของเล่นที่มีแต่เสียง โดยในขณะที่เล่นผู้ป่วยเด็กจะหันมาสนใจพยาบาลประจำการที่จะแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เมื่อพยาบาลประจำการสัมผัสตัวผู้ป่วย ซึ่งในช่วงนี้พยาบาลจะกระตุ้นให้ ผู้ดูแลชักชวนให้เด็กหันมาสนใจกับของเล่น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเด็กก็จะหันมาสนใจของเล่น แต่ก็มีผู้ป่วยเด็กบางคนเมื่อถูกสัมผัสตัว ก็จะคอยมองพยาบาลประจำการโดยไม่เล่นต่อ พยาบาลจึงต้องกระตุ้นให้ผู้ดูแลพูดคุย ปลอบโยน และกอดผู้ป่วยเด็กไว้ ซึ่งผู้ป่วยมักจะร้องไห้แต่ไม่ดิ้นรนขัดขืน และจากการศึกษาพบผู้ป่วยเด็ก 2 คน ที่ไม่ยอมเล่นของเล่น และร้องไห้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้ผู้ดูแลกอดและปลอบโยนแทนการเล่นของเล่น ซึ่งผู้ป่วยเด็กก็สงบลงได้ เมื่อสอบถามกับผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยเด็กทั้ง 2 คน กำลังง่วงนอนจึงไม่สนใจที่จะเล่นของเล่น

การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้ของเล่น ทำให้ผู้ป่วยเด็กหันเหความสนใจจากสิ่งกระตุ้นที่น่ากลัวคือการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หันไปสนใจของเล่นน่าสนใจ และสร้างความรู้สึกพึงพอใจมากกว่า ของเล่นที่ประกอบด้วย 1) กีตาร์เด็กเล่นที่มีปุ่มสำหรับกดเพื่อให้เกิดเสียงดนตรี 2) รถเด็กเล่นที่สามารถเปิดเสียงและมีแสงกระพริบได้ 3) โทรศัพท์มือถือที่กดแล้วมีเสียงและแสง และ4) ตุ๊กตารูปจิงโจ้ และโคอาลา เป็นของเล่นที่สามารถกระตุ้นเร้าประสาทสัมผัส ทั้งในด้านการมอง การฟังเสียง และจับต้องได้ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้ของเล่น จึงช่วยลดความกลัวให้กับผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปีได้ นอกจากนั้นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้วิจัยได้รับจากการพูดคุยกับผู้ดูแลยังพบว่า ผู้ป่วยเด็กมีความกลัวน้อยลง เช่น ผู้ดูแลคนหนึ่งกล่าวว่า “เมื่อวานพาไปคลินิกหมอฉีดยาให้ลูกดิ้นมากต้องจับกัน 2-3 คน วันนี้ยังแปลกใจไม่ค่อยดิ้น สงสัยจะชอบกีตาร์ ”

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจาระร่วงเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่นำผู้ดูแลมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กไม่ต้องแยกจากผู้ดูแล และผู้ดูแลยังคอยพูดคุยปลอบโยน กอด หรือสัมผัสตัวผู้ป่วยเด็กจึงเกิดความรู้สึกมั่นคง อบอุ่น และปลอดภัย เมื่อประกอบกับการให้ผู้ดูแลช่วยเลือกของเล่นที่ผู้ป่วยเด็กชอบ ทำให้ของเล่นนั้น ๆ เป็นของเล่นที่ผู้ป่วยเด็กพึงพอใจโดยมีผู้ดูแลเป็น

ผู้ร่วมเล่น ของเล่นเหล่านั้นจึงสามารถเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็กจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองจึงมีความกลัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจาระร่วงเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม โดยในทุกขั้นตอนของการพยาบาลเกิดจากการดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยทั้งในด้านการพ้นภาวะขาดน้ำ และการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่ได้เป็นปกติ รวมทั้งช่วยลดความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้กับผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งก็คือการช่วยให้ระบบของผู้ป่วยเด็กกลับกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์นั่นเอง

อภิปรายผลเพิ่มเติม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การนำการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนไปใช้โดยเฉพาะในขั้นตอนของการวินิจฉัยทางการพยาบาล ด้วยแบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล การนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแลใน 7 รายแรกนั้นต้องใช้เวลาค่อนข้างมากประมาณ 2 ชั่วโมงต่อราย เพราะผู้วิจัยยังไม่ชำนาญในการใช้ทำให้การสัมภาษณ์เป็นลักษณะของการอ่านข้อคำถาม แล้วถามกับผู้ดูแล การพูดคุยจึงเป็นลักษณะของการถามตอบ ซึ่งคำตอบที่ได้มักจะเป็นคำตอบสั้น ๆ โดยไม่ได้อธิบายรายละเอียด ผู้วิจัยจึงต้องใช้คำถามอื่น ๆ และกระตุ้นให้ผู้ดูแลช่วยเล่ารายละเอียดต่าง ๆ จนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วน จากการสังเกตพบว่าผู้ดูแลบางคนจะมีสีหน้าเบื่อหน่ายบางคนดูอ่อนเพลีย และเมื่อทำการตกลงปัญหาร่วมกันผู้ดูแลมักจะกล่าวว่า “คุณพยาบาลจะให้ทำอะไรก็บอกมาเถอะ หนูไม่ค่อยรู้เรื่องหรอก บอกมาเลยก็แล้วกัน” ซึ่งจากคำพูดดังกล่าวแสดงให้ทราบว่าผู้ดูแลยังไม่เข้าใจถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยจึงต้องพูดคุยทำความตกลงกับผู้ดูแลซ้ำอีกครั้งโดยต้องเน้นให้ผู้ดูแลเข้าใจว่า ตัวผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญอย่างมากในการร่วมคิดและตัดสินใจร่วมกับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ผู้ดูแลจึงเริ่มเข้าใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในทุกขั้นตอนการพยาบาล

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยต้องใช้เวลา และความพยายามเป็นอย่างมาก ในการที่จะทำให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก แต่การใช้เวลาและความพยายามก็ช่วยเพิ่มประสบการณ์ และทักษะ ดังนั้นในผู้ดูแลรายที่ 8 เป็นต้นมา ผู้วิจัยจึงเริ่มปรับจากการอ่านข้อคำถามแล้วให้ผู้ดูแลตอบ เป็นการพูดคุยโดยให้ผู้ดูแลเล่าให้ฟัง การถามคำถามจะเป็นคำถามที่ต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับตามแบบประเมินสภาพ แต่ต้องสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยเด็ก และสถานการณ์ของการพูดคุยกับผู้ดูแลแต่ละราย การตกลงปัญหากำหนดเป้าหมาย

และกิจกรรมการพยาบาล จะเกิดขึ้นภายหลังจากรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ๆ ได้เพียงพอ ทำให้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลลดลงเหลือประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และในกรณีที่พบว่าผู้ดูแลไม่มีความพร้อมในการให้สัมภาษณ์ เช่น มีอาการอ่อนเพลีย หรือเบื่อหน่าย การสัมภาษณ์อาจไม่ต้องกระทำจนได้ข้อมูลครบทุกข้อ แต่ต้องได้ข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญเหมาะสมกับอาการของ ผู้ป่วยเด็กในขณะนั้น และเมื่อสอบถามผู้ดูแลแล้วพบว่ามีความพร้อมในการพูดคุย จึงเริ่มสัมภาษณ์ผู้ดูแลในส่วนที่ยังขาดอยู่ก็จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน โดยได้รับความร่วมมือที่ดีจาก ผู้ดูแล

การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ เนื่องจากในทุกขั้นตอนการพยาบาลเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยทุกขั้นตอนการพยาบาลมีความยืดหยุ่น และปรับให้เข้ากับความรู้ ความสามารถ ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ดูแลแต่ละราย ดังนั้นผู้ดูแลจึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ในสถานการณ์จริง และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยความเต็มใจ และการที่ผู้ดูแลได้ร่วมในการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลกับพยาบาล ยังช่วยให้ผู้ดูแลได้รับทราบความก้าวหน้า หรืออาการบางอย่างของผู้ป่วยเด็กที่ยังต้องเฝ้าระวัง โดยที่ตัวผู้ดูแลก็ทราบถึงบทบาทของตัวเองในการจัดการ กับอาการเหล่านั้น จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็น ได้ว่า การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ช่วยให้พยาบาลได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลมากกว่าแค่ผู้รับบริการ แต่ผู้ดูแลได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมพยาบาลช่วยสร้างมิตรภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและการมีมิตรภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ

จะเห็นได้ว่าการนำ การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กนั้น ในระยะแรกของการนำไปใช้นั้น อาจต้องใช้เวลาและความพยายามค่อนข้างมากในการที่จะรวบรวบข้อมูลของผู้ป่วยเด็กจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล แต่เมื่อได้ลงมือปฏิบัติไปสักระยะหนึ่งผู้ใช้จะเกิดทักษะและสามารถสัมภาษณ์ผู้ดูแลได้ดีขึ้นและใช้เวลาน้อยลง ซึ่งการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็กได้อย่างครบถ้วน จะช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดปัญหาของผู้ป่วยเด็กได้อย่างครอบคลุม นำไปสู่การปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตอบสนองความต้องการอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมจนกระทั่งเกิดการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย และช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่แสดงถึงความคุ้มค่าในการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรนำ การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับผู้ป่วยเด็ก โดยก่อนนำไปใช้ควรมีการจัดอบรมพยาบาลเพื่อให้พยาบาลมีความรู้และเข้าใจ และสามารถนำผู้ดูแลมามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล และ ปฏิบัติกิจรรมการพยาบาลได้อย่างสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์คือผู้ป่วยเด็กเกิดการฟื้นหายจากโรค และช่วยลดความกลัวให้กับผู้ป่วยเด็กได้

2. การใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล ในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลนั้น พยาบาลอาจต้องประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้ดูแลขณะทำการสัมภาษณ์ด้วยเสมอ เนื่องจากแบบประเมินสภาพนี้สร้างขึ้นเพื่อให้สามารถประเมินผู้ป่วยเด็กครอบคลุมเป็นองค์รวม ทำให้จำนวนข้อและรายละเอียดค่อนข้างมาก ผู้ดูแลอาจเบื่อหน่าย หรืออาจจะอ่อนเพลียจากการดูแลผู้ป่วยเด็ก พยาบาลอาจต้องทำการประเมินและตกลงร่วมกับผู้ดูแลในปัญหาที่ต้องรีบแก้ไขก่อน จึงค่อยสัมภาษณ์ผู้ดูแลในหัวข้อต่อไปภายหลัง

3. การเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยเด็กจากการให้สารน้ำทางหลดเลือดดำโดยใช้ของเล่นนั้น พยาบาลสามารถนำแนวทางไปใช้ในการเบี่ยงเบนสนใจของผู้ป่วยจากหัตการอื่น ๆ ได้ เช่น การเจาะเลือด การฉีดยา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน โดยใช้ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อศึกษาถึงผลของการพยาบาลเมื่อใช้พยาบาลทั้งหอผู้ป่วยร่วมกันดูแลผู้ป่วยเด็ก และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน เน้นที่การรับรู้และดำเนินการร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ซึ่งน่าจะส่งผลถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้

3. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นที่ เป้าหมายระยะเร่งด่วน และเป้าหมายระยะกลาง ยังขาดการศึกษาต่อเนื่องไปถึงเป้าหมายระยะยาว จึงควรมีการศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน โดยทำการศึกษาตามเป้าหมายทั้ง 3 ระยะ ซึ่งจะช่วยให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ขึ้น

4. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยนำทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมลวัน ดิษยบุตร. (2542). รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเล็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.

กองควบคุมโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2543). แนวปฏิบัติการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองระบาดวิทยา. (2546). Reported case of diarrhea (02) by province and age group, Thail[Online]. Available from: http//epid. moph. go. th[2546 พฤษภาคม 2]

กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล. (2534). การพยาบาลแบบองค์รวมกับการดูแลสุขภาพของตนเอง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 4 เรื่องการพยาบาลกับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง. วันที่ 2-4 เมษายน 2534. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). ทฤษฎีการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จีรวัฒน์ เกษมสันต์ และ พรจิตร ศิริพานทอง. (2543). รายงานการวิจัยเรื่องผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนด้านจิตใจโดยการใช้หนังสือการ์ตูนต่อความกลัวการเปิดหลอดเลือดดำ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชื่นจิตต์ สมจิตต์. (2545). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยผ่านซื่อวีดีทัศน์ ต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชุติมา จินต์วิเศษ. (2540). ผลของการมีมารดาอยู่ด้วยต่อปฏิกิริยาตอบสนองของเด็กวัยก่อนเรียนต่อการเจาะหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ฐิติพร อุดมกิตติ. (2540). ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจต่อความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันในเด็กวัยทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงรัตน์ คัดทะเล. (2532). ผลของการเตรียมจิตใจด้ยการเล่าเรื่องต่อการให้ความร่วมมือในการเจาะหลังของเด็กวัยก่อนเข้าเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2538). ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทัศนีย์ อรรถารส. (2538). ผลของการเตรียมจิตใจต่อความกลัวในการรับรังสีรักษาในเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นงลักษณ์ จินตนาดิลก. 2545. รายงานวิจัยศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมเพื่อลดความกลัวในเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการตรวจรักษาโดยการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำ. วารสารพยาบาลศาสตร์. ปีที่ 20 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2545): 52-62.

นที เกื้อกูลกิจการ. (2537). การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นฤมล ธีระรังสิกุล. (2532). ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนตอนต้น โดยใช้การเล่นต่อความกลัวการฉีดยา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิพัทธ์ สีมาขจร และ วันดี วราวิทย์. (2547). อุจจาระร่วงเฉียบพลัน. ใน วันดี วราวิทย์ และคณะ (บรรณาธิการ), แนวเวชปฏิบัติโรคทางเดินอาหารในเด็กที่พบบ่อย, บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์: กรุงเทพ.

พยอม อิงคตานุวัฒน์. 2525. ศัพท์จิตเวช.. กรุงเทพมหานคร: ไพศาลศิลป์.

พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. (2538). โภชนศาสตร์ทางคลินิกในเด็ก: Clinical nutrition in pediatrics. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

พิมพ์ลักษณ์ ธานินทร์ธราธาร และวิภา ปริญานุภาพ, (2542). ผลของสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ให้เด็กโรคอุจจาระร่วง. วารสารสุขศึกษา. ฉบับที่ 22: 51-60.

พิมพ์ลักษณ์ ธานินทร์ธราธาร. (2541). การจัดตั้ง ORT Corner, ORT unit, และ DTU ในสถานพยาบาล, โรงพยาบาล, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ใน พิศมัย ธรรมชาติ และคณะ (บรรณาธิการ), เอกสารการอบรม การพยาบาลโรคเด็ก 17-28 สิงหาคม 2541 หลักสูตร “หลักสูตรการพยาบาลโรคเด็ก”. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์.

เพลินตา พรหมบัวศรี. (2536). การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาของมารดาในกลุ่มเด็กโรคหอบหืดที่มีการควบคุมโรคต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพียรวิทย์ ตันติแพทยางกูร. (2541). โภชนาการกับการเจ็บป่วย. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ์ ศิริปุณย์ และ สุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ), ตำรากุมารเวชศาสตร์ 3, 285-286. กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

ฟาริดา อิบราฮิม. (2545). สาระน่ารู้พยาบาลกับการเปลี่ยนแปลง. วารสารพยาบาลศาสตร์. ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2545): 8-12.

มณี คูประสิทธ์. (2539).ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มยุรี ปริญญวัฒน์. (2536). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการก่ารใช้สารละลายเกลือแร่ของมารดา ในการรักษบุตร อายุ 0-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ณ แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์: การศึกษาเชิงปริมาณ และคุณภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มุกดา ส.กาญจนะชัย. (2541). การพยาบาลโรคอุจาระร่วง. ใน พิศมัย ธรรมชาติ และคณะ (บรรณาธิการ), เอกสารการอบรม การพยาบาลโรคเด็ก 17-28 สิงหาคม 2541"หลักสูตรการพยาบาลโรคเด็ก", Q2 1-10. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์.

รพีพร ธรรมสาโรรัชต์. 2542. ผลการใช้หนังสือภาพการ์ตูนตัวแบบต่อการลดความกลัวและการให้ความร่วมมือในการฉีดยาของเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รพีพร สิงขรอาสน์. (2545). ผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมน ต่อการปฏิบัติตัวและระดับค่าฮีมาโตคริต ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ราชกิจจานุเบกษา.(2545). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545[Online]. Available from: http//www.moph. go. th[2547 กันยายน 26]

ราชบัณฑิตสถาน. 2538. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตสถาน.

รุ้งทิพย์ วีระกุล. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจา ภู่ไพบูลย์, บรรณาธิการ. (2542). แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพมหานคร : นิติบรรณาการ.

ลำดวน นำศิริกุล. (2545). โรคอุจจาระร่วงในเด็ก. วารสารแม่และเด็ก ปีที่ 25 ฉบับที่ 365 (มีนาคม): 59-61.

วรรณสตรี รัตนลัมภ์. (2541). ผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมนในมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบน อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราภรณ์ ชัยวัฒน์. (2536). ผลของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ต่อระดับความวิตกกังวลและแบบแผนการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วราภรณ์ ชัยวัฒน์. 2544. ความกลัวของเด็กไทยวัยเรียน. วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์. ปีที่ 1, ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2544): 32-41.

วัณเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สูอำพัน และ นงพะงา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. (2538). จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

วันดี วราวิทย์ และ คณะ, บรรณาธิการ. (2537). โรคระบบทางเดินอาหารและโภชนาการในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันทนีย์ อิสระไพจิตร์. (2538). อุบัติการณ์ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาณี แม่นยำ. (2540). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา)

วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล. (2546). ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก. (2529). ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟังนิทานต่อความเจ็บปวดเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริกุล อำพันแสง. (2532). ประสิทธิผลของการใช้เทปโทรทัศน์ในเด็กวัยเรียนต่อการลดความกลัวและการเพิ่มพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการถอนฟัน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิรินภา ชี้ทางให้ และ ยุพิน อังสุโรจน์. (2545). การศึกษาตัวชี้วัดประสิทธิผลขององค์การพยาบาล วารสารสภาการพยาบาล 17, 1 (January - March). 62-76.

ศิริวรรณ ใบตระกูล. (2546). ผลของการเตรียมด้านจิตใจต่อความกลัวการได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โศภณ นภาธร. (2540). การควบคุม Body volume และ osmolality. ใน อรุณ วงษ์จิราษฎร์, อัจฉรา สัมบุณณานนท์ และ ประไพพิมพ์ ธีรคุปต์ (บรรณาธิการ), ปัญหาสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และ โรคไต, 33-68. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

สกนธนะ จันทร์พาหิรกิจ. (2530). การตอบสนองของเด็กอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หลังการได้รับอาหารต่างกันคือ นมผสมสูตรธรรมดาเจือจาง นมผสมแลคโตสต่ำ และ โจ๊ก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2541). ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). ปฏิรูปแนวคิดคนไทย: สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์จำกัด.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2546). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.(อัดสำเนา)

สมปรารถนา ทรายสมุทร. (2545). ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2538). แนวคิดและหลักการพยาบาลแบบองค์รวม. เอกสารประกอบการประชุมการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อสุขภาพสตรี. วันที่ 22-24 มีนาคม 2538. ณ ห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ บางขุนนนท์.

สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส). (2547). โปรแกรมปรับปรุง Thai DRG Grouper รุ่นใหม่ (V 3.2.4) [Online]. Available from: http://www.chi.or.th[2004, กุมภาพัน ธ์ 3]

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี. (2544). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549). กรุงเทพมหานคร: คุรุสภา.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส). (2544). (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์จำกัด.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แนวทางการบริบาลโรคติดต่อที่พบบ่อยในเด็ก สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สุคนทา คุณาพันธ์. (2545). การปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุจิตรา นิมมานนิตย์ และ ประมวณ สุนากร, บรรณาธิการ. (2536). ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : ดีไซร์จำกัด.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และ วิพร เสนารักษ์. (2534). กระบวนการพยาบาลทฤษฎีและการนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร: ขอนแก่นการพิมพ์.

สุชา จันทน์เอม. (2536). จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

สุดารัตน์ ประเสริฐสังข์. 2542. ผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพร ตรีพงษ์กรุณา และ สุกัญญา จงถาวรสถิตย์, บรรณาธิการ. (2544).รายงานการประชุมปฏิบัติการโรคอุจจาระร่วง ครั้งที่ 12 การควบคุมโรคอุจจาระร่วงและแนวทางแก้ไขในทศวรรษหน้า 24-26 ต.ค. 2543 ณ ห้องประชุมอารีวัลยะเสวี. โรงพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

สุภา หริกุล. (2541). โรคอุจจาระร่วงในเด็ก. ใน พิสมัย ธรรมชาติ และ คณะ (บรรณาธิการ), เอกสารประกอบการอบรม การพยาบาลโรคเด็ก 17 – 28 สิงหาคม 2541 หลักสูตรการพยาบาลโรคเด็ก, หน้า Q1-1- Q1-9. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (อัดสำเนา)

สุวดี ศรีเลณวัติ. (2534). จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิชาญพริ้นท์ติ้ง.

อธิวัฒน์ เปล่งสอาด. (2544). โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก (Acute diarrhea in children). วารสารรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน (กทม). ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 (มกราคม 2544): 2-

7.

อรุณี ทรัพย์เจริญ, บรรณาธิการ. (2537). กุมารเวชศาสตร์เขตร้อนโรคเด็กที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์จำกัด.

อังคณา จิราจินต์. (2530). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัญชลี ชนะกุล. (2528). ผลของการเตรียมเด็กวัยเรียนด้านจิตใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการผ่าตัดทอนซิลต่อความกลัวและการให้ความร่วมมือในการรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล ทองช่วย. (2541). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดน้ำที่คุกคามต่อชีวิต ในเด็กโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล อสัมภินทรัพย์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการรบรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Algren, C. L. (2001). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In D. L. Wong and et al (eds.), Wong's essentials of pediatric nursing. 665-715. St. Louis: Mosby.

Azarnoff, P. (1974). Mediating the trauma of serious illness and hospitalization in children. Children Today 2: 12 - 17.

Barkin, R. M., and Rosen, P. (1994). Emergency pediatrics: A guide to ambulatory care. 4th ed. St. Louis: Mosby.

Behrman, R. E., Kliegman, R. M., and Jenson, H. B. (2000). Nelson textbook of pediatrics. 16th ed. Philadelphia: W. B Saunders.

Bhattachary, S.K., and others. (1995). Risk factors for development of dehydration in yong children with acute watery diarrhea a case-control study. Acta Pediatric Vol. 84: 160-164

Bhutta, Z. A., Nizami, S. Q., and Isani, Z. (1999). Zinc supplementation in malnourished

children with persistent diarrhea in Pakistan. Pediatric 103, 4 (April).e42.

Bowden, V. R., and Greenberg, C. S. (2003). Pediatric nursing procedures. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Bowen, A. M., and Dammeyer, M. M. (1999). Reducing children's immunization distress in a primary care setting. Journal of Pediatric Nursing 14 (5 October 1999): 296-303.

BrooK, J.B. 1987. The process of parenting. California: Mayfield Publishing.

Burns, N. and Grove, S. K. (2001). The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders company.

Carroll, M. K., and Ryan-Wenger, N. A. (1999). School-age children's fears, anxiety, and human figure drawing. Journal of Pediatric Health Care 13, 1: 24-31.

Carter, K., and Dearmun, A. K. (1995). Child health care nursing: Concepts, theory, and practice. Oxford: Blackwell science.

Cavender, K., and others. (2004). Parents' positioning and distraction children during venipuncture: Effects on children' s pain, fear, and distress. Journal of Holistic Nursing 22, 1 (March): 32-56.

Chaiyawat, W. (2000). Psychometric properties of the Thai versions of STAIC-R and CMFS-R in Thai school age children. Unpublished Doctoral dissertation, School of Nursing of State University of New York at Buffalo, New York, USA.

Dahlguist, L. M., Pendley, J. S., Landthrip. D. S., Jones. C. L., and Steuber. C. P. (2002). Distraction intervention for preschoolers undergoing intramuscular injection and subcutaneous port access. Health Psychology 21, 1: 94-99.

Daigneau, C. V. (2001). The child with gastrointestinal dysfunction. In D. L Wong, and others, Wong's essentials of pediatric nursing, 799-782. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Evans, M. A. (1994). An investigation in the feasibility of parent participation in the nursing care of their children. Journal of Advanced Nursing 20: 477-482.

Farth, M. J. G. (1997). Acute diarrhea: Pathophysiology. In M. Gracey, and J. A. Walker-Smith (eds.), Nestle nutrition workskop series volume 38: diarrhea disedse, 55-73. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Gonzales, J. (1993). Pediatric asthma login and take exam[Online]. Available from:

http://www.myfreece.com/Public/Course_Take.asp?[2003, June 18]

Goodwin, D. W. (1983). Phobia and facts. New York: Oxford University Press.

Gracey, M. and Walker-Smith, J. A. (1997). Nestle nutrition workskop series volume 38: diarrhea disedse, 55-73. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Hamilton, J. R. (1985). Acute diarrhea. In W. A. Walker, J. B. Watkins (eds.), Nutrition Pediatrics: Basic science and Clinical Application. 529-540. Boston: Little Brown and Company.

Hockenberry-Eaton, M. (2001). Conditions that produce fluid and electrolyte imbalance. In D. L Wong, and others, Wong's essentials of pediatric nursing, 1316-1326. 6th ed. St. Louis: Mosby.

Hurlock, E. B. (1978). Child development. 6th ed. Auckland: Mc Graw-Hill International Book.

Hurlock, E. B. (1983). Child development. 6th ed. Auckland: McGraw-Hill International Book.

Jalil, F. (1997). Nutrition in acute diarrhea. In M. Gracey, and J. A. Walker-Smith (eds.), Nestles nutrition workshop series volume 38: diarrhea disedse, 109-123. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Johnston, M. (1984). Dimensions of recovery from surgery. International Review of Applied Psychology 33: 505-520.

Kachoyeanos, M. K., and Friedhaff, M. (1993). Cognitive and behavioral strategies to reduce children's pain. MCN 18: 14-19.

Katz, E. R., Kellerman, J., and Siegel, S. E. (1980). Behavior distress in children with cancer undergoing medical procedure: development consideration. Journal of Consulting and Clinical Psychology 48, 3: 356-365.

King, N. J., Gullone, E., and Ollendick, T. H. (1990). Fears in children and adolescents with chronic medical conditions. Journal of Clinical Child Psychology 19, 2: 173-177.

Kleiber, C., Craft-Rosenberg. M., and Harper, D. C. (2001). Parents as distraction coaches during IV insertion: A randomized study. Journal of Pain and Symptom anagement 22, 4: 851-861.

Kristjansdottire, G. (1991). A study of need of parents of hospitalized 2 to 6 year-old children. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing 14: 49-64.

Lane, B., and Gullone, E. (1999). Common fears : A comparison of adolescents' self – generated and fear survey schedule generated fears. Journal of Genetic Psychology [Online]. Available from: http: //search.epnet.com/direct.asp? an=1887336anddb=aph[2003,June 18]

Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing.

Manimala, M. R., Blount, R. L., and Cohen, L. L. (2000). The effects of parental reassurance versus distraction on child distress and coping during immunizations. Children's Health Care 29, 3 p: 161-177.

Manser, M. H. (1997). Oxford learner's pocket dictionary. 3rd ed. Oxford: Oxford university Press

Margolis, P. A., and Litteer, T. (1990). Effects of unrestricted diet on mild infantile diarrhea: a practice-based study. Am J Dis Child 144: 162-4.

Marlow, D. R., and Redding, B. A. (1988). Pediatric nursing. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott..

Mata, L. J., Urrutia, J. J., and Albertazzi, C. (1972). Treatment of acute diarrhea. AM J Clin Nutr 25: 1267-1275.

Mata, L. J., Urrutia, J. J., and Albertazzi, C. (1972). Treatment of acute diarrhea. AM J Clin Nutr 25: 1267-1275.

McCaffery, M. (1985). Nursing management of the patient with pain. Philadelphia: Lippincott-company.

Melnyk, B. N., and Alpert-Gillis. L. J. (1998). The COPE program: A strategy to improve out come of critrical ill ooung children and their parents. Pediatric Nursing 24: 356-365.

Moores, A. (1987). Frightens of fear. Nursing Times 1 (April): 34-38.

Muris, P., Bodden, D., Merckelbach, H., Ollendick, T. H., and King, N. (2003). Fears of the beast: a prospective study on the effects of negative information on childhood fear. Behaviour Research and Therapy [Online]. Available from: ScienceDirect [2003,June 23]

Murphy, M. S. (1998). Guidelines for managing acute gastroenteritis based on a systematic review of published research. ADC Online[Online]. Available from: http: //adc.bmjjournals.com-cgi/content/full/archdischild;79/3/279[2004, April 9]

Naylor, M. D., et al (1991). Measuring the effectiveness of nursing practice. Clinical Nurse Specialist 5: 210-214.

Neff, O., and Spray, M. (1996). Introduction to maternal and child health nursing. Phildalphia: New York.

Neill, S. J. (1996). Parent participation 1: Literature review and methodology. British Journal of Nursing 5: 34-40.

Neuman, B. (1995). The Neuman systems model. 3rd ed. Connecticut: Appleton and Lange.

Neuman, B. (2002). The Neuman systems model. In B. Neuman, and J. Fawcett, (eds.), The Neuman systems model, 3-33. 4th ed. New Jersey: Pearson Education.

Newton, M. S. (2000). Family-centered care: Current realities in parent participation. Pediatric Nursing 26: 164-168.

Nicastro, E. A., and Whetsell, M. V. (1999). Children's fear. Journal of Pediatric Nursing 14, 6 (December): 392-401.

Ollendick, T . H., Yule, W., and Ollier, K. (1991). Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. Journal Child Psychology and Psychiatry 32, 2: 321-331.

Opperman, C. S., and Cassandra, K. A. (1998). Contemporary pediatric nursing. St. Louis: Mosby.

Papalia, D. E., Olds, S.W., and Feldman, R.D. (1999). A child's world: Infancy throug adolescence. 8th ed. Boston: The McGraw-Hill.

Pass, M. D., and Pass, C. M. (1987). Anticipatory guidance for parents of hospitalized children. Journal Pediatric Nursing 2: 250-258.

Polit, D.F., and Beck, C. T. (2004). Nursing research: Principle and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Potts, N. L., and Madleco. (2002). Pediatric nursing caring for children and their families. Australia: Delmar Thomson Learning.

Rosenhan,D. L., and Seligman, M. E. P. (1989). Abnormal psychology. New York: Norton and company.

Sack., R. B. (1997). Epidemiology of acute infectious diarrhea. In M. Gracey, and J. A. Walker-Smith (eds.), Nestle nutrition workskop series volume 38: diarrhea disease,55-73. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Sarker, S. A. and others. (1982). Caloric intake in childhood diarrhea. Nutr Rept Int 26: 581-59.

Schepp, K. G. (1991). Factors influencing the coping effort of mothers of hospitalized children. Nursing Research 40, 1(January-February): 42-46.

Shields, L., and King, S. J. (2001). Qualitative analysis of the care of children in hospital in four countries-part 1. Journal of Pediatric Nursing 16: 137-145.

Stanfield, P., Brueton, M., Chan, M., Parkin, M., and Waterston, T. (1991). Diseases of children in the subtropics and tropics. 4th ed. London: ELBS with Edward Arnold.

Switkin, M.C., et al. (2002). The impact of types of distracters on child-critical statements by a caregiver during chemotherapy injections: A case study. Children's Health Care 31, 4: 311-317.

Trepanier, M., Dunn, S. I., and Sprague, A. E. (1995). Application of the Neuman systems model to perinatal nursing. In B. Neuman (ed.), The Neuman systems model. 3rded. Connecticut: Appleton and Lange.

Udall, J. N., and others. (2002). Malnutrition and diarrhea: Working group report of the first world congress of pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 35, 2 (August): S173-S179.

Vacik, H. W., Nagy, M. C., and Jessee, P. O. (2001). Children's understanding of illness: Students' Assessments. Journal of Pediatric Nursing 16, 6 (December): 429-437.

Vaughan, V. C., and Litt, I. F. (1990). Child and adolescent development: Clinical implication. Philadelphia: W. B. Saunders.

Vessey, J. A., Carlson, K. L., and McGill, J. (1994). Use of distraction with children during and acute pain experience. Nursing Research 43, 6: 369-372.

Viviana, M. B., Michelle. R. P. and Mark, A. G. (1998). Pediatrics: vomiting diarrhea and dehydration [Online]. Available from: http://www. Vh.org/Provider/Clin Ref/FB Handbook/Chapter 10/17-10.html [2003,June 22]

Waley, L. F. and Wong, D. L. (1991). Nursing care of infants and children. 4th ed. St. Louis: Mosby.

Watson, A., Srinivas, J., Daniels, L., and Visram, A. (2002). Preparation of parents by teaching of distraction techniques dose not reduce child anxiety at anesthetic induction. Pediatric Anesthesia 12: 823-824.

Weinstein, P., Domoto, P., and Baab, D. (1983). Developmental factors in coping of preschool children during restorative treatment. The Journal of Pedodontics. 8, 52: 52-56.

Weinstein, P., Getz, T., Ratener, P., and Domoto, P. (1982). The effect of dentists behaviors on fear-related behaviors in children. JADA 104: 32-38.

Whipple, B. and Glynn, N. J. (1992). Quantification of the effects of listening to music as a noninvasive method of pain control. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An Interventional Journal 6: 243-258.

Whitehead, R. G. (1977). Protein and energy requirement of young children living in the developing countries to allow for catch-up growth after infection. Am J Clin Nutr 30: 1545-1547.

Wong, D. L., and Waley, L. F. (1999). Nursing care of infants and children. St. Louis: Mosby.

Wong, D. L., et al. (2001). Wong's essentials of pediatric nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby.

World Health Organization. (1987). Diarrhea disease control program: Persistent diarrhea in children in developing countries. WHO/CDD/88.27.

World Health Organization. (1993). The management and prevention of diarrhoea : Practical guidelines. 3rd ed. Geneva.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ฟาริดา อิบราฮิม
   อดีตอาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร.ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
   มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์อรเพ็ญ พงศ์กล่ำ
   อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์
   วิทยาลัยพยาบาลมิชชั่น
4. นางสาวมุกดา ส. กาญจนะชัย
   หัวหน้าหอผู้ป่วยระบบทางเดินอาหารและโภชนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี
5. นางสยุมพร จันทสร
   หัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 88183
ที่ ศธ 0512.25/ว113 /2547 วันที่ 18 มิถุนายน 2547
เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมฯ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจั
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 6/2547 เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 17 มิถุนายน 2547 ที่ประชุม
ได้พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้
รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อการฟื้นหายและความกลัวการได้รับสารน้ำทา
หลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็ก" (Effects of Nursing Care For Hospitalized Children with Acute Diarrhea Using the
Neuman Systems Model on Recovery and Fear of Intraveneous Infusion) ซึ่งมี นางสาวปาลิดา เหลืองร่งอุดม
เป็นผู้วิจัยหลัก

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)
ประธานกรรมการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน นางสาวปาลิดา เหลืองร่งอดม

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อการฟื้นหายและความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เลขที่ของผู้ดูแล .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวปาลิตา เหลืองรุ่งอุดม ที่อยู่ 10/1 ม.1 ต.หนองซ้ำซาก อ. บ้านบึง จ. ชลบุรี 20170 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและยอมรับผลข้างเคียง ที่อาจเกิดขึ้น และจะปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปรกติเนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายและจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

....

สถานที่ / วันที่ ลงนามผู้ปกครอง

....

(นางสาวปาลิตา เหลืองรุ่งอุดม)

สถานที่ / วันที่ ลงนามผู้วิจัยหลัก

....

สถานที่ / วันที่ ลงนามพยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้ดูแล

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อการฟื้นหายและความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวปาลิตา เหลืองรุ่งอุดม นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยเด็กและหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี
   โทรศัพท์ที่ทำงาน 038-443560 โทรศัพท์ที่บ้าน 038-750648
   โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09-5450111 E-mail : Palita.L@student.chula.ac.th
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อการฟื้นหายและความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการฟื้นหายของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเพื่อเปรียบเทียบความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้อมูลซึ่งอาจระบุถึงผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลจะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล

5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

5.1 กลุ่มที่ 1 จะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติจากพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็ก ที่จัดให้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ประกอบด้วยการประเมินปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบควบคู่ไปกับแผนการรักษาของแพทย์รวมทั้งการให้ความรู้กับผู้ดูแล

5.2 กลุ่มที่ 2 จะได้รับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ การกำหนดปัญหา การกำหนดเป้าหมาย และการดูแลผู้ป่วยโดยผู้วิจัยจะให้ความรู้กับผู้ดูแลด้วยการ สอน สาธิต หรือ ให้คำ

ปรึกษาเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน

6. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว ปาลิตา เหลืองรุ่งอุดม ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์ มือถือ 09-5450111

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ดูแลทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ขัดข้อง

8. ผู้ดูแลได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และผู้ดูแลยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

9. ผู้ดูแลมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะโดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับแต่ประการใด

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ข้าพเจ้า ในการเข้าร่วมการวิจัย

11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

12. จำนวนของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 40 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ประกอบด้วย
    1.1 แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล
    1.2 แบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและเป้าหมายทางการพยาบาลตามการตกลงร่วมกันของผู้ดูแลและพยาบาล
    1.3 แผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
    2.1 แบบสังเกตการฟื้นหายของผู้ป่วย 2 ด้านคือ
        1) แบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่
        2) แบบสังเกตการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยด้วยการตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกระบบ และซักประวัติผู้ป่วยจากผู้ดูแล เพื่อระบุต้นเหตุของความเครียด และความรุนแรงปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด ที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ แบบประเมินสภาพ ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล ในหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ตรวจร่างกายผู้ป่วย ทุกระบบทำการบันทึกผลที่ได้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

1.2 สัมภาษณ์ผู้ดูแล เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบแผนการดำรงชีวิต แบบแผนการปรับตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ความคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก

1.3 พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้ในข้อ 1.1-1.2 มาวิเคราะห์หาปัญหาตามการรับรู้ของพยาบาล และประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเด็ก แล้วจึงสรุปการรับรู้ปัญหาที่ตรงกัน กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2. เป้าหมายทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้ มาเทียบเคียงกับ แผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากนั้นกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ดูแล ประกอบด้วยเป้าหมาย 2 ระยะคือ เป้าหมายระยะเร่งด่วน และเป้าหมายระยะกลาง

3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ต่าง ๆ ตามแผนที่วางไว้ และประเมินผลภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งทำการประเมินผลการพยาบาลซ้ำในทุกเวรเช้า นำผลของการพยาบาลมาวิเคราะห์สำหรับปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจนบรรลุเป้าหมาย แล้วปรับแผนเป็นการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดซ้ำ ส่วนปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขให้บรรลุเป้าหมายได้ ปฏิบัติตามข้อ 1-2 เพื่อทำการกำหนดเป้าหมายใหม่หรือวางแผนในการให้การพยาบาลต่อไป จนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย

แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก

ชื่อ-นามสกุล..... ชื่อเล่น .....

อายุ..... ปี ..... เดือน เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

HN..... AN .....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล .....

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ชื่อ –นามสกุล..... อายุ..... ปี

เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย เกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็น .....

ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด ..... รายได้ของครอบครัว ..... บาท/เดือน

อาชีพ ..... จำนวนผู้อยู่ในความดูแล ..... คน

3. สิ่งแวดล้อมภายในบุคคลของผู้ป่วยเด็ก

3.1 โครงสร้างพื้นฐาน

น้ำหนักตัวก่อนการเจ็บป่วย ..... กิโลกรัม ชั่งเมื่อ .....

น้ำหนักตัวเมื่อแรกรับ ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร

ระดับโภชนาการ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ (ระบุ) .....

ประวัติการได้รับวัคซีน ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ (ระบุ) ..... ☐ ไม่ทราบ

ประวัติการแพ้ยา/อาหาร ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ) ..... ☐ ไม่ทราบ

3.2 แนวการต่อต้าน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล .....

.....

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน .....

.....

ลักษณะอุจจาระ.....

ปัสสาวะครั้งสุดท้าย ..... / ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

การวินิจฉัยโรค .....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรับรู้ของผู้ดูแล	สรุปการรับรู้ปัญหาร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล
3.3 แนวการป้องกันปกติ 3.3.1 แบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก 1) ประเภทและปริมาณ ของอาหารและน้ำที่เด็กได้รับในแต่ละวัน ประเภทของอาหาร ปริมาณ ☐ นมแม่ ..... มื้อ/วัน ☐ นมผสม ยี่ห้อ ..... อัตราส่วนการผสม ..... จำนวน ..... ออนซ์/วัน ☐ นมกล่อง ..... ☐ ข้าว ..... ☐ อาหารอื่น ๆ ..... ☐ น้ำต้มสุก ..... ☐ น้ำกรอง ..... ☐ น้ำอื่น ๆ (ระบุ) ..... การดูแลความสะอาดของอาหารและน้ำสำหรับเด็ก 2.1 วิธีทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร..... ..... 2.2 วิธีทำความสะอาดขวดนม..... ..... 2.3 วิธีเขย่าขวดนมเพื่อให้นมละลาย ..... 2.4 ..... 2.5	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการพยาบาลหลักที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	เป้าหมายทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	
		กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
1. มีการถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง เนื่องจาก 1.1 การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร	<u>เป้าหมายระยะเร่งด่วน</u> ลดและกำจัดเชื้อโรคออกจากร่างกายผู้ป่วยเด็ก	<u>การป้องกันระยะที่ 2</u> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. แนะผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยเด็กรับประทานยาตามเวลาที่พยาบาลจัดยาให้ (ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กนอนหลับพักผ่อน ดูแลให้ได้รับยาทันทีที่ตื่นนอน) 3. แนะนำผู้ดูแลไม่ให้ซื้อยาหยุดถ่ายให้ผู้ป่วยรับประทาน เพราะการถ่ายอุจจาระจะช่วยกำจัดเชื้อโรคออกจากร่างกายของเด็ก การให้เด็กรับประทานยาหยุดถ่ายจะทำให้เชื้อโรคยังคงอยู่ในร่างกาย และทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการรุนแรงขึ้นได้	
1.2 ระบบทางเดินอาหารไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ	<u>เป้าหมายระยะกลาง</u> ระบบทางเดินอาหารทำหน้าที่ได้ตามปกติ	1. ดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับนมผสมภายหลังได้รับ โอ อาร์ เอส ไปแล้ว 4 ชั่วโมง โดยให้สลับกับ โอ อาร์ เอส คือ นมผสม ½ ออนซ์ สลับกับ ORS ½ ออนซ์ /กก. ทุก 2 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน ในรายที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้แล้ว เช่น น้ำซุป น้ำแกงจืด ข้าวต้ม หรือ โจ๊ก 3. ..... 4. ..... 5.	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	เป้าหมายทางการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	
		กิจกรรมการพยาบาล	ประเมินผล
2. มีภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากถ่ายอุจจาระเหลวและ/หรือ อาเจียนบ่อยครั้ง	<u>เป้าหมายระยะเร่งด่วน</u> ผู้ป่วยเด็กพ้นจากภาวะขาดน้ำ ภายใน 4 ชั่วโมง	<u>การป้องกันระยะที่ 2</u> 1. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีปราศจากเชื้อ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา โดยควบคุมการหยดของน้ำเกลือ และระมัดระวังไม่ให้ออกนอกหลอดเลือด 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารละลายเกลือแร่ หรือ โอ อาร์ เอส ทางปาก 4. วิธีการให้ โอ อาร์ เอส ทางปาก ควรใช้ช้อนป้อนครั้งละน้อย ๆ บ่อยครั้ง โดยป้อนครั้งละ 1 ช้อนชา ทุก 1-2 นาที 5. …….. 6. ……	
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ซ้ำเนื่องจาก 3.1 ถ่ายอุจจาระเหลวและ/หรืออาเจียนบ่อยครั้ง	<u>เป้าหมายระยะกลาง</u> ผู้ป่วยเด็กไม่เกิดภาวะขาดน้ำซ้ำ ขณะยังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล	<u>การป้องกันระยะที่ 3</u> 1. วัดและบันทึก อัตราและลักษณะการเต้นของชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และ วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ 2. สังเกตและประเมินอาการแสดงของภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ 3. …….. 4. ……..	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและเป้าหมายทางการพยาบาล
ตามการตกลงร่วมกันของพยาบาลและผู้ดูแล

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามการรับรู้ที่ตรงกันของพยาบาลและผู้ดูแล	เป้าหมายทางการพยาบาล ตามการรับรู้ที่ตรงกันของพยาบาลและผู้ดูแล
1.	1. เป้าหมายระยะเร่งด่วน .... 2. เป้าหมายระยะกลาง ....
2.	1. เป้าหมายระยะเร่งด่วน .... 2. เป้าหมายระยะกลาง ....
3.	1. เป้าหมายระยะเร่งด่วน .... 2. เป้าหมายระยะกลาง ....
4.	1. เป้าหมายระยะเร่งด่วน .... 2. เป้าหมายระยะกลาง ....
5.	1. เป้าหมายระยะเร่งด่วน .... 2. เป้าหมายระยะกลาง ....
6.	1. เป้าหมายระยะเร่งด่วน .... 2. เป้าหมายระยะกลาง ....

ชื่อผู้ป่วย ..... วันที่ .....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพของเล่นที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการใช้แบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่

คำชี้แจง : แบบสังเกตการฟื้นหายของผู้ป่วยด้านการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ เป็นแบบสังเกตที่ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ใช้เพื่อ สังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผู้ช่วยวิจัยโปรดอ่านข้อความให้ละเอียดและทำความเข้าใจก่อนลงมือทำการสังเกต โดยผู้ช่วยวิจัยต้องทำการประเมินภาวะขาดน้ำ ทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ตารางประเมินภาวะขาดน้ำในการประเมิน บันทึกสิ่งที่สังเกตพบและใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ไม่ขาดน้ำ ขาดน้ำบ้าง และ ขาดน้ำรุนแรง ช่องใดช่องหนึ่งตามที่ประเมินได้จริง

ตารางประเมินภาวะขาดน้ำ

	ไม่ขาดน้ำ	ขาดน้ำบ้าง	ขาดน้ำรุนแรง
อาการทั่วไป	สบายดี	กระสับกระส่าย งอแง *	ซึม ไม่รู้สึกตัว ตัวอ่อนปวกเปียก **
ตา	ปกติ	ตาลึกโหล	ตาลึกโหลมาก
น้ำตา	มี	ไม่มี	ไม่มี
ปากและลิ้น	เปียกชื้น	แห้ง	แห้งมาก
อาการกระหายน้ำ	ดื่มปกติไม่หิวน้ำ	กระหายน้ำตลอดเวลา *	ดื่มน้ำได้น้อยหรือดื่มไม่ได้ **
รอยคีบของผิวหนัง	คืนตัวกลับเร็ว	คืนตัวกลับช้า (< 2 วินาที) *	คืนตัวกลับช้ามาก (≥ 2 วินาที) **
การประเมิน		ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างบน 2 อย่างหรือมากกว่ารวมทั้งอาการที่มีเครื่องหมาย * 1 อาการถือว่า มีอาการขาดน้ำบ้าง	ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างบน 2 อย่างหรือมากกว่ารวมทั้งอาการที่มีเครื่องหมาย ** 1 อาการถือว่ามีอาการขาดน้ำรุนแรง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสังเกตการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่

	เวลา	ไม่มีภาวะขาดน้ำ	ขาดน้ำบ้าง	ขาดน้ำรุนแรง
แรกรับ		-		-
หลังจากรับใหม่ชั่วโมงที่ 2				
4				
6				
8				
10				
12				
18				
20				
22				
24				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการใช้แบบสังเกตการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ

คำชี้แจง : แบบสังเกตการการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ เป็นแบบสังเกตที่ผู้ช่วยวิจัยใช้เพื่อ บันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ ในทุกรอบ 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 48 ชั่วโมง โดยการสอบถาม และจดบันทึกจากแบบสำรวจจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึก ตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยเด็กพักอยู่ในโรงพยาบาลครบ 48 ชั่วโมง บันทึกค่าที่ได้ในช่อง “จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ” โดยทำการเก็บข้อมูล ใน 3 สถานการณ์ตามช่วงเวลา ดังนี้

ก่อนมาโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง	เริ่มนับจำนวนครั้งของการถ่าย ตั้งแต่ ก่อนมาโรงพยาบาล24 ชั่วโมง จนถึงแรกรับ
วันที่ 1	เริ่มนับจำนวนครั้งของการถ่าย ตั้งแต่ แรกรับ จนผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครบ 24 ชั่วโมง
วันที่ 2	เริ่มนับจำนวนครั้งของการถ่าย หลังจากผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครบ 24 ชั่วโมง จนผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครบ 48 ชั่วโมง

ผู้ช่วยวิจัยทำการบันทึกเฉพาะ ”จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ” ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและบันทึกผลในช่อง “จำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ”

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างการใช้เครื่องมือ

ด.ช. ก รับใหม่เข้าสู่หอผู้ป่วย วันที่ 2 สิงหาคม 2547 เวลา 10.00 น. ผู้ช่วยวิจัยทำการสอบถามผู้ดูแลย้อนหลังไปเมื่อ 24 ชั่วโมงก่อนรับใหม่ (ตั้งแต่ 1สิงหาคม 2547 เวลา 10.00 น. ถึง 2 สิงหาคม 2547 เวลา 10.00 น.) พบว่าผู้ป่วยถ่าย 8 ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยทำการจดบันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ ลงในช่อง "ก่อนมาโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง"

หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลต่ออีก 2 วัน คือ วันที่ 1 (ตั้งแต่ 2 สิงหาคม 2547 เวลา 10.01 น. ถึง 3 สิงหาคม 2547 เวลา 10.00 น.) พบว่าผู้ป่วยถ่าย 10 ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยทำการบันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ ลงในช่อง "วันที่ 1"

วันที่ 2 (ตั้งแต่ 3 สิงหาคม 2547 เวลา 10.01 น. ถึง 4 สิงหาคม 2547 เวลา 10.00 น.) พบว่าผู้ป่วยถ่าย 3 ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยทำการบันทึกจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ ลงในช่อง "วันที่ 2"

ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและบันทึกผลในช่อง "จำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ" ดังตัวอย่างในตาราง

ช่วงเวลา	จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ	
ก่อนมาโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง	8	จำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ
วันที่ 1 เริ่ม บันทึกตั้งแต่ วันที่ 2 สิงหาคม เวลา 10.00 น. ถึงวันที่ 3 สิงหาคม เวลา 10.00 น.	10	-2
วันที่ 2 เริ่ม บันทึกตั้งแต่ วันที่ 2 สิงหาคม เวลา 10.01 น. ถึงวันที่ 3 สิงหาคม เวลา 10.00 น.	3	7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสังเกตการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติ

ช่วงเวลา	จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ	
ก่อนมาโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง	……	จำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ
วันที่ 1 เริ่ม บันทึกตั้งแต่ วันที่ ……..... 2547 เวลา ……..น. ถึงวันที่ ……... 2547 เวลา ……...น.	……	……
วันที่ 2 เริ่ม บันทึกตั้งแต่ วันที่ ……..… 2547 เวลา…… น. ถึงวันที่ ……....2547 เวลา…… น.	……	……

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการใช้แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

คำชี้แจง : แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นแบบสังเกตที่ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ใช้เพื่อ สังเกตพฤติกรรมความกลัวของผู้ป่วยเด็ก ผู้ช่วยวิจัยโปรดอ่านข้อความให้ละเอียดและทำความเข้าใจก่อนลงมือทำการสังเกต โดยผู้ช่วยวิจัยต้องทำการสังเกตพฤติกรรมความกลัวของผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กถูกพาเข้ามาในห้องทำหัตถการจนถึงก่อนการแทงเข็มทางหลอดเลือดดำ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวของเด็กจะแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 5 ข้อ
2. ด้านการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 7 ข้อ
3. ด้านการพูดและการร้องไห้ ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ต้องสังเกต 8 ข้อ

รวมพฤติกรรมที่ต้องสังเกตทั้งสิ้น 20 ข้อ ซึ่งผู้ช่วยวิจัยต้องสังเกตว่าผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมดังกล่าวหรือไม่ โดยทำเครื่องหมาย (✔)ลงในช่อง มี และ ไม่มี ลงในช่องว่าง ตามพฤติกรรมที่ท่านสังเกตได้ตามความเป็นจริง

เกณฑ์ในการคะแนน คือ

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พฤติกรรมที่ต้องสังเกต	มี	ไม่มี
1. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย 1.1 ขัดขืน : ปัดป้องไม่ยอมให้กระทำ หรือไม่ยอมทำตามคำสั่ง		
1.2 หลีกเลี่ยง : ขยับตัวหรือแขนหรือขาหนีออกห่าง หรือวิ่งหนี หรือดิ้นรน		
1.3 ใช้มือจับหรือยึดเกาะผู้ปกครอง / สิ่งของ เช่น เตียง เก้าอี้		
1.4 เคลื่อนไหวแขนขาแสดงการต่อสู้ เช่น ทุบตี หยิก ข่วน เตะ ถีบ		
1.5 ตัวแข็ง : เกร็งตัวหรือแขนหรือขา หรือกำมือแน่น		
2. การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง 2.1 สีหน้าเหยเก : หน้าผากย่น หรือคิ้วขมวด		
2.2 หลีกเลี่ยงการสบตา: หลับตาแน่น หรือเบือนหน้าหนี หรือก้มหน้า หรือ ยกมือปิดหน้า		
2.3 เบิกตาโพลง หรือ กรอกตาไปมา หรือหันศีรษะไปมาตลอดเวลา		
2.4 หน้าซีด		
2.5 เม้มปาก หรือริมฝีปากบูดเบี้ยว หรือริมฝีปากสั่น หรือเลียริมฝีปาก หรือกัดฟัน		
2.6 มีเหงื่อออกบริเวณใบหน้า หรือฝ่ามือ		
2.7 มีน้ำตาคลอ หรือมีน้ำตาไหลออกมา		
3. ด้านการพูดและการร้องไห้ 3.1 พูดขอร้องให้หยุดหรือยับยั้งการกระทำ เช่น หยุด พอแล้ว (ระบุคำ.....)		
3.2 พูดปฏิเสธการกระทำ เช่น ไม่ทำ อย่าทำ (ระบุคำพูด.....)		
3.3 พูดต่อรอง หรือพูดขอร้องให้กระทำอย่างนุ่มนวล (ระบุคำพูด.....)		
3.4 กล่าวคำที่แสดงความกลัว เช่น กลัวแล้ว (ระบุคำพูด.....)		
3.5 พูดด่าด้วยคำหยาบคาย (ระบุคำพูด.....)		
3.6 พูดเสียงสั่น หรือพูดติดอ่าง		
3.7 ร้องไห้เบาๆ หรือ ร้องครวญคราง หรือสะอื้น		
3.8 ร้องโวยวาย หรือ กรีดร้องเสียงดัง หรือตะโกนเสียงดัง		

ภาคผนวก จ

ข้อมูลคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลคะแนนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1. ข้อมูลคะแนนจำนวนชั่วโมงของการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ข้อมูลคะแนนการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติจำแนกตามจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ ในวันที่ 1 และ 2 ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ข้อมูลคะแนนความกลัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ข้อมูลคะแนนจำนวนชั่วโมงของการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	จำนวนชั่วโมงของการพ้นภาวะขาดน้ำและเกลือแร่	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	4	4
2	2	6
3	4	4
4	2	10
5	2	6
6	2	6
7	6	6
8	2	4
9	2	2
10	2	4
11	2	6
12	4	6
13	2	4
14	4	2
15	4	4
16	2	2
17	2	2
18	2	4
19	2	6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ข้อมูลคะแนนการที่ระบบทางเดินอาหารกลับมาทำหน้าที่เป็นปกติจำแนกตามจำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ ในวันที่ 1 และ 2 ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	จำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ ในวันที่ 1		จำนวนครั้งที่ลดลงของการถ่ายอุจจาระ ในวันที่ 2	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	-4	1	10	5
2	2	4	5	2
3	1	1	5	2
4	6	-15	3	10
5	6	1	1	1
6	4	-12	1	6
7	-1	-1	11	1
8	5	1	4	0
9	9	4	1	-4
10	5	2	0	-4
11	5	1	5	-3
12	-8	3	2	3
13	-3	2	5	2
14	-6	-1	9	5
15	-1	6	8	1
16	6	1	-	6
17	4	3	-	1
18	5	-11	-	7
19	9	-5	-	-

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ข้อมูลคะแนนความกลัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	คะแนนความกลัว	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	8	9
2	5	7
3	4	6
4	7	7
5	3	6
6	2	6
7	7	8
8	2	8
9	4	7
10	1	11
11	7	6
12	4	4
13	7	5
14	6	2
15	3	8
16	4	6
17	6	6
18	6	8
19	3	9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปาลิตา เหลืองรุ่งอุดม เกิดวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2511 ที่จังหวัด ชลบุรี สำเร็จการศึกษาในหลักสตูรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ชลบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2535 และเข้ารับการศึกษาต่อในหลักสตูรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2545 ปัจจุบัน รับราชการอยู่ที่ หอผู้ป่วยเด็กและหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย